

AOÛT 2011

Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada

Conversations sur les pratiques prometteuses au pays



À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Créé dans la foulée de l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* conclu en 2003, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé face à la réforme des soins et diffuse à travers le pays de l'information sur les pratiques exemplaires et l'innovation. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports du Conseil canadien de la santé et d'autres renseignements le concernant, consultez le www.conseilcanadiendelasante.ca.

TABLE DES MATIÈRES

1 ^{re} partie	Commentaire du Conseil canadien de la santé
	Introduction 4
	Commentaires de clôture 12
	Références 14
2 ^e partie	Propos entendus : Résumé des séances régionales à travers le Canada
	Introduction 16
	Préparation du terrain 20
	Propos des participants sur les pratiques prometteuses 23
	Propos des participants sur ceux qui ont un rôle à jouer 28
	Points sommaires 30
	Annexe A – Liste des pratiques prometteuses mentionnées lors de chaque séance 32
	Annexe B – Données démographiques et indicateurs de la santé maternelle et infantile chez les Autochtones 43
	Références 47
	Remerciements 48

« Les premiers ministres reconnaissent qu'il faudra un effort soutenu pour relever les défis importants auxquels sont confrontés les Autochtones du Canada sur le plan de la santé. Le gouvernement fédéral s'engage donc à accroître son financement et à travailler en collaboration avec les autres gouvernements et les peuples autochtones afin d'atteindre les objectifs énoncés dans cet accord, y compris les priorités énoncées dans le Fonds pour la réforme de la santé. Les gouvernements travailleront ensemble pour réduire l'écart entre l'état de santé des Autochtones et des autres Canadiens et Canadiennes grâce à une meilleure intégration des services de soins de santé. »

1^{RE} PARTIE

Commentaire du Conseil canadien de la santé

Introduction

Une brève présentation des problèmes auxquels les Autochtones sont confrontés est ici nécessaire. Les renseignements sur les disparités (ci-contre) rappellent avec acuité le fait que les Autochtones des Premières nations, les Inuits et les Métis^a sont nombreux à présenter une santé nettement moins bonne et à vivre dans des conditions beaucoup plus rudes que la population canadienne dans son ensemble.

Il est temps de briser ce cycle. En 2010, le Conseil canadien de la santé a amorcé un projet pluriannuel qui vise à en savoir plus sur la crise relative à la santé chez les Autochtones. Ce projet est axé sur des programmes ou des initiatives susceptibles de réduire les disparités inacceptables observées entre la santé des Autochtones et celle des autres Canadiens.

Au cours de la première année de ces travaux, nous avons entrepris de déterminer en quoi consistent les soins de santé prodigués aux femmes enceintes et aux enfants, du stade prénatal jusqu'à l'âge de six ans. Les sources ne manquent pas pour étayer le fait qu'une meilleure santé physique, mentale et spirituelle toute la vie durant commence dès l'enfance; il s'agit là d'un bon point de départ¹.

À l'heure actuelle, la population autochtone du Canada compte des membres beaucoup plus jeunes que la population non autochtone² et affiche aussi un taux de natalité plus élevé que celle-ci³. Au cours des dernières années, bon nombre d'organismes de premier plan ont pressé le gouvernement de concentrer son attention sur cette population vulnérable. En janvier et en février 2011, le Conseil de la santé a tenu une série de sept réunions régionales à travers le Canada pour connaître les éléments qui font une différence pour la santé des mères et des jeunes enfants autochtones. Nous avons invité des travailleurs de première ligne (principalement en soins de santé), des universitaires et des délégués des administrations issus d'un mélange de milieux urbains et ruraux, du nord et du sud, qui représentait les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis. Bon nombre de participants n'avaient jamais rencontré leurs collègues auparavant et manifestaient leur hâte de connaître les travaux des autres, les problèmes auxquels ils avaient à faire face de même que leurs modèles à suivre.

Les disparités autochtones en un coup d'œil

On observe certes des différences entre les populations des Premières nations, inuites et métisses, mais des disparités marquées et généralisées font surface sur les plans de la santé et de l'économie entre la population autochtone et le reste de la population canadienne :

- les Autochtones sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé et de connaître une mort prématurée;
- les Autochtones subissent un fardeau plus élevé en matière d'affections chroniques et de maladies infectieuses;
- les enfants autochtones sont plus susceptibles de mourir dans leur première année de vie;
- les Autochtones sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, ce qui produit un effet domino sur d'autres facettes de leur vie. Ils sont plus susceptibles de souffrir de la faim, de malnutrition et d'obésité et de vivre dans des logements surpeuplés et insalubres;
- les Autochtones sont moins susceptibles d'obtenir un diplôme d'études secondaires et plus susceptibles d'être sans emploi⁴.

Dans une étude menée en 2007, on a procédé à une évaluation des Autochtones du Canada à l'aide de l'Indice de développement humain des Nations Unies, qui porte sur des facteurs comme le niveau de scolarité, le revenu et l'espérance de vie. Le Canada apparaît généralement dans la liste des 10 meilleurs dans le classement des Nations Unies, mais, d'après les résultats de ces études, les Autochtones du Canada se classeraient au 32^e rang⁵.

Pour en savoir plus sur les disparités en matière de santé, consultez l'annexe B, à la page 43.

a) L'article 35 de la *Loi constitutionnelle* de 1982 reconnaît trois peuples autochtones distincts au Canada : les Premières nations (Indiens de l'Amérique du Nord), les Inuits et les Métis.

Une grande proportion des participants était constituée de travailleurs de première ligne et de gestionnaires de programmes qui ont brossé un portrait réel de la santé des Autochtones. C'est une chose de lire l'évaluation théorique d'un programme de compétences parentales, et une autre d'entendre un groupe de prestataires de première ligne parler de l'enseigner dans leur communauté : « Fantastique. Facile à appliquer. Il donne des résultats. J'ai moi-même beaucoup appris et j'applique ces principes avec mes enfants. »

Il est important de noter que, dans les séances, notre auditoire comptait moins de représentants inuits et métis que nous l'avions espéré; la plupart des participants étaient membres de communautés des Premières nations. De plus, peu de participants provenaient des communautés nordiques éloignées, confrontées à d'autres problèmes, comme la disponibilité globale de soins de santé, l'accès à des aliments nutritifs et abordables ainsi que l'obligation d'envoyer les femmes accoucher à l'extérieur. Les intérêts et les affiliations des participants à nos séances établissaient de manière tangible les types de problèmes sur lesquels ils avaient décidé de s'attarder et les exemples de programmes fructueux qu'ils avaient mis de l'avant.

Cette étape des travaux du Conseil de la santé n'avait pas pour objet de prendre la forme d'un projet théorique; il ne s'agit pas d'un aperçu exhaustif de tous les problèmes qui nuisent aux soins de santé des mères et des enfants des communautés des Premières nations, inuits et métisses, non plus que de toutes les pratiques prometteuses qui existent. Nous aspirions à recueillir auprès des gens sur le terrain des renseignements pragmatiques sur les interventions qui procurent de bons résultats. La deuxième partie de ce rapport présente un résumé de toutes les procédures, et un recueil sur les pratiques prometteuses est disponible en ligne au www.conseilcanadiendelasante.ca.

Dans le présent commentaire, nous ouvrons une fenêtre sur les expériences et les opinions de nombreuses personnes qui prodiguent des soins aux femmes autochtones et à leurs enfants. Leurs propos viennent compléter et remettre parfois en question les idées actuelles concernant le meilleur moyen d'aborder les problèmes de santé observés chez les mères et les enfants autochtones à travers le Canada.

Pour élever un enfant en bonne santé, il faut tout un village en bonne santé : vision holistique de la santé

Un grand nombre de participants ont insisté sur le fait que la notion de soins de santé de bonne qualité pour les femmes enceintes et les jeunes enfants ne se limite pas aux soins prénataux, à l'accouchement, aux soins postnataux et aux examens de santé périodiques; elle s'étend à l'observation de la vie de la femme dans son ensemble. Comme l'a souligné un participant : « Nous ne parlons pas seulement du fait d'avoir un enfant. Comment ça se passe à la maison? Comment se porte la femme sur le plan mental? À quoi ressemblent ses relations? »

Il est aujourd'hui bien établi que les conditions de vie d'une personne et les répercussions physiques, mentales et émotionnelles qui y sont associées ont un impact déterminant sur sa santé¹. Les gouvernements canadiens ont entrepris dernièrement d'établir ces liens par l'élaboration de politiques axées sur des problèmes comme la réduction de la pauvreté¹, mais les communautés autochtones ont toujours cru que la santé exigeait de porter son attention sur un cadre plus large. Une vie saine est considérée comme étant l'atteinte d'un équilibre entre les portions physique, spirituelle, émotionnelle et mentale de soi.

La vision typique de la médecine occidentale tend à aborder les problèmes de santé de façon isolée, au lieu de les situer dans le contexte culturel, familial et communautaire. Cette perspective diffère nettement de celle du monde autochtone. Les participants ont dit être parfois témoins d'un conflit de valeurs avec, d'un côté, les prestataires de soins de santé occidentaux qui accordent de l'importance aux diplômes et, de l'autre, les peuples autochtones qui valorisent la sagesse du savoir traditionnel.

Les participants ont donné des exemples de centres de santé primaire, de centres pour femmes ou de centres de naissances qui intègrent les deux approches, même si de tels centres ne sont pas aussi répandus qu'ils pourraient ou devraient l'être. Quelques participants ont indiqué que les hôpitaux ont encore beaucoup de chemin à faire avant d'acquérir une sensibilité culturelle à l'endroit des peuples autochtones.

« Les gens doivent comprendre les séquelles laissées par les pensionnats »

Lorsqu'on leur demande de parler des problèmes auxquels leurs communautés sont confrontées et qui empêchent d'améliorer la santé des mères et des enfants, les participants parlent avec franchise et une certaine frustration. Leurs commentaires portent principalement sur les conditions de vie des mères et des enfants qu'ils voient, plutôt que sur leurs problèmes de santé. La pauvreté trône au sommet de la liste et se décline de bien des manières : financière, émotionnelle et spirituelle. Les participants ont mentionné les conditions de vie médiocres, la pénurie de logements et le surpeuplement ainsi que le manque d'aliments nutritifs abordables ou faciles à se procurer — des facteurs qui provoquent des effets en cascade sur la santé personnelle et les relations familiales. La violence familiale dont sont victimes les femmes et les enfants, le manque d'estime de soi, les dépendances et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) sont autant d'éléments cités à maintes reprises.

Certains sujets ont bénéficié de moins d'attention que nous l'aurions pensé (on a peu discuté des problèmes bien connus de santé maternelle et infantile chez les Autochtones, comme le diabète, l'insuffisance de poids à la naissance ou les difficultés d'allaitement), tandis que les problèmes plus généralisés qui frappent les communautés autochtones dans leur ensemble ont monopolisé les discussions. Nous avons plus particulièrement entendu des commentaires sur l'expérience traumatisante de la colonisation — le fait de se faire imposer des valeurs et un mode de vie occidentaux — et des pensionnats.

Dans quelques-unes des séances, les participants ont manifesté leur inquiétude quant au fait qu'un grand nombre de Canadiens non autochtones — y compris ceux qui travaillent dans le domaine des soins de santé, les services de garderie et les bureaux gouvernementaux — ne comprennent tout simplement pas la vision du monde des Autochtones ou n'y accordent aucune

importance, et ne saisissent pas l'ampleur des répercussions de l'expérience vécue dans les pensionnats par plusieurs générations d'Autochtones sur la culture tout entière.

Arrivés à l'âge adulte, un grand nombre d'enfants qui avaient été maltraités et humiliés dans ces écoles en raison de leur origine autochtone ont éprouvé des difficultés à établir des relations saines avec autrui, y compris leurs partenaires et leurs enfants. Ces expériences de l'enfance ont entraîné des vies et des communautés sur le chemin de la pauvreté, des troubles de santé mentale, des dépendances et de la violence familiale.

Une partie des interventions visant la guérison des Autochtones consiste à faire comprendre à la population l'essence de ses expériences dans un contexte plus vaste — le fait que la douleur que ces gens ont ressentie et qu'ils ont sans doute transmise à leur famille découle directement de ces expériences. L'effet dévastateur des pensionnats a été comparé à un trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui affecte toute une culture, non seulement des individus^{6,7}. Plusieurs participants nous ont dit : « Vous devez insister sur ce point dans votre rapport. Cette blessure, nous la portons encore dans notre esprit et dans notre âme, et nous la transmettons d'une génération à l'autre. La cicatrisation est un processus continu. »

Ce message ne parvient pas à atteindre le grand public canadien. Les Canadiens non autochtones ont parfois eu vent de problèmes dans les communautés autochtones, mais ils sont encore nombreux à ne pas comprendre pour quelles raisons ces problèmes perdurent ou de quelle manière venir en aide aux communautés. Dans un important sondage mené en 2010 auprès des Canadiens des régions urbaines (Étude sur les Autochtones en milieu urbain), près de la moitié des répondants non autochtones n'avaient jamais lu ou entendu parler de quelque chose concernant des pensionnats⁸ — malgré les excuses publiques remarquables présentées par le gouvernement fédéral en 2008 et le processus national de réconciliation et de guérison en cours, qui vise à atténuer ces effets.

Beaucoup de répondants non autochtones à ce questionnaire ont aussi affirmé que, selon eux, les peuples autochtones bénéficiaient de possibilités

Qu'est-ce qui fonctionne?

Cette question, simple mais directe, a déclenché des discussions généralisées concernant une vaste sélection de programmes, de stratégies, d'organismes et de politiques qui font une différence dans la vie des femmes et des enfants des Premières nations, inuits et métis. Une liste de pratiques prometteuses établie pour chaque région est ébauchée à la page 24, et un recueil plus détaillé est présenté en ligne à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Comme il fallait s'y attendre, une collaboration étroite et une intégration réussie reprennent en sous-œuvre un grand nombre de pratiques prometteuses. Ces programmes et ces stratégies ont en commun ce composant important qu'est la qualité des relations établies — relations de compréhension, de confiance et de respect mutuels entre les différents gouvernements, entre le gouvernement et le non-gouvernement et entre les partenaires autochtones et non autochtones.

Les participants ont fourni une kyrielle d'exemples de bonnes relations dans le cadre du programme ainsi qu'un certain nombre d'exemples remarquables concernant des partenariats fédéraux, provinciaux et des Premières nations. À ce chapitre, deux modèles ont été cités : le Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique et le protocole d'entente tripartite sur la santé et le mieux-être des Premières nations de la Saskatchewan.

De même, deux exemples probants de collaboration intergouvernementale et interministérielle axée sur un but commun ont retenu l'attention : le Canada Northwest FASD Partnership (partenariat Canada-Nord-Ouest contre l'ETCAF) et le FASD Cross-Ministry Committee (comité interministériel sur l'ETCAF) de l'Alberta s'efforcent tous deux de prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et de fournir soins et soutien aux personnes qui vivent avec cette affection.

socioéconomiques et autres identiques ou supérieures à celles des autres Canadiens⁸ — malgré les données sur les taux plus faibles d'obtention du diplôme secondaire, sur une santé plus précaire, sur une espérance de vie réduite et sur l'épidémie de pauvreté décrite par l'Assemblée des Premières nations comme étant « le plus grave problème de justice sociale à sévir actuellement au Canada⁹ ».

Les participants aux séances régionales ont affirmé que des antécédents de traitement paternaliste et de racisme, couplés à un manque continu de compréhension des difficultés qu'éprouvent les Premières nations, les Inuits et les Métis, auront engendré un sentiment de méfiance chez les femmes autochtones qu'ils servent. Il s'agit là d'un obstacle de taille à la prestation de bons soins de santé. Les femmes appréhendent la consultation de professionnels de la santé par crainte du racisme ou du jugement de leur comportement; elles ont peur de l'inconnu ou d'être perçues comme des ignorantes; et elles sont effrayées à l'idée de révéler quelque chose concernant leurs enfants qui porterait les services de protection de l'enfance à les leur retirer. Environ une enquête fiable sur cinq (22 %) menée par les services de bien-être de l'enfance porte sur des enfants d'origine autochtone¹⁰. La forme la plus répandue de mauvais traitements à l'égard des enfants dans les communautés autochtones n'est pas la violence physique, mais la négligence, qui est liée à la pauvreté de la famille¹¹.

Certains changements positifs commencent à s'installer dans les systèmes de bien-être de l'enfance du pays en vue d'atténuer ces préoccupations, mais un grand nombre de participants à nos réunions n'ont pas encore constaté d'améliorations. Dans plusieurs séances, on a exprimé beaucoup d'inquiétude concernant le manque constant de coordination entre les services de bien-être de l'enfance et les autorités en matière de santé.

« Lorsque les enfants sont soumis à des soins, on nous empêche de leur venir en aide — ainsi, les liens doivent être établis de nouveau depuis le début, situation très pénible pour les enfants et leurs familles. »

Les participants ont également parlé d'un certain nombre de programmes éducatifs pour le personnel gouvernemental et de programmes de formation en soins de santé qui favorisent la sensibilisation des personnes non autochtones aux problèmes et aux traditions autochtones. Ils ont cité comme exemple le *Indigenous Cultural Competency On-Line Training Program*, réalisé par l'autorité provinciale de la santé de la Colombie-Britannique. Dans quelques séances, les discussions ont porté sur la valeur des centres de santé réservés aux Autochtones, comme le Centre de santé autochtone Wabano, à Ottawa, qui, en plus des services de santé, met sur pied des initiatives sociales, économiques et culturelles.

Embûches à surmonter au sein du système : financement, critères des programmes et autres

Les participants auront mis un certain temps à passer de l'énoncé des problèmes à la présentation de solutions éprouvées. Dans bien des conversations, on a parlé de surmenage professionnel, causé à la fois par le travail auprès des familles et par les tentatives de navigation dans le système. « Bien souvent, les gens sont catapultés dans le travail auprès des familles sans avoir reçu la formation adéquate. Vous recevez des subventions, sans politiques ni procédures, et vous êtes censé vous débrouiller. » La santé mentale est un problème « gigantesque », de l'avis de plusieurs participants, alors que la plupart des membres du personnel de première ligne ne sont pas formés pour reconnaître ou prendre en charge des troubles de cette nature.

