DÉCEMBRE 2012

Empathie, dignité et respect

Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain

Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

À propos de l'artiste

Pour recueillir les renseignements donnés dans ce rapport, le Conseil canadien de la santé a tenu une série de sept discussions régionales au Canada. Ces réunions ont été préparées par AMR Planning and Consulting Inc., société de conseil autochtone dont le bureau se trouve à Winnipeg. Une associée d'AMR, l'artiste Leah Fontaine (dakotah/anishinaabe/métisses), a créé une représentation visuelle de chacune des rencontres en écoutant les débats et en intégrant les thèmes évoqués par les participants, avec des symboles d'importance culturelle. À chaque séance, l'artiste a invité les participants à suggérer des images ou à dessiner et à écrire sur une grande illustration (plus d'un mètre sur un), qui était accrochée au mur.

Les créations qui ont résulté des sept discussions régionales sont reproduites tout au long de ce rapport et sont accompagnées d'une description faite par l'artiste. L'illustration de la couverture, commandée séparément, symbolise l'équilibre entre les perspectives et les approches occidentales et autochtones en matière de santé et de restauration.

Leah Fontaine est titulaire d'un baccalauréat (mise en scène théâtrale), d'un baccalauréat spécialisé avec mention (beaux-arts) et d'une maîtrise (études autochtones). Elle s'inspire de ses racines autochtones – dakotah/anishinaabe/métisses – pour parvenir intuitivement à l'iconographie et à la vision du monde présent dans son œuvre. Elle habite à Winnipeg.

Leah Fontaine souhaite exprimer sa profonde gratitude à tous les Aînés et aux frères et sœurs des Premières Nations qu'elle a rencontrés au cours du projet, et qui l'ont soutenue par leur philosophie culturelle des Premières Nations.

À propos du Conseil canadien de la santé

Créé dans la foulée de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 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 au Canada et diffuse à travers le pays de l'information sur les pratiques novatrices. 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 conseilcanadiendelasante.ca.

Conseillers
Dr Jack Kitts (président)
Dre Catherine Cook
Mme Cheryl Doiron
Dr Dennis Kendel
Dr Michael Moffatt
M. Murray Ramsden
Dre Ingrid Sketris
Dr Les Vertesi
M. Gerald White
Dr Charles J. Wright
M. Bruce Cooper (membre de droit)

Il est bien établi que de nombreux facteurs sous-jacents ont des répercussions négatives sur la santé des Autochtones, dont la pauvreté et les effets intergénérationnels de la colonisation et des pensionnats indiens. Mais un obstacle à une bonne santé relève directement du système de santé lui-même. Beaucoup d'Autochtones ne faisaient pas confiance aux services de soins de santé classiques – et qu'ils ne les utilisaient donc pas – parce qu'ils ne se sentaient pas à l'abri des stéréotypes et du racisme et parce que l'approche occidentale de la médecine pouvait créer chez eux des sentiments d'aliénation et d'intimidation.

Table des matières

Partie 1 : Commentaire du Conseil canadien de la santé 3

Introduction 4

La valeur de la compétence et de la sécurisation culturelles 6

Raisons pour lesquelles la compétence et la sécurisation culturelles sont nécessaires 8

La persistance du racisme 8

Un système de soins de santé intimidant et aliénant 10

La compétence et la sécurisation culturelles en action 11

Ce qu'on ressent quand on est Autochtone 11

Créer la compréhension et le respect 11

Pratiques novatrices au Canada 12

Commentaires de conclusion 15

Bibliographie 16

Partie 2 : Rapport de synthèse : Consultations régionales de 2012 du Conseil canadien de la santé sur la compétence culturelle et la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans les systèmes de santé en milieu urbain 19

1. Introduction 21

2. La valeur de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle 23

3. Pratiques de compétence culturelle et de sécurisation culturelle 27

Transformation systémique 28

Collaboration et partenariat pour renforcer les capacités 33

Renforcer la sensibilité et la compétence culturelles parmi les professionnels de la santé 37

Services axés sur la culture qui répondent à des besoins identifiés par la communauté 46

Recherche qui renforce la compréhension, la capacité et la responsabilisation 58

4. Maintenir et renforcer les changements positifs 63

Annexe A : Liste des pratiques identifiées par les participants 67

Annexe B : Bibliographie 72

Remerciements 74

Partie 1

Commentaire du Conseil canadien de la santé

Introduction

Au printemps de 2012, le Conseil canadien de la santé a tenu une série de réunions partout au Canada avec des prestateurs et des gestionnaires de soins de santé et des chercheurs pour en savoir plus sur les efforts entrepris afin de créer des services de santé *culturellement compétents* et des environnements *culturellement sécuritaires* pour les Autochtones en milieu urbain.

Il est bien établi que de nombreux facteurs sous-jacents ont des répercussions négatives sur la santé des Autochtones, dont la pauvreté et les effets intergénérationnels de la colonisation et des pensionnats indiens[1,2]. Mais comme les participants l'ont souligné lors de nos réunions, l'un des obstacles à une bonne santé relève directement du système de santé lui-même. Les participants nous ont dit que beaucoup d'Autochtones ne faisaient pas confiance aux services de soins de santé classiques – et qu'ils ne les utilisaient donc pas – parce qu'ils ne se sentaient pas à l'abri des stéréotypes et du racisme et parce que l'approche occidentale de la médecine pouvait créer chez eux des sentiments d'aliénation et d'intimidation.

C'est là l'une des raisons pour lesquelles beaucoup d'Autochtones sont moins enclins à demander de l'aide quand ils souffrent de symptômes et ont plus de probabilités de recevoir un diagnostic tardif que les non-Autochtones; retard de diagnostic qui peut rendre le traitement plus difficile, voire impossible[3]. D'autres peuvent demander à se faire soigner mais cesser d'observer leur traitement par la suite. De plus, si le système de santé n'est pas sécuritaire pour les Autochtones, ceux-ci ne bénéficient pas de soins préventifs comme les vaccinations et les tests de dépistage.

Certes, ces questions s'avèrent préoccupantes pour tout groupe de population, mais elles le sont tout particulièrement pour les Autochtones qui, collectivement, ont le plus mauvais état de santé et la plus courte espérance de vie de tous les Canadiens[2,4].

Les soins culturellement compétents renforcent la confiance et accroissent les probabilités que les Autochtones demandent des soins et suivent leur traitement. Bien qu'un certain nombre de recherches et de rapports gouvernementaux aient exploré la nécessité de renforcer la compétence culturelle dans les services de soins de santé[3,5,6], les participants nous ont dit que la question restait largement méconnue et incomprise dans ce secteur.

L'objectif des réunions tenues en 2012 par le Conseil de la santé à Saskatoon, Winnipeg, Vancouver, Edmonton, Toronto, Montréal et St. John's était de recueillir directement les témoignages de gens sur le terrain à propos des besoins en matière de compétence et de sécurisation culturelles et de découvrir quelles pratiques novatrices mènent à des résultats fructueux. Les réunions ont principalement porté sur les systèmes de santé en milieu urbain car sur 1,3 million d'Autochtones qui vivent au Canada, près de la moitié résident dans des villes[7].

La plupart des participants à nos séances étaient des membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Nous leur avons demandé de nous donner leurs points de vue professionnels et personnels pour nous aider à répondre à deux questions : À quoi ressemblent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle et comment les reconnaître dans le domaine des soins de santé? Quels programmes donnent des résultats au niveau du système de santé, dans les services de santé communautaires, dans les hôpitaux et au sein des professions, afin de créer des milieux accueillants et sécuritaires pour les Autochtones?

Nous avons appris que la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont en voie de devenir des sujets de réflexion prioritaires pour beaucoup de gouvernements, de régions sanitaires et d'hôpitaux. En plus des pratiques novatrices mentionnées dans ce rapport, les participants nous ont parlé de stratégies actuellement au stade du développement, qui devraient être déployées au cours des prochaines années. Beaucoup de participants ont manifesté un sentiment d'espoir et d'optimisme.

Dans ce commentaire, nous présentons ce que nous avons appris sur les raisons pour lesquelles la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont nécessaires. Ce document a pour but de servir de guide sur ce thème pour les prestateurs et les dirigeants du système de santé, les gouvernements et le public canadien. La partie 2 décrit des stratégies et des programmes nouveaux et émergents, tandis que des études de cas approfondies et des vidéos sont consultables en ligne à conseilcanadiendelasante.ca.

Définir la compétence culturelle et la sécurisation culturelle

En termes simples, la compétence culturelle vise à créer un milieu de soins de santé dépourvu de racisme et de stéréotypes, où les Autochtones sont traités avec empathie, dignité et respect. Les prestateurs de soins de santé qui sont culturellement compétents savent mieux reconnaître les répercussions de l'histoire sur les Autochtones et adapter leurs soins pour qu'ils répondent plus efficacement aux besoins distincts de leurs patients. La sécurisation culturelle se produit quand les Autochtones sentent qu'ils peuvent faire confiance à leurs prestateurs de soins, en raison de ces efforts de compétence culturelle.

L'expression *sécurisation culturelle* est apparue dans les années 1980 en Nouvelle-Zélande, dans le contexte de l'insatisfaction du peuple maori face aux soins infirmiers. Depuis, ce concept de sécurisation culturelle s'est étendu au-delà de ses origines pour trouver un écho auprès des indigènes partout dans le monde. Il a été exploré de manière approfondie dans des recherches universitaires, des rapports gouvernementaux et des études professionnelles, tout particulièrement en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Canada[a].

Les définitions ci-dessous sont tirées de travaux de l'ancienne Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) qui ont guidé d'autres organismes sur cette voie ainsi que d'actions de collaboration de l'Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC), du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Ces trois organismes ont collaboré à un nouveau cadre curriculaire pour les étudiants de médecine de premier cycle et pour les médecins et les internes de médecine familiale.

La sécurisation culturelle

- est un résultat, défini et vécu par ceux qui reçoivent un service – ils se sentent en sécurité;
- repose sur une participation respectueuse qui peut aider les patients à trouver la voie de leur mieux-être;
- s'appuie sur une compréhension du déséquilibre de pouvoir inhérent à la prestation des services de santé, de la discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces inéquités en apportant des changements dans le système et dans le domaine de l'éducation;
- exige que nous reconnaissions que nous sommes tous porteurs de culture; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs[b,c].

Les soins culturellement sécuritaires

- exigent la création de liens de confiance avec les patients autochtones et la reconnaissance des effets des conditions socio-économiques, de l'histoire et des politiques sur la santé;
- appellent à communiquer avec respect pour les croyances, les comportements et les valeurs des patients;
- permettent aux clients ou aux patients d'être partenaires dans le processus décisionnel[d,e].

La valeur de la compétence et de la sécurisation culturelles

Bien qu'il y ait une grande diversité au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et entre ces populations, les Autochtones en tant que groupe sont en plus mauvaise santé et ont des résultats de santé plus médiocres que les autres Canadiens. Ainsi, les Autochtones sont plus nombreux que les autres Canadiens à souffrir de maladies chroniques et infectieuses et à mourir prématurément. Le plus mauvais état de santé et les médiocres résultats de santé des Autochtones sont liés de près aux déterminants de la santé[1]. Les Autochtones vivent davantage dans la pauvreté que les autres Canadiens, pauvreté qui est elle-même liée à d'autres facteurs ayant une répercussion négative sur la santé, comme de mauvaises conditions de logement, une mauvaise nutrition, l'obésité, le stress physique et émotionnel[1,2,9].

Les systèmes de santé au Canada ont la responsabilité d'aller au-devant des populations qui ont une mauvaise santé ou qui n'utilisent pas les services de santé pour en comprendre les raisons et pour adapter les services afin de mieux répondre à leurs besoins.

La sécurisation culturelle agit concrètement sur le plan de l'état de santé. Les Autochtones sont plus enclins à utiliser les services de santé et à suivre les conseils de traitement quand ils font confiance aux prestateurs de soins[8,10,11]. Pour ces derniers, les institutions et les régions sanitaires, les efforts de compétence culturelle constituent un moyen efficace de créer des ponts avec les communautés autochtones et d'accroître leur utilisation des services de santé[2,8,10,11].

La compétence culturelle s'avère aussi bénéfique pour les prestateurs de soins. Ceux-ci veulent que leurs patients soient en bonne santé, et leur confiance et leur moral se trouvent renforcés quand ils voient que les patients suivent leur traitement et se rétablissent, au lieu d'aller de plus en plus mal à chaque visite ou de ne pas revenir à leur rendez-vous. Le roulement du personnel peut s'en trouver réduit[10,12].

« On comprend de plus en plus que, pour que le système de soins de santé classiques au Canada contribue efficacement à améliorer la santé des clients des Premières Nations, Inuits et Métis, il doit leur offrir des soins culturellement sécuritaires. »

– Indigenous Physicians Association of Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2009[8].

Preuves émergentes de résultats positifs

Bien que nos participants aient échangé de nombreux rapports anecdotiques sur les changements positifs qui résultent de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle au sein de leurs organismes, les données publiées continuent d'émerger.

Beaucoup de participants ont dit l'importance du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) (2005-2011), qui a donné naissance à de nombreuses nouvelles initiatives de compétence culturelle pour les Autochtones partout au pays. L'une des approches à la compétence culturelle qui a des effets positifs est celle des accompagnateurs de patients autochtones (aussi appelés travailleurs de liaison ou de soutien), dont beaucoup ont été financés au départ par le FTSA. La mise en place d'accompagnateurs se fait progressivement un peu partout dans les provinces et les territoires et joue un rôle de plus en plus important dans l'adaptation des services de santé pour les Autochtones. Les évaluations montrent de nombreux avantages, dont le renforcement de l'accès aux services de santé occidentaux et traditionnels, le rehaussement de la qualité des soins, l'amélioration des connaissances, de la compréhension et de l'observance des traitements recommandés, le renforcement de la confiance envers les prestateurs de soins et la satisfaction grandissante des patients[f,g,h].

On trouvera une évaluation globale et les leçons retenues de la FTSA sur le site http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/oll-rlr-fra.php. Ces données guideront le nouveau Fonds d'intégration des services de santé (FISS), projet quinquennal de santé autochtone de 80 millions de dollars, qui prolongera le travail effectué par le FTSA en visant l'intégration des services de santé pour les Autochtones.