Dans chaque séance, les participants ont parlé des difficultés de financement. Une pénurie de fonds stables et pluriannuels sévit et nuit à la capacité des communautés autochtones à prodiguer des services de santé aux mères et aux enfants qui soient comparables à ceux offerts aux autres Canadiens. « Cela revient à remettre chaque jour en place les morceaux d'un casse-tête, qui correspondent aux différents programmes et aux bailleurs de fonds, pour tenter d'en faire un ensemble fini. »

Dans plusieurs séances, les participants ont aussi signalé que l'intégration des programmes et leur coordination sont parfois gênées par la nécessité d'entrer dans un processus de concurrence pour obtenir un financement. De nombreux commentaires relataient la nécessité d'un financement stable et de longue durée pour les programmes et la dotation, ainsi que la mise en place de critères de programmes plus souples, mieux adaptés aux besoins uniques d'une communauté. « On observe souvent des trous entre les programmes; des familles sont laissées pour compte lorsqu'elles ne répondent plus aux critères d'admissibilité d'un programme, puis n'ont plus rien jusqu'à ce que l'enfant satisfasse aux critères du programme suivant — et elles doivent créer de tout nouveaux liens. »

Les participants ont en outre fait part de la frustration que leur inspirent les conflits de compétence constants entre les différents ordres de gouvernement (et leurs divers programmes), comme les administrations fédérale, provinciales, territoriales ou municipales, les autorités en matière de santé et les conseils de bande. Les politiques en matière de financement varient parfois au rythme des programmes politiques et des changements de gouvernement, ce qui donne lieu à la perte de financement de programmes et de services prometteurs. Les participants ont indiqué que les gouvernements mettent sur pied une foule de programmes intéressants, qui répondent aux besoins des Autochtones et présentent toutes les qualités de pratiques prometteuses jusqu'à ce que le financement se termine et que s'évanouissent quantité de gains qu'ils auront permis de réaliser. Un programme est parfois abandonné, réoutillé et remis sur les rails quelques années plus tard.

Quelques participants ont mentionné qu'ils aimeraient que les gouvernements réalisent que le « mûrissement » des pratiques prometteuses demande un certain temps et que, peut-être dans une génération, il sera possible de déceler des éléments probants de leur efficacité. Ils ajoutent qu'une collecte de données et des évaluations régulières, complétées par l'adoption d'objectifs communs, des partenariats et des relations de confiance, devraient encourager les gouvernements à s'engager à offrir un financement et un soutien durables, à long terme.

Les participants ont convenu qu'un certain nombre de programmes fédéraux font des progrès, comme le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme de santé maternelle et infantile et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (consulter la page 28), mais ils veulent que ces programmes soient offerts à plus d'Autochtones, qu'ils fassent l'objet de subventions plus généralisées et qu'ils soient plus faciles d'accès pour le personnel et les communautés autochtones susceptibles de ne pas disposer de la capacité ou des ressources nécessaires pour rédiger des propositions de financement. « J'ai obtenu moins de la moitié du financement que j'ai demandé, ce qui signifie que je suis incapable d'exécuter la totalité du programme que j'ai planifié. Une communauté a déboursé des milliers de dollars pour qu'un rédacteur professionnel structure une demande de subvention conforme aux exigences. Je ne dispose pas de telles sommes pour embaucher une personne qui me permette d'obtenir le programme. Ne serait-il pas possible de simplifier les propositions de financement pour les rendre plus faciles à comprendre et à mener à bonne fin? Elles doivent être écrites pour les communautés, non dans un jargon bureaucratique. Il devrait aussi exister une sorte de personne-ressource au gouvernement pour nous prêter assistance — quelques-unes de ces petites communautés ne comprennent tout simplement rien à la bureaucratie. »

Bien que certains travailleurs de première ligne se soient intéressés aux renseignements sur les stratégies qui ont fait leurs preuves dans d'autres programmes ou régions, d'autres étaient d'avis que leurs contextes — surtout la communauté, le programme ou le leadership gouvernemental — rendraient difficile l'adoption d'approches similaires. Souvent, les travailleurs de première ligne ont indiqué que leurs budgets ne leur permettaient pas d'assister à des conférences, et que la possibilité de rencontrer d'autres personnes sur le terrain et d'obtenir un point de vue plus général constituait la part la plus précieuse des réunions régionales du Conseil de la santé.

La culture est un remède efficace

Nous avons détecté, imbriquée dans une foule de modèles à suivre, l'importance de réhabiliter les fragments dont les Autochtones ont été dépouillés, comme la connaissance de leur langue et de leurs traditions, la fierté à l'égard de leur culture et l'autodétermination. Les Canadiens non autochtones ne comprennent pas nécessairement à quel point il est important de respecter les pratiques autochtones et de les intégrer aux soins de santé modernes ou à d'autres services. Un prestataire de première ligne a fait état d'un malentendu courant : « Les gens ne voient pas à quel point les besoins de reconnaissance culturelle des Autochtones diffèrent de ceux des familles d'immigrants qui font partie de mon programme. »

Il ne faut pas comparer les Autochtones aux populations d'immigrants. Les anciens gouvernements ont cumulé de longues et pénibles années d'histoire marquées de tentatives d'élimination délibérée de la culture indigène; un des rappels les plus durs de cette réalité est enfoui dans l'énoncé de l'infâme intention des pensionnats de « sortir l'Indien de l'enfant »¹².

Le rétablissement de la fierté culturelle, des traditions et du sentiment d'appartenance dans la vie des Autochtones n'est pas uniquement une obligation morale. La Fondation autochtone de guérison mentionnait que la redécouverte de la fierté à l'égard de sa propre culture et de son identité est en soi un remède efficace¹³. Une étude déterminante réalisée en 2007 a conclu que les communautés qui avaient pris des mesures concrètes pour préserver et réhabiliter leurs cultures et leurs langues affichaient des taux de suicide chez les jeunes spectaculairement plus faibles — un important indicateur de la santé globale d'une communauté¹⁴. Une participante à une séance du Conseil de la santé a comparé l'unification de l'esprit, du corps et de l'âme aux trois mèches d'une tresse, métaphore qu'elle utilise pour enseigner aux prestataires de soins de santé l'importance d'avoir un tableau d'ensemble de la santé des Autochtones¹⁵.

Les participants ont fait état de nombreuses pratiques prometteuses qui intègrent des approches traditionnelles. L'une de celles citées plusieurs fois en exemple concernant la santé des mères et des enfants était le Six Nations Birthing Centre (centre de naissances des Six Nations), en Ontario. Des sages-femmes autochtones créent un équilibre entre les services et les programmes de sage-femme traditionnels et contemporains, selon le principe que la naissance est sérieuse, sacrée et qu'elle s'accompagne d'une responsabilité continue envers l'enfant. Le Centre dispose également d'un programme d'enseignement de la profession de sage-femme.

Les participants ont parlé des débats entourant le retour des accouchements dans les communautés pour illustrer l'importance des soins adaptés à la culture. On observe actuellement un effort en faveur du retour des naissances au sein des communautés autochtones, surtout dans le Nord. Les femmes autochtones enceintes qui appartiennent à des communautés n'offrant pas de services de naissance — comme une sage-femme ou un autre professionnel de la santé qualifié — sont envoyées à l'extérieur de leur communauté d'appartenance, souvent plusieurs semaines avant l'accouchement, dans une autre communauté où ces services sont disponibles. Elles sont séparées de leurs familles et de leurs réseaux de soutien pendant cette période critique et, à leur retour à la maison accompagnées de leurs bébés, il manque souvent de services de soins postnataux dans les petites communautés, par exemple, le soutien à l'allaitement. Un certain nombre de pratiques prometteuses mentionnées concernaient des efforts pour former des sages-femmes autochtones et pour assurer un meilleur soutien à la naissance, tant avant qu'après l'accouchement, dans les communautés éloignées. Un des exemples d'initiatives gouvernementales majeures, la Maternal and Newborn Health Care Strategy (stratégie sur la santé maternelle et néonatale) du Nunavut, vise le retour des naissances au sein des communautés et l'intégration de la médecine moderne aux pratiques traditionnelles et pertinentes sur le plan culturel. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a également été reconnue pour ses travaux d'élaboration d'une initiative pancanadienne reliée à la naissance à l'intention des Autochtones. Pour plus de détails, consultez le www.sogc.org/projects/birthing-strategy_f.asp.

Éducation des enfants et de leurs parents

L'importance de l'éducation aura été un élément itératif dans chaque séance régionale — surtout l'importance de l'éducation prénatale, le soutien aux nouveaux parents et les programmes préscolaires pour jeunes enfants. Les participants ont affirmé qu'un grand nombre des parents qu'ils voient sont des adolescents qui n'ont pas acquis les aptitudes en dynamique de la vie quotidienne non plus que les connaissances nécessaires pour élever des enfants et bâtir un foyer.

Les participants ont raconté quelques anecdotes sur des comportements inadéquats qu'ils ont observés chez de jeunes parents autochtones — appuyer le biberon pour que le bébé boive seul, par exemple — qui découlent souvent d'un manque de connaissances sur le développement de l'enfant et sur la manière de créer un attachement profond pour le bébé. Les programmes d'acquisition de compétences parentales ne mettent pas l'accent uniquement sur les compétences, ils insistent aussi sur la création d'un lien affectif. Les programmes sont de plus en plus nombreux à se concentrer plus particulièrement sur l'éducation des jeunes pères pour leur faire comprendre la manière de s'impliquer auprès de leurs bébés et de devenir des modèles de comportement sains. On a aussi parlé plus d'une fois de l'importance d'enseigner les bonnes habitudes alimentaires et les aptitudes en dynamique de vie quotidienne, comme des cours de cuisine. « Les parents que nous rencontrons ont 17 ou 18 ans. Les frites et les bâtonnets de poisson constituent l'image qu'ils se font d'un repas. »

De nombreux programmes d'aide parentale et d'aide à la petite enfance ont été cités en tant que pratiques prometteuses ou bonnes pratiques déjà reconnues. Certaines formes d'aide parentale sont offertes à domicile. D'autres programmes sont prodigués dans des centres de soins de santé primaire ou d'autres centres qui offrent une plus grande variété de soutien, comme de l'aide pratique pour l'obtention d'un logement et d'avantages sociaux. Quelques-uns offrent des services particuliers pour les femmes enceintes et les jeunes mères qui éprouvent des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. Un centre appelé Sheway, situé dans un point chaud du quartier sud du centre-ville de Vancouver, a été cité en exemple dans plusieurs séances pour son travail de soutien auprès des femmes aux prises avec des difficultés complexes. On a aussi fait l'éloge du Louise Dean Centre, à Calgary, une école pour adolescentes enceintes et mères, en raison du soutien complet qu'il fournit aux jeunes parents.

Certains propos élogieux à l'égard de ressources et de programmes d'aide parentale particuliers se sont révélés être des appuis informels à des initiatives de plus grande envergure. À titre d'exemple, un groupe de ménagères visiteuses financé par le Programme de soins de santé maternelle et infantile du gouvernement fédéral a parlé avec enthousiasme de la clarté des instructions et de l'efficacité du programme de formation des parents qu'il devait utiliser.

Le Programme d'éducation préscolaire aux Autochtones, avec son intervention précoce, a été louangé dans plusieurs séances tant pour le développement général de l'enfant que pour l'enseignement de la langue et de la culture, mais suscitait tout de même une certaine frustration du fait qu'il n'était pas offert dans plus d'emplacements. « Ma petite-fille a bénéficié de ce programme et elle est tout à fait épanouie. À l'école, vous pouvez voir la différence entre les enfants qui ont bénéficié de ces programmes et ceux qui n'y ont pas eu droit. J'ai tenté d'obtenir plus de fonds pour cela dans notre région, sans succès. S'ils font de réels efforts pour nous aider, qu'ils fassent en sorte que ce programme soit disponible pour tous les enfants des Premières nations. »

Les participants ont également parlé de l'importance de l'éducation préscolaire pour réunir les conditions propices aux réalisations à long terme. Un Autochtone doit surmonter de nombreux obstacles pour avoir accès à une bonne éducation — en particulier la pauvreté. Le taux d'obtention de diplômes d'études secondaires des Autochtones est nettement inférieur à celui de la population canadienne en général. Cette situation crée un effet domino qui va au-delà de la vie de chaque individu. Les communautés aimeraient disposer de plus de travailleurs autochtones en soins de santé maternelle et infantile, mais il manque de candidats admissibles. De plus, d'autres problèmes s'ajoutent à l'équation : une pénurie de prestataires de soins en régions rurales et éloignées; un manque de programmes de formation, d'enseignement et d'apprentissage dans les communautés; un manque de programmes spécialement conçus pour former les Autochtones. Les participants ont mentionné quelques programmes prometteurs — le plus souvent, des programmes de formation à la profession de sage-femme destinés aux femmes autochtones, et des écoles de médecine dans certaines universités —, en y ajoutant toutefois quelques mises en garde : « Nous devons promouvoir l'éducation à une étape plus précoce pour disposer d'un nombre suffisant de diplômés qui participeront à ces programmes postsecondaires ».

Accès à des soins adaptés à la culture — ou à toute forme de soins de santé

Les participants en avaient long à dire à ce sujet, à commencer par les embûches : il existe des problèmes liés à la distance et aux coûts de transport ainsi qu'une pénurie de travailleurs en soins de santé qualifiés. Il manque de sages-femmes, de services de soins prénataux, postnataux ou généraux (comme des soins de la vue ou dentaires), ainsi que de services spécialisés pour les enfants qui ont des besoins particuliers, comme la physiothérapie ou le soutien en santé mentale. Il manque aussi de soutien pour le diagnostic et le traitement de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) ainsi que de consultation auprès des communautés autochtones au moment de la conception des programmes. Ces difficultés sont encore plus marquées dans les régions nordiques et éloignées.

La nécessité d'améliorer et de coordonner l'accès à une équipe de professionnels de la santé qui assure la prestation de soins adaptés à la culture est un sujet qui est revenu de façon itérative. Un modèle du genre, cité dans plusieurs séances, était celui du réseau de soins de santé primaire de Rocky Mountain House. Ce réseau collabore avec les communautés des Premières nations pour élaborer des programmes et coordonner l'accès à des soins adaptés à la culture, holistiques et axés sur une équipe, qui ont mené à de meilleurs résultats prénataux et à l'établissement de liens plus solides.

Certains membres du personnel de première ligne qui œuvrent au sein des réserves des Premières nations ont manifesté leur frustration envers la confusion et les malentendus que soulève parfois l'accès aux ressources provinciales. On a évoqué dans certaines discussions le principe de Jordan, une approche axée sur l'enfant qui vise à résoudre les conflits de compétence concernant les soins à prodiguer aux enfants des Premières nations présentant des besoins médicaux complexes. De toute évidence, les différentes instances en sont encore à des étapes très diverses dans la mise en application de cette approche.

Commentaires de clôture

À la fin des sept séances régionales, les participants avaient mentionné plus d'une centaine de programmes, de politiques, d'organismes et de stratégies qui, selon eux, permettent d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes et des jeunes enfants autochtones.

Les participants ont à maintes occasions indiqué que le premier ministre Stephen Harper est actuellement coprésident de la commission des Nations Unies (ONU) sur la santé maternelle et infantile dans le monde en développement. Ils ont dit espérer que ces travaux permettraient de tourner les projecteurs vers les problèmes canadiens pour que l'attention du gouvernement fédéral soit attirée par les mères autochtones, leurs enfants, leurs familles et leurs communautés. Bien que nous n'ayons pas eu cette idée en tête au début de nos travaux, il est juste d'affirmer que le Conseil de la santé adhère à cette perspective.

Deux messages dominants se dégagent des séances régionales :

1. On reconnaît de plus en plus que les conditions de vie d'une personne ont un énorme impact sur sa santé, et que ces facteurs, appelés « déterminants de la santé », sont complexes et enchevêtrés. Nulle part ailleurs ce lien entre conditions de vie et santé n'est aussi criant que dans les communautés des Premières nations, inuites et métisses.

Les participants ont mis sur la table ces problèmes plus généraux au début de chaque séance régionale — des facteurs comme la pauvreté, les dépendances, la violence familiale, l'estime de soi et les séquelles sous-jacentes à la colonisation et des pensionnats. Ils savent qu'une approche plus globale que les simples services qu'ils offrent est nécessaire pour améliorer l'état de santé des femmes et des enfants.

Il est tout à fait évident que des changements favorables se mettent en place dans toutes les régions du pays grâce aux efforts des communautés et des leaders autochtones, des prestataires et des gouvernements, mais ces efforts sont aussi terriblement exaspérants et frustrants pour les personnes qui habitent des régions où les changements mettent du temps à s'installer et se demandent pour quelle raison elles ne disposent pas de la même chose que les autres. Selon les propos d'un participant, le changement découle souvent « de la passion et du leadership ». Cette situation devrait être soutenu par un meilleur financement, des critères de programme plus souples et une collaboration plus étroite entre les gouvernements et les leaders autochtones afin d'appuyer une vision plus globale de la santé et de la manière d'améliorer les déterminants de la santé dans les communautés autochtones.

Dans notre rapport de décembre 2010, « Changement de vitesse : Cibler non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé », nous avons appris qu'un mouvement de masse soulève peu à peu le pays pour que des mesures soient prises concernant les déterminants de la santé et la réduction des disparités en matière de santé. Les gouvernements et les leaders du domaine de la santé commencent à admettre qu'ils doivent changer leur mode de pensée et agir de façon plus collaborative pour parvenir à améliorer l'état de santé des Canadiens; il n'est plus question d'abandonner à un seul ministère ou à un seul ordre de gouvernement la responsabilité de la santé. Les gens nous ont dit que ces questions faisaient l'objet d'un nouveau sentiment d'urgence. Il existe une réelle volonté d'action. Compte tenu de ces facteurs, nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral bénéficie d'une conjoncture très favorable pour être le fer de lance d'une nouvelle ère de discussions avec les provinces, les territoires et les leaders autochtones concernant les moyens les plus efficaces d'améliorer l'état de santé des Autochtones.

2. Il existe une foule de programmes et de stratégies qui parviennent à améliorer l'état de santé des mères et des enfants, mais de bons programmes s'avèrent souvent lacunaires sur le plan de la stabilité et du financement pluriannuel ou ne disposent pas de fonds suffisants pour répondre aux besoins de la population qu'ils servent. De plus, les demandes et les ententes de financement sont souvent trop compliquées, ce qui en limite les possibilités d'obtention et provoque un épuisement professionnel chez les membres du personnel.