Les participants ont aussi parlé de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) (2005-2010; 2010-2014, renouvelée), conçue pour «poser les bases de changements systémiques plus durables dans l'apport, la demande et la création d'environnements favorables pour les ressources humaines en santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, dans le but d'améliorer l'état de santé, en mettant l'accent sur l'accroissement du nombre de professionnels autochtones de la santé». L'amélioration de la compétence culturelle des prestateurs de soins de santé non autochtones faisait partie de cette initiative. Une évaluation a montré que d'importants progrès avaient été accomplis et que de nombreux changements positifs se produisaient. Ainsi, les travaux fondamentaux ont permis l'élaboration de cadres de compétence culturelle et de programmes d'études dans les secteurs des soins infirmiers et de la médecine, qui serviront d'outils aux autres professions de la santé[i,j]. Toutefois, les participants aux séances du Conseil de la santé ont souligné qu'il restait encore beaucoup à faire pour accroître le nombre de professionnels autochtones de soins de santé et pour garantir une représentation équitable des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Raisons pour lesquelles la compétence et la sécurisation culturelles sont nécessaires

La persistance du racisme

Beaucoup d'Autochtones hésitent à utiliser le système de soins de santé classiques, car, pour reprendre les mots d'un des participants à une séance, « ils ont fait l'expérience d'être traités avec mépris, d'être jugés, ignorés, stéréotypés, racialisés et minimisés ». Les stéréotypes négatifs sur les Autochtones sont profondément ancrés dans la société canadienne et une grande partie des expériences que vivent les Autochtones dans le système de santé sont un prolongement de ce racisme systémique.

Le mot *racisme* met beaucoup de gens mal à l'aise, et la gêne était parfois palpable durant les séances. Toutefois, plusieurs participants qui avaient une solide expérience des programmes de compétence culturelle nous ont demandé « d'appeler un chat un chat » pour encourager des débats ouverts sur le racisme et pour accélérer les efforts en vue de créer des services de santé culturellement sécuritaires.

Les participants ont échangé de nombreuses histoires de racisme, parlant parfois en tant que prestateurs de soins et parfois en tant que patients. Ils ont raconté comment certains médecins ne voulaient pas prescrire d'analgésiques à des Autochtones (même quand ceux-ci souffraient beaucoup) en raison de la croyance raciste erronée voulant que les Autochtones courent de grands risques de s'accoutumer aux médicaments ou à cause du préjugé raciste similaire selon lequel ils font déjà un abus de médicaments d'ordonnance. Les participants ont donné l'exemple d'Autochtones qui s'étaient présentés aux urgences en raison de divers troubles de santé (l'un souffrant d'un coma diabétique, un autre d'une blessure) et qui avaient eu affaire à des employés qui croyaient qu'ils étaient sous l'influence de drogues ou d'alcool, la conséquence étant qu'ils n'avaient pas été soignés convenablement.

« Le système des pensionnats indiens avait deux principaux objectifs : isoler les enfants et les soustraire à l'influence de leurs foyers, de leurs familles, de leurs traditions et de leur culture et les intégrer par l'assimilation dans la culture dominante. Ces objectifs reposaient sur l'hypothèse que les cultures et les croyances spirituelles des Autochtones étaient inférieures... Aujourd'hui, nous reconnaissons que cette politique d'assimilation était erronée… et qu'elle n'a aucune place dans notre pays. »

– Extrait des excuses présentées publiquement par le gouvernement du Canada aux Autochtones relativement aux pensionnats indiens, discours du premier ministre Stephen Harper, 11 juin 2008[13].

Voici d'autres exemples de racisme : un employé a utilisé un mot codé pour signaler avec mépris à un collègue que le patient suivant était autochtone; une mère a appris qu'elle et son nouveau-né avaient été gardés à l'hôpital plus longtemps que prévu, car le personnel voulait évaluer si elle allait bien s'occuper de son bébé; une femme autochtone (qui était une professionnelle du secteur de la santé) a été informée qu'elle ne serait pas incluse au processus de planification des soins pour un membre de sa famille, la raison étant qu'elle « ne comprendrait pas ».

Une histoire en particulier exemplifie le type de préjugés racistes dont souffrent beaucoup d'Autochtones. Un Autochtone est arrivé aux urgences, battu et tout ensanglanté. Une infirmière lui a interdit de s'allonger sur un lit. Quand le médecin a demandé pourquoi le patient n'était pas alité, l'infirmière a expliqué que l'homme était sale, qu'il allait tout simplement retourner à la rue dès sa sortie de l'hôpital et qu'il y reprendrait les comportements à risque qui l'avaient amené aux urgences. En fait, ce patient avait un emploi, était propriétaire d'une maison et avait été attaqué alors qu'il rentrait chez lui de son travail.

Les actes de discrimination et de racisme ont des répercussions négatives sur la qualité des soins prodigués aux Autochtones et engendrent une perte de confiance dans le système de soins de santé classiques. Les Autochtones se sentent souvent mal à l'aise, craintifs et impuissants quand ils essaient d'obtenir des soins de santé, et certains évitent d'utiliser les services de santé, même quand ils ne vont pas bien.

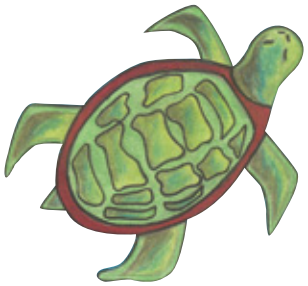
À un niveau fondamental, la discrimination et le racisme peuvent rendre dangereuse l'utilisation du système de santé pour les Autochtones, ce qui réduit les possibilités d'intervention précoce et de prévention des problèmes de santé.

Ma grand-mère a fait l'objet de discrimination dans le système de soins de santé, alors elle ne m'a pas encouragée à demander de l'aide quand j'en ai eu besoin. J'ai grandi en pensant comme elle. Les gens ont été repoussés par le système, ce qui est tout à fait évitable. Si je sens qu'on va me rabaisser ou me juger quand je vais demander de l'aide, je ne vais tout simplement pas en demander et je n'encouragerai pas mes enfants ou mes petits-enfants à en demander. Les effets seront terribles.

Les professionnels autochtones des soins de santé ont déclaré, durant nos séances, qu'eux aussi faisaient souvent l'objet de discrimination et de racisme, allant de propos racistes à de fréquentes insinuations selon lesquelles ils occupaient leur poste parce qu'ils étaient autochtones, et non pas parce qu'ils avaient les compétences et les qualifications requises.

Le racisme et le sexisme ont beaucoup d'éléments communs. Tous deux sont non seulement inappropriés, mais illégaux, et ne sauraient être tolérés. Tout comme nous devons rappeler aux hommes de ne pas se montrer agressifs (sexuellement) en milieu de travail, nous devons faire preuve de vigilance pour arrêter le racisme.

Plusieurs participants ont noté que la plupart des professionnels de la santé qui ont de tels comportements ne sont pas conscients qu'ils agissent en raison de stéréotypes profondément ancrés envers les Autochtones. Ces professionnels ont des préjugés envers les Autochtones parce qu'ils ne connaissent ni leur historique ni les questions autochtones.



Un système de soins de santé intimidant et aliénant

Aux yeux de certains Autochtones, les services de santé peuvent paraître aliénants, et les prestateurs de soins peuvent sembler porter des jugements et faire preuve d'arrogance. Les raisons sont notamment les suivantes : valeur attachée aux diplômes d'enseignement du monde occidental et manque de respect des approches autochtones traditionnelles de guérison; déséquilibre de pouvoirs et différence de styles de communication entre le prestateur de soins et le patient; utilisation d'une terminologie médicale complexe, et non pas d'un langage conversationnel; rythme rapide de fonctionnement du système de santé; accent mis par la médecine occidentale sur la maladie, et non pas sur l'ensemble de la personne et de ses circonstances de vie qui peuvent avoir des répercussions sur sa santé et sur ses traitements.

Beaucoup d'Autochtones adoptent une approche plus holistique, qui repose sur l'intégration du mieux-être physique, affectif, mental et spirituel. Il s'agit d'une approche qui est souvent sous-estimée par le système de soins de santé classiques, ont dit les participants. Pour de nombreux Autochtones, prendre soin des aspects spirituels de la santé et du mieux-être s'appuie sur les cérémonies. Bien que de nombreux organismes de soins de santé fassent maintenant place à de telles cérémonies, les Autochtones ne sentent pas toujours que leurs pratiques traditionnelles sont bienvenues et bien comprises.

Les cérémonies ont trait à la célébration, à la guérison, à la destruction de la négativité. On doit les faire furtivement. Une salle culturelle signalerait qu'il y a une place pour les cérémonies, que personne ne peut nous empêcher de les pratiquer.

Les difficultés de communication et les incompréhensions peuvent aussi survenir quand des professionnels de la santé ne s'expriment pas d'une manière telle que le patient se sente égal dans la conversation. Ceci peut s'avérer problématique aussi bien pour les gens qui parlent couramment anglais que pour ceux qui ont besoin d'un interprète.

L'éducation crée un déséquilibre de pouvoir. Tous ces grands mots! Pourquoi les différentes disciplines ne parlent-elles pas un langage commun, plus simple? Il ne s'agit pas de simplifier à outrance. Mais il faut prendre garde que tout le monde vous comprenne.

En outre, même si le système de santé peut être « aliénant pour tout le monde », comme l'a dit l'un des participants, il l'est tout particulièrement pour certains Autochtones. Les prestateurs de soins devraient savoir que les répercussions de la longue histoire de discrimination et de racisme envers les Premières Nations, les Inuits et les Métis se font sentir aujourd'hui encore. Les Autochtones – et surtout ceux qui ont été touchés par l'expérience des pensionnats indiens – peuvent avoir une sensibilité accrue aux pratiques inhérentes à un milieu hospitalier.

Même en l'absence de tout racisme, les inconvénients typiques du système de médecine occidentale, comme les courts rendez-vous avec des prestateurs qui agissent de manière impersonnelle, peuvent paraître discriminatoires à des Autochtones. Ainsi, plusieurs participants ont souligné que le processus de triage aux urgences peut conduire des Autochtones à croire que les non-Autochtones sont traités avant eux, par racisme. Il est possible de minimiser les incompréhensions de ce genre en travaillant avec les communautés autochtones afin de découvrir leurs préoccupations et de garantir la mise en place de moyens de communication claire pour expliquer les processus. La patience et la compréhension changent aussi les choses.

Nous avons toujours connu le racisme et la discrimination, alors quand nos membres s'adressent au système, ils ont tendance à sentir ça – et ils sont sur la défensive, en colère. Il faut en être conscient et en respecter les raisons. Il faut rester ouvert, conciliant et aimable.

La compétence et la sécurisation culturelles en action

Ce qu'on ressent quand on est Autochtone

Quand on a demandé aux participants « À quoi ressemblent la compétence et la sécurisation culturelles? », ils ont répondu que le facteur le plus important pour créer la sécurisation culturelle était l'attitude et le comportement des prestateurs de soins de santé.

Il peut y avoir sécurisation culturelle sans que l'autre sache la moindre chose de votre culture, à condition que cette personne écoute vraiment, comme si ce que vous dites a de l'importance, à condition aussi qu'elle vous traite avec respect, en égal.

Les participants ont dit que les Autochtones avaient besoin de savoir que les prestateurs de soins de santé s'intéressaient à eux, en tant qu'êtres humains, qu'ils seraient traités avec dignité et respect, en étant considérés comme des partenaires dans leurs soins de santé. Pour reprendre les mots d'un des participants, les prestateurs de soins de santé doivent être « les bonnes personnes, pas simplement les personnes qui ont les bons diplômes ».

Pour les prestateurs, la compétence culturelle s'appuie au départ sur la compréhension qu'ils ne devraient pas faire d'hypothèse sur la culture des Autochtones. Les employés culturellement compétents savent poser des questions pour s'enquérir des besoins de leur patient, faire le nécessaire pour y répondre et prendre sa défense, par exemple, dans le cas d'une requête pour la tenue d'une cérémonie traditionnelle ou pour la participation d'un guérisseur traditionnel. Ils comprennent aussi que les communautés autochtones ont des croyances, des pratiques culturelles et des langues différentes, et que tous les Autochtones ne souhaitent pas suivre les pratiques traditionnelles.

Les prestateurs de soins de santé qui sont culturellement compétents adoptent aussi une approche holistique (pour le mieux-être physique, affectif, mental et spirituel) et considèrent dans quelle mesure les conditions de vie de leurs patients peuvent jouer sur leur santé. En voici un exemple : les patients qui ne se présentent pas à un rendez-vous ou qui cessent leur traitement sont généralement considérés « en non-observance ».

Mais un professionnel de la santé culturellement compétent devrait se poser cette question : « Quels sont les facteurs de vie de cette personne qui l'empêchent de bien prendre soin de sa santé? ». Chez les patients autochtones, la pauvreté et le manque de ressources expliquent souvent les comportements.

Si quelqu'un n'a pas de voiture ou n'a personne pour s'occuper des enfants quand il faut aller à un rendez-vous, cela ne veut pas dire qu'il y a non-observance!

Un organisme culturellement compétent saurait comment adapter ses services pour qu'ils répondent aux besoins des patients autochtones, au lieu de s'attendre à ce que ces patients se conforment à ses services, et il le ferait en partenariat avec les communautés autochtones. L'un des moyens d'améliorer les services pour les Autochtones est d'élaborer et d'appliquer des politiques qui appuient la formation à la compétence culturelle et garantissent que le racisme n'est pas toléré en milieu de travail.

Créer la compréhension et le respect

Jusqu'à tout récemment, la plupart des Canadiens apprenaient très peu de choses dans les écoles publiques sur les Autochtones, et le peu qu'ils apprenaient s'inscrivait généralement dans la perspective européenne des événements historiques, comme la fondation du Canada. L'histoire ne leur était pas présentée du point de vue des Autochtones, avec notamment la délocalisation forcée de leurs territoires traditionnels pour faire place aux colons, la *Loi sur les Indiens*, les pensionnats indiens et le placement de milliers d'enfants autochtones dans des familles non autochtones en vue d'une adoption (la Rafle des années 1960)[14]. De même, jusqu'à tout récemment, le programme d'études des écoles de médecine et les autres programmes d'enseignement postsecondaire pour les professionnels de la santé faisaient très peu place aux renseignements sur les Autochtones.

Heureusement, les systèmes d'enseignement public, les programmes de médecine et les autres formations postsecondaires évoluent et intègrent maintenant mieux l'historique et les réalités actuelles des Premières Nations,

des Inuits et des Métis. Pour les Autochtones, le legs de l'histoire canadienne inclut des iniquités persistantes dans les déterminants de la santé, l'état de santé et les résultats de santé. Pour de nombreux Autochtones, ce legs s'entache aussi d'une grande méfiance envers les non-Autochtones et envers les autorités ainsi qu'envers les gouvernements, les institutions et les services publics, comme le système de soins de santé.

Selon les participants, la plupart des prestateurs de soins ont de bonnes intentions et veulent bien s'occuper de leurs patients, mais ils peuvent ne pas savoir que leur manque de compétence culturelle cause des problèmes. Ils peuvent ne pas comprendre qu'ils sont eux-mêmes la raison pour laquelle un patient ne suit pas un protocole de traitement ou ne revient pas à ses rendez-vous. Les praticiens qui ne connaissent pas l'histoire des Autochtones peuvent croire qu'ils traitent tous leurs patients de manière égale. Mais même s'ils ne montrent pas ouvertement de racisme systémique, les prestateurs de soins qui ignorent le contexte historique de leurs patients autochtones peuvent prendre des décisions qui ne sont pas complètement éclairées et qui peuvent causer du tort.

Les participants ont souligné que certains Autochtones peuvent ne pas se sentir en sécurité en raison d'anciens traumatismes (par exemple, sévices dans un pensionnat). Or si leur prestateur de soins l'ignore, il ne peut pas les aider comme il le faut. Un participant a évoqué l'histoire d'un patient chez qui l'hospitalisation déclenchait des souvenirs de pensionnat indien, ce qui l'amenait à se replier sur lui-même avec mutisme. Ce patient a été considéré « à faibles capacités fonctionnelles ».

Les prestateurs de soins de santé n'ont pas besoin de connaître les détails de la culture de leurs patients, mais ils devraient avoir une compréhension assez solide de l'histoire de la colonisation et des traumatismes intergénérationnels résultants pour savoir que ces facteurs peuvent avoir des répercussions sur la santé et les soins d'une personne, et pour s'efforcer activement de gagner sa confiance.

Beaucoup de participants à nos séances ont dit que leur organisme ou leur région sanitaire offrait certains types de formation à la compétence culturelle, mais que le contenu de cette formation variait grandement. Plusieurs participants qui avaient l'expérience de la formation à la compétence culturelle ont souligné qu'il serait bon de mettre en place un programme standard, qui présente ce que les Canadiens n'ont pas appris à l'école. Mais la formation ne devrait pas simplement être factuelle, ont-ils dit. Les récits directs faits par des Autochtones de leurs expériences vécues sont un moyen efficace de créer la compréhension et l'empathie. De plus, les prestateurs de soins devraient être incités à réfléchir à leurs propres croyances et préjugés, à leur pouvoir et leurs privilèges, et voir comment ces facteurs peuvent jouer inconsciemment sur leurs interactions avec les Autochtones.

Les gens croient qu'il suffit d'apprendre les faits sur les Autochtones, mais ce qu'il faut faire vraiment, c'est regarder en soi, réfléchir et décortiquer ses propres attitudes, compréhensions et actions à propos des Autochtones.

Ce type de formation présente le potentiel d'apporter des changements réels dans les pratiques suivies et d'amener le personnel des soins de santé à dire : « Je veux en apprendre plus. »

Pratiques novatrices au Canada

Partout au Canada, les provinces et les territoires en sont à différentes étapes de développement dans leurs efforts de compétence culturelle et suivent de multiples approches. Dans l'ensemble, les participants ont dit que la sécurisation culturelle doit devenir prioritaire au niveau provincial ou territorial, dans les régions sanitaires et dans les services de soins de santé et s'accompagner de changements de politiques, de directives, de gouvernance, de responsabilisation, d'éducation et de formation.

La partie 2 de ce rapport décrit plus de 30 exemples de programmes et de stratégies novateurs qui explorent beaucoup de ces éléments de compétence et de sécurisation culturelles. Certains sont bien établis, nationalement reconnus, tandis que d'autres sont tout juste émergents. Bien que les pratiques présentées ici ne résument pas l'ensemble des activités de compétence culturelle et de sécurisation culturelle au Canada, elles représentent celles qui étaient prioritaires pour nos participants et qui revêtent un intérêt national ou régional.

Huit programmes et stratégies sont consultables en ligne comme études de cas (conseilcanadiendelasante.ca/innovation), dont les suivantes :

De toutes les villes canadiennes, Winnipeg est celle qui compte le plus d'Autochtones, soit 10 % de sa population[15]. L'**autorité sanitaire régionale de Winnipeg** (acronyme anglais WRHA) accentue ses efforts pour intégrer la compétence culturelle aux activités partout dans la région. En 2011, la WRHA a commencé à mettre en place un **nouveau cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles**, qui a des retombées sur toutes les activités, des politiques jusqu'aux recherches. Ces composantes comprennent des programmes de formation interculturelle ainsi que des activités qui appuient le développement des connaissances culturelles et sociales, les compétences de communication et l'expertise dans les évaluations de santé culturelle. La WRHA est reconnue pour ses partenariats de collaboration avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

En 2010, la Colombie-Britannique a mis en place un **programme de formation en ligne à la compétence culturelle en matière de santé des Autochtones**, le premier du genre au Canada. Ce programme **fournit des renseignements fondamentaux et invite à une réflexion personnelle** sur les Autochtones, l'histoire de la colonisation, les préjugés culturels et l'importance des soins de santé culturellement sécuritaires. Conçu et géré par la Provincial Health Services Authority, ce programme sert de base à la formation à la compétence culturelle additionnelle à propos des communautés locales, qui se fait dans chacune des régions sanitaires. Le programme est né de recommandations faites dans des accords tripartites entre les dirigeants des Premières Nations, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral. Le *Transformative Change Accord* de 2006 et le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* de 2007 énoncent tous deux cette exigence : « Les Premières Nations et la Province concevront un programme d'enseignement de la compétence culturelle en 2007-2008 et exigeront des autorités sanitaires qu'elles entreprennent cette formation en 2008-2009. La formation sera obligatoire pour le personnel du ministère de la Santé et pour celui des autorités sanitaires, entre autres pour le personnel de haute direction et de gestion. »

L'**Interior Health Authority** (IHA) en Colombie-Britannique a apporté d'importants changements à la manière dont elle planifie, offre et régit ses services de santé, fidèle à un engagement pris de longue date de renforcer l'accès aux services et aux programmes de santé et de mieux les adapter pour les Autochtones, dans le but final d'améliorer leur de santé. L'IHA reconnaît qu'elle ne peut pas combler l'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres résidents sans remédier aux iniquités de déterminants de la santé, sans collaborer avec les Autochtones pour cerner et élaborer des solutions qui répondent à leurs besoins et sans apporter des changements tout au long de son continuum de soins et de services. En partenariat avec les Premières Nations, les Autochtones en milieu urbain et les Métis, l'IHA a conçu et appliqué une stratégie appelée **Aboriginal Health & Wellness Strategy 2010–2014**.

Les activités entreprises pour déployer cette stratégie sont notamment les suivantes :

- mettre en place un financement de base pour le programme de santé autochtone;
- instaurer un programme d'accompagnateurs des patients autochtones pour aider ces patients à accéder aux services;
- s'engager à offrir le programme de formation à la compétence culturelle pour les Autochtones;
- développer des ressources humaines de la santé autochtone;
- entreprendre un processus d'auto-identification des patients et employés autochtones, pour recueillir des données qui appuient les activités de planification;
- créer un comité consultatif de santé et de mieux-être autochtones;
- préparer les lettres d'entente avec les Premières Nations locales.

En Saskatchewan, les services de soins à domicile de la région sanitaire de Regina Qu'Appelle (acronyme anglais RQHR), en partenariat avec le bureau de santé de Eagle Moon, ont entrepris un **projet de soins à domicile pour les Autochtones**, car ils avaient constaté que les Autochtones ne faisaient pas appel aux soins à domicile. Afin de comprendre pourquoi, ces services ont réuni un groupe de travail comprenant des représentants des membres des Premières Nations, des Métis, du gouvernement et des soins à domicile. Ensemble, ils ont décelé des problèmes clés qui résultaient d'un manque de gestion des cas et de politiques restrictives et ils ont commencé à adapter les soins à domicile afin de leur donner plus de pertinence culturelle pour les Premières Nations et les Métis. Un modèle de soins holistiques a été conçu pour ce projet. Ce modèle permet d'offrir des services complémentaires à ceux que les services de soins à domicile de la RQHR prodiguent au reste de la population et de modifier les façons de travailler des praticiens. Les services de soins à domicile de la RQHR ont créé de nouveaux postes et ont intégré les pratiques culturelles à la gestion. Depuis sa mise en place il y a deux ans, le programme permet de renforcer l'accès aux soins à domicile. Tous les patients autochtones qui font appel aux services de soins à domicile bénéficient maintenant d'une gestion de cas et sont mis en rapport avec un travailleur de liaison autochtone.

Lors de nos séances, les participants ont souligné que les Autochtones se sentent souvent plus à l'aise et plus en sécurité dans les services de soins de santé classiques quand il y a des employés autochtones parmi le personnel, notamment quelqu'un qui peut les aider à s'orienter dans le système de santé. Les **accompagnateurs de patients autochtones** (parfois aussi appelés travailleurs de soutien ou de liaison) apportent un appui personnel aux patients et font tomber les obstacles entre ceux-ci et les prestateurs de soins, en jouant le rôle d'interprètes culturels. Ils assurent aussi la liaison avec des communautés autochtones méfiantes, réticentes à utiliser les services de soins de santé classiques et offrent une formation à la compétence culturelle au personnel non autochtone, à la fois formellement et informellement, par leurs interactions quotidiennes. Les évaluations montrent que les accompagnateurs de patients autochtones sont très efficaces[16,17,18]. Deux études de cas permettent de constater quels rôles ils jouent dans deux régions différentes : l'un dans **l'autorité sanitaire régionale du Sud du Manitoba** (anciennement autorité sanitaire régionale du Centre du Manitoba), et l'autre dans le **St. John's Native Friendship Centre/Shanawdithit Shelter**, en partenariat avec Eastern Health.

La **clinique Minowé**, qui a ouvert ses portes en 2011 au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, au Québec, offre de **nouvelles approches pour intégrer et adapter les services de santé et sociaux** pour les Autochtones en milieu urbain. Cette clinique comprend une infirmière et un travailleur social qui travaillent dans un milieu culturellement pertinent et qui répondent aux besoins de santé des patients en les aidant à faire face aux circonstances de leur vie qui ont des répercussions sur la santé et le mieux-être (comme la pauvreté, les toxicomanies, le chômage ou les problèmes sociaux). Le concept de la Clinique Minowé est né de la communauté autochtone et a vu le jour grâce à des gens qui étaient déterminés à apporter des changements. L'association provinciale des centres d'amitié et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) ont l'intention de déployer le modèle de cette clinique dans d'autres villes du Québec où il y a un centre d'amitié.

All Nations Healing Hospital est un établissement hospitalier situé dans la réserve de la communauté de Fort Qu'Appelle, en Saskatchewan. C'est un **hôpital communautaire qui offre des programmes et des services pour répondre aux besoins des communautés qu'il dessert, en reflétant leurs cultures et leurs traditions**. Des composantes traditionnelles sont incluses à presque tous les programmes et activités. Les membres des Premières Nations ont participé à ce projet d'hôpital dès son stade de développement, mais l'hôpital n'accueille pas que des membres des Premières Nations : il est ouvert à tout le monde. All Nations est devenu un modèle pour d'autres organismes de soins de santé; il est reconnu pour sa capacité d'intégration des services qui relèvent de différents niveaux de gouvernement et bailleurs de fonds. L'hôpital a conclu des ententes avec les Premières Nations, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial pour dispenser des services de santé et a instauré un nouveau moyen de gérer les coûts des services et de chevaucher les différentes instances.

Pour plus d'informations sur les pratiques novatrices décrites ici, visitez conseilcanadiendelasante.ca/innovation.

Commentaires de conclusion

En tant que groupe, les Autochtones ont le plus mauvais état de santé et la plus courte espérance de vie parmi toutes les populations canadiennes, bien qu'il existe des variations au sein des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le système de soins de santé classiques contribue à la médiocrité de leurs résultats de santé, car beaucoup d'Autochtones ne font pas suffisamment confiance au système pour l'utiliser.

Leur méfiance résulte d'une longue et douloureuse histoire de racisme dans la société canadienne et d'efforts faits pour éradiquer leur culture. En raison de cet historique, les expériences et les besoins des Autochtones s'avèrent très différents de ceux des autres Canadiens. Il est important de faire des efforts spécifiques afin que le système de santé réponde aux besoins des Autochtones non seulement pour améliorer leur santé, mais aussi pour montrer concrètement du respect et pour œuvrer dans un climat de réconciliation et de justice.

La compétence culturelle n'est pas simplement un geste de bonne volonté, ni une activité ajoutée. C'est un élément de réforme, qui s'appuie sur la compréhension selon laquelle le manque de compétence culturelle chez les professionnels de la santé et dans les services de santé empêche beaucoup d'Autochtones de demander des soins et exerce des répercussions négatives sur leurs résultats de santé. Pour devenir culturellement compétents, les organismes et les institutions doivent mettre en place des politiques, des structures et des processus pertinents qui appuient et concrétisent cet aspect des soins de santé.

Les dirigeants et les prestateurs de soins de santé, aussi bien dans le système de santé qu'au gouvernement, ont la possibilité de créer un changement de culture pour que les Premières Nations, les Inuits et les Métis se sentent bienvenus et en sécurité dans le système de santé. Beaucoup prennent déjà rapidement des mesures pour déployer de nouveaux programmes et stratégies en vue de tels changements. Nous les félicitons de leurs efforts et nous incitons les autres à se joindre à eux.

Bibliographie

1 Reading, C. et Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health.* Prince George, C.-B. : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

2 Reading, J. (2009). *A life course approach to the social determinants of health for Aboriginal Peoples.* Ottawa, Ont. : Sous-comité sur la santé des populations.

3 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2011). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis health.* Prince George, C.-B. : CCNSA.

4 Anderson, M., Smylie, J., Anderson, I., Sinclair, R., Crengle, S., et Onemda VicHealth Koori Health Unit. (2006). *First Nations, Inuit, and Métis Health Indicators in Canada.* Melbourne, AU : Université de Melbourne.

5 Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). À l'aube d'un rapprochement *: Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.* Ottawa, Ont. : Commission royale sur les peuples autochtones.