Ces facteurs nuisent grandement à la capacité des communautés autochtones à fournir des services de santé maternelle et infantile comparables à ceux que reçoivent les autres Canadiens. Bien que de nombreux programmes fédéraux, comme le Programme de santé maternelle et infantile, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, font une différence, ils ne sont pas offerts à toutes les mères et à tous les enfants qui en auraient besoin. On observe encore des écarts de service dans quantité de communautés autochtones. Des changements favorables sont effectivement en train de se produire sur plusieurs fronts, mais les progrès sont nettement inégaux d'une communauté autochtone à une autre. Certaines communautés obtiennent des résultats remarquables, mais les degrés de rétablissement diffèrent, et un nombre encore plus important de communautés sont encore dans un état précaire.

Mettre l'accent sur la prolongation des programmes qui parviennent clairement à atteindre plus de mères et d'enfants — et établir des ententes de financement à long terme plus simples — constituerait une solution efficace pour que les enfants autochtones, leurs familles et leurs communautés mènent une vie plus saine. Alors que les gouvernements abordent les relations avec les Autochtones dans leur globalité, nous les encourageons à tirer profit des accomplissements concrets en matière de santé maternelle et infantile et à s'assurer que les travailleurs de première ligne disposent des ressources dont ils ont besoin.

Cette approche exige une évaluation des pratiques prometteuses. La majorité des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de plus grande envergure font l'objet d'une évaluation, tandis que peu de pratiques prometteuses ont été soumises à ce processus. Bien sûr, les évaluations formelles coûtent cher et peu de fonds leur sont réservés, mais il faut procéder à un examen des initiatives prometteuses pour créer un inventaire des pratiques exemplaires et prometteuses. Les communautés autochtones et les praticiens ont besoin de ces renseignements pour faciliter la conception de programmes efficaces en matière de santé maternelle et infantile. Pour soutenir ce processus, les communautés ont besoin de la capacité, du financement et de la formation nécessaires pour procéder à des évaluations.

Dans les excuses que le gouvernement a présentées aux peuples autochtones en 2008 concernant les pensionnats, le premier ministre a déclaré : « Le fardeau de cette expérience pèse sur nos épaules depuis beaucoup trop longtemps. Ce fardeau nous revient directement en tant que gouvernement et en tant que pays »¹². Du point de vue du Conseil de la santé, l'une des mesures qui permettront d'actualiser ces propos dans l'expérience concrète des familles et des communautés autochtones consiste à permettre à leurs enfants de connaître un meilleur départ dans la vie.

Si le Canada aspire à réduire les inacceptables disparités observées entre l'état de santé des Autochtones et celle des autres Canadiens, l'une des solutions tangibles pour y parvenir serait de prolonger les programmes qui obtiennent de bons résultats et de les accompagner d'un financement pluriannuel stable.

RÉFÉRENCES

- 1** Conseil canadien de la santé. (2010). *Changement de vitesse : Cibler non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Toronto : Conseil de la santé.
- 2** Statistique Canada. (2006). *Les Autochtones : une population jeune et urbaine*. Extrait le 6 mai 2011 du site http://www41.statcan.gc.ca/2006/3867/ceb3867_004-fra.htm
- 3** Santé Canada. (2005). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Extrait le 6 mai 2011 du site www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats_profil-fra.php
- 4** Initiative sur la santé de la population canadienne. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. Extrait du site http://secure.cihi.ca/cihivweb/products/IHC2004rev_f.pdf
- 5** Cooke, M., Mitrou, F., Lawrence, D., Guimond, E., & Beavon, D. (2007). Indigenous well-being in four countries: An application of the UNDP'S Human Development Index to Indigenous peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States. *BMC International Health and Human Rights*, 7. doi: 10.1186/1472-698X-7-9
- 6** Brasfield, C.R. (2001). Residential school syndrome. *BC Medical Journal*, 43(2), 78-81.
- 7** Robertson, L.H. (2006). The residential school experience: Syndrome or historic trauma. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 4(1), 1-28.
- 8** Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal Peoples Study-Main report*. Toronto : Environics Institute. Extrait du site www.fnbc.info/urban-aboriginal-peoples-study-main-report
- 9** Assemblée des Premières nations. (automne-hiver 2006-2007). L'APN lance une campagne nationale pour éliminer la pauvreté et créer des possibilités d'avenir. *Bulletin de santé des Premières nations*. Extrait du site <http://64.26.129.156/cmslib/general/HB06-FL-f.pdf>
- 10** Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants –2008 : Données principales*. Ottawa : ASPC. Extrait du site www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-cis-2008-rprt-fra.pdf
- 11** Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2009/2010). *Les enfants autochtones et non autochtones dans les services d'aide à l'enfance*. [Fiche d'information]. Extrait du site http://nccah.netedit.info/docs/french%20fact%20sheets/1689_NCCAH_fs_childhealth_FR_V4.pdf
- 12** Premier ministre du Canada. (2008). *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*. Extrait le 12 mai 2011 du site <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2149>
- 13** Fondation autochtone de guérison. (2006). *RAPPORT FINAL : Points sommaires*. Ottawa : FAG. Extrait du site www.fadg.ca/downloads/rapport-final-fr.pdf
- 14** Chandler, M.J. et Lalonde, C.E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In L. Kirmayer et G. Valaskakis (éd.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (p. 221-248). Vancouver : Presses de l'Université de la Colombie-Britannique.
- 15** Barney, L. *The Braid Theory*. Personal Communication. 16 février 2011.

2^E PARTIE

Propos entendus : Résumé des séances régionales à travers le Canada

Introduction

Bien que de nombreux organismes participent à l'étude des écarts entre l'état de santé des Autochtones et celui de la population canadienne en général, le Conseil canadien de la santé occupe une position unique. La mission que nous ont confiée les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux nous permet de nous adresser à un vaste public à travers le Canada, non seulement en ce qui a trait aux réalités relatives à l'état de santé des communautés des Premières nations, inuites et métisses, mais aussi aux pratiques prometteuses qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être et d'atténuer les iniquités.

Le Conseil de la santé s'est lancé dans un projet pluriannuel qui vise à comprendre les problèmes influant sur l'état de santé des populations autochtones au Canada^a et à informer les Canadiens sur des questions préoccupantes. Ce projet vise les objectifs suivants :

1. Accroître chez les Canadiens la compréhension des problèmes sous-jacents aux disparités observées entre l'état de santé des Autochtones et celui de la population en général.
2. Découvrir un ensemble de pratiques qui pourraient être jugées « prometteuses » pour faire progresser l'état de santé des Autochtones, pris au sens large de santé, de mieux-être et de guérison communautaire.

Conscient du fait que le Canada contribue financièrement à une initiative internationale en santé maternelle et infantile et que le premier ministre occupe le poste de coprésident de la Commission de responsabilisation des Nations Unies, le Conseil de la santé a jugé qu'il s'agissait là d'un bon endroit pour amorcer son exploration des questions liées à l'état de santé d'une des populations les plus marginalisées du Canada.

Cette partie du rapport résume les propos entendus par le Conseil de la santé au cours des sept séances régionales sur la santé des mères et des enfants autochtones, menées à travers le Canada. Pour la préparation de ces séances, nous avons été guidés par des réunions avec des leaders autochtones nationaux et par des recommandations tirées de notre rapport d'orientation de mai 2010, *Relever les défis relatifs à la santé et au bien-être des peuples autochtones au Canada* (disponible sur demande). Ce document d'orientation a permis au Conseil de la santé de comprendre le besoin fondamental de faire connaître les pratiques prometteuses pour les Autochtones à l'ensemble des intervenants du gouvernement au personnel communautaire de première ligne, ainsi que l'importance des évaluations de telles pratiques.

Le Conseil de la santé a retenu la définition suivante de « santé maternelle et infantile », gracieuseté de Nunavut Tunngavik Inc. : « santé maternelle et infantile » est une expression réservée exclusivement à la description de l'étendue des besoins et des services en soins de santé qui sont nécessaires aux femmes pendant leurs années de fécondité et comprennent la santé sexuelle et génésique, les soins prénataux, durant le travail et l'accouchement et postnataux, de même que les modèles parentaux sains et les besoins de tous les bébés et enfants de moins de six ans en matière de santé¹.

a) Tout au long de ce document, nous faisons référence aux Autochtones conformément aux termes de la partie II de l'article 35.2 de la *Loi constitutionnelle de 1982* : un Autochtone au Canada est un membre d'une communauté indienne (Premières nations), métis ou inuite qui comprend des Indiens « inscrits », « visés par un traité » ou « personne inscrite comme Indien » ainsi que les Indiens « non inscrits et non soumis aux traités ».

De plus, il est d'une égale importance d'encadrer toute discussion sur la santé maternelle et infantile dans le contexte des déterminants de la santé qui s'étendent à l'ensemble des communautés autochtones^{2,3} ainsi que ceux qui sont plus particulièrement mentionnés par les Premières nations, les Inuits et les Métis^{4,5,6}. Tous les travaux du Conseil de la santé s'appuient sur ce cadre global en vue de comprendre les problèmes critiques auxquels les Autochtones des Premières nations, les Inuits et les Métis sont confrontés.

Approche adoptée pour comprendre les pratiques prometteuses et le processus de mobilisation pour les séances régionales

Le Conseil de la santé a retenu les services du cabinet d'experts-conseils autochtones Stonecircle Consulting Inc. pour qu'il se charge d'organiser, de coordonner et d'animer les séances régionales qui visaient à répondre à la question suivante : « Si le Canada veut améliorer l'état de santé des enfants autochtones pour ainsi réduire les disparités dans ce domaine, quelles sont les pratiques prometteuses en matière de santé maternelle et infantile qu'il serait judicieux de pousser plus avant ou d'élaborer? »

Les séances régionales avaient pour but de recueillir les opinions des travailleurs de première ligne, des gestionnaires et des coordonnateurs de programme, des leaders autochtones, des universitaires, des autorités en matière de santé et des représentants des administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales sur les réalités « sur le terrain » concernant la santé des femmes et des enfants. Nous aspirions également à tenir des séances ouvertes dont l'assistance allait être composée d'Autochtones vivant dans les réserves, à l'extérieur de celles-ci ou en milieu urbain, ainsi que des Autochtones inscrits ou non inscrits.

Nous n'avons pas l'intention d'établir un inventaire exhaustif des pratiques prometteuses à l'échelle nationale. Les lecteurs qui œuvrent dans le domaine remarqueront certaines omissions. Le matériel recueilli dans les séances et présenté dans le présent document est composé de relevés sélectionnés de programmes et de stratégies de première ligne qui se révèlent efficaces pour améliorer la santé des mères et des enfants autochtones. Les questions et les initiatives dont les participants ont décidé de faire état sont l'expression de leurs affiliations et de leur expérience.

Définition de « pratiques prometteuses »

La définition de l'expression « pratique prometteuse » pourrait prendre de nombreuses formes. Pour les besoins de ce projet, nous l'avons défini comme un modèle, une approche, une technique ou une initiative inspiré des expériences des Autochtones, qui convient aux utilisateurs de la pratique et qui entraîne des changements favorables dans la vie des personnes visées⁷. Une pratique prometteuse comporte les caractéristiques suivantes :

- est reconnue pour entraîner des améliorations de l'état de santé des Autochtones;
- englobe les intérêts et les expériences d'un grand nombre;
- est appréciée et soutenue par des intervenants compétents;
- peut être bien connue ou avoir été couronnée de succès dans le passé;
- est adaptable — tient compte de l'importance du contexte communautaire pour une mise en application réussie;
- aura de préférence été soumise à une évaluation.

Compte tenu de cette définition, trois questions ont orienté les séances régionales :

- Qu'est-ce qui fonctionne et fait une différence dans ce domaine?
- De quels programmes et initiatives instaurés ailleurs avez-vous entendu parler et auriez-vous aimé bénéficier?
- Quelle méthode accessible et pratique devrait-on adopter pour transmettre les renseignements recueillis sur les pratiques prometteuses à l'échelle du pays?

Notre recherche a également cerné cinq thèmes autour desquels regrouper les pratiques aux fins de discussion (tout en ayant conscience qu'une pratique prometteuse comportera parfois des caractéristiques qui peuvent être associées à plus d'un thème) :

1. Savoir traditionnel et approches culturelles

Revitalisation et intégration du savoir traditionnel, de la culture ou des langues utilisées dans les programmes et les services de santé maternelle et infantile; comprendra des programmes qui portent sur le « mieux-être » par opposition à la « maladie » et constituent des approches holistiques (englobant les dimensions émotionnelle, spirituelle, physique, mentale et intellectuelle de la santé).

2. Approches fondées et axées sur la communauté

Programmes, services et approches élaborés au niveau de la communauté; programmes fédéraux, provinciaux, territoriaux ou régionaux de grande envergure, adaptés à la communauté.

3. Collaboration et intégration

Se regrouper, collaborer et combiner les fonds — ou autres approches de collaboration entre différents programmes et services en santé maternelle et infantile, ou établissement de liens avec d'autres programmes et services communautaires (logement, emploi, services sociaux).

4. Formation et ressources humaines

Moyens efficaces pour recruter, former et retenir les Autochtones qui travaillent auprès des mères et des enfants des Premières nations, inuits et métis, et qui les soutiennent. Ce sujet comprendra aussi des solutions efficaces pour former et recruter des organismes et des professionnels de la santé non autochtones, ainsi que pour travailler dans le domaine de la santé maternelle et infantile (compétences culturelles, sécurisation culturelle).

5. Politique et financement

Politiques ou programmes de financement généraux au niveau du gouvernement fédéral, provincial, territorial ou autochtone, qui ont entraîné une amélioration de l'état de santé des mères et des enfants autochtones; quelque chose qui pourrait être considéré comme un modèle ou une approche prometteuse.

TABLE 1
Il s'agit des sept emplacements suivants

VILLE	DATE DE LA SÉANCE	HÔTE LOCAL
Ottawa, ON	20 janvier, 2011	Centre de santé autochtone Wabano
Halifax, NS	21 janvier, 2011	Eskasoni Community Health Centre
Calgary, AB	28 janvier, 2011	Elbow River Healing Lodge
Winnipeg, MB	14 février, 2011	Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Prairies
Vancouver, BC	16 février, 2011	First Nations Health Council
Whitehorse, YK	18 février, 2011	Ta'an Kwach'an Council
Toronto, ON	28 février, 2011	Native Canadian Centre of Toronto

Sept emplacements ont été retenus à travers le pays, à partir de cinq critères de sélection :

- accessibilité pour les participants des Premières nations, inuits et métis;
- accessibilité pour les populations autochtones en milieu urbain, rural et éloigné;
- régions géographiques du Canada;
- points de passage des transports;
- disponibilité des organismes hôtes locaux — le Conseil de la santé a mobilisé des organismes autochtones locaux pour coprésider les séances.

Les réunions régionales comportaient des séances plénières et en petits groupes, qui portaient sur des questions critiques liées à la santé des mères et des enfants autochtones et aux pratiques prometteuses, réparties en cinq thèmes. Malgré les nombreux problèmes graves à résoudre, les participants ont affiché beaucoup d'enthousiasme lorsqu'il s'est agi de parler de pratiques efficaces. On observe un changement favorable sur de nombreux fronts. Après avoir fait état des pratiques prometteuses, les participants ont discuté de tout schéma émergent et des personnes qui avaient un rôle à jouer dans la viabilité des pratiques. Chaque séance régionale s'est terminée par une discussion plénière concernant les différentes troupes d'outils et de ressources pratiques et facilement accessibles qui pourraient être utilisées par les travailleurs des différents paliers des soins de santé dispensés aux mères et aux enfants autochtones pour échanger des renseignements sur leurs pratiques. Les réponses des participants couvraient une grande variété d'avenues.

Ce résumé des discussions comprend un examen et une analyse des conversations engagées dans les sept séances régionales. Chacune des sept séances a mené à la préparation d'un compte rendu, disponible sur demande. Pour faire suite à la proposition de participants qu'une trousse d'outils et de ressources soit constituée en tenant compte des suggestions faites lors des séances, le Conseil de la santé a mis en ligne un recueil des descriptions des pratiques prometteuses, accompagnées des renseignements sur les personnes-ressources. Le tout est affiché sur le site Web du Conseil de la santé, au www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le Conseil canadien de la santé remercie tous les participants, les organismes hôtes locaux et les aînés qui ont participé à ces séances, et il leur témoigne toute sa gratitude pour avoir pris le temps de faire part de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs recommandations. Ces séances ont permis de valider une foule d'apprentissages que le Conseil de la santé avait tirés de son document d'orientation. Il faut absolument procéder à une évaluation participative des pratiques prometteuses et les faire connaître à la communauté de pratique. Les participants nous ont en effet fait savoir, par leurs évaluations, que ces séances leur avaient offert d'importantes possibilités de réseautage à l'échelle du pays, en plus de leur permettre de discuter et d'en apprendre davantage sur les pratiques prometteuses dans d'autres territoires et différents milieux.

Préparation du terrain : questions critiques en matière de santé maternelle et infantile chez les Autochtones

Même si les pratiques prometteuses constituaient le point central de ces séances régionales, un grand nombre d'Autochtones vivent dans de rudes conditions au Canada, et les participants ont relaté ces circonstances avec force précisions, et ce, avant de parler de solutions efficaces. Le résumé des problèmes critiques présenté dans cette partie du rapport témoigne du besoin urgent de procéder à l'élaboration et à la prolongation de pratiques prometteuses dans l'exécution des programmes et la prestation des services liés à la santé maternelle et infantile. L'annexe B renferme des données démographiques et des renseignements sur les indicateurs de la santé qui explorent plus avant ces questions.

Principaux thèmes des séances régionales

Dans toutes les séances, les participants ont mentionné des problèmes critiques influant sur la santé des mères et des enfants autochtones et en ont discuté. Voici un résumé de leurs points clés :

Déterminants de la santé

Les problèmes de santé et de mieux-être sont perçus comme des circonstances liées et enchevêtrées aux déterminants de la santé qui, selon les énoncés, seraient des facteurs importants dans la vie des mères et des enfants autochtones. Les participants ont mentionné la pauvreté extrême et la manière dont elle se manifeste sur divers plans — émotionnel, monétaire et spirituel. De mauvaises conditions de vie, une pénurie de logements et le surpeuplement de ceux-ci, une eau potable de mauvaise qualité et un manque de sécurité alimentaire produisent des effets en cascade sur la santé personnelle et les relations familiales. Ces problèmes

sont encore plus graves dans les régions nordiques et éloignées, là où l'accès limité à des aliments nutritifs et à des logements de qualité (aucune unité disponible, surpeuplement, présence de moisissures) à prix abordable pose des problèmes de taille. Les Autochtones doivent aussi surmonter de nombreux obstacles pour obtenir une bonne éducation. Cette situation se répercute sur les enfants en les empêchant de sortir de ces conditions de vie difficiles, sans compter l'accès restreint à des carrières en sciences de la santé, qui se traduit par l'amoindrissement du bassin d'Autochtones en mesure de devenir des prestataires de soins de santé.