6 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada.* Ottawa, Ont. : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

7 Statistique Canada. (7 décembre 2011). Projections de la population selon l'identité autochtone au Canada. Extrait de http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/111207/dq111207a-fra.htm.

8 Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). (2009). *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A core curriculum for residents and physicians.* Winnipeg, Man. et Ottawa, Ont. : IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement commun.

9 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2009-2010). *Poverty as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis Health.* Prince George, C.-B. : CCNSA.

10 Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). (2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators.* Ottawa, Ont. : ONSA.

11 Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). (2009). *Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians*. Winnipeg, Man. et Ottawa, Ont. : IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement de la médecine familiale. Extrait de http://www.ipac-amic.org.

12 Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). (Avril 2009). Cultural competency and safety in First Nations, Inuit and Metis health care (feuillet d'information). Ottawa, Ont. : ONSA.

13 Parlement du Canada, Chambre des communes. *Débats (Journal des débats).* 39e *Parlement, 2e session. No 110 (11 juin 2008).* Ottawa, Ont. : Parlement du Canada.

14 Johnston, P. (1983). *Native children and the welfare system*. Ottawa, Ont. : Conseil canadien de développement social.

15 Statistique Canada. (2008). *Annuaire du Canada 2008.* Extrait de http://www41.statcan.ca/2008/10000/ceb1000_002-fra.htm.

16 Heartbeat Consulting. (2009). *Report of the formative evaluation of the Aboriginal patient navigator position, as a component of the 2007 Adaptation Plan of the Aboriginal Health Network of the Interior Health Authority.* Kamloops, C.-B. : Heartbeat Consulting.

17 Heartbeat Consulting. (2010). *Findings from the evaluation of the Aboriginal Navigator program and cultural competency training of Vancouver Coastal Health Authority.* Kamloops, C.-B. : Heartbeat Consulting.

18 Northern Health. (2011). *An evaluation of the Northern Health Aboriginal Patient Liaison Program.* Prince George, C.-B. : Northern Health.

Encadrés

a Brascoupé, S. et Waters, C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health, 5*(2), 6-41.

b Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). (2009). *Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians.* Winnipeg, Man. et Ottawa, Ont. : IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement de la médecine familiale. Extrait de http://www.ipac-amic.org.

c Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). (Avril 2009). *First Nations, Inuit, and Métis health – Core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education.* Winnipeg, Man. et Ont. : IPAC-AFMC Sous-comité du programme d'études en santé autochtone.

d Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). (2009). *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A core curriculum for residents and physicians.* Winnipeg, Man. et Ottawa, Ont. : IPAC- CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement commun.

e Organisation nationale de la santé autochtone. (2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators.* Ottawa, Ont. : Organisation nationale de la santé autochtone.

f Heartbeat Consulting. (2009). *Report of the formative evaluation of the Aboriginal patient navigator position, as a component of the 2007 Adaptation Plan of the Aboriginal Health Network of the Interior Health Authority.* Kamloops, C.-B. : Heartbeat Consulting.

g Heartbeat Consulting. (2010). *Findings from the evaluation of the Aboriginal Navigator program and cultural competency training of Vancouver Coastal Health Authority.* Kamloops, C.-B. : Heartbeat Consulting.

h Northern Health. (2011). *An evaluation of the Northern Health Aboriginal Patient Liaison Program.* Prince George, C.-B. : Northern Health.

i Santé Canada. (2009). Programme de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Ottawa, Ont. : Santé Canada.

j Santé Canada. (2011). Programme renouvelé de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone 2010-2015. Ottawa, Ont. : Santé Canada.

Nous devons mettre en place un système équitable. Il y a une absence d'équité. La compétence et la sécurisation culturelles peuvent nous aider à atteindre ce but.

Partie 2

Rapport de synthèse

Consultations régionales de 2012 du Conseil canadien de la santé sur la compétence culturelle et la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans les systèmes de santé en milieu urbain

Rapport préparé et présenté par AMR Planning and Consulting Inc.

SASKATOON

Soyez le changement!

La première réunion organisée par le Conseil de la santé s'est tenue à Saskatoon. Les participants ont parlé de l'équilibre difficile à atteindre entre l'approche autochtone holistique de la santé et la vision occidentale de la médecine. Ce défi est représenté par cette image qui montre les deux styles de vêtements des praticiens, avec un hochet-tortue dans une main, un flacon de médicaments dans l'autre. La larme qui coule symbolise le mal qu'on fait quand on ne traite pas quelqu'un avec empathie, dignité et respect.

Les tresses du guérisseur représentent le passé, le présent et l'avenir des Autochtones. Les racines de l'arbre symbolisent le fait que nous sommes tous enracinés dans une expérience commune.

À la fin de chaque journée, les participants ont été invités à écrire des mots significatifs pour eux, en rapport avec la séance. *Nous sommes tous des personnes du Traité. Respect. Fierté. Compréhension. Habilitation. Humilité. Équité. Soyez le changement [que vous voulez voir dans le monde].*

1. Introduction

De nombreuses organisations s'investissent dans l'étude des disparités entre les peuples autochtones et l'ensemble de la population canadienne en ce qui concerne leur état de santé. Dans ce contexte, le Conseil canadien de la santé se trouve dans une situation exceptionnelle, puisque les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux lui ont confié la mission de faire rapport non seulement de l'état de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, mais également des pratiques qui améliorent leur accès aux soins et leurs résultats de santé.

Pour s'acquitter de cette mission, le Conseil de la santé s'est engagé dans un projet pluriannuel dont le but est de comprendre les problèmes qui compromettent l'état de santé des populations autochtones au Canada et de communiquer aux Canadiens ce qu'il apprend. Les objectifs de ce projet visent à :

1. Accroître chez les Canadiens la compréhension des problèmes sous-jacents aux disparités dans l'état de santé et l'accès aux soins de santé entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, d'une part, et l'ensemble de la population canadienne, d'autre part;
2. Définir les pratiques qui améliorent l'état de santé (au sens large de santé, mieux-être et guérison communautaire) et l'accès aux soins de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

En 2011, le Conseil de la santé publiait un rapport intitulé *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile des Autochtones au Canada,* qui constituait la première initiative de ce projet pluriannuel. Pour examiner plus avant les raisons sous-jacentes aux disparités dans l'accès aux soins de santé et à celles dans les résultats de santé, la deuxième action du Conseil de la santé cible l'importance de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle pour les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui utilisent les systèmes de santé en milieu urbain ou en font partie.

Afin de mieux percevoir les problèmes et de définir les pratiques, le Conseil canadien de la santé a réalisé une série de consultations régionales dans tout le Canada. Entre le 26 avril et le 7 juin 2012, le Conseil de la santé s'est rendu dans sept villes (St. John's, T.-N.; Montréal, Qc; Toronto, Ont.; Winnipeg, Man.; Saskatoon, Sask.; Edmonton, Alb. et Vancouver, C.-B.), où il a réuni des Autochtones et des non-Autochtones représentant des organisations qui participent à la prestation de services de soins de santé aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis en milieu urbain. Chaque consultation d'une durée d'une journée a permis d'examiner l'importance de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle, ainsi que les pratiques qui les favorisent. Plus de 160 personnes ont participé à ces consultations.

Les consultations régionales ont examiné quatre questions centrales :

- Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes?
- Quels exemples peut-on donner de pratiques qui accroissent la compétence culturelle dans les systèmes de santé en milieu urbain et la sécurisation culturelle pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui utilisent ces systèmes?
- Comment la compétence culturelle et la sécurisation culturelle changent-elles la prestation des services de santé?
- La compétence culturelle et la sécurisation culturelle améliorent-elles l'accès aux soins, leur qualité ou l'ensemble de ce qui est vécu dans une situation de soins? Améliorent-elles les résultats de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis?

Au cours des consultations, on a demandé aux participants de s'inspirer de leur expérience en tant que praticiens ou professionnels œuvrant dans le secteur de la santé et de se servir de leur expérience personnelle en tant qu'individus ayant sollicité ou utilisé des services de santé. La plus grande partie de la journée était consacrée à des petits groupes, chacun d'entre eux étant assisté d'un animateur et d'un preneur de notes. En se servant, au besoin, d'une série de questions dirigées visant à obtenir des informations, des perspectives et des expériences pertinentes, les animateurs ont travaillé avec les participants à créer ensemble des connaissances qui permettraient de répondre aux questions centrales.

Le processus d'animation était conçu et mené par AMR Planning & Consulting, une société d'experts-conseils appartenant à des Autochtones établie à Winnipeg. Le processus et la structure des consultations régionales prévoyaient l'utilisation de protocoles culturels locaux. Dans chaque ville, soit un aîné, soit un conseiller ou un agent culturel commençait et terminait la journée par une prière. Avant la prière de clôture, les participants se réunissaient pour former un cercle de partage où ils pouvaient réfléchir sur les activités de la journée. Les participants recevaient un cadeau en reconnaissance de la générosité avec laquelle ils avaient offert leurs points de vue, leurs expériences et leur temps. Les discussions étaient consignées de façon conventionnelle, mais le Conseil de la santé avait aussi retenu les services de Leah Fontaine, une artiste des Premières Nations, pour représenter graphiquement les débats de chaque consultation régionale.

Ce rapport présente les principales constatations des consultations régionales.

2. La valeur de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle

Chacune des consultations régionales commençait par cette question : « Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes? » Comme l'ont observé de nombreux participants, les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, considérés globalement, n'ont pas recours aux services de santé dans la même mesure que les autres Canadiens. Pour une bonne part, ceci est dû au fait qu'ils ont fait l'expérience d'être « traités avec mépris, [d'être] jugés, ignorés, stéréotypés, racialisés et sous-estimés » dans le système des soins de santé comme dans la société canadienne en général. Ceci contribue de façon significative aux disparités entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des non autochtones. Quand les gens ne se font pas soigner, ou ne reviennent pas à la suite d'une expérience désagréable, ils courent davantage le risque de ne pas avoir de bons résultats de santé. Des services de soins de santé qui font preuve de compétence culturelle peuvent améliorer à la fois les expériences des soins de santé et les résultats de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Pour répondre à cette question, les participants se sont servis de leurs expériences personnelles et professionnelles dans les systèmes de santé en milieu urbain. Ils ont offert des témoignages personnels de rencontres avec des prestateurs de services dont les méthodes et les actions indiquaient des lacunes importantes quant à leur connaissance, leur conception et leur expérience des Premières Nations, des Inuits et des Métis ou dont les méthodes et les actions s'expliquaient ou semblaient motivées par le racisme. Ils ont aussi décrit les manières de comprendre ce qui constitue la santé et le mieux-être et la façon dont il faudrait s'en occuper, puisque ceci prédomine dans les systèmes de santé en milieu urbain, de même que les aspects culturels de ces systèmes (c'est-à-dire les façons dont les personnes et les ressources sont organisées, disposées ou gérées au sein de ces systèmes), lesquels font souvent obstacle à l'accès et à la qualité des soins de santé. En fin de compte, ces conceptions ont des répercussions sur les résultats de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

On a aussi demandé aux participants de décrire à quoi ressemblent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle et la manière de les reconnaître. Leurs réponses révèlent le caractère inséparable de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle. Quand les services de santé sont dispensés de façon compétente du point de vue culturel, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui utilisent ces services se sentent sécurisés culturellement :

- L'environnement physique et affectif semble familier, accueillant, chaleureux et confortable.
- Les Premières Nations, les Inuits et les Métis se sentent traités en égaux et savent qu'on les écoute quand ils ont accès aux services : ils peuvent faire confiance aux prestateurs de services, ceux-ci s'intéressent à eux en tant que personnes, et ils deviennent les partenaires de leurs propres soins. Les clients autochtones sont plus portés à se sentir respectés quand les prestateurs les reconnaissent ou les abordent comme Autochtones, admettent les conséquences de l'histoire sur la santé et le mieux-être et s'efforcent assidûment de gagner leur confiance et de les aider à se sentir en sécurité dans le système. Ceci comprend une volonté de modifier des pratiques ordinaires afin de s'adapter à des façons de faire ou à des besoins différents du point de vue culturel (par exemple, offrir des visites à domicile plutôt que de supposer que tous les clients peuvent se rendre facilement à un point de service) et de cibler des objectifs communs plutôt que des sujets conflictuels. Des prestateurs ou des interprètes qui parlent couramment les langues des Premières Nations, des Inuits et des Métis qu'ils desservent sont présents.
- Les interactions entre les clients inuits, métis ou des Premières Nations et leurs prestateurs de services sont équilibrées, mutuellement satisfaisantes. Les clients se sentent en sécurité et à l'aise, et les prestateurs sentent qu'ils comprennent les effets de la communauté ou de la culture sur la santé et le mieux-être de leurs clients.
- Les services de soins de santé sécurisants du point de vue culturel offrent aux clients l'accès sur place à des approches holistiques traditionnelles et à des approches occidentales en matière de soins. Ceci peut comprendre un espace spécial pour les cérémonies et l'accès à des Aînés ou à des guérisseurs.
- Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis peuvent avoir plus facilement un sentiment d'appartenance et de respect et sentir que leurs valeurs et leurs pratiques sont reconnues et prises en considération concrètement quand ils ont accès à des services dans des organisations administrées ou contrôlées par des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Habituellement, il est plus facile de se sentir en sécurité quand on voit son pendant dans l'organisation qui fournit les services. La présence de prestateurs, de praticiens et de professionnels autochtones est un soutien à la sécurisation culturelle, de même que les mécanismes ou les processus cherchant en permanence à obtenir les suggestions des membres de la communauté.
- Pour les non-Autochtones qui travaillent avec des Autochtones, « il ne s'agit pas toujours de ce qu'ils peuvent faire pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis ». Dans un milieu sécurisé du point de vue culturel, les non-Autochtones reconnaissent et admettent qu'ils peuvent eux aussi faire des apprentissages et acquérir des compétences dans le cadre de leurs relations avec les Autochtones : « Nous ne pouvons pas tout maîtriser et être compétents dans toutes les cultures, nous devons donc écouter et être ouverts. »
- Les professionnels de la santé se prononcent en faveur de soins équitables et culturellement sûrs pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis qu'ils desservent.

Les descriptions faites par les participants au sujet d'un milieu de soins de santé culturellement sécuritaire peuvent se résumer en termes des « quatre R », expression employée par l'un des groupes :

- **relations**, où les prestateurs et les patients reconnaissent les limites imposées par les préjugés qu'ils peuvent avoir et réfléchissent à leur rôle respectif;
- **respect**, qui inclut la reconnaissance de la diversité parmi les peuples autochtones;
- **réciprocité**, qui a trait à la vie et à l'apprentissage mutuel;
- **réflexion**, qui comprend la considération continue de nos rôles en tant que patients et prestateurs.

Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes?

DISPARITÉS DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ, L'ACCÈS AUX SERVICES ET LES RÉSULTATS DE SANTÉ

Il existe des disparités considérables dans l'accès aux services de santé entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis et les autres Canadiens de même que sur le plan des déterminants socio-économiques de la santé (soit des facteurs comme le niveau de revenu et la qualité du logement) et des résultats de santé pour ces groupes. L'un des participants a ainsi décrit les liens entre ces disparités et la nécessité de renforcer la compétence culturelle dans les services et les systèmes de soins de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui utilisent ces services :

Nous sommes conscients des disparités et des inégalités en ce qui concerne les résultats de santé pour notre communauté. Nous tous, qui travaillons au service des communautés autochtones, dans maints programmes, avons l'importante responsabilité de faire un travail de leadership pour lutter contre les inégalités, éliminer les obstacles à la prestation des services et améliorer les résultats de santé de ces communautés. Nous devons travailler dans une perspective axée sur la santé de la population [et] prendre en compte les déterminants de la santé et leurs répercussions sur les peuples autochtones… Si le système ne traite pas bien les Autochtones, ils ne demandent pas de services de santé ou ne réagissent pas bien aux soins de santé. Les communautés ont donc un accès limité. En retour, ceci provoque une réaction négative du système de santé [la perception étant la suivante] : « C'est comme ça qu'ils sont [les Autochtones]. » De part et d'autre, les impressions erronées s'en trouvent renforcées et perpétuées. Tant qu'un maillon de la chaîne ne commence pas à changer, il n'y a pas de changement. Nous devons changer le système. Nous devons mettre en place un système équitable. Il y a une absence d'équité. La compétence et la sécurisation culturelles peuvent nous aider à atteindre ce but.

WINNIPEG

Espoir

De nombreux mots ont été inscrits sur cette illustration, entre autres *plus de paroles en l'air, plus d'excuses* et *stop au racisme,* ce qui était l'un des grands thèmes de la séance. Tout en haut, un mot domine : *espoir.*

Les deux têtes jointes au sommet de l'illustration incarnent le masculin et le féminin, ainsi que le passé, le présent et l'avenir. Les bras s'étendent tout autour de l'image pour créer un cercle, dont l'auteur Donald Fixico dit qu'il représente « la pensée indienne », ou voir les choses d'un point de vue en soulignant que des cercles et des cycles sont au cœur du monde et que nou sommes tous associés à l'univers.

Le fond est de couleur violette, car le violet représente la restauration culturelle des Autochtones. Autrement dit, les nations autochtones sont ré-apprentis de leurs droits inhérents à la culture – un sujet dont il a beaucoup été question durant cette séance sur la nécessité de reconstituer le système pour contribuer à combler les écarts culturels prévalents au Canada.

La balance au centre symbolise l'équilibre entre les approches occidentales et autochtones. L'arbre à droite représente l'importance d'être à l'écoute des jeunes, autre sujet dont il a été question à Winnipeg. Des jeunes apparaissent derrière l'arbre, disant : « Écoutez-nous. »

3. Pratiques de compétence culturelle et de sécurisation culturelle

Durant les discussions régionales, le Conseil canadien de la santé a approfondi ses connaissances sur de nombreux programmes, projets, organismes, stratégies et politiques conçus pour renforcer la compétence culturelle dans les systèmes de santé en milieu urbain et pour appuyer la sécurisation culturelle des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui utilisent ces systèmes ou qui en font partie. Bien que la portée et l'étendue de ces activités varient grandement, toutes mettent en jeu des changements dans au moins l'un de ces secteurs d'action : 1) transformation systémique; 2) collaboration qui renforce la capacité; 3) connaissances qui transforment les pratiques; 4) services adaptés à la culture qui répondent aux besoins identifiés par la communauté; 5) recherches qui permettent de renforcer la capacité et un processus décisionnel probant.

Cette partie présente des exemples sélectionnés de pratiques dans chacun des secteurs d'action. De nombreux efforts sont faits actuellement, partout au Canada, pour renforcer la compétence culturelle dans le domaine de la santé – et dans d'autres domaines –, mais ce rapport se penche uniquement sur les efforts provinciaux, territoriaux et régionaux évoqués par les participants. Les programmes, initiatives et stratégies présentés par les participants reflètent leurs propres connaissances et expériences et n'ont pas pour but de dresser une liste complète des activités au Canada.

Les descriptions données dans cette partie s'inspirent de renseignements communiqués par les participants lors des discussions régionales, renseignements auxquels s'ajoutent des données consultables en ligne sur les programmes et des initiatives.

L'Annexe A dresse une liste complète des pratiques examinées lors des séances.

Transformation systémique

La transformation d'un système de soins de santé conçue pour renforcer la compétence culturelle des praticiens et des organismes et pour appuyer la sécurisation culturelle des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui utilisent ce système ou qui en font partie exige à la fois un leadership et un engagement profond à apporter des changements.

En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, des accords officiels entre les gouvernements ou les dirigeants autochtones, les gouvernements provinciaux et/ou le gouvernement du Canada ont accéléré les initiatives de compétence culturelle. Dans d'autres provinces, comme l'Ontario, les gouvernements ont fait preuve de leadership et d'engagement en adoptant des orientations stratégiques précises dans le domaine de la santé autochtone. En Alberta, où un système de santé pleinement intégré a été mis en place à l'échelle de toute la province en 2008 (Alberta Health Services, AHS), la volonté de leadership et d'engagement se manifeste dans le cadre du programme de santé des Autochtones de l'AHS. Sur un plan plus local, l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg, au Manitoba, a adopté une stratégie systémique pour appuyer les changements d'ordre organisationnel, structurel et clinique, afin de mettre en place un système de soins de santé culturellement adaptés.

Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, le First Nations Leadership Council (qui représente l'Assemblée des Premières Nations de la Colombie-Britannique, le First Nations Summit et la Union of BC Indian Chiefs), le gouvernement du Canada et la province de la Colombie-Britannique ont officialisé leur engagement à combler l'écart qui existe entre l'état de santé des membres des Premières Nations et celui des autres Britanno-colombiens en concluant une série d'accords : *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan*, en 2006, *Protocole d'entente du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, en 2006 également et *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, en 2007.

Le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (TCA: FNHP)* de 2006, négocié par le First Nations Leadership Council et la province de la Colombie-Britannique, a permis de déterminer 29 mesures dans quatre secteurs essentiels qui contribueraient à combler les écarts sur le plan de l'état de santé, en répondant à des priorités élaborées conjointement par le Leadership Council et la Province.

Le First Nations Leadership Council, le gouvernement du Canada et la province de la Colombie-Britannique sont signataires du protocole d'entente de 2006. Ce protocole avait pour but de reconnaître officiellement la nécessité d'améliorer les programmes et les services de santé, d'établir et de définir un partenariat coordonné de collaboration entre les trois parties et de créer un cadre de travail pour concevoir un plan décennal tripartite de soins de santé pour les Premières Nations. Le protocole réaffirmait les quatre secteurs de collaboration prévus par le *TCA: FNHP* : 1) gouvernance, relations et responsabilisation (pour accentuer la participation des Premières Nations au processus décisionnel et pour mettre en place des mécanismes qui favorisent une action concertée); 2) promotion de la santé/prévention des maladies et des blessures (pour réduire le nombre de maladies et de blessures évitables); 3) services de santé (pour garantir un accès équitable à des services culturellement adaptés qui répondent aux besoins identifiés de la communauté); 4) suivi du rendement (à l'aide d'indicateurs spécifiques pour évaluer les progrès accomplis en vue de combler les écarts des résultats de santé).

Le *First Nations Health Plan*, accord tripartite de 2007, s'est appuyé sur les accords de 2006. Dans le plan de 2007, le First Nations Leadership Council, le gouvernement du

Canada et la province de la Colombie-Britannique se sont engagés à suivre un plan décennal pour : 1) créer des changements fondamentaux; 2) définir des principes fondateurs afin d'orienter ces changements; 3) déterminer les objectifs du plan. L'accord de 2007 a aussi permis de décrire la vision collective des parties : améliorer la santé et le mieux-être des Premières Nations; combler les écarts de santé; appuyer l'entière participation des Premières Nations au processus décisionnel sur les questions de santé pour leurs communautés. Les principes fondateurs du plan font référence aux points suivants : respect et reconnaissance, engagement en faveur de l'action, relations harmonieuses, responsabilisation réciproque, transparence. Les parties se sont aussi engagées à élaborer une nouvelle structure de gouvernance pour les services de santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, ont confirmé les quatre secteurs de priorités d'action définis dans les accords de 2006 et ont inclus des déclarations garantissant des financements adéquats de la part des gouvernements fédéral et provincial pour appuyer la mise en œuvre durable de ce plan.

Ces trois accords ont créé un cadre stratégique qui transforme actuellement la prestation des services de santé pour les Premières Nations en Colombie-Britannique. Ainsi, ils ont permis et appuyé la création du programme de formation en ligne à la compétence culturelle en matière de santé des Autochtones de la Provincial Health Services Authority. Ce programme, nationalement reconnu, est présenté plus loin dans ce document. Le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* de 2006 inclut cette déclaration : « Les Premières Nations et la Province concevront un programme d'enseignement de la compétence culturelle en 2007-2008 et exigeront des autorités sanitaires qu'elles entreprennent cette formation en 2008-2009. La formation sera obligatoire pour le personnel du ministère de la Santé et pour celui des autorités sanitaires, y compris pour le personnel de haute direction et de gestion. »

Protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières Nations en Saskatchewan

En 2008, la Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN), le gouvernement du Canada et le ministère de la Santé de la Saskatchewan ont signé un protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières Nations en Saskatchewan (gouvernement de la Saskatchewan, 2010). Ce protocole établissait un partenariat officiel entre les parties, visait l'objectif commun qu'elles avaient de combler les écarts et d'éliminer les disparités entre l'état de santé des Premières Nations et celui des autres habitants de la Saskatchewan. Le protocole d'entente se donnait aussi notamment les buts suivants : 1) adapter et intégrer les programmes dans toutes les instances; 2) renforcer la participation des Premières Nations aux effectifs de la santé; 3) établir un partenariat tripartite coordonné de collaboration; 4) déterminer un processus de planification en vue d'un plan décennal de santé et de mieux-être des Premières Nations. Le protocole d'entente autorisait la création d'un comité directeur tripartite chargé de guider et de surveiller la mise en place des activités. De plus, il était prévu que le protocole ferait l'objet d'un examen par les parties tous les deux ans.

Depuis la signature de ce protocole, les trois parties ont travaillé de concert pour établir des relations de confiance et ont déterminé huit secteurs de priorités de collaboration : prévention et gestion des maladies chroniques, soins de longue durée, santé mentale et toxicomanies, ressources humaines de la santé, expérience des soins de santé, admissions et sorties, cyber-santé, relations et partenariats. Les partenaires du protocole d'entente ont déterminé ces secteurs de priorités grâce à un processus auquel ont participé des communautés des Premières Nations, des prestateurs de soins de santé et d'autres intervenants.

La création et l'adoption d'un cadre culturel constituent une initiative fondamentale de ce protocole d'entente. Une équipe consultative de projet, créée pour orienter le développement du cadre culturel, comprend des représentants des Premières Nations (entre autres Aînés, conseillers culturels et directeurs de la santé), des autorités sanitaires régionales et du Collège de médecine et de sciences infirmières. La Federation of Saskatchewan Indian Nations, Santé Canada/Santé des Premières Nations et des Inuits et le ministère provincial de la Santé sont des membres de droit de cette équipe.

Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones

L'Ontario a été la toute première province au Canada à concevoir un cadre stratégique pour promouvoir le mieux-être des communautés autochtones. La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, adoptée en 1994, est un programme conjointement mené par cinq ministères du gouvernement de l'Ontario (Santé et Soins de longue durée, Affaires autochtones, Services communautaires et sociaux, Services à l'enfance et à la jeunesse et Direction générale de la condition féminine de l'Ontario) et par des organismes autochtones (Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012). Cette stratégie témoigne de l'engagement pris par les partenaires en vue de

travailler ensemble à des programmes culturellement adaptés et de faire preuve d'une collaboration soutenue afin d'améliorer les résultats de santé des Autochtones et de leurs communautés. Les ministères ont renouvelé leur engagement envers cette stratégie en 2010 et ont souligné combien il est important que les Premières Nations, les Métis et les Inuits conçoivent, offrent et gèrent les programmes offerts à leurs communautés.

Cette stratégie se propose d'améliorer l'accès aux soins de santé, de renforcer les services de lutte contre la violence familiale et de consolider les capacités des communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Elle offre une approche systémique et appuie une combinaison de programmes traditionnels et conventionnels en milieu communautaire. En outre, elle favorise les activités aussi bien dans les réserves qu'à l'extérieur des réserves, ce qui permet à la Province de prendre des mesures d'action pour combler les écarts entre les diverses instances. La stratégie continue d'appuyer le travail de deux centres de santé autochtone communautaires (dont le centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin, à Timmins), dix centres d'accès aux soins de santé des Autochtones (dont le centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, à Hamilton et Brantford) et six autorités sanitaires autochtones (dont l'autorité sanitaire Noojimawin, à Toronto).

Programme de santé des Autochtones, Alberta Health Services

L'organisme Alberta Health Services (AHS) redonne actuellement vigueur à son approche à la santé des Autochtones partout dans la province, à l'aide de ses programmes de santé des Autochtones. L'AHS est un organisme relativement nouveau, fondé en 2009 quand neuf autorités sanitaires régionales et divers conseils et commissions mandatés par la Province ont fusionné en une seule entité. Avant cette fusion, les programmes et les services pour les Autochtones variaient grandement entre les autorités sanitaires. Les deux plus grandes autorités sanitaires de la province (celles de Calgary et d'Edmonton) avaient mis en place une infrastructure considérable pour appuyer la santé des Autochtones. L'AHS consolide maintenant ces efforts grâce à son programme de santé des Autochtones, d'envergure provinciale.

À quoi ressemblent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle et comment les reconnaître?