Colonialisme, racisme et pensionnats auront laissé des séquelles durables dans bien des aspects de la vie des Autochtones. Ils ont causé un traumatisme intergénérationnel qui entraîne la perpétuation d'un large éventail de problèmes de santé. Les individus ont, par exemple, été coupés de leurs communautés, de leurs familles, de leur culture et de leurs semblables. Lorsque les enfants étaient arrachés à leur foyer pour aller dans des pensionnats, les compétences parentales n'étaient pas stimulées et les liens familiaux étaient rompus. Aujourd'hui, les séquelles de cette situation prennent la forme d'une piètre estime de soi, de mauvais traitements, de violence familiale, de dépendances, de compétences lacunaires en matière de relations interpersonnelles et de résolution de conflits, de taux élevés de mères monoparentales et de grossesse chez les adolescentes, de problèmes de santé mentale, d'un manque de connaissances culturelles et d'une pléthore d'affections chroniques.

Manque d'autonomie en matière de santé et peur de demander de l'aide

Au chapitre des effets du colonialisme, du racisme et des pensionnats, les participants ont parlé de la mesure dans laquelle les clients manquaient de connaissances sur la manière de prendre soin d'eux-mêmes et de leur famille. Ces lacunes comprennent un manque de connaissances concernant quantité de problèmes liés à la santé, comme la santé mentale, la contraception, la planification des naissances et les méthodes de réduction des préjudices. Ils ont affirmé que la situation se complique sous l'effet d'une apathie ou d'une résistance à l'endroit des nouveaux programmes qui s'explique par la croyance que rien ne peut les aider. Ils insistent sur le fait qu'il s'agit d'un problème à facettes multiples qui comporte de nombreux éléments complexes. Une crainte du racisme et du jugement d'autrui, combinée à la culpabilité et à la honte, entraîne une réticence à diffuser l'information et, par conséquent, à demander de l'aide. Pour achever le tableau, on observe un manque de confiance dans les services et le système, surtout envers les autorités chargées du bien-être de l'enfance, la crainte que les enfants soient appréhendés réfrénant l'envie des mères et des familles d'aller chercher de l'aide.

Connaissances du rôle de parent, compétences parentales et soutien des parents

Le besoin d'acquérir des connaissances et des compétences parentales et d'obtenir un soutien, surtout chez les jeunes parents, constituait un thème récurrent. L'exemple de l'ensemble de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)^b illustre bien ce problème complexe. Certains parents souffrent eux-mêmes d'un ETCAF, de toxicomanie ou d'alcoolisme, ce qui limite leur capacité à gérer leur vie ou celle de leurs enfants. Ils doivent bénéficier d'une prise en charge des cas et d'aide pour naviguer dans le système, obtenir un accès plus facile aux soins et aux services (comme l'éducation ou la santé) et prendre des décisions éclairées concernant leur vie. Ce soutien intensif, échelonné sur une longue période, est nécessaire pour rompre le cycle des effets intergénérationnels du colonialisme, des pensionnats et du racisme. En règle générale, les participants ont souligné la nécessité de mieux comprendre et de subventionner le développement de l'enfant, surtout en ce qui a trait à l'attachement et à la création de liens affectifs, ainsi que l'alphabétisation générale et les compétences en planification financière.

Accès restreint à des soins adaptés à la culture

Cette question comporte deux volets. D'une part, les communautés qui veulent fournir des soins adaptés à la culture ont du mal à y parvenir en raison d'un manque de travailleurs autochtones œuvrant dans le domaine des soins de santé maternelle et infantile. Cette situation se corse en raison d'une pénurie systémique de prestataires de soins de santé, d'un manque de programmes de formation dans le domaine de la santé pour les ressources humaines autochtones et d'un manque de programmes de formation, d'éducation et d'apprentissage dans les communautés. D'autre part, on observe (dans certains secteurs) un manque de compréhension de la diversité qui existe au sein des peuples des Premières nations, inuits et métis. Des professionnels de la santé non autochtones ont parfois fait preuve de discrimination ou d'ignorance à l'endroit des cultures, des réalités et des défis propres aux Autochtones. On n'insiste pas assez sur l'importance des pratiques culturelles, et on ne fait pas assez d'efforts pour accepter et intégrer dans le système de santé des enseignants et des aînés riches d'une connaissance des valeurs traditionnelles, de sagesse et d'expérience. Cette omission a fait en sorte que les services de soins de santé sont trop souvent inadaptés à la culture.

Les participants ont parlé du peu d'efforts déployés pour que les accouchements soient de nouveau pratiqués dans les communautés, pour illustrer ce manque de sensibilité culturelle. Les femmes autochtones enceintes sont habituellement envoyées à l'extérieur de leurs communautés, souvent plusieurs semaines avant l'accouchement, pour donner naissance à leur bébé dans des milieux inconnus, loin de leur famille et de leurs réseaux de soutien culturel.

b) L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est un désordre qui découle de l'exposition prénatale à l'alcool. Il s'agit d'une « expression générale qu'on utilise de plus en plus pour décrire la panoplie d'affections (et de diagnostics) résultant de l'exposition prénatale à l'alcool. L'ETCAF ne constitue pas un diagnostic médical en soi, mais regroupe des affections telles que : syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF); SAF partiel (SAFP); troubles neurologiques du développement liés à l'alcool (TDNLA); malformations congénitales liées à l'alcool (MCLA)⁸. »

Accès au système de santé, intégration et coordination

Les participants ont décrit un certain nombre de facteurs qui concourent à restreindre l'accès aux soins de santé. Il s'agit notamment du lieu géographique, des coûts de transport, d'un manque d'intégration et de coordination des programmes et des services communautaires, d'un accès limité à des soins adaptés à la culture et appropriés et de pénuries de prestataires de soins de santé primaire, de sages-femmes et de soins prénataux et postnataux. Les participants ont aussi indiqué un manque de services spécialisés, comme le soutien aux enfants ayant des besoins particuliers, la physiothérapie, la promotion de la santé, les services de santé mentale et de désintoxication (y compris la lutte contre l'alcoolisme et l'abandon du tabac), les services de santé-sexualité, les examens de l'ouïe et de la vue, et les soins dentaires. La situation est plus compliquée et plus grave dans les régions nordiques et éloignées.

Financement

Il existe des exemples d'ententes financières à long terme (p. ex. quinquennales), conclues entre le gouvernement fédéral et certains groupes autochtones, qui permettent un financement stable de quelques programmes. En règle générale, par contre, les participants ont mentionné que l'insuffisance d'ententes pluriannuelles dotées d'un financement convenable et stable constitue un problème constant qui influe sur la capacité des communautés autochtones à fournir des services de santé comparables à ceux qui sont offerts aux autres Canadiens. La question du financement comporte de nombreuses facettes, les modèles de

financement étant compliqués, disjoints, de courte durée et réactifs. Les politiques de financement sont trop peu axées sur la prévention et la santé communautaire; elles ne reconnaissent pas le bien-fondé des approches traditionnelles locales, alors que ces mêmes approches sont souvent le facteur clé de la réussite des programmes visant l'amélioration de la santé des mères et des enfants. De modestes subventions de courte durée mènent à la mise sur pied de programmes disjoints et d'approches sporadiques sans continuité. De telles mesures échouent à résoudre des problèmes complexes et, par conséquent, restreignent la capacité à instaurer des changements durables. Les politiques de financement varient souvent au gré des programmes politiques et des changements de gouvernement, ce qui provoque la disparition de programmes et de services prometteurs, parfois même avant leur évaluation ou la démonstration de leurs effets. Au cours des séances, on reconnaissait et convenait que les pratiques prometteuses demandaient un certain temps pour « mûrir ». Les gouvernements mettent sur pied de nombreux programmes intéressants qui répondent aux besoins des Autochtones et présentent toutes les qualités des pratiques prometteuses, puis le financement cesse, et quantité de gains obtenus sont amenuisés, voire perdus. Les subventions réservées aux Premières nations ne sont pas disponibles pour les Métis, et une part du financement réservé aux Inuits est administrée d'une autre manière par différents territoires et provinces. Cette situation entraîne une iniquité. Enfin, les programmes et les priorités de financement sont souvent motivés par des programmes descendants (top-down) qui ne tiennent pas compte des besoins des Autochtones, alors qu'il faudrait subventionner des programmes jugés bénéfiques par les communautés concernées.

Le financement comporte plusieurs difficultés, lesquelles sont liées aux questions de gouvernance, d'infrastructure et de responsabilisation mentionnées ci-après.

Gouvernance, infrastructure et responsabilisation

Les préoccupations liées à la santé des mères et des enfants autochtones se retrouvent embourbées dans des débats et des conflits de compétence entre les administrations (fédérale, provinciale, territoriale, municipale, autochtone), les autorités en matière de santé et les conseils de bande. Les services et les programmes sont souvent fragmentés et soumis à des cloisonnements restrictifs. Les critères des programmes diffèrent d'un gouvernement à l'autre et ne répondent parfois pas aux besoins des communautés, ce qui entraîne des trous dans le service. Même les programmes fédéraux qui comblent une partie de ces lacunes et se révèlent efficaces (p. ex. le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme de santé maternelle et infantile et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones) ne sont pas offerts dans toutes les communautés autochtones. Les participants ont dit qu'il s'agit d'un mode de financement sporadique, sans plans à long terme, infrastructures de responsabilisation ou stratégies et cadres d'évaluation à base participative et communautaire. Ils ont exprimé leur frustration face au défaut de coordination et d'intégration qui les a « voués à l'échec ».

Ressources humaines dans le domaine de la santé

Le recrutement et la rétention des travailleurs de première ligne est chose ardue, surtout dans les plus petites communautés. La nature très stressante de ces postes entraîne un important roulement de personnel. Les communautés de plus petite envergure n'ont pas les moyens d'embaucher du personnel permanent à temps plein, ce qui les oblige à combler des postes en faisant appel à des personnes qui n'ont pas reçu la formation adéquate ou n'ont pas les compétences requises. Aucun financement de programme additionnel n'est prévu pour le perfectionnement professionnel ou le recyclage du personnel. Le personnel infirmier en soins communautaires n'a souvent pas reçu de formation spécialisée en santé maternelle et infantile. De plus, on recrute parfois des personnes sans formation professionnelle ou de formation indirectement reliée pour combler des postes vacants dans le domaine de la santé; ces personnes n'ont pas reçu de formation sur la culture et le rétablissement non plus que sur les soins de santé, toutes connaissances qui sont nécessaires pour travailler dans des milieux sociaux et culturels complexes.

Propos des participants sur les pratiques prometteuses

Des changements positifs et de l'innovation apparaissent sur de nombreux fronts, dans les secteurs des services, des programmes et des politiques.

Cette partie du rapport met en évidence les caractéristiques communes des pratiques prometteuses et les accompagne d'exemples choisis en provenance de différentes régions du Canada illustrant leurs composantes et les raisons de leur efficacité. L'annexe A présente la liste complète des pratiques prometteuses mentionnées dans chaque séance régionale. Des descriptions et des renseignements sur les personnes-ressources sont présentés en ligne sur le site Web du Conseil de la santé, sous forme de recueil.

Caractéristiques communes des pratiques prometteuses

Approche holistique

Une approche holistique est un élément essentiel pour la santé des mères et des enfants autochtones. Les dimensions physique, mentale, sociale, spirituelle et émotionnelle de la santé sont indissociables. Il est impossible d'envisager les mères et les enfants autochtones de façon isolée; ils font partie d'une unité familiale plus vaste et d'un réseau de parents et d'amis au sein de leur communauté. Toute la communauté — une communauté en bonne santé — doit participer à l'établissement de liens entre mères et enfants et à leur soutien, notamment les pères, les aînés, les jeunes, les tantes, les oncles, les grands-mères, les grands-pères, les amis, les voisins et les leaders politiques.

Mieux-être au lieu de maladie

Une approche holistique est liée à la nécessité de remplacer les approches centrées sur le traitement des maladies par des approches centrées sur l'atteinte d'un mieux-être — le mieux-être de la personne, de la famille et de la communauté, qui fait passer d'une pensée biomédicale linéaire à un mode d'interactions et de relations. Les pratiques efficaces rassemblent les personnes; multiplient les liens communautaires; rehaussent les connaissances et l'accès à des solutions de rechange et à des modes de vie sains; intègrent les cérémonies, la langue et le savoir traditionnels; traitent la naissance comme une célébration, non comme une maladie qui doit être prise en charge par des professionnels de la santé. En réalité, les programmes de prévention et de promotion de la santé sont souvent les premiers que les gouvernements éliminent lorsqu'ils prennent des décisions budgétaires difficiles, ou ceux qu'ils instaurent après coup, une fois les services médicaux de base mis en place^c.

Savoir traditionnel et pratiques culturelles

Le savoir traditionnel et les pratiques culturelles occupent une place prépondérante dans le rétablissement et le renforcement de l'esprit autochtone et, par ricochet, dans la résolution de problèmes liés à la santé, comme les maladies chroniques, la toxicomanie et la violence, qui émergent d'un esprit, d'une pensée et d'un corps morcelés. Il faut absolument intégrer le savoir traditionnel et les pratiques culturelles dans la prestation des soins de santé et les considérer comme une composante essentielle de chaque stratégie d'intervention précoce et d'éducation auprès des jeunes enfants, de même que des cours de préparation au rôle de parents. Pour véritablement intégrer les pratiques traditionnelles, il ne suffit pas de « saupoudrer » l'approche générale utilisée en médecine occidentale de quelques parcelles de savoir traditionnel. Comme les participants l'ont indiqué au Conseil de la santé, « les communautés ont besoin de disposer de leur [propre] savoir, de valider leurs [propres] termes et de les fondre dans les approches occidentales de la santé — il s'agit là des assises ».

c) Même si la question de l'évaluation des programmes et des services de prévention et de promotion de la santé est compliquée, elle sera profitable quand des décisions d'éliminer des programmes et des services nous forceront à faire des choix; ce sujet n'a pas été abordé au cours des séances.

Quelques exemples de pratiques prometteuses au Canada

Six Nations of the Grand River — Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta' Maternal and Child Centre, Ontario, aide les femmes autochtones à donner naissance à des bébés en bonne santé et fait la promotion du sérieux, du sacré et de la responsabilité continue liés à la naissance. Le Centre fournit un continuum de services et de programmes traditionnels et contemporains, comme le Programme de formation des Autochtones à la profession de sage-femme.

La maternité du Centre de santé Inuulitsivik, région du Nunavik, Québec, est un modèle de soins de santé maternelle et infantile adaptés à la culture et fondés sur le savoir traditionnel. Ce programme implanté dans la région inuite du Nunavik (une des quatre régions inuites du Canada) fait en sorte que l'accouchement et la formation des sages-femmes soient

dispensés près du domicile ou directement dans la communauté — ce qui respecte le système de croyances inuit et renforce les capacités de la communauté. L'interdépendance de la culture et de la communauté est intégrée dans la pratique. Dans un article préparé il y a plus de 15 ans pour la Commission royale sur les peuples autochtones, cette maternité a été citée comme pratique exemplaire.

Sheway, Colombie-Britannique, est un projet de partenariat qui réunit le gouvernement et la communauté en vue de fournir un ensemble complet de services de santé et sociaux, par exemple les interventions auprès d'une population vulnérable ayant des besoins très complexes. Les soins holistiques sont basés sur un cadre de déterminants de la santé et sont dispensés de façon collaborative et respectueuse.

Grassroots Grandmothers Circle, Nouvelle-Écosse. Le Mi'kmaki Nugumijk, formé de grands-mères L'nu de la région, est fondé sur les sept enseignements sacrés; les grands-mères donnent des directives et des conseils aux parents, défendent les droits des communautés, renforcent les traditions, habilitent les familles et insufflent la fierté aux membres de leur communauté.

Language Nest Inuagguait Program, région de Nunatsiavut, Terre-Neuve-et-Labrador, est un programme d'immersion linguistique pour les bébés et les tout-petits qui vise à revitaliser la langue inuktitut. Situé à Hopedale (dans la région inuite du Nunatsiavut), il procure un sentiment de fierté et encourage la revitalisation de la langue ainsi que le respect des traditions et de la culture.

Ahp-cii-uk Aboriginal Leadership Initiative, Colombie-Britannique, qui signifie « prendre le bon chemin » en langue nuu-chah-nulth, est une approche novatrice, propre à la province, qui a pour but de stimuler le développement économique et social des communautés des Premières nations. L'initiative, qui renforce les capacités et est menée par la communauté elle-même, compte de nombreux projets en cours, comme le réaménagement d'un sentier et la création d'un pavillon polyvalent, d'un centre de guérison spirituelle et d'un marché de l'art.

Une approche authentique comporte une reconnaissance et une acceptation des pratiques et du savoir traditionnels, ainsi que le respect de leur crédibilité; une reconnaissance et une confirmation de la diversité qui existe au sein des peuples autochtones; une revitalisation et une intégration de la langue dans les programmes de développement de la petite enfance et les programmes parentaux; une assurance que parents et enfants sont liés et capables d'apprendre des aînés et de leurs communautés; des programmes axés sur la communauté et exclusifs à celle-ci; une formation visant à qualifier un plus grand nombre de prestataires autochtones de soins de santé; une formation d'intervenants non autochtones garantissant que leur compétence et leur sensibilité rehaussée en matière de culture servira la mise en œuvre de soins plus équitables et accessibles.

Sensibilité et sécurisation culturelles dans la formation en santé et la prestation des soins de santé

La sensibilité culturelle est un élément important de toute formation de professionnels de la santé et de toute prestation de services de santé; elle devrait être appuyée par des politiques, des lignes directrices et une panoplie de méthodes pour l'exécution de programmes et la

prestation de soins adaptés à la culture. Les programmes et les services doivent être axés sur les clients, parfois mis sur pied par eux, et dispensés selon une approche participative.

Accès coordonné à une équipe de professionnels multidisciplinaires de première ligne

Certaines pratiques prometteuses importantes offrent un modèle de soins qui cible les déterminants de la santé et fournit des soins holistiques et adaptés à la culture.

Appartenance et détermination communautaires

Les communautés doivent disposer de programmes et de processus exclusifs en matière de soins de santé. Les politiques et les programmes qui « viennent d'en haut » manquent parfois de sensibilité culturelle et cernent mal les réalités des communautés et ce qui pourrait se révéler efficace dans chacun de ces milieux. Les gouvernements ont une obligation d'assurer le financement, mais les communautés doivent disposer du droit de déterminer la manière de concevoir et d'exécuter les programmes, y compris les mécanismes d'évaluation et de responsabilisation.

The Rocky Mountain Primary Care Network (PCN), Alberta, œuvre en collaboration avec les Premières nations Sunchild et O'Chiese pour la mise sur pied de programmes et la coordination de l'accès à un continuum de soins holistiques, adaptés à la culture et prodigués en équipe, qui améliorent la santé prénatale et contribuent à l'instauration de meilleurs liens.

Southwest Ontario Aboriginal Access Centre (Centre autochtone d'accès aux soins de santé du sud-ouest de l'Ontario) est un établissement de soins de santé primaires où sont dispensés des soins holistiques qui font la promotion des soins occidentaux et traditionnels favorables aux déterminants de la santé. Le centre, axé sur la communauté, est financé par le truchement du Programme de santé maternelle et infantile du gouvernement fédéral.

The Aboriginal Prenatal Wellness Program: Wetaskiwin's Community-based Program, Alberta est un programme qui offre des soins à proximité de plusieurs réserves. Les prestataires de soins non autochtones qui y pratiquent comprennent et respectent

l'interprétation et l'expérience de la maladie des Autochtones. Ils respectent et reconnaissent la conjoncture socioéconomique et élaborent un continuum de soins complet en étroite collaboration avec les leaders communautaires, ce qui améliore la santé prénatale et contribue à l'instauration de meilleurs liens.

Nouvelle-Écosse : Grâce aux services **Mi'kmaq Family and Children's Services of Nova Scotia**, prescrits par la province, on a implanté un processus à l'échelle provinciale afin de s'assurer que les enfants des Premières nations reçoivent les mêmes services que les autres enfants néo-écossais vivant dans des niches géographiques semblables. Le processus procure un mécanisme de résolution des conflits entourant la satisfaction des besoins des enfants, incluant des exigences médicales particulières.

Regina Qu'Appelle Health Region's Eagle Moon Health Office, Saskatchewan, adopte une approche holistique de la santé, conscient qu'une santé intégrale englobe le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel. Le bureau de santé Eagle Moon Health Office (EMHO) rassemble des membres des communautés des Premières nations et métisses et des travailleurs de la

santé qui ont pour mission de collaborer et de s'efforcer de combler les besoins de la population. L'EMHO a été reconnu comme un modèle dont les autorités régionales de la santé de la province pourraient s'inspirer.

Nunavut Maternal and Newborn Health Care Strategy : cette stratégie de soins maternels et néonataux du ministère de la Santé et des Services sociaux vise à orienter la définition d'options thérapeutiques et la prestation des services d'une manière qui intègre la médecine moderne à des pratiques traditionnelles et adaptées à la culture du Nunavut.

Canada Northwest Fetal Alcohol Spectrum Disorder Partnership (CNFASDP) est l'alliance formée par sept instances (quatre provinces de l'Ouest canadien et trois territoires) qui œuvrent à la mise au point et à la promotion d'une approche interprovinciale et territoriale de prévention, d'intervention, de soins et de soutien à l'intention des personnes affectées par l'ETCAF. Cet organisme est reconnu comme un modèle efficace de collaboration pangouvernementale.

Les pratiques efficaces sont fondées sur le sentiment, pour les Autochtones, d'être détenteurs de leurs propres services et responsables de l'élaboration des programmes locaux qui combleront les besoins de leurs communautés respectives. Un des éléments clés de la réussite consiste à s'assurer que les femmes occupent un rôle central dans la définition et la participation à leurs soins. Ceci étant dit, les trois prochains points sont intimement liés à cette caractéristique. Ils portent sur la collaboration et l'intégration; l'harmonisation des politiques fédérales, provinciales, territoriales et régionales avec les leaders et les communautés autochtones; et la stabilité du financement.

Collaboration et intégration

La responsabilité partagée en ce qui a trait à la santé des mères et des enfants devrait être reconnue et soutenue par des politiques et des lignes directrices. Sur le plan informel — et souvent en l'absence de mécanismes formels de collaboration et d'intégration —, les programmes locaux sont efficaces lorsque des liens informels se sont tissés entre les prestataires qui partagent des ressources et s'entraident de différentes manières. La collaboration et l'intégration reposent

essentiellement sur l'établissement de liens, d'une compréhension mutuelle et d'un véritable respect entre les partenaires autochtones et non autochtones.

Sur le plan formel, les programmes sont efficaces lorsque plusieurs personnes s'unissent pour former des partenariats entre différents ordres de gouvernement et ministères gouvernementaux, avec des organismes communautaires, des gouvernements et des organismes des Premières nations, des Inuits et des Métis, des prestataires de soins de santé et d'autres intervenants importants. En présence d'une telle conjoncture, un changement positif s'installe.

Harmonisation des administrations fédérale, provinciales, territoriales et régionales avec les leaders et les communautés autochtones

Toutes les instances s'efforcent d'atteindre des buts communs et forment des partenariats avec des communautés. Lorsque les pratiques sont efficaces, cela indique l'absence de conflits de compétence, la durabilité des programmes découlant d'un financement garanti, et leur mise en œuvre par les communautés elles-mêmes.

Strengthening Families Maternal Child and Health Program (SF-MCH), Manitoba

est un modèle de cogestion des partenariats et un programme provincial de visites à domicile, axé sur la famille, destiné aux femmes enceintes, aux pères et aux familles comptant des nourrissons et des jeunes enfants de 0 à 6 ans. L'Assemblée of Manitoba Chiefs (AMC) et Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) ont convenu d'une structure de cogestion, SPNI fournissant l'administration et le financement directement aux communautés, et l'AMC, le soutien régional des projets pilotes, avec le concours du comité consultatif des Premières nations, qui supervisera la mise en œuvre générale du programme.

Seventh Generation Midwives, Ontario

est un collectif urbain de sages-femmes autochtones, établi à Toronto, qui travaille directement auprès des clientes et avec une multitude de partenaires, notamment des hôpitaux, des universités, des centres de recherche et des organismes de santé communautaire. Les services visent à aider les femmes enceintes et les jeunes mères en leur prodiguant des soins de maternité holistiques et adaptés à la culture, de la conception à la sixième semaine suivant l'accouchement. Tout le monde en profite : les clientes et leurs familles, la communauté, les étudiants en médecine, le personnel hospitalier et les prestataires de soins.

Le DVD Healthy Beginnings, Supportive Communities: A Strong Future

conçu par le Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone est le résultat d'importantes consultations réalisées auprès de parents métis, d'aînés, de sages-femmes et d'autres prestataires de soins de santé maternelle. Les thèmes abordés dans le DVD comprennent la continuité culturelle, les options d'accouchement, les pratiques historiques en matière d'accouchement, l'allaitement maternel, les soins personnels de la femme enceinte et le rôle de la communauté dans l'éducation des enfants.

Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre, Ontario

est un établissement agréé de soins actifs et de soins prolongés. Régi par des Autochtones et des non-Autochtones, il s'agit là d'un exemple de la manière dont les autorités fédérales, provinciales et autochtones de la santé sont capables de s'unir pour fournir une gamme complète de services d'interventions hospitalières et communautaires.

Protocole d'entente (PE) sur la santé et le mieux-être des Premières nations en Saskatchewan

Le PE tripartite de la Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN) est une entente conclue entre les gouvernements fédéral et provincial et la FSIN en vue d'améliorer la prestation des services de santé grâce à

une réduction des chevauchements, le comblement des écarts et l'accroissement de la coordination et de l'efficacité du système de santé. L'entente s'accompagne d'un plan décennal de santé et de mieux-être, et elle constitue une occasion d'améliorer la santé.

Le First Nations Health Council, Colombie-Britannique

est un comité tripartite sur la santé des mères et des enfants autochtones formé de représentants des communautés des Premières nations, inuites et métisses ainsi que des systèmes de santé fédéral et provincial. Il a été établi en 2008 pour diriger la mise en œuvre de mesures en matière de santé maternelle et infantile. Les principales priorités incluent la Safe Sleep Initiative, un projet de sécurité du sommeil à l'intention des communautés autochtones; des programmes de dépistage précoce des problèmes d'ouïe chez les nouveau-nés, ainsi que des troubles de la vue et des problèmes dentaires chez les jeunes enfants, offerts dans les écoles et sur les réserves; et une initiative de doula autochtone, qui comprend la prestation de services autres que médicaux et de sages-femmes (physiques et émotionnels) à l'intention des femmes enceintes, jusqu'aux stades du travail et de l'accouchement, inclusivement.

Stabilité du financement

Un financement à long terme, pluriannuel, stable et approprié favorise des programmes efficaces et durables pour la santé des mères et des enfants autochtones.

Données probantes et responsabilisation

Les programmes axés sur les résultats doivent s'inspirer d'une connaissance des éléments efficaces (soit des résultats escomptés), qui découle en partie d'une évaluation. Les résultats des évaluations participatives serviront par exemple à satisfaire aux exigences des bailleurs de fonds en matière de responsabilisation, mais aussi en tant qu'outil utile à la communauté pour renforcer et adapter leurs programmes à la lumière de données probantes.

Selon les participants, un engagement doit être pris pour soutenir les pratiques prometteuses, nouvelles et établies. Les gouvernements mettent sur pied de nombreux programmes conçus pour répondre aux besoins des Autochtones et intégrer toutes les qualités des pratiques prometteuses, puis le financement cesse, et quantité de gains obtenus sont amenuisés, voire perdus. Il faut reconnaître et convenir que le « mûrissement » des pratiques prometteuses demande un certain temps,

jusqu'à une génération peut-être, avant que les preuves de réussite soient apparentes. Une collecte de données et des évaluations régulières, combinées à des buts communs, à des partenariats et à des relations de confiance devraient suffire pour encourager les gouvernements à offrir un financement et un soutien durables, à long terme.

Éducation et formation de soutien

Les initiatives efficaces font en sorte que les enfants autochtones aient accès aux systèmes d'enseignement et aient une chance de s'y épanouir, du préscolaire aux cycles plus avancés, grâce à un soutien social, émotionnel et économique. Parmi les autres caractéristiques des initiatives efficaces, mentionnons les modifications apportées aux processus de formation pour qu'ils respectent et intègrent les pratiques et le savoir traditionnels, la prestation de formation accessible à tous et la reconnaissance des expériences de vie des étudiants.

Les **Centres de santé communautaire du Nouveau-Brunswick** forment un réseau de centres axés sur les résultats et sur une pratique fondée sur l'expérience clinique. Ils ont été louangés pour leur orientation vers les résultats ou les objectifs (au lieu d'être axés sur les tâches), qui est jugée très importante pour favoriser la promotion de la santé de la population et d'un modèle à vocation communautaire.

Le **Mi'kmaq (Aboriginal) Health Policy Framework, Nouvelle-Écosse**, actuellement en cours d'élaboration, a bénéficié d'une subvention du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) qui s'est terminée le 31 mars 2011. Cette initiative vise à améliorer l'accès aux programmes et aux services de soins de santé provinciaux financés par l'État pour tous les Autochtones de la Nouvelle-Écosse comme pour les résidents assurés, et ce, tout en respectant la relation particulière qui existe entre la province et les Autochtones, sur le plan constitutionnel, au sein d'un système de santé fédéral-provincial-Premières nations complexe et complémentaire.

Le **Louise Dean Centre, Alberta**, est un partenariat établi entre Calgary Board of Education, Catholic Family Services et Alberta Health Services. Menant un programme communautaire d'intervention et de prévention entourant la grossesse chez les adolescentes et auprès des jeunes parents, ce centre met l'accent sur

l'intégration d'un programme social, sanitaire et éducatif complet. Fondé sur un modèle de déterminants de la santé et la prestation de soins holistiques, il est reconnu comme un bon exemple de collaboration entre organismes et gouvernements vers l'atteinte d'un but commun.

Le **Centre de collaboration nationale de la santé autochtone** favorise l'atteinte des objectifs en matière de santé publique autochtone et l'atténuation des iniquités grâce à des recherches avant-gardistes ainsi qu'à l'enrichissement et à l'application des connaissances.

L'**Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE), Manitoba**, est un outil qui permet de mesurer la maturité scolaire des élèves de la maternelle. Il aide les communautés à reconnaître leurs forces et à cibler leurs besoins afin de planifier de meilleurs programmes. Bien reconnu à l'échelle internationale, il est utilisé en Australie auprès des populations indigènes. À l'heure actuelle, il ne couvre pas la totalité des communautés des Premières nations, mais il est perçu comme un outil important.

En 2009, le **Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)** a créé deux bases de données, soit les Métis Centre Health Literature and Statistical Databases. La première, créée en collaboration avec

Statistique Canada, contient des centaines de tableaux et de graphiques statistiques générés à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006. Elle est conviviale et interrogeable par mots clés. La seconde est un catalogue interrogeable d'ouvrages universitaires évalués par des pairs sur la santé des Métis, publiés au cours des 30 dernières années.

Le **Programme en soins infirmiers du Collège Aurora des Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)** fait partie du système collégial communautaire des T. N.-O., qui offre une formation pertinente sur le plan culturel et des possibilités de s'instruire pour les étudiants autochtones des communautés rurales et éloignées.

Le **Behavioural Health Aide Training Program, région du Nunatsiavut, Terre-Neuve-et-Labrador**, est un programme de formation destiné aux communautés innues et inuites du Labrador. Il offre un perfectionnement professionnel normalisé dans le domaine de l'ETCAF. Le programme est pertinent sur le plan culturel pour les Innu (groupe des Premières nations) et les personnes vivant dans la région inuite du Nunatsiavut. Il s'agit d'un effort continu de collaboration entre de multiples partenaires, notamment l'autorité régionale de santé de Labrador-Grenfell, la Première nation innu Mushuau, la Première nation innu Sheshatshiu, le Labrador School Board District et le Nunatsiavut Department of Health.

Propos des participants sur ceux qui ont un rôle à jouer

Les participants ont insisté sur le fait qu'il devait s'agir d'une responsabilité partagée. Les gouvernements occupent une position de premier plan par l'apport de cadres de financement, de gouvernance et de responsabilisation durables et à long terme ou pluriannuels, mais les initiatives elles-mêmes doivent être conçues et mises en œuvre par les communautés elles-mêmes. Les responsabilités des gouvernements ne se limitent pas à l'établissement du système.

Qui est responsable des soins de santé destinés aux Autochtones?

Santé Canada répartit de la manière suivante les responsabilités de chacun :

« Le gouvernement fédéral offre des programmes de promotion de la santé et des services de santé publique dans les réserves autochtones et les collectivités inuites répertoriées. Dans les régions éloignées et isolées,

où les services assurés par la province ou le territoire ne sont pas facilement accessibles, le gouvernement du Canada offre des soins d'urgence et des soins primaires dans les réserves.

Des services de santé non assurés sont également dispensés à environ 749 000 Autochtones et Inuits admissibles. La protection comprend une gamme spécifique de biens et de services médicaux (comme les médicaments d'ordonnance, les soins de la vue, les services dentaires, les fournitures et les équipements médicaux et le transport des malades) lorsque ces services ne sont pas assurés par les régimes d'assurance-santé privés ou provinciaux et territoriaux.

Pratiques exemplaires dans les programmes fédéraux

Les programmes fédéraux de santé maternelle et infantile sont en grande partie la responsabilité de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPNI) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les participants aux séances régionales du Conseil de la santé ont mentionné trois programmes bien établis et fondés sur l'expérience clinique pour leurs répercussions bien ancrées et positives sur la vie des femmes et des enfants autochtones, ainsi que sur leurs communautés. Ces programmes sont présentés séparément ci-après parce qu'ils représentent des pratiques exemplaires bien établies.

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le Programme canadien de nutrition prénatale, programme général de financement mis en œuvre à l'échelle locale et communautaire, est exécuté par le biais de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Depuis plus de 10 ans, le PCNP aide les communautés à faire la promotion de la santé publique et à offrir un soutien en vue d'améliorer la santé et le mieux-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et des bébés qui vivent dans des conditions difficiles.

Il vise à améliorer la santé nutritionnelle des mères et des nouveau-nés. Les clients du programme sont : les femmes enceintes des Premières nations et inuites, les mères et les nouveau-nés ainsi que les bébés jusqu'à l'âge de 12 mois qui vivent dans des réserves ou des communautés inuites, surtout celles qui sont à risque élevé. La clientèle comprend également les femmes des Premières nations et inuites en âge de procréer qui vivent dans des réserves ou des communautés inuites.

À l'heure actuelle, le PCNP est offert chaque année dans 330 milieux et sert près de 50 000 femmes appartenant à plus de 2 000 communautés à travers le Canada. De plus, un volet distinct du programme, administré par Santé Canada, sert les femmes inuites et des Premières nations qui vivent dans des réserves.

Le PCNP comble un fossé distinct au sein des communautés. La quasi-totalité des milieux (98 pour 100) signalent que le programme fournit un service unique

à leur communauté. Un grand nombre d'autres services prénataux offerts ne répondent pas aux besoins de la population cible du PCNP⁹.

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Deux types de programmes d'aide préscolaire aux Autochtones ont vu le jour au Canada dans les années 1990 : le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) destiné aux enfants des Premières nations vivant dans des réserves, et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN).

Que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones visent à donner aux enfants autochtones une bonne estime d'eux-mêmes et un désir d'apprendre. Ces programmes d'intervention précoce favorisent le développement spirituel, émotionnel, intellectuel et physique des enfants autochtones, tout en soutenant les parents et les tuteurs dans leur rôle de principaux enseignants. Ils atténuent les préoccupations générales en matière de santé chez les populations vulnérables

Les gouvernements provinciaux offrent des services de santé assurés universels à tous les citoyens, y compris les Autochtones. Les Premières nations et les Inuits ont accès aux services de santé offerts par le gouvernement provincial ou territorial (notamment des soins offerts par un médecin ou des soins hospitaliers), comme n'importe quel autre résident.