STRUCTURER LES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR APPUYER LA COMPÉTENCE CULTURELLE ET LA SÉCURISATION CULTURELLE

Lors d'une discussion régionale, les participants ont suggéré que la compétence culturelle et la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis pouvaient mieux se produire dans des systèmes de soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes : 1) Les Premières Nations, les Inuits et les Métis font partie du processus décisionnel dans les domaines qui les concernent; 2) les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont accès aux outils dont ils ont besoin pour gérer leur santé et leur mieux-être, ce qui comprend l'apprentissage de leurs propres cultures, de leurs modes de compréhension et de leurs pratiques dans le domaine de la santé et du mieux-être et qui permet de renforcer leur compétence, leur sécurisation et leur identité et de les habiliter à mieux prendre en main leurs soins de santé; 3) les systèmes de santé ont connaissance des ressources et des besoins des peuples autochtones et intègrent à leurs pratiques une compréhension et des approches culturellement distinctes en matière de santé et de mieux-être.

Ce programme vise à renforcer la mobilisation et les relations en vue de cinq priorités : 1) amélioration des compétences culturelles; 2) renforcement de l'accès aux services de santé; 3) adaptation des approches à des défis précis de santé; 4) toxicomanies et santé mentale; 5) suivi de la santé des Albertains autochtones. Le programme apporte directement divers soutiens aux patients et aux familles autochtones. Des coordonnateurs de soins de santé, des aides culturels et des agents de liaison des services hospitaliers, qui sont tous des Autochtones, aident les patients et les familles à accéder

aux différents services et programmes, tout en leur apportant un soutien culture et spirituel. Le programme offre aussi plusieurs services axés sur la population autochtone, dont un programme de mieux-être pour les patients atteints de diabète, à Edmonton.

Le programme de santé des Autochtones a pu s'appuyer sur les succès obtenus avant la création de l'organisme Alberta Health Services, notamment par l'Elbow River Healing Lodge, au Sheldon M. Chumir Health Centre, situé au centre-ville de Calgary. Fondé en 2006, Elbow River intègre les soins de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle à son approche à la santé des Autochtones. Les programmes et les services offerts par Elbow River sont entre autres les suivants : triage et évaluation, éducation et conseils de mode de vie, examens de santé, formation à l'autogestion des soins, consultation des Aînés, soins prénataux ainsi que vaccination, soins des pieds et des blessures. Elbow River est aussi l'un des sites du programme provincial de santé mentale des Autochtones. De plus, Elbow River offre des salles (actuellement en rénovation) pour les cérémonies et les autres activités culturelles. Les programmes et les services d'Elbow River, uniquement offerts aux Autochtones, comptent actuellement environ 2 000 clients. Le pavillon d'Elbow River comprend une clinique de soins de santé primaires dotée d'une équipe pluridisciplinaire, y compris un défenseur des patients/agent de liaison autochtone, un travailleur de la santé mentale autochtone, un médecin, une infirmière et un conseiller en mieux-être traditionnel. Tous les membres du personnel (qui regroupe des praticiens autochtones et non autochtones) participent aux activités de formation et d'orientation conçues pour renforcer leur capacité culturelle.

Les autres programmes actuellement au stade du développement à Elbow River comprennent un programme de gestion des maladies chroniques (une autre infirmière autorisée et une diététiste agréée seront engagées); un programme de santé prénatale et de santé des femmes; des soins de santé pour les pieds et les blessures; un programme de liaison avec les gens de la rue (un agent de liaison autochtone communiquera avec les membres de la communauté et le personnel des services sociaux pour faciliter l'orientation au sein des systèmes de santé); des services de guérison holistique traditionnelle, élaborés en consultation étroite avec des Aînés. Elbow River offre aussi des services spécialisés et appuie notamment le programme de mieux-être et de soins pour les Autochtones atteints de diabète, à Edmonton.

Alberta Health Services conçoit actuellement un cadre d'équité en matière de santé dans le but d'adopter une approche coordonnée qui contribuera à donner à tous les Albertains un accès cohérent, égal et juste aux programmes et aux services. Pour appuyer ces objectifs et les priorités du programme, un nouveau poste de spécialiste autochtone en compétence culturelle a été créé. Ce spécialiste devra faciliter la formation à la compétence culturelle des praticiens de la santé et contribuer à l'élaboration d'un cadre de compétence et d'un plan d'action pour les organismes de santé. Aux premières étapes de la mise en œuvre du projet, ce spécialiste visitera les communautés pour s'informer de leur vision des soins de santé, processus qui contribuera à intégrer l'élément de responsabilisation dans la mise en œuvre du cadre. De plus, l'AHS crée actuellement un Conseil des sages, qui jouera un rôle consultatif.

Cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles, autorité sanitaire régionale de Winnipeg

L'autorité sanitaire régionale de Winnipeg (acronyme anglais WRHA) a pris depuis longtemps un engagement stratégique pour améliorer sa capacité à répondre aux besoins de sa collectivité autochtone. Afin de refléter cet engagement, ses récentes activités incluent l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles, auquel collaborent plusieurs secteurs de la WRHA : programmes de santé des Autochtones, ressources humaines, recherches et apprentissage appliqué, soins de santé primaires et maladies chroniques. Ce cadre d'action, qui a été achevé en 2011 et qui a été approuvé par le conseil d'administration de la WRHA, repose sur la compréhension que la capacité culturelle peut permettre à un système de santé d'offrir à tous des soins de la plus haute qualité, quelles que soient leur race, leur origine ethnique, leur culture ou leurs compétences linguistiques. Les recherches ont confirmé les liens qui existent entre l'identité raciale et culturelle, les facteurs socioculturels et les inégalités relativement à l'accès aux services de santé, à la qualité des soins et aux résultats de santé. La population de Winnipeg et celle du Manitoba sont de plus en plus diverses, et la WRHA reconnaît qu'une réaction pertinente à ce changement est de renforcer la capacité culturelle au sein de son organisation. Le cadre d'action permet l'intégration d'initiatives existantes et futures conçues pour répondre à la diversité grandissante des communautés desservies par la WRHA.

Le cadre d'action comporte une stratégie systémique qui vise les interventions organisationnelles, structurelles et cliniques, mobilise les partenaires communautaires, améliore les expériences de soins de santé et les résultats de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, de même que pour les immigrants, les réfugiés, les Canadiens français et les autres communautés qui pourraient se heurter à des barrières linguistiques dans l'accès aux services. Le cadre d'action comprend un processus qui permet d'analyser l'état actuel de la compétence et de la capacité culturelles dans des secteurs précis, en considérant les éléments fondamentaux de la capacité culturelle : valeurs et attitudes, structures et politiques, pratiques, formation et perfectionnement professionnel du personnel, évaluation et recherche.

Les interventions organisationnelles entreprises dans ce cadre d'action sont conçues pour promouvoir un leadership et des effectifs qui représentent la diversité ethnique et culturelle de la population de la WRHA. Elles incluent des projets de recrutement axé sur la diversité et les minorités. Les interventions structurelles se proposent d'accentuer la convivialité et la pertinence culturelle des processus du système de santé pour la clientèle, afin de lui donner pleinement accès à des soins de santé de qualité. Les interventions dans ce domaine comprennent des activités qui appuient les compétences de communication, la conception et le fonctionnement du système de santé, l'évaluation socioculturelle de la population de la WRHA, le développement et la participation communautaires ainsi que les partenariats de collaboration. L'objectif des interventions cliniques est de faire comprendre aux prestateurs de soins de santé les répercussions des facteurs socioculturels et de leur offrir les outils et les compétences nécessaires pour gérer ces facteurs lors des consultations cliniques. Les interventions dans ce domaine incluent des activités et des programmes interculturels qui appuient le développement de connaissances culturelles et sociales intersectorielles, de compétences de communication et d'expertise en évaluations culturelles de la santé.

Les pratiques novatrices de ce cadre d'action sont notamment les suivantes :

- Partenariats de collaboration avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Manitoba et de Winnipeg. Grâce à ces relations de partenariats, la WRHA peut acquérir une compréhension, des connaissances, des expériences et des renseignements anecdotiques qui démontrent et clarifient l'importance et la valeur de soins culturellement adaptés.
- Prise en considération des intérêts et des expériences des diverses populations. Les exemples comprennent la création de BridgeCare Clinic (qui appuie l'accès aux services de santé pour les réfugiés) et la participation de membres de la communauté aux conseils consultatifs qui relèvent directement du conseil d'administration de la WRHA et qui apportent une contribution précieuse aux rapports des intervenants communautaires.
- Services spécialement conçus pour appuyer les besoins culturels et linguistiques distincts des patients. Ces services comprennent un soutien d'interprétariat dans 29 langues, des services d'interprétariat en langues autochtones, un appui à la défense des intérêts des Autochtones ainsi qu'une aide à la coordination des sorties d'hôpital pour les patients autochtones en situation complexe.

Comme nous l'avons mentionné, les programmes de santé des Autochtones (acronyme anglais AHP) de la WRHA sont l'un des partenaires du cadre d'action. Les AHP, qui ont vu le jour en 2001 et qui ont été établis en tant que programmes régionaux en 2010, ont grandement bénéficié de l'appui de la haute direction, y compris de l'ancien PDG de la WRHA (en poste quand les AHP ont vu le jour) et de l'actuel vice-président du service de la population et de la santé autochtones (poste créé relativement récemment). Les AHP chapeautent la programmation coordonnée de trois secteurs : services de santé, perfectionnement du personnel et éducation à la santé (autorité sanitaire régionale de Winnipeg, s.d.). Travaillant en partenariat avec des organisations tribales, des ministères et des programmes gouvernementaux, des organismes d'éducation et de formation postsecondaires et des projets de développement des ressources humaines, les AHP offrent une vaste gamme de soutiens aux patients et aux praticiens de la WRHA, à l'organisme dans son ensemble ainsi qu'à toute la communauté.

Les AHP offrent toute une gamme d'appuis directs aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits, notamment les services suivants : interprétariat et traduction, défense des droits des patients, planification des sorties, soins spirituels et culturels dans les hôpitaux, partout dans la région. Les patients autochtones, leur famille et le personnel ont accès à une clinique de mieux-être traditionnel (dans un hôpital central) dirigée par un Aîné, qui est à la fois un guérisseur traditionnel et un infirmier. Les patients et les employés peuvent aussi s'adresser à des prestateurs de soins spirituels et culturels, qui font partie du personnel, pour des cérémonies ou des remèdes traditionnels. De plus, les AHP apportent de l'aide à l'équipe de soins de santé dans les cas de sorties

complexes. La WRHA offre des services d'interprétariat dans les trois langues autochtones les plus couramment parlées dans la région. Cette activité a été reconnue comme une pratique de pointe par Agrément Canada.

La WRHA a adopté une philosophie d'embauche préférentielle des Autochtones. Les employés en poste et les demandeurs d'emploi peuvent volontairement déclarer leur identité autochtone. La WRHA a adopté une politique de respect en milieu de travail. Ses activités de perfectionnement du personnel et d'éducation à la santé comprennent des ateliers de sensibilisation à la culture autochtone de deux jours chacun pour la WRHA et ses partenaires ainsi que des cours agréés d'EMC en politiques de santé et en soins palliatifs autochtones. L'agrément d'EMC facilite l'adhésion des praticiens.

Les AHP offrent aussi une formation qui prépare les gestionnaires à mieux travailler avec le personnel autochtone, cette activité contribuant au développement des capacités des gestionnaires et renforçant la sécurisation culturelle des employés autochtones. Les AHP permettent de recruter activement des employés autochtones par des activités de liaison qui commencent dans le système scolaire public, incluent les organismes communautaires et s'étendent aux établissements postsecondaires. Dans le cadre des efforts de rétention des effectifs, les AHP travaillent entre autres avec les employés autochtones pour développer des outils et des compétences de communication et de règlement des conflits qui les aident à gérer la micro-agression en milieu de travail. À cela viennent s'ajouter des cercles de partage du mieux-être pour le personnel, qui sont animés par un travailleur culturel associé au programme.

D'autres services et entités de la WRHA consultent fréquemment les AHP. Les membres du personnel participent à des partenariats externes et collaborent à de très diverses organisations communautaires, partageant leurs connaissances des modes de compréhension et des pratiques de santé et de mieux-être traditionnelles et travaillant pour créer et renforcer des partenariats avec les organismes de la communauté.

Collaboration et partenariat pour renforcer les capacités

La collaboration et les partenariats entre les leaders et les organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi que d'autres entités de soins de santé peuvent renforcer la capacité de tous les partenaires à améliorer la compétence culturelle et la sécurisation culturelle dans la prestation des services et des systèmes de santé. La collaboration et les partenariats sont des éléments essentiels de la transformation systémique des pratiques, comme le montrent les exemples mentionnés dans la partie précédente.

Les pratiques décrites dans la partie suivante ont permis de créer des modèles nouveaux et inhabituels de collaboration et de partenariat. Le All Nations Healing Hospital, qui se trouve sur le territoire de la réserve de Fort Qu'Appelle, en Saskatchewan, et qui accueille aussi bien des patients autochtones que non autochtones, a déjoué les contraintes inhérentes aux différentes administrations qui séparent généralement les services selon que les personnes habitent à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves. Pour y arriver, il a collaboré avec divers paliers de gouvernement et bailleurs de fonds. La Clinique Minowé, qui offre des services aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, en territoire amérindien, au Québec, a été fondée grâce à un partenariat unique et novateur entre le Centre d'amitié, le Centre de santé et de services sociaux de Vallée-de-l'Or (CSSS) et le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. Le bureau de santé de Eagle Moon, qui dessert la région sanitaire de Regina Qu'Appelle, en Saskatchewan (où la santé des Autochtones a été identifiée comme une priorité stratégique), intègre à la fois des partenariats internes et externes à ses activités. Le Saint Elizabeth First Nations, Inuit, and Métis Program travaille exclusivement en partenariat avec des organismes autochtones, veillant à ce que ses partenaires autochtones prennent le leadership et contribuent pleinement à chacun des projets.

All Nations Healing Hospital, Fort Qu'Appelle, Saskatchewan

All Nations Healing Hospital (ANHH) est un hôpital agréé, situé dans la réserve de la communauté de Fort Qu'Appelle, en Saskatchewan (Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle, s.d.). L'ANHH comprend 13 lits de soins actifs, un lit de soins palliatifs et une grande aire pour les patients externes et les services diagnostiques.