Dans les territoires, le gouvernement fédéral a délégué aux gouvernements territoriaux la plupart des services de santé, à l'exception de certains programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les Premières nations et les Inuits.¹⁰ »

Les participants ont mis l'accent sur les points suivants :

- Idéalement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux jouent un rôle dans l'élaboration de politiques et la mise à profit des initiatives grâce au financement, aux partenariats, à la transmission du savoir et à l'éducation. Ils soutiennent ensemble le développement des communautés et le renforcement de leurs capacités, s'assurent de promouvoir le savoir-faire culturel et harmonisent les objectifs de l'ensemble des ordres de gouvernement.

- Le rôle des prestataires de services comprend le réseautage, la collaboration, la gestion de projets, la mise en valeur des ressources, l'évaluation des besoins, les partenariats, la prestation de services, la formation, la collecte de données et l'assurance que le savoir-faire culturel est préservé.
- Le rôle des communautés consiste à défendre leurs droits et exprimer leurs attentes, à exercer des pressions (auprès des gouvernements, etc.), à favoriser l'établissement de liens familiaux, à faire preuve de leadership, à fournir aux familles des modèles de comportement et des mentors, à établir des rapprochements entre les pratiques traditionnelles et les pratiques modernes plus généralisées, et à être des joueurs actifs et égalitaires dans l'élaboration de programmes et de services.

<p>et travaillent pour le bien de la santé, du mieux-être et du développement social des enfants autochtones.</p> <p>Les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones tournent autour de six éléments : éducation, promotion de la santé, culture et langue, nutrition, soutien social et participation parentale et familiale.</p> <p>Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves est l'un des quatre programmes communautaires (Programme de santé maternelle et infantile, Programme canadien de nutrition prénatale — volet Premières nations et Inuits, et Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) qui visent à améliorer l'état de santé des membres, des familles et des communautés des Premières nations et Inuits. Un rapport d'évaluation, qui englobait le programme PAPA, a été réalisé en 2009-2010¹¹.</p> <p>Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques est un programme communautaire exécuté par l'Agence de la santé publique du Canada. Au cours des 15 dernières années, il a montré que</p>	<p>des stratégies d'intervention précoce contrôlées et menées à l'échelle locale avaient le pouvoir d'améliorer la santé des enfants autochtones en favorisant leur développement physique, personnel et social¹².</p> <p>Programme de santé maternelle et infantile (PSMI) Le Programme de santé maternelle et infantile (PSMI) est un programme national exécuté par le truchement de partenariats, qui s'appuie sur d'autres programmes communautaires. Il s'agit d'une approche proactive, préventive et stratégique de la promotion d'une bonne santé et du bon développement destinée aux femmes enceintes des Premières nations ainsi qu'aux familles ayant des nourrissons et de jeunes enfants. Le programme aspire à atteindre toutes les femmes enceintes et les nouveaux parents et à fournir un soutien de longue durée aux familles qui ont besoin de services additionnels^{13,14}.</p> <p>Un des éléments clés du programme, les visites par des infirmières et des visiteuses familiales (mères expérimentées de la communauté), permet de fournir de l'information, du soutien et des liens vers d'autres services. L'intégration de la culture aux soins constitue un aspect important du programme¹⁵.</p>	<p>Le programme vise l'augmentation des occasions de formation de prestataires de soins de santé maternelle et infantile (SMI) dans les Premières nations, la hausse de la participation des membres des communautés vivant dans des réserves à la planification et à l'élaboration de services, une meilleure coordination des services destinés aux clients vivant dans des réserves et la mise au point ou l'utilisation d'outils d'évaluation qui permettent de mesurer les progrès accomplis à l'aide de modèles et d'approches fondés sur des données probantes¹⁵.</p> <p>Aux cours des 10 dernières années, les provinces et les territoires ont consolidé leurs programmes de santé maternelle et infantile respectifs en raison des effets nettement favorables qu'ils ont sur la vie des femmes enceintes et des familles ayant des nourrissons et des jeunes enfants¹⁴.</p>
--	--	--

Points sommaires

Le Conseil de la santé a posé la question suivante : « Si le Canada veut améliorer l'état de santé des enfants autochtones pour réduire les disparités dans ce domaine, quelles sont les pratiques prometteuses qu'il serait judicieux de pousser plus avant ou d'élaborer en matière de santé maternelle et infantile? »

Dans le cadre des séances régionales, on nous a indiqué que les programmes axés sur la santé des mères et des enfants autochtones sont des éléments essentiels pour gommer les disparités dans le domaine de la santé, réduire les iniquités et améliorer les conditions de santé existantes dans les communautés des Premières nations, inuites et métisses. De plus, des éléments communs caractérisent les modèles, les programmes, les politiques et autres initiatives jugés « prometteurs ». D'une manière ou d'une autre, les pratiques citées par les participants ont eu des effets positifs. Pour revenir sur la définition retenue par le Conseil de la santé aux fins de ce projet, ces pratiques^d :

- sont reconnues pour entraîner des progrès favorables sur l'état de santé des Autochtones;
- englobent les intérêts et les expériences d'un grand nombre;
- sont appréciées et soutenues par des intervenants compétents;
- sont susceptibles d'être bien connues ou présentent des antécédents de réussite;
- sont adaptables — tiennent compte de l'importance du contexte communautaire pour une mise en application réussie;
- auront de préférence été soumises à une évaluation.

Les participants nous ont également affirmé que ces pratiques n'allaient pas sans poser de difficultés. Bien que le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires, les autorités régionales, les leaders autochtones, les partenaires communautaires et autres aient fait des pas de géant en élaborant ces pratiques prometteuses, le message qui sous-tendait les propos des participants était que « le paysage dans lequel les pratiques prometteuses sont instaurées est scindé », et ce, pour les trois raisons suivantes :

1. Bien qu'une pléthore de programmes fédéraux préparent le terrain pour l'obtention de résultats, on a l'impression que la prestation de services ne s'appuie sur aucune approche exhaustive, à long terme, coordonnée et concertée, alors qu'elle doit combler les dernières lacunes toujours existantes dans de nombreuses communautés des Premières nations et inuites ou atténuer les écarts auxquels les Métis sont confrontés. Des programmes comme le Programme de santé maternelle et infantile, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont entraîné de meilleurs résultats pour les mères, les nourrissons et les jeunes enfants en plus de présenter un grand nombre des qualités communes aux pratiques prometteuses. Encore là, les Autochtones ne bénéficient pas tous des avantages de ces programmes.
2. Les participants ont affirmé que le niveau de complexité inhérent aux différentes ententes de financement limitait énormément les chances de réussite — surtout le défaut d'harmonisation des objectifs des gouvernements, la multitude de rondes de subventions et d'exigences administratives, et le manque de coordination entre les programmes gouvernementaux pour simplifier les approches et la production de rapports. Ils ont également indiqué que les prestataires de première ligne se « consomment » dans le processus visant à faire fonctionner les programmes en dépit de cette complexité. Les participants ont mis l'accent sur la nécessité que les gouvernements s'engagent à prolonger les programmes efficaces — une évaluation participative en faisant foi — grâce à une approche de la prestation de services à long terme, coordonnée et axée sur les résultats.

On a fait valoir l'importance de l'évaluation, surtout d'une évaluation participative. Sans plan durable et financement réservé aux évaluations, les gains obtenus grâce à quantité d'initiatives extraordinaires seront perdus à bien des égards : non seulement la communauté pour laquelle le programme a été conçu accusera-t-elle des pertes, mais d'autres communautés dans le besoin n'auront pas la possibilité d'obtenir de l'aide. Les participants ont validé ce que les spécialistes prétendent depuis des années : nous avons besoin d'une solide base de données probantes pour permettre aux communautés autochtones et aux professionnels de la santé de faire

d) Il existe un ensemble important et croissant de pratiques qu'il serait juste de reconnaître comme « prometteuses » pour améliorer l'état de santé des Autochtones. Et on peut en trouver une foule d'autres exemples partout au Canada, lesquels n'ont pas fait l'objet des discussions.

progresser leurs efforts axés vers guérison¹⁶. Les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de plus grande envergure — tels que ceux qui sont commandités par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada — sont évalués, mais rares sont les autres pratiques prometteuses qui font l'objet d'une évaluation formelle¹⁶. Les évaluations sont coûteuses et nécessitent une injection de fonds réservés et une expertise en la matière.

3. Finalement, les participants ont dit que « le modèle est inversé ». Les approches axées sur les communautés et le savoir traditionnel doivent constituer le fondement des soins de santé destinés aux Autochtones. Les communautés elles-mêmes doivent engager et détenir des approches adaptées sur le plan culturel. Là encore, la norme actuelle consiste à élaborer un modèle médical fondé sur des notions occidentales de la maladie et de la médecine, qui impose souvent un « ordre descendant ». Pour les communautés autochtones, les pratiques efficaces sont fondées sur le fait que les Autochtones détiennent les services et se chargent d'élaborer des programmes locaux qui répondent à leurs besoins.

Dans la dernière séance plénière, les participants étaient invités à parler d'une éventuelle trousse d'outils et de ressources pratique et facilement accessible qui pourrait être utilisée par les travailleurs des différents paliers des soins de santé dispensés aux mères et aux enfants autochtones pour échanger des renseignements sur leurs pratiques prometteuses. Ils ont fourni une pléiade d'idées. Le Conseil de la santé a réagi à cette situation en mettant en ligne un recueil des descriptions des pratiques prometteuses, accompagnées des renseignements sur les personnes-ressources. Ce recueil est affiché sur son site Web, www.conseildelasante.ca.

Communautés prêtes à participer aux recherches en santé

Les recherches visant à définir et à comprendre les pratiques prometteuses constituent une importante composante du plan stratégique de l'Institut de la santé des Autochtones (ISA) et un des deux principaux piliers de l'initiative phare du plan stratégique des IRSC-ISA (Instituts de recherche en santé au Canada) « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones ». L'autre pilier, étroitement lié au premier, consiste à mettre en application les connaissances sur les pratiques prometteuses et à les augmenter afin d'atteindre l'objectif de combler le fossé des iniquités dont les Autochtones font les frais^{17,18}. La santé des mères et des enfants autochtones est en outre un champ d'intérêt qui occupe le premier plan de la majorité des dialogues amorcés par les Premières nations, les Inuits et les Métis, comme les sommets quadridirectionnels de l'ISA réalisés l'an dernier¹⁸. Le principal message véhiculé dans ces dialogues était que les communautés sont prêtes à participer à des recherches sur la santé et à l'application des connaissances, à condition que les objectifs soient axés sur l'action et que le savoir des communautés soit respecté dans le processus, suivant les mêmes principes que ceux qui s'appliquent dans l'évaluation^{18,19}. Ce constat est cohérent avec les propos entendus par le Conseil de la santé au cours des séances régionales.

Annexe A

Liste des pratiques prometteuses mentionnées lors de chaque séance

Les participants des sept séances régionales ont parlé de programmes ou d'initiatives qu'ils connaissaient (ayant cours dans leurs communautés ou ailleurs) et qui font une différence dans la santé des mères et des enfants autochtones. Les tableaux ci-après présentent une liste des noms de pratiques prometteuses mentionnées par les participants à chaque séance régionale.

SÉANCE DE CALGARY

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Guide alimentaire des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest *
	CHEP Good Food, Saskatchewan *
Approches communautaires — axées sur la communauté	Ingamo Hall Friendship Centre Inuvik, Territoires du Nord-Ouest
	Fort Qu'Appelle Women's Centre, Saskatchewan
	Programme Boucane + réduction = Amour + volonté (BRAVO), Yukon *
	Boyle Street Co-op, Edmonton, Alberta *
	Aboriginal Best Beginnings Book — Alberta Health Services, Alberta *
	Centering Pregnancy (modèle de soins prénataux de groupe), Alberta *
Formation et ressources humaines	Improving Perinatal Outcomes in First Nations Communities within David Thompson Health Region: Findings & Recommendations (2008), Alberta
	Friendship Centre — University of Calgary Women's Resource Centre, Alberta *
	Health Workforce Action Plan — Aboriginal Health Workforce Strategy, Alberta
	Undergraduate Medical Education — Indigenous Health Initiatives Program, Université de l'Alberta *
	Faculty of Medicine, Université de Calgary, Alberta *
	École de médecine du Nord de l'Ontario, Ontario *
	Programme de résidence en médecine familiale dans les régions du Nord et les communautés éloignées, Université du Manitoba, Manitoba *
	Strategies for Teaching Obstetrics to Rural & Urban Caregivers (STORC), Alberta; Territoires du Nord-Ouest *
	Best Beginnings — Alberta Health Services Calgary Zone, Alberta
Bow Valley Practical Nurse Program, Alberta	
Collaboration et intégration	Eagle Moon Health Office (EMHO), Saskatchewan *
	Honouring Life — Aboriginal Youth and Communities Empowerment Strategy (AYCES) — Alberta Health Services, Alberta *
	Alberta Health Services *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE CALGARY *suite*

THÈME	NOM
<p>Collaboration et intégration <i>suite</i></p>	Midwifery — Alberta Health Services *
	Netcare (antérieurement appelé Wellnet), Alberta Health and Wellness, Alberta *
	Foire/activité de dépistage systématique Teddy Bear au nord de l'Alberta *
	Louise Dean Centre, Calgary, Alberta *
	Elbow River Healing Lodge — Prenatal Education, Alberta *
	Primary Care Networks (PCN), Alberta *
	The Rocky Mountain House/First Nations/Primary Care Network Partnership — Sunchild/O'Chiese First Nations, Alberta *
	Alberta FASD Cross-Ministry Committee, Alberta *
	Canada Northwest Fetal Alcohol Spectrum Disorder Partnership (CNFASDP) *
	Families First Edmonton — Families Matter Partnership Initiative, Alberta *
	One World Child Development Center (CUPS), Calgary, Alberta *
	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Fédéral *
	Commission pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies (Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant)
	Calgary United Way, Alberta
<p>Politique et financement</p>	Memorandum of Understanding on First Nations Health and Well-being in Saskatchewan — Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN) Tripartite MOU (2008), Saskatchewan *
	Pratiques exemplaires dans le Aboriginal Health Programming Project Final Report (2008), Alberta
	Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Fédéral *
	Urban Aboriginal Strategy — Calgary Urban Aboriginal Initiative (CUAI), Alberta *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE D'HALIFAX

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Child Help Initiative Program (« Programme d'aide à l'intention des enfants »), Nouvelle-Écosse
	Language Nest Inuagualuit Program, Nunatsiavut *
	Prenatal Class Partnerships, Nouvelle-Écosse *
	Moss Bag Making, Nouvelle-Écosse
	Baby & Me, Maternal and Child Health Program (Mijua'ji'i) Aqq Ni'n, Nouvelle-Écosse
	Seven Sacred Teachings, Nouvelle-Écosse
	Grassroots Grandmothers Circle, Nouvelle-Écosse *
	Eskasoni Early Intervention and Prenatal Clinic, Nouvelle-Écosse
Healthy You: Healthy Me, Nunatsiavut *	
Approches communautaires — axées sur la communauté	Boot Camp for New Dads, Nouvelle-Écosse
	Centres de santé communautaire du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick *
	Breastfeeding Support Group, Nouvelle-Écosse
	Eskasoni Community Health Centre, Nouvelle-Écosse
Formation et ressources humaines	Growing Great Kids Inc. International, Nouvelle-Écosse *
	E'pit Nuji Ilmuet Prenatal Program, Nouvelle-Écosse *
	Behavioural Health Aide Training Program, Nunatsiavut *
Collaboration et intégration	Unama'ki Maternal and Child Health Program, Nouvelle-Écosse *
Politique et financement	Mi'kmaq (Aboriginal) Health Policy Framework, Nouvelle-Écosse *
	Inuit Early Childhood Education, Development Strategy *
	Mi'kmaq Family and Children's Services, Nouvelle-Écosse — processus de résolution des conflits à l'échelle provinciale
	Centres de santé communautaire du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE D'OTTAWA

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Six Nations of the Grand River, Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta' Maternal and Child Centre, Ontario *
	Enaahdig Healing Lodge, Ontario *
	Programme collaboratif de sages-femmes et de santé communautaire à Nunavik (ETCAF), Nunavik, Québec
	National Inuit Early Childhood Education Gathering *
	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Fédéral *
	Healthy Beginnings, Supportive Communities: A Strong Future Métis maternal and child health DVD, Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone *
	Grandmother's Guide Facilitator's Manual, Ontario
Approches communautaires — axées sur la communauté	Inuit Midwifery Interviews, Pauktuutit *
	Calendrier de grossesse, Pauktuutit *
	Initiative en santé bucco-dentaire pour les enfants, National *
	Trousse de ressources (DVD/manuel) Pauktuutit *
	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) de Peguis, Manitoba
	Action Schools BC, Colombie-Britannique *
	Fort Smith Health and Social Services Centre (NWT) — Midwifery Program *
Formation et ressources humaines	Formation en soins infirmiers en Colombie-Britannique, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
	Miziwe Biik Employment and Training, Ontario *
	Programme Formez vos propres infirmières praticiennes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Ontario
	Maternités du Centre de santé Inuulitsivik, Nunavik, Québec *
	Renforcement des capacités — Programme de formation des intervenants communautaires en prévention du diabète de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), National *
	Carrières dans le domaine de la santé à Kahnawake, Québec
	Programme de mentorat pour externes en soins infirmiers, Québec

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE D'OTTAWA *suite*

THÈME	NOM
Formation et ressources humaines <i>suite</i>	Compétence et sécurisation culturelles dans la formation en soins infirmiers *
	École nationale de dentothérapie, National *
	Renforcement des capacités — Programme de formation des intervenants communautaires en prévention du diabète de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, Canada *
	The Nunavik Child Care Centre Nutrition Project, Nunavut *
	Stratégie inuite de développement de la petite enfance, Nunatsiavut, Nunavik, Nunavut & Inuvialuit *
Ahp-cii-uk Aboriginal Leadership Initiative, Colombie-Britannique *	
Collaboration et intégration	Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Ontario *
	Centre de santé autochtone Wabano, Ontario *
	Hudson Coast Prenatal Committee, Inuulitsivik *
	Congrès international sur la santé des enfants autochtones, Société canadienne de pédiatrie *
	Rosie le Robot — Accès virtuel, Autorité régionale de Labrador-Grenfell en matière de santé
	Eskasoni School-Based Health Centre, Nouvelle-Écosse
	Aide à la culture autochtone, Alberta
	Défense des droits des Cris en matière de santé, Manitoba *
	Services communautaires Shakotiiia'takehnhas de Kahnawake, Québec
	Foire/activité de dépistage systématique Teddy Bear au nord de l'Alberta *
	Strengthening Families Maternal and Child Health Manitoba — un modèle de cogestion des partenariats, Manitoba *
	Projets pilotes d'équipe du bien-être mental (EBEM) pour les Premières nations et les Inuits *
Métis Centre Health Literature and Statistical Databases *	
Politique et financement	Compétence et sécurisation culturelles dans la formation en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières *
	Programme de sages-femmes du Nunavut
	Fonds de transition pour la santé des Autochtones, Nunavik

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE TORONTO

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Maternités du Centre de santé Inuulitsivik , Nunavik, Québec *
	Programme Bébé en santé, enfants en santé, modifié à l'intention des communautés autochtones, Ontario *
	Sheway, Colombie-Britannique *
Approches communautaires — axées sur la communauté	Soins de santé primaires pour les populations autochtones — Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, Ontario *
	Peetabeck Academy School Nutrition Program, Première nation de Fort Albany, Ontario
	Soins de santé primaires pour les populations autochtones — Centres de santé communautaire autochtone, Ontario *
	Soins de santé primaires pour les populations autochtones — Équipes Santé familiale pour les Autochtones, Ontario *
	SOAHAC — Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre *
Formation et ressources humaines	Six Nations of the Grand River — Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta' Maternal and Child Centre, Ontario *
	École de médecine du Nord de l'Ontario *
Collaboration et intégration	Simcoe County Children's Aid Society, Ontario
	Four Directions Medical Supply, Ontario *
	Seventh Generation Midwives, Ontario *
	Hôpitaux autochtones de l'Ontario — Autorité sanitaire de la région de Weeneebayko, Ontario *
	Hôpitaux autochtones de l'Ontario — Centre de santé Meno Ya Win (hôpital de Sioux Lookout), Ontario *
Politique et financement	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse — Programme de santé maternelle et infantile/ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, Ontario
	Santé maternelle et infantile (SMI), Fédéral *
	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Ontario
	Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Ontario *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE VANCOUVER

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Grandmother's Project, Colombie-Britannique
	Ahp-cii-uk Aboriginal Leadership Initiative, Colombie-Britannique *
	Weaving Families Together, Colombie-Britannique *
Approches communautaires — axées sur la communauté	Responsive Intersectoral Children's Health, Education and Research (RICHER) Initiative, Colombie-Britannique *
	Inner-City Response Team, Colombie-Britannique *
	Foire pour les tout-petits, Colombie-Britannique *
	Communities That Care, Colombie-Britannique *
	Sheway, Colombie-Britannique *
	Centering Pregnancy — (modèle de soins prénataux de groupe), Alberta *
	Healthy Children Healthy Futures, États-Unis *
	« Hook and Hub » : Documentaire de l'Université de Victoria sur les carrefours multiservices exploités par les Premières nations, Colombie-Britannique *
Atira Women's Resource Society, Colombie-Britannique *	
Formation et ressources humaines	Nuu-chah-nulth Tribal Council (NTC) Quu'asa Program — Diplôme en counseling, Colombie-Britannique
	Centre national de collaboration de la santé autochtone, Fédéral *
	Speech Language Pathology Assistant Training, projet sur l'ETCAF, Colombie-Britannique
	Aboriginal Youth Internship Program, Colombie-Britannique *
	BC Aboriginal Doula Training, Colombie-Britannique *
	Formation d'infirmières auxiliaires autorisées, Colombie-Britannique *
	Programmes de partenariat Université de Victoria et Premières nations, Colombie-Britannique *
Indigenous Cultural Competency On-Line Training, Colombie-Britannique *	

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE VANCOUVER *suite*

THÈME	NOM
<p>Collaboration et intégration</p>	<p>Programme de planification des congés First Nations Health Council, Child Health BC et l'île de Vancouver pour les enfants autochtones ayant des besoins de santé complexes, Colombie-Britannique</p>
	<p>Prévention en santé dentaire communautaire — Santé maternelle et infantile, Colombie-Britannique *</p>
	<p>Nuuchalth Tribal Council — soins infirmiers adaptés à la culture, Colombie-Britannique</p>
	<p>Projet pilote de sages-femmes à North Island, Colombie-Britannique *</p>
<p>Politique et financement</p>	<p>Early Childhood Development Reinvestment Initiative, Colombie-Britannique *</p>
	<p>Le Transformative Change Accord, First Nations Health Plan et le Tripartite First Nations Health Plan de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique *</p>
	<p>Haida Nation Designated Aboriginal Child and Family Services Agency, Colombie-Britannique *</p>

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE WHITEHORSE

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Dolly Parton Literacy Imagination Library, Yukon *
	Culture Camps — Vuntut Gwitchin First Nation, Old Crow, Yukon
	Lunch at School, Old Crow, Yukon
	Skookum Jim Friendship Centre Traditional Parenting Program, Yukon *
	First Nations Health Programs, Yukon Hospital Corporation, Traditional Diet Program, Yukon *
	Husg gus teye in Teslin, Yukon
	Programme biculturel Premières nations Champagne et Aishihik (école primaire), Yukon *
Approches communautaires — axées sur la communauté	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Fédéral *
	Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Fédéral *
Formation et ressources humaines	Programme de formation Fetal Alcohol Spectrum Disorder Yukon (FASDY), Yukon
	Étudiants des Centres de santé / carrières en santé dans les Premières nations — Programme Placement Carrière-été du Yukon *
	Teen Parent Centre, Yukon *
	Formation de travailleuses en garderie dans le cadre de Programmes d'éducation de la prime enfance, Yukon *
	Early Childhood Development, Yukon College, Yukon
	Yukon Government Cultural/Land Claims Training, Yukon Public Service Commission, Yukon
	Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), Fédéral
Collaboration et intégration	Collaboration entre le Ross River Health Centre et le Programme de services de santé non assurés (SSNA), Yukon
	Child and Family Services Act (gouvernement du Yukon) et relation avec les Premières nations, Yukon
	The Nunavik Childcare Centre Nutrition Program *
Politique et financement	Ta'an Kwach'an Council — Première nation autogérée, Yukon

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE WINNIPEG

THÈME	NOM
Savoir traditionnel et approches culturelles	Centre de mieux-être de Cambridge Bay, Nunavut *
	Native Women's Transition Centre, Manitoba *
	Projet pilote d'intégration de sages-femmes dans la nation cri d'Opaskwayak, Manitoba
	Let's Be Healthy Together, Ontario *
	The Sacred Path: Building Healthier Children, Parents, and Communities, Ontario, Alberta, Manitoba *
	Reclaiming Our Voices: A Gathering for Women Affected by Alcohol, Drugs and Pregnancy, Manitoba
	Programmes de santé des Autochtones (PSA), Manitoba
	Projet « Healthy Smile Healthy Child », Manitoba *
	Soins de santé primaires pour les populations autochtones — Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones de l'Ontario *
Approches communautaires — axées sur la communauté	Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Fédéral *
	Programme de santé maternelle et infantile (SMI) en Saskatchewan, Saskatchewan *
	Sheway, Colombie-Britannique *
Formation et ressources humaines	Six Nations of the Grand River-Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta' Maternal and Child Centre, Ontario *
	Programme en soins infirmiers du Collège Aurora (Yellowknife), Territoires du Nord-Ouest *
	Programme de résidence en médecine familiale dans les régions du Nord et les communautés éloignées, Université du Manitoba *
	Programme de formation à la profession de sage-femme et au travail en soins de maternité du Nunavut, Nunavut Arctic College
	Nunavik Community Midwifery Education Program
	National Aboriginal Council of Midwives (NACM) *
	Native Nurses Entry Program (NNEP) Université Lakehead, Ontario *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

SÉANCE DE WINNIPEG *suite*

THÈME	NOM
Collaboration et intégration	Strengthening Families Maternal and Child Health Program (SF-MCH) — un modèle de cogestion des partenariats, Manitoba *
	Southern Ontario Aboriginal Diabetes Initiative (SOADI)
	Villa Rosa, Manitoba *
	Canada Northwest FASD Partnership *
	Enfants en santé Manitoba, Manitoba *
	Approche axée sur les parents et les enfants — Enfants en santé Manitoba, Manitoba
	Grass Roots Mentoring FASD Prevention Program, région sanitaire de Burntwood — domaine de prestation de services de Thompson — Stratégie manitobaine de prévention de l'ETCAF *
	Women's Health Clinic, Manitoba *
	Cliniques de santé communautaire et centres d'accès, Manitoba
	Triple P: le programme de pratiques parentales positives — Norway House, Manitoba *
	Allaitement maternel au Manitoba : stratégie et cadre provinciaux *
Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) *	
Politique et financement	Initiative pancanadienne reliée à la naissance Société des obstétriciens et gynécologues du Canada *
	Nunavut Maternal and Newborn Health Care Strategy 2009–2014, Nunavut *
	Loi sur les sages-femmes du Manitoba, Manitoba
	Hôpitaux autochtones en Ontario — Centre de santé Meno Ya Win — Hôpital de Sioux Lookout, Ontario *
	Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE), Manitoba *
	MotherFirst Maternal Mental Health Strategy: Building Capacity in Saskatchewan, Saskatchewan *
	Prairie Women's Centre of Excellence, Winnipeg, Manitoba *
	Trousse d'outils sur les ressources de Pauktuutit (DVD/manuel) *

* Une description et des renseignements sur les personnes-ressources apparaissent dans le recueil en ligne qui se trouve sur le site Web du Conseil de la santé, à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Annexe B

Données démographiques^e et indicateurs de la santé maternelle et infantile chez les Autochtones

Cette section présente quatre points critiques qui donnent une meilleure idée de l'état de santé des mères et des enfants autochtones au Canada.

Le premier point critique est le fait que, dans l'ensemble, la population autochtone du Canada est plus jeune que la population non autochtone, comme le montre le tableau 1.

Le schéma est le même lorsqu'on observe la population autochtone de moins de 14 ans, comme le montre la figure 1.

Il est aussi important de noter qu'entre 1996 et 2006, la population autochtone totale a connu une hausse de 45 %, comparativement à 8 % pour la population non autochtone. Le taux de naissance dans la population autochtone continue d'être nettement plus élevé que dans la population canadienne en général : les femmes autochtones ont en moyenne 2,6 enfants au cours de leur vie, tandis que la moyenne est de 1,5 chez les femmes de l'ensemble du Canada.

TABEAU 1
Proportion de la population autochtone et non autochtone de 5 ans et moins

	5 ANS ET MOINS	POPULATION TOTALE	% DU TOTAL = 0-5 ANS
Premières nations	71 720	698 025	10,27
Inuit	5 875	50 480	11,64
Métis	29 030	389 785	7,45
Total Autochtones	108 895	1 172 790	9,29
Non-Autochtones	1 581 500	30 068 240	5,26

Source: Statistique Canada, 2008 : Recensement 2006

e) Selon l'analyse de Statistique Canada (2008) du recensement de 2006, un peu moins de 1,2 million de personnes se déclarent autochtones, au Canada :

- Environ 60 % (698 025) sont identifiées comme appartenant au groupe des « Indiens d'Amérique du Nord » (terme utilisé dans le recensement pour identifier les personnes descendantes des Premières nations)
 - 81 % de la population des Premières nations est considérée comme incluse dans le groupe des « Indiens inscrits »;
 - 564 870 personnes sont identifiées comme faisant partie des Premières nations, inscrites ou visées par un traité (à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves);
 - 133 155 personnes sont identifiées comme faisant partie des Premières nations, sans être inscrites ou visées par un traité (à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves);
 - environ la moitié de la population des Premières nations (51 % ou 284 794) vit à l'extérieur des réserves et, de ce nombre, 76 % vivent en milieu urbain.
- 33 % sont identifiés en tant que Métis (389 785);
 - la plupart des Métis vivent en milieu urbain (69 %).
- 4 % sont identifiés en tant qu'Inuits (50 485);
 - de plus en plus d'Inuits (22 %) vivent à l'extérieur d'Inuit Nunaat (qui comprend les quatre régions inuites : Nunatsiavut, Nunavik, Nunavut et Inuvialuit).
- 3 % sont identifiés en tant que membres de plus d'un groupe autochtone ou se déclarent « Indiens inscrits » ou membres de bandes des Premières nations, sans être identifiés en tant qu'Autochtones.

Il est toutefois probable que ces chiffres sous-estiment la population autochtone réelle, et ce, pour différentes raisons, comme la non-participation au recensement d'un certain nombre de Premières nations vivant dans les réserves, et possiblement d'autres groupes et membres de communautés autochtones qui décident de ne pas déclarer leur statut d'Autochtone aux fonctionnaires du gouvernement²⁰.

Le deuxième point critique porte sur la qualité des renseignements disponibles. Le Conseil de la santé a signalé en 2005 qu'une évaluation fiable de l'état de santé des Autochtones était alors impossible en raison des modes trop disparates de cueillette de données et, dans certains cas, de l'inexistence de données. Les manques quant à l'évaluation de la santé des enfants et à la mesure du rendement du système de santé constituent autant d'occasions manquées pour atténuer les iniquités que connaissent les enfants autochtones du Canada par rapport aux autres enfants canadiens. Corriger cette situation et encourager les organismes des Premières nations, inuites et métisses à se joindre au processus d'information sur la santé pourrait se traduire par un enrichissement global de l'information sur la santé pour cibler et prévenir les maladies infantiles et les décès d'enfants qui auraient pu être évités²⁰. On a néanmoins largement convenu qu'il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine^{16,20}. L'information sur les disparités entre populations autochtones et non autochtones en matière de santé est nécessaire pour élaborer des programmes de santé publique qui permettront de réduire ces inégalités²¹. Si les problèmes ne sont pas bien cernés, ils ne seront pas traités adéquatement²⁰. Il faut disposer de données fiables et exhaustives pour mieux éclairer la prise de décisions²⁰.

À l'heure actuelle, nous n'avons aucune image précise de l'état de santé des enfants autochtones au Canada. Voici deux lacunes critiques concernant les données :

1. Manque d'identificateurs normalisés pour les Premières nations, les Inuits et les Métis concernant les registres d'état civil, l'utilisation des soins de santé et les bases de données de surveillance. Comparativement à des pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis, le Canada est le seul pays qui n'a pas mis en place des systèmes de déclaration systématique concernant les Autochtones dans la majorité des systèmes hospitaliers, de surveillance et d'état civil (c.-à-d. enregistrement de la naissance et du décès)²⁰.
2. Manque de recoupements organisés entre les données sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, et les politiques, les programmes et les services de santé qui leur sont destinés²⁰.

D'après les chercheurs Smylie et Adomako (2009), « [...] le nombre insuffisant d'évaluations de la santé des enfants autochtones et de mesures de rendement du système de santé constitue un occasion ratée d'atténuer les iniquités quant à l'état de santé des enfants autochtones au Canada par rapport à celui des autres enfants canadiens²⁰. »

L'état de santé constitue un troisième point critique. Quelques faits permettront de mettre en évidence l'urgence des conditions observées. Selon les renseignements sur l'état de santé dont nous disposons, il existe des

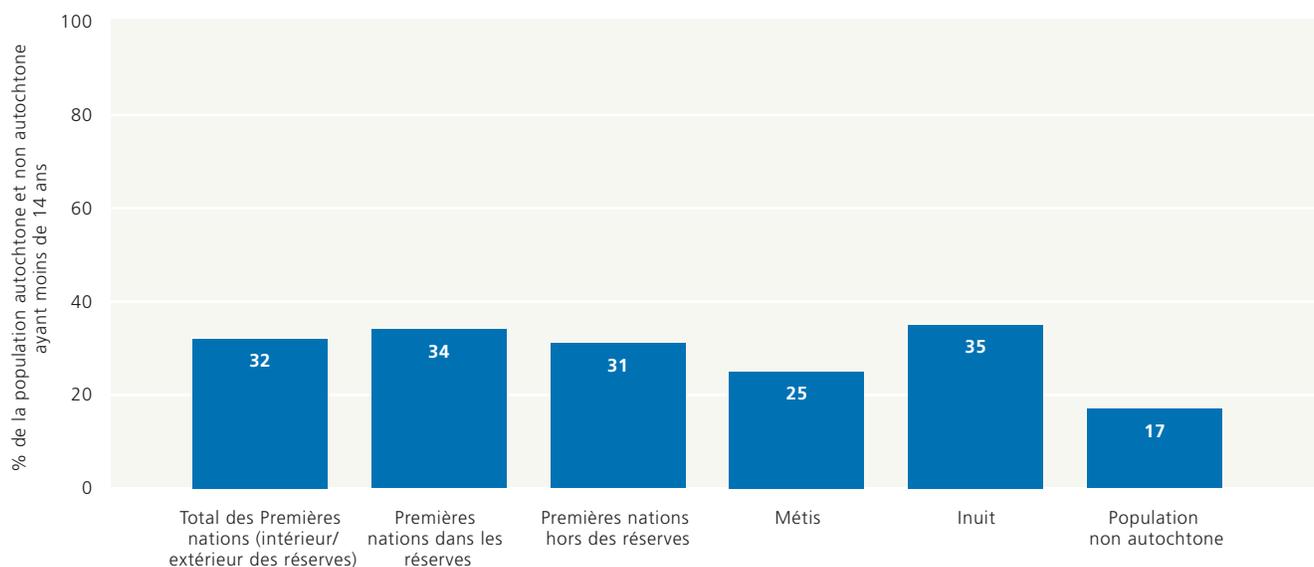
iniquités marquées entre Autochtones et Canadiens non autochtones en ce qui a trait à l'état de santé et aux déterminants de la santé. Les instantanés qui suivent illustrent le problème sérieux que représente la santé maternelle et infantile chez les Autochtones du Canada :

- En comparaison avec les Canadiennes non autochtones, un plus grand nombre de mères autochtones sont célibataires et adolescentes. Le nombre d'enfants des Premières nations nés de mères adolescentes demeure élevé depuis 1986, soit de l'ordre d'environ 100 naissances par 1 000 femmes — un taux 7 fois plus élevé que chez les autres adolescentes canadiennes¹⁵.
- En comparaison avec la population du reste du Canada et d'autres régions rurales et nordiques du pays, la population inuite présente des taux plus élevés de naissances prématurées, d'avortements spontanés et d'enfants mort-nés²¹ :
 - selon Payne (2010), « le taux de naissances prématurées est si élevé chez les Inuites du Canada que les femmes enceintes sont habituellement envoyées par avion à l'extérieur bien avant la date prévue d'accouchement »²².