Il fournit une gamme complète de services aux habitants de Fort Qu'Appelle et des communautés environnantes. L'hôpital est ouvert à tous, qu'on habite ou non la réserve, qu'on soit ou non des Premières Nations (inscrits ou non, appartenant à une bande ou non), Métis ou non-Autochtones. L'hôpital est devenu un modèle pour les autres organismes de soins de santé et il est reconnu pour l'intégration de ses services qui relèvent de différents niveaux de gouvernement et bailleurs de fonds. L'ANHH est détenu et exploité par le Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle et par le Conseil tribal de la Touchwood Agency, tout en étant affilié à la région sanitaire de Regina Qu'Appelle par un accord de gestion et de financement. L'hôpital a conclu des ententes avec les Premières Nations, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial pour fournir des services de santé et pour instaurer un nouveau moyen de gérer les coûts des services et de chevaucher les différentes instances.

All Nations Healing Hospital a remplacé le Fort Qu'Appelle Indian Hospital, devenu désuet. Une grande partie du travail requis pour fonder ce nouvel hôpital a été effectuée par un conseil d'administration mené par le Conseil tribal de File Hills. À l'étape du développement, ce conseil a dû surmonter la résistance et la méfiance de certaines personnes non autochtones. La persévérance et le solide leadership des membres du conseil ont été des facteurs cruciaux de succès pour ce projet.

All Nations est un organisme de soins de santé guidé par la communauté, qui dispense des soins adaptés aux patients et axés sur eux, et qui appuie leur autodétermination. Des membres des Premières Nations ont participé dès le départ au développement du projet de cet hôpital. Leurs suggestions et leurs conseils, de même que ceux des professionnels de la santé et d'autres intervenants, ont été sollicités dès les premières étapes de la planification. L'hôpital fournit des programmes, des services et des soutiens qui répondent aux besoins des communautés qu'il dessert et qui reflètent leurs cultures et leurs traditions. Des composantes traditionnelles sont incluses à presque tous les programmes et activités. Les programmes et les activités de base comprennent un centre de santé des femmes, qui a été créé en réponse à un besoin identifié par la communauté dans le domaine de la santé sexuelle des femmes. Lorsqu'il a ouvert, le centre n'avait qu'une infirmière praticienne et une adjointe administrative. Actuellement, il compte deux infirmières praticiennes à plein temps, plus des infirmières praticiennes à mi-temps. Ceci lui permet d'offrir des services de sages-femmes aux communautés des Premières Nations (ainsi qu'aux autres communautés). De plus, des plans sont en cours pour ouvrir un centre d'accouchement pour les grossesses à faible risque (2013).

All Nations a également engagé deux psychologues pour appuyer les femmes ainsi qu'une aidante en santé des femmes, qui est un membre clé du personnel. Reprenant le rôle traditionnel des aidantes dans les communautés locales des Premières Nations, cette aidante en santé des femmes est une alliée qui défend leurs intérêts et qui les oriente vers des services, leur apportant un soutien continu et adoptant une approche axée sur les solutions et sur les forces dans les interactions avec la clientèle. L'hôpital abrite le White Raven Healing Centre, qui offre des services de santé mentale et un programme culturel spirituel. Le personnel du centre comprend une Aînée et des conseillers des Premières Nations.

Clinique Minowé, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Québec

La Clinique Minowé a récemment ouvert ses portes au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Cette clinique a été créée grâce à un partenariat unique et novateur entre le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSS), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. La clinique offre des services de santé et sociaux complémentaires, en milieu urbain, aux femmes autochtones qui sont enceintes et aux enfants de moins de cinq ans.

La Clinique Minowé suit de nouvelles approches d'intégration et d'adaptation des services de santé et sociaux pour les Autochtones en milieu urbain à Val-d'Or. Depuis janvier 2011, elle offre aux membres de la communauté les services d'une infirmière et d'une travailleuse sociale dans un milieu culturellement adapté. Ses objectifs sont les suivants :

- améliorer l'accès aux services psychosociaux;
- trouver des solutions aux difficultés et aux problèmes sociaux (toxicomanies, délinquance juvénile, abandons scolaires, sans-abri, estime de soi, chômage, pauvreté, etc.);
- offrir des activités de prévention (modes de vie sains, développement de l'enfance, compétences parentales, réussites scolaires, difficultés des jeunes, etc.);
- accompagner et appuyer les enfants et les familles en situation de vulnérabilité;
- réduire le nombre de cas signalés aux services de protection de la jeunesse.

Dans son approche, la clinique se concentre sur des moyens novateurs de collaborer, de concevoir et de répondre aux objectifs de service (entre autres par un partage de données, s'il y a lieu) au sein du système de services de santé et sociaux. En voici un exemple : précédemment, quand le Centre jeunesse pensait qu'un enfant était peut-être en difficulté ou à risque, il communiquait généralement avec les services de prévention axés sur les enfants, qui se mettaient en rapport avec la famille de cet enfant. Ce processus n'encourageait pas forcément les familles à accéder aux services. La Clinique Minowé permet de réagir très différemment. Quand un enfant a un problème, le Centre jeunesse s'adresse au personnel du Centre d'amitié. Un travailleur de soutien du Centre d'amitié ou une infirmière de la clinique se met en rapport avec la famille, souvent en faisant une visite à domicile. Le personnel et la famille considèrent ensemble les services et les soutiens disponibles à la Clinique Minowé, au Centre d'amitié et au CSSS. Ensemble, ils déterminent quels services seraient les plus appropriés et les plus utiles pour l'enfant et pour la famille. En rencontrant la famille et en voyant les options qui s'offrent à elle (plutôt que d'organiser une intervention officielle), les membres du personnel signalent à l'enfant et à la famille que leur mieux-être les préoccupe personnellement, leur font comprendre les services et les soutiens qui existent et donnent à la famille le pouvoir d'avoir une certaine maîtrise sur un processus de changement positif. Dans ces cas, les familles et les enfants risquent moins une intervention des services de protection de l'enfance ou sont moins portés à visiter les urgences de l'hôpital.

La clinique commencera bientôt à offrir des services d'évaluation du développement pour les enfants âgés de trois ans et plus. Actuellement, la majorité de ces évaluations sont faites dans le Centre local de services communautaires (CLSC). Toutefois, le taux de relocalisation est relativement élevé chez les Autochtones, et beaucoup n'amènent pas leurs enfants au CLSC pour une évaluation. La présence d'infirmières formées aux évaluations à la clinique devrait améliorer l'accès de ces services aux familles autochtones de Val-d'Or. L'offre de ces services au Centre d'amitié devrait aussi renforcer l'accès d'une autre activité dans cet établissement, à savoir le programme d'éveil du jeune enfant.

La Clinique Minowé recueille des leçons pratiques sur les formes que prennent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle. Par exemple, quand la clinique a commencé à offrir un soutien à la contraception, une infirmière liée au projet a recommandé d'offrir aux femmes le contraceptif Depo-Provera, qui arrête leurs menstruations. Mais d'autres membres de l'équipe savaient que dans beaucoup de cultures autochtones, les menstruations sont perçues comme importantes et vues comme un type de purification et ont donc souligné l'importance de prendre en considération cette notion culturellement distincte.

La Clinique Minowé a été créée en réponse à un besoin exprimé par la communauté. Selon les conclusions d'une enquête récente, 60 % des répondants ont indiqué qu'ils aimeraient avoir accès à des services psychologiques et à des soins de santé culturellement adaptés, respectueux de leurs vraies expériences de vie. Les données empiriques semblent montrer que, depuis l'ouverture de la clinique, le nombre de personnes autochtones qui ont dû se rendre aux urgences de l'hôpital local a diminué. La clinique enregistre aussi des résultats positifs pour les familles et les enfants. Au cours des 18 premiers mois, sept familles ont pu éviter une intervention des services de protection de l'enfance en s'adressant à la Clinique Minowé.

La Clinique Minowé a été «faisable» dans le contexte actuel des soins de santé. Elle n'a exigé aucune modification au contexte juridique ou politique existant. Son modèle peut servir de fondement au développement d'autres activités. Il est tout particulièrement utile, car il résulte d'un effort fait de bas en haut, et non pas le contraire. La Clinique Minowé a vu le jour en partie parce que tout a commencé au sein de la communauté et parce que le projet a été lancé par les membres de la communauté qui étaient prêts à apporter des changements et qui étaient convaincus de pouvoir le faire.

Ce projet est enraciné dans un engagement en vue d'efforts collectifs. Dans le système conventionnel de médecine occidentale, les patients se sentent souvent isolés et seuls, et l'objectif premier est de traiter la maladie ou le symptôme plutôt que d'appuyer individuellement le patient. À la Clinique Minowé, certains aspects de la pratique de la médecine occidentale subsistent – par exemple, les procédures médicales de vaccination et de dépistage du diabète n'ont pas changé –, mais la manière dont la médecine est exercée et les conditions dans lesquelles elle l'est ont changé. Voici quelques-uns des aspects qui traduisent ces changements : efforts collectifs qui ont sous-tendu la création de la clinique; relocalisation des services au Centre d'amitié; approche holistique, centrée sur le patient, suivie à la clinique; accent sur la prévention; sens d'appartenance et de responsabilité collective chez le personnel.

Les membres de l'équipe du projet de la Clinique Minowé reconnaissent l'importance de faire un suivi attentif des progrès accomplis et de mesurer et consigner les résultats (données quantitatives et qualitatives). L'association provinciale des centres d'amitié, appelée Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), a l'intention de déployer ce modèle de services de santé et sociaux dans d'autres villes du Québec.

Bureau de santé d'Eagle Moon, région sanitaire Regina Qu'Appelle, Saskatchewan

Le bureau de santé de Eagle Moon, dans la région sanitaire Regina Qu'Appelle (acronyme anglais RQHR) s'efforce d'améliorer la compréhension entre les praticiens et les prestateurs de services de santé de la région et les Premières Nations et les Métis, tant au niveau des particuliers que des communautés. Il veut aussi inclure dans le système de santé des approches et des pratiques de médecine traditionnelle autochtone, comprenant des moyens culturellement distincts de comprendre la santé, le mieux-être et les soins (région sanitaire Regina Qu'Appelle, s.d.).

Eagle Moon suit une approche holistique de la santé, sachant que le mieux-être comprend les aspects physiques, affectifs, mentaux et spirituels de chaque être. Ses efforts visent des secteurs de la santé d'une importance toute particulière pour les Premières Nations et les Métis : santé mentale et toxicomanies, santé des femmes et des enfants, soins à domicile, diabète et soins des pieds, soins de santé primaires et maladies chroniques. Eagle Moon donne priorité aux activités qui renforcent l'établissement des relations, les communications, le développement communautaire, l'éducation et offre un accès à des Aînés et à des gardiens du savoir, de la culture et de la spiritualité.

Eagle Moon a identifié des approches, des pratiques et des principes essentiels qui aident les systèmes de soins de santé à mieux répondre aux besoins des Premières Nations et des Métis. En voici des exemples : reconnaître et comprendre la diversité au sein de la collectivité autochtone; attacher une valeur égale aux concepts et aux approches traditionnels et culturels de la santé et du mieux-être et à ceux de la médecine occidentale; offrir un accès à un continuum holistique des services et des soutiens de soins de santé (dont des services et des soutiens traditionnels et culturels); intégrer un élément de souplesse à la prestation des services, pour qu'ils s'adaptent aux patients, et non pas le contraire); travailler avec les patients pour déterminer leurs besoins et leurs priorités, puis faire passer leurs besoins avant tout. Chacune de ces pratiques peut renforcer l'accessibilité des services de santé traditionnels et occidentaux et améliorer la qualité des expériences de soins de santé vécues par les patients autochtones.

Eagle Moon est un bureau relativement petit, mais il sait tirer le meilleur parti de ses ressources en mobilisant les membres de la communauté et en créant des partenariats avec des services spécifiques de la RQHR et de diverses organisations communautaires. Cette approche a contribué au succès de son projet de soins à domicile pour les Autochtones de la RQHR (présenté ailleurs dans ce rapport).

Programme pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, Saint Elizabeth Health Care

Le programme pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis (acronyme anglais FNIM) de Saint Elizabeth travaille en partenariat avec les communautés et les organismes autochtones dans le but d'enrichir la base des connaissances et les soutiens disponibles pour les prestateurs de soins de santé en milieu communautaire (Saint Elizabeth Health Care, 2011). Les activités entreprises dans le cadre du FNIM comprennent des partenariats, des recherches centrées sur l'action, un apprentissage en ligne, un partage des connaissances et une sensibilisation. Conscient du fait que les Premières Nations, les Inuits et les Métis saisissent mieux les enjeux qui affectent la prestation des soins de santé au niveau local et savent comment y faire face avec efficacité, Saint Elizabeth suit la voie ouverte par ses partenaires du FNIM et maintient une participation active à tous leurs projets. Selon Saint Elizabeth, ce modèle de partenariat équitable, qui appuie le renforcement des capacités de ses partenaires des Premières Nations, Inuits et Métis, est l'une de ses réussites majeures.

Les autres succès importants du FNIM sont notamment les suivants :

- Participation de plus de 1 200 prestateurs de soins de santé, provenant de 325 communautés et organismes, à diverses activités de partage des connaissances, notamment à des cours en ligne sur la santé, des projets de cyber-apprentissage, un portait Web de partage communautaire des pratiques exemplaires et des renseignements.

- Élaboration et application d'une garantie de délai d'attente pour la prévention, le traitement et les soins des ulcères du pied chez les diabétiques. Ce projet, qui résulte d'un travail conjoint entre l'Assembly of Manitoba Chiefs et Saint Elizabeth, a été créé en raison des nombreuses amputations du pied chez les membres des Premières Nations atteints de diabète au Manitoba.
- Travail en partenariat avec les collectivités autochtones rurales, éloignées et isolées, partout au Canada pour mieux comprendre et améliorer les liens d'accès entre les membres de la communauté et les services de soins contre le cancer.

Actuellement, le programme FNIM de Saint Elizabeth dirige un projet national, intitulé Sharing Knowledge, Strengthening Connections, conçu pour relier les Aînés et les jeunes Autochtones à l'aide des médias sociaux (page des fans Facebook, compte Twitter et vidéos YouTube) afin de favoriser le dialogue et la sensibilisation en matière de santé sexuelle dans un contexte approprié et respectueux.

Le FNIM offre ses services gratuitement aux communautés et aux participants. Il est financé grâce à des dons de bienfaisance et par une combinaison de subventions et de contributions à la fois gouvernementales et non gouvernementales. Saint Elizabeth s'est engagé à veiller à sa durabilité.