Les renseignements suivants sont tirés de l'article de Smylie et Adomako (2009)²⁰, sauf indication contraire :

- Le taux de mortalité infantile chez les Inuits est quatre fois plus élevé que dans la population canadienne en général.

FIGURE 1
Population autochtone et non autochtone de moins de 14 ans



Source : Statistique Canada, 2008 : Recensement 2006

- Le taux de mortalité infantile dans les Premières nations est presque deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général (aucune donnée disponible sur les taux de mortalité chez les Premières nations non inscrites).
- Chez les Premières nations inscrites de la Colombie-Britannique et les Inuits de Nunavik, les taux d'occurrence du syndrome de la mort subite du nourrisson sont de 3 à 12 fois plus élevés que dans les populations autres que celles des Premières nations et des Inuits, respectivement.
- Dans les Premières nations, chez les Inuits et les Métis, l'incidence de poids insuffisant à la naissance est plus élevée que dans la population canadienne en général.
- Dans les Premières nations et chez les Métis, l'incidence de poids élevé à la naissance est plus élevée que chez les Canadiens en général.
- On observe une exposition disproportionnée aux infections des voies respiratoires chez les Premières nations vivant dans des réserves et chez les enfants inuits (aucune donnée n'est disponible concernant les Premières nations non inscrites, les Métis et les enfants autochtones en milieu urbain). Des logements insalubres, une mauvaise ventilation et le surpeuplement seraient en partie responsables de ces taux élevés.
- Les enfants des Premières nations, inuits et métis sont confrontés à des disparités percutantes concernant les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu familial, l'emploi des parents, la sécurité alimentaire et le logement, comparativement aux enfants non autochtones :
 - les taux d'insécurité alimentaire chez les populations des Premières nations vivant dans des réserves vont de 21 % à 83 %;
 - 30 % des enfants inuits ont connu la faim parce que leur famille a manqué de nourriture ou d'argent pour en acheter;
 - un panier d'épicerie rempli d'aliments sains pour nourrir une famille de quatre personnes pendant une semaine coûte entre 350 \$ et 450 \$ dans l'Inuit Nunaat^f, comparativement à 200 \$ dans le sud;
 - une enquête menée en 2007-2008 sur la santé infantile chez les Inuits du Nunavut indique que près de 70 % des Inuits d'âge préscolaire habitent au sein de ménages « en insécurité alimentaire »²³;
 - en règle générale, les taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires sont un peu plus faibles chez les populations autochtones que dans la population non autochtone. Cette situation est particulièrement vraie chez les Inuits vivant au sein de l'Inuit Nunaat, où les taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires sont nettement plus faibles.
- Les taux d'obésité chez les enfants des Premières nations vivant dans des réserves (des données sont disponibles uniquement pour cette population) sont jusqu'à quatre fois plus élevés que dans la population canadienne en général. L'obésité a été associée à des déterminants de la santé, plus particulièrement au revenu familial, au niveau de scolarité des parents et à l'activité physique :
 - chez les adultes des Premières nations, les taux de diabète continuent de croître, des taux élevés étant aussi signalés chez les sous-populations de jeunes des Premières nations;
 - selon les principales conclusions de la première étude prospective de surveillance nationale menée au Canada en vue de mesurer l'incidence du diabète de type 2 chez les enfants, l'incidence est en hausse. L'obésité est le plus grand facteur de risque de diabète de type 2. Les enfants autochtones du Canada âgés de moins de 18 ans présentent la plus forte incidence de diabète de type 2; la plupart des cas sont répertoriés au Manitoba, ce qui explique l'incidence de diabète de type 2 20 fois plus élevée enregistrée dans la province²⁴.
- L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) constitue un problème complexe, qui s'accompagne d'une importante controverse entourant l'établissement du diagnostic dans les communautés autochtones. À l'heure actuelle, aucune estimation n'est disponible concernant les enfants des Premières nations, inuits ou métis au Canada.
- En ce qui a trait aux incapacités, le taux de limitation des activités chez les enfants des Premières nations vivant à l'extérieur des réserves est plus élevé que celui des autres enfants canadiens (aucun taux pour les enfants des Premières nations vivant dans des réserve).
- Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le taux de corroboration⁹ était quatre fois plus élevé dans les enquêtes sur la violence faite aux enfants autochtones que dans celles concernant des enfants non autochtones (49,69 sur 1 000 contre 11,85 sur 1,000)²⁵.

f) Inuit Nunaat est formé des quatre régions inuites : Nunatsiavut, Nunavik, Nunavut et Inuvialuit.

g) « Niveau d'identification et de corroboration : Le processus de désignation des cas se répartit en quatre grands niveaux : la détection, le signalement, l'enquête et la corroboration. La détection est le premier niveau. On sait peu de choses des liens entre les cas détectés et les cas non détectés. Le signalement des cas soupçonnés de maltraitance d'enfants est imposé par la loi dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. L'obligation de signaler la situation s'applique au moins aux professionnels travaillant avec les enfants et dans bon nombre de provinces et territoires, elle s'applique aussi à la population en général. L'ECI-2008 ne documente pas les cas non signalés. Les cas faisant l'objet d'une enquête sont soumis à diverses formes d'examen qui varient d'un centre à l'autre. L'ECI-2008 n'a pas répertorié les cas rejetés ni les nouveaux incidents de mauvais traitements s'ajoutant dans des dossiers déjà ouverts. La corroboration fait la distinction entre les cas où les mauvais traitements sont confirmés à la suite d'une enquête et les cas où ils ne sont pas confirmés (non fondés). L'ECI-2008 utilise un système de classification à trois degrés, où une troisième catégorie, celle des cas soupçonnés, permet d'établir une importante distinction clinique pour les cas où le travailleur enquêteur soupçonne qu'il y a eu mauvais traitements, sans pour autant les corroborer²⁵. »

De plus, les enfants autochtones du Canada sont surreprésentés dans le système de placement en famille d'accueil, avec 22 % de cas corroborés (18 510 cas, selon les estimations) qui concernent des enfants d'origine autochtone. De ce nombre, 15 % des cas parmi les Premières nations inscrites, 3 % parmi les Premières nations non inscrites, 2 % chez les Métis, 1 % chez les Inuits et 1 % dans les populations d'autres origine autochtone²⁵.

Enfin, quelques renseignements sur les naissances dans les communautés nordiques exposent un autre contexte entourant les problèmes auxquels sont confrontés les mères autochtones, leurs familles et leurs communautés.

- Le transport des femmes de leurs domiciles du Nord vers les communautés du Sud pour accoucher s'avère très coûteux. En 2009, le gouvernement du Nunavut a dépensé 60 millions de dollars en billets d'avion et en évacuations sanitaires d'urgence pour envoyer des femmes enceintes vers l'extérieur (dans certains cas, avec leurs escortes) ou pour faire venir des spécialistes, ce qui représente près du cinquième du budget total de la santé et des services sociaux du gouvernement, et cinq fois le montant dépensé pour la santé publique²².
- Selon les estimations, les économies réalisées chaque fois qu'une sage-femme aide à la naissance dans le nord du Québec s'élèveraient à 12 000 \$²².
- Les femmes qui vivent sur les côtes nord et est du Labrador doivent quitter leur domicile vers la 37^e semaine de grossesse pour aller accoucher à Happy Valley-Goose Bay, au Labrador Health Centre (centre de santé du Labrador)^{26,27}.

Le déclin de l'état de santé des mères et des enfants dans l'ensemble du Canada est un fait avéré. La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada a déclaré qu'« on observe des signes que la qualité et la portée des soins en maternité diminuent, au Canada »²⁸. À titre d'exemple, les données publiées par l'OCDE en juin 2006 (à partir de données de 2002) indiquaient que le Canada avait chuté au 21^e rang du classement sur le plan de la mortalité infantile (nous occupions le 6^e rang en 1990). Le Canada a également glissé du 12^e au 14^e rang pour le taux de mortalité périnatale, et du 2^e au 11^e rang pour le taux de morbidité maternelle²⁸. On a aussi soutenu que les déterminants socioéconomiques sont en grande partie responsables de la dégringolade du Canada dans le classement. D'autres pays riches ont, contrairement au Canada, obtenu de meilleurs résultats en ce qui a trait à la santé infantile en réduisant la prévalence des désavantages socioéconomiques²⁹. Bien que la situation soit préoccupante pour l'ensemble du Canada, l'état de la santé des mères et des enfants ainsi

que le désavantage socioéconomique des Autochtones constituent des problèmes encore plus urgents.

Sur le plan international, des études font ressortir des similarités remarquables lorsque sont comparées les disparités entre l'état de santé des enfants autochtones et des enfants non autochtones dans quatre pays, soit le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis²⁰. Ils présentent, par exemple :

- des taux de mortalité infantile de 1,7 à 4 fois plus élevés que chez les nourrissons non autochtones;
- des taux plus élevés du syndrome de la mort subite du nourrisson;
- des taux plus élevés de blessures, de décès accidentels et de suicide chez les enfants;
- des taux plus élevés d'otites;
- une incidence disproportionnée de maladies des voies respiratoires et à la mortalité;
- une incidence disproportionnée de caries dentaires;
- une exposition accrue aux contaminants environnementaux, y compris la fumée de cigarette.

Des thèmes communs à ces quatre pays, associés aux déterminants de la santé, sous-tendent ces disparités dans l'état de santé des enfants autochtones et non autochtones :

- mauvaise qualité des données sur la santé des enfants autochtones;
- colonisation en tant que déterminant sous-jacent;
- pauvreté et logements insalubres et surpeuplés;
- accès insuffisant à des soins de santé et à des ressources sociales de même qualité, ainsi qu'à des possibilités économiques du même ordre que dans les populations non autochtones.

Comme l'indiquent Smylie et Adomako (2009), « Compte tenu des divers patrimoines génétiques de ces groupes autochtones épars, force nous est de conclure que ce sont des politiques sociales d'exclusion semblables qui sont à l'œuvre dans ces quatre pays et constituent la source de ces disparités profondes et injustes en matière de santé infantile. Les quatre pays ont investi des efforts et des ressources de taille, qui ont donné lieu à des améliorations. Toutefois, malgré ces améliorations, le bilan continue d'être plus sombre pour les enfants autochtones que pour leurs homologues non autochtones²⁰... »

RÉFÉRENCES

- 1 New Economy Development Group. (2005). *Piliriqatigiinniq - Working together for the common good. Health Integration Initiative Project in Nunavut*. Ottawa: Nunavut Tunngavik Incorporated, Government of Nunavut Department of Health and Social Services, and Health Canada. Extrait du site www.nunavuteconomicforum.ca/publiclibrary/index.php
- 2 UNICEF Canada. (2009). *Supplément canadien au rapport La situation des enfants dans le monde 2009 - La santé des enfants autochtones* : Pour tous les enfants, sans exception. Toronto : UNICEF Canada. Extrait du site www.unicef.ca/portal/SmartDefault.aspx?at=2064
- 3 Postl, B., Cook, C., & Moffatt, M. (2010). Aboriginal child health and the social determinants: Why are these children so disadvantaged? [Special issue]. *Healthcare Quarterly*, 14, 42-51.
- 4 Assemblée des Premières nations — Secrétariat à la santé et au développement social. (2006). *Élaboration du cadre de rapport sur la santé des Premières nations*. Ottawa : APN. Extrait du site <http://64.26.129.156/cmslib/general/FNHRF-fr.pdf>
- 5 Richmond, C.A.M. (2009). The social determinants of Inuit health: A focus on social support in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(5), 471-487. Extrait du site http://ijch.fil/show_issue.php?issue_id=61
- 6 Dyck, M. (2009). *Déterminants sociaux de la santé des Métis*. Ottawa : Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone. Extrait du site www.naho.ca/metiscentre
- 7 Archibald, L. (2006). Le Rapport final de la Fondation autochtone de guérison. Volume III : Pratiques de guérison prometteuses en collectivités autochtones. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- 8 Agence de la santé publique du Canada. (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisme (ETCAF) : Un Cadre d'action*. Extrait le 29 avril 2011 du site www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-fw-etcaf-calframework-fra.php
- 9 Agence de la santé publique du Canada. (2011). *À propos du PNCP*. Extrait le 9 juin 2011 du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/cpnp-pcnp/about-apropos-fra.php>
- 10 Santé Canada. (2004). *Le rôle du gouvernement du Canada en matière de santé des Autochtones*. Extrait le 12 mai 2011 du site http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2004-fmm-rpm/ifs-if_02-fra.php.
- 11 Santé Canada. (2010). *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves*. Extrait le 9 juin 2011 du site http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/famil/develop/ahsor-papa_intro-fra.php
- 12 Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN)*. Extrait le 9 juin 2011 du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/ahsunc-papacun/index-fra.php>
- 13 Santé Canada. *Programmes et services de santé financés*. Extrait le 9 juin 2011 du site <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/prog/index-fra.php>
- 14 Assemblée des Premières nations. (aucune date). *Programme de soins de santé maternelle et infantile dans les communautés des Premières nations*. Extrait le 9 juin 2011 du site <http://64.26.129.156/article.asp?id=2271>
- 15 Stout, R., & Harp, R. (2009). *Aboriginal maternal and infant health In Canada: Review of on-reserve programming*. Winnipeg and Vancouver: Prairie Women's Health Centre of Excellence and British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Extrait du site www.pwhce.ca/pdf/AborigMaternal_programmes.pdf
- 16 DPRA Canada Inc. (2010). *Relever les défis relatifs à la santé et au bien-être des peuples autochtones au Canada : document d'orientation préparé pour le Conseil canadien de la santé*. Document technique non publié, Conseil canadien de la santé, Toronto, Canada.
- 17 Instituts de recherche en santé du Canada. (2006). *Plan stratégique quinquennal : 2006 à 2011*. Extrait le 19 avril 2011 du site www.cihr-irsc.gc.ca/f/9188.html
- 18 King, M. Communication personnelle. 19 avril 2011.
- 19 Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada. (printemps 2010). *Bulletin de l'ISA-IRSC*. Extrait du site www.cihr-irsc.gc.ca
- 20 Smylie, J., et Adomako, P. (2009). *Indigenous children's health report: Health assessment in action*. Toronto: Centre for Research on Inner City Health, The Keenan Research Centre du Li Ka Shing Knowledge Institute, hôpital St. Michael's. Extrait du site www.stmichaelshospital.com/crich/indigenous_childrens_health_report.php
- 21 Luo, Z.C., Senecal, S., Simonet, F., Guimond, E., Penney, C., et Wilkins, R. (2010). Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 235-242. doi: 10.1503/cmaj.082042
- 22 Payne, E. (27 novembre 2010). It takes a village. *Ottawa Citizen*. Extrait du site www.ottawacitizen.com
- 23 Egeland, G.M., Pacey, A., Cao, Z., & Sobol, I. (2010). Food insecurity among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 243-248. doi: 10.1503/cmaj.091297
- 24 Amed, S., Dean, H.J., Panagiotopoulos, C., Sellers, E.A.C., Hadjiyannakis, S., Laubscher, T.A., Dannenbaum, D., et al. (2010). Type 2 diabetes, medication-induced diabetes, and monogenic diabetes in Canadian children: A prospective national surveillance study. *Diabetes Care*, 33, 786-791. doi: 10.2337/dc09-1013
- 25 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de violence et de négligence envers les enfants-2008 : Données principales*. Ottawa : ACSP. Extrait du site www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/pdfs/infnts-cis-2008-rprt-fra.pdf
- 26 Turner, G. Communication personnelle. 19 janvier 2011.
- 27 Burrage, L. Communication personnelle. 4 février 2011.
- 28 Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2008). *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance* Ottawa : SOGC. Extrait du site www.sogc.org/projects/birthing-strategy_f.asp
- 29 Raphael, D. (2010). The health of Canada's children. Part 1: Canadian children's health in comparative perspective. *Paediatric Child Health*, 15, 23-29.

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé souhaite remercier tous les participants, les organismes locaux des villes hôtes et les aînés, qui ont assisté à ces séances et fait part ouvertement de leur savoir, de leur expérience et de leurs recommandations.

Le Conseil de la santé tient également à souligner le précieux concours de Stonecircle Consulting Inc., qui a organisé, coordonné et rendu ce projet possible, ainsi que celui de l'artiste Kirk Brant, membre des Mohawks de la baie de Quinte, du territoire Mohawk Tyendinaga, à qui nous devons la création de l'illustration apparaissant en page couverture.

CONSEILLERS

Dr Jack Kitts (président)
Dr Bruce Beaton
D^{re} Catherine Cook
M^{me} Cheryl Doiron
Dr Dennis Kendel
M^{me} Lyn McLeod
Dr Michael Moffatt
M. Murray Ramsden
D^{re} Ingrid Sketris
M. Gerald White
Dr Charles J. Wright
Dr Les Vertesi
M. Vijay R. Bhashyakarla
(membre de droit)

Le Conseil canadien de la santé voudrait remercier Santé Canada de sa participation financière. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :
90, avenue Eglinton Est, Bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416.481.7397
Sans frais : 1.866.998.1019
Télécopieur : 416.481.1381
information@conseilcanadiendelasante.ca
www.conseilcanadiendelasante.ca

Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays

Août 2011

ISBN 978-1-926961-13-2 (PDF)

ISBN 978-1-926961-12-5 (Papier)

Comment citer cette publication :

Conseil canadien de la santé. (2011). *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*. Toronto : Conseil canadien de la santé.
www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© (2011) Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.



Utilisez ce code-barres pour voir instantanément le rapport en ligne :

1. Allez à www.getscanlife.com et téléchargez gratuitement l'application (le tarif standard pour les données est applicable).
2. Touchez l'icône scanlife sur l'écran de votre téléphone, puis faites une photo du code-barres.
3. Votre téléphone lit le code-barres et fait le lien avec le rapport et d'autres contenus numériques.

www.conseilcanadiendelasante.ca

Conseil canadien de la santé
90, avenue Eglinton Est, Bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416.481.7397
Télécopieur : 416.481.1381