Renforcer la sensibilité et la compétence culturelles parmi les professionnels de la santé

L'un des thèmes qui est fréquemment revenu lors des discussions régionales est celui de l'importance des activités de formation pour combler les lacunes considérables sur le plan des connaissances, de la compréhension et de l'expérience de la plupart des Canadiens relativement aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis ainsi qu'à leurs cultures et à leurs communautés. Les participants ont présenté plusieurs activités d'éducation et de formation en tant que pratiques novatrices. Ces activités comprennent généralement trois volets : améliorer les connaissances et la compréhension des expériences historiques et actuelles pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis; faire des activités qui aident les participants à comprendre les répercussions que leurs propres perceptions des Autochtones peuvent avoir sur leurs pratiques et en fin de compte sur les résultats de santé des patients autochtones; acquérir une compréhension et des compétences qui contribueront à établir avec les Autochtones des relations propices à leur sécurisation culturelle.

Dans cette partie, nous donnons des renseignements sur un programme novateur de la Colombie-Britannique, le programme de formation en ligne à la compétence culturelle en matière de santé des Autochtones et sur les activités d'une des autorités sanitaires régionales de la province, à savoir la région de l'intérieur. D'autres programmes sont en cours pour sensibiliser les professionnels de la santé durant leur formation. L'Indigenous Physicians Association of Canada, en partenariat avec l'Association des facultés de médecine du Canada, a conçu un cadre de formation à la compétence culturelle qui est intégré au programme d'études des écoles de médecine. À l'Université du Nouveau-Brunswick, l'initiative de sciences infirmières autochtones a vu la mise en place d'activités pour renforcer la compétence culturelle au sein de son programme. À Toronto, Anishnawbe Health a pris des mesures pour concevoir et enseigner des modules de formation à la compétence culturelle dans des programmes postsecondaires de sciences de la santé en Ontario. Au sein d'autres organismes, par exemple au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, des employés ont individuellement décidé de partager leurs connaissances et leurs compétences avec des collègues et des associés. À Halifax, l'IWK Health Centre travaille au renforcement de la diversité et de l'inclusion au sein de son établissement, en prenant clairement l'engagement de dispenser des services de santé culturellement adaptés et en définissant des mesures d'action en ce sens. Un guide publié par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada préconise des recommandations axées sur l'action pour aider les professionnels de la santé à prendre des mesures pour devenir plus compétents culturellement.

Programme de formation à la compétence culturelle en matière de santé autochtone, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique

Le programme de santé des Autochtones (acronyme anglais AHP) de la Provincial Health Services Authority (PHSA), en Colombie-Britannique, a créé et instauré un programme de formation à la compétence culturelle en matière de santé autochtone (Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique, s.d.). Ce programme a été conçu en réponse à l'obligation qu'ont les autorités

EDMONTON

Humilité

À Edmonton, l'un des grands sujets de conversation a été l'humilité culturelle : l'un des participants a ajouté ce mot en haut de l'illustration. D'autres ont écrit *cœur, humanité, lieu sacré, interconnexion, larmes* et *fondation.* L'un des autres thèmes importants de la réunion portait sur la nécessité de prodiguer des soins de santé holistiques et d'intégrer les quatre aspects de la vie : mental, physique, émotionnel et spirituel. Le médecin occidental et la guérisseuse autochtone qui tiennent ensemble une roue médicinale illustrent ce sens d'interconnexion et représentent aussi cette vision.

Les serpents au centre de l'image symbolisent également la guérison. Le stéthoscope utilisé par certains médecins, qui est ici orné de perles, représente l'intégration des approches occidentales et autochtones à la santé. La souris qui se trouve au milieu est tirée d'une histoire racontée par l'Aîné lors de la séance. Selon cet Aîné, nous pourrions tous apprendre des leçons de la souris, animal sacré toujours attentif à son environnement. Les gens gagneraient beaucoup à prendre le temps de sentir, de ressentir et de comprendre ce qui se passe autour d'eux. *Soyez l'esprit de la souris.*

sanitaires de renforcer leur compétence culturelle, en vertu du *Transformative Change Accord, First Nations Health Plan*. Dans le cadre de ce plan, les Premières Nations et la Province se sont aussi engagées à collaborer au développement d'un programme d'études axé sur les compétences culturelles pour les autorités sanitaires.

Le programme de formation à la compétence culturelle en matière de santé autochtone (acronyme anglais ICC) offre un apprentissage en ligne appuyé par un facilitateur et comprend une formation que tous les employés des autorités sanitaires de la province et du ministère de la Santé sont tenus de suivre. Pour les participants, la formation à l'ICC peut renforcer : 1) leurs connaissances et leur compréhension du contexte socio-historique des expériences de vie actuelles des Autochtones; 2) leur capacité de réfléchir personnellement à la manière dont ils comprennent les Autochtones, réagissent à eux, interagissent avec eux; 3) les compétences qui leur permettront d'améliorer leurs pratiques.

La formation PHSA ICC s'appuie sur des recherches approfondies et des preuves solides. Il est clair qu'un programme comme celui-ci est vraiment nécessaire (ce qui se voit, par exemple, aux difficultés d'accès aux services de santé des Autochtones et à l'impression ou à la certitude qu'ont les Autochtones de ne pas être en sécurité quand ils s'adressent aux services de santé). L'une des premières mesures prises lorsque ce cours a été élaboré a été de demander aux Autochtones ce qu'ils voudraient que les praticiens non autochtones sachent sur les Autochtones. Une version pilote de ce cours a été mise à l'essai durant une année, ce qui a donné l'occasion de la réviser considérablement.

L'ICC offre maintenant trois cours en ligne : le cours de formation de base, qui est un module de 8 à 10 heures; une version plus courte de 5 heures, qui donne une formation succincte; un nouveau module de 9 à 11 heures, qui est axé sur la santé mentale. La formation de base à la santé offerte par l'ICC est accréditée, ce qui la rend plus attrayante pour les praticiens.

Les cours en ligne de l'ICC sont conçus comme une formation fondamentale qui fait partie d'un apprentissage continu à trois niveaux. En plus des cours de base de l'ICC, les autorités sanitaires régionales de la province offrent une formation axée sur les besoins d'apprentissage régionaux à propos des communautés autochtones locales. Pour cette formation, les autorités sanitaires régionales peuvent déterminer leurs propres objectifs de participation du personnel et peuvent par exemple cibler des secteurs stratégiques de pratiques. Les organismes tertiaires associés à la PHSA peuvent offrir un niveau supplémentaire de formation qui reflète davantage les besoins locaux. L'apprentissage continu pour les praticiens comprend aussi l'établissement de relations constructives avec les Autochtones des régions où eux-mêmes vivent et travaillent.

Durant la formation de base requise de l'ICC, les participants font de 8 à 10 heures de cours sur une période de 8 semaines et travaillent en groupes d'environ 25 personnes. La formation, non critique et interactive, commence par une vidéo d'accueil et intègre diverses méthodes d'enseignement.

Il y a maintenant deux ans que ce programme est en vigueur, et plus de 9 000 des 100 000 personnes employées dans le secteur de la santé en Colombie-Britannique ont suivi cette formation de l'ICC. La PHSA prépare actuellement de nouveaux modules de formation de l'ICC, dont un module spécialement conçu pour les apprenants autochtones et un autre module, qui examine les attitudes culturelles dominantes envers les Autochtones. Un module de formation sur le mieux-être des jeunes Autochtones est aussi en préparation; il sera offert par la PHSA en partenariat avec les communautés autochtones et apportera aux jeunes participants des soutiens positifs axés sur leur culture, en milieu communautaire.

La formation de l'ICC bénéficie du ferme soutien des dirigeants. Comme elle est dispensée en ligne, elle permet de réduire les coûts et renforce l'accès. Jusqu'à présent, les taux d'achèvement se situent à environ 85 %. Elle a fait l'objet d'importantes évaluations, et les résultats indiquent que les participants ont acquis des connaissances significatives. De plus, les preuves empiriques suggèrent que les gens se comportent différemment après avoir suivi cette formation. Les facilitateurs de l'ICC ont assisté à des moments révélateurs de prise de conscience chez les participants, quand ils examinaient comment les connaissances et la sensibilisation acquises grâce à la formation de l'ICC pouvaient améliorer leurs pratiques.

Interior Health Authority Aboriginal Health & Wellness Strategy 2010–2014, Colombie-Britannique

L'autorité sanitaire de l'intérieur (acronyme anglais IH) de la Colombie-Britannique a pris concrètement l'engagement de transformer la prestation et la gouvernance des services de santé pour les Autochtones. L'IH dessert une vaste région dans le sud-est de la province, où vivent près de 750 000 personnes (dont 7 % sont des Autochtones), et qui comprend 55 communautés des Premières Nations, 13 communautés métisses à charte et 58 municipalités. Comme ailleurs au Canada, les disparités entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres résidents sont grandes et l'IH se donne depuis longtemps pour mission de lutter contre elles. Récemment, elle a adopté une stratégie de santé et de mieux-être pour les Autochtones, intitulée Interior Health Authority Aboriginal Health & Wellness Strategy 2010–2014, qui énonce des mesures d'action pour le renouvellement de son approche :

1. Concevoir un programme durable de santé pour les Autochtones.
2. Garantir l'accès des Autochtones à des services intégrés.
3. Dispenser des services culturellement sécuritaires dans tout le continuum de soins et de services.
4. Concevoir des méthodes d'information, de suivi et d'évaluation de la santé des Autochtones.
5. Veiller à une participation significative des Autochtones dans la planification des soins de santé.

L'IH a entrepris toute une gamme d'activités pour faire progresser cette stratégie, dont les suivantes :

- **Attribution d'un financement de base au programme de santé des Autochtones, qui est l'un des cinq programmes de base offerts dans le cadre de l'intégration communautaire de l'IH.** Le programme de santé des Autochtones travaille en collaboration avec les communautés des Premières Nations et des Métis ainsi qu'avec d'autres programmes de santé pour combler l'écart de l'état de santé.
- **Accompagnateurs des patients autochtones (acronyme anglais APN) dont la responsabilité première est d'aider les patients autochtones à accéder aux services**. Les APN jouent un rôle précieux auprès des patients autochtones et de leurs familles ainsi qu'auprès des prestateurs des services de santé. Ils occupent une place essentielle dans la prestation de soins de santé culturellement adaptés. Le poste d'APN est apparu pour la première fois dans le cadre d'un projet pilote appuyé par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA). Depuis, l'IH a créé sept postes d'APN dans diverses parties de la région. Un financement de base a été alloué pour appuyer cette mesure.
- **Formation à la compétence culturelle en matière de santé autochtone, offerte en ligne par la Provincial Health Services Authority**. L'IH a rendu obligatoire la participation à cette formation pour tous les employés. Cette formation a suscité plus rapidement la participation des employés de l'IH que celle du personnel dans toute autre région de la province.
- **Développement des ressources humaines autochtones.** L'IH s'est engagée à mettre en place des effectifs représentatifs et se sert de données de base sur les employés pour élaborer une stratégie probante de ressources humaines autochtones.
- **Processus d'auto-identification autochtone pour les patients et les employés autochtones**. En 2011, l'IH a commencé à recueillir des renseignements sur l'auto-identification des Autochtones dans des hôpitaux, des centres de santé et des établissements de santé mentale sélectionnés. Le processus d'auto-identification est maintenant en place dans presque tous ces lieux. Comme le processus est volontaire, il permet aux patients et aux APN d'établir plus facilement des rapports. Les données ainsi recueillies appuient les activités de planification. Pour les patients, celles-ci incluent des activités de planification entreprises aussi bien par des services hospitaliers que par des collectivités des Premières Nations qui peuvent avoir accès à des données anonymisées des patients. Les données recueillies sur le personnel serviront à élaborer et à évaluer des stratégies pour appuyer la mise en place d'effectifs représentatifs.

Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes?

LA PERSISTANCE DU RACISME

Les expériences de racisme que vivent actuellement les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont inséparables des expériences de la colonisation. L'histoire coloniale du Canada comprend des épisodes comme la relocalisation forcée de peuples autochtones chassés de leurs territoires traditionnels, l'imposition de la *Loi sur les Indiens*, le système de pensionnats pour les enfants autochtones, la rafle des années 1960 et l'actuelle surreprésentation des enfants et des familles autochtones dans le système d'aide à l'enfance. Les effets de ces expériences continuent de se faire sentir de nos jours encore, perdurant sous la forme de traumatismes intergénérationnels, aussi bien directement (effets physiques et affectifs) qu'indirectement (déterminants de la santé). Tout ceci influe sur la santé et le mieux-être des personnes, des familles et des communautés autochtones.

L'un des legs de ces expériences historiques est que beaucoup d'Autochtones se méfient des gens, des institutions, des systèmes ou des gouvernements non autochtones. Le fait que des Autochtones se heurtent aujourd'hui encore à des actes de discrimination et de racisme de la part de certains praticiens de la santé contribue aussi à cette méfiance. À maintes reprises lors des discussions régionales, les participants ont évoqué ce sujet, parlant parfois en tant que praticiens et parfois en tant que patients du système de santé. Chacune des histoires était unique, mais chacune faisait référence à des stéréotypes dégradants et à des caractérisations racistes bien connues de la plupart des Autochtones – ainsi que de la plupart des autres Canadiens. L'histoire suivante, en particulier, en exemplifie beaucoup d'autres. Un Autochtone est arrivé aux urgences, ensanglanté et battu, mais l'infirmière qui s'occupait de lui ne l'a pas laissé s'allonger sur un lit. Quand un médecin a demandé pourquoi le patient était assis sur une chaise, l'infirmière a répondu que l'homme était sale et que, peu importe, dès qu'il sortirait de l'hôpital, il retournerait dans la rue où il aurait les mêmes comportements à risque que ceux qui l'avaient conduit aux urgences. L'infirmière se trompait. Ce patient était employé, propriétaire de sa maison, et il avait été attaqué alors qu'il rentrait du travail.

Les actes de discrimination et de racisme ont des répercussions négatives sur la qualité des soins dispensés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis ainsi que sur la qualité de leurs expériences des soins de santé. Les participants ont observé que les Autochtones qui se heurtent à des comportements discriminatoires et racistes perdent vite confiance envers le système de santé. Ces gens-là se sentent souvent mal à l'aise, craintifs et impuissants quand ils doivent demander des soins, et certains évitent de se faire soigner, même quand ils ne vont pas bien. Fondamentalement, la discrimination et le racisme peuvent rendre peu sécuritaire l'accès aux soins ordinaires pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ce qui réduit les possibilités d'intervention précoce et de prévention des problèmes de santé.

Comme les participants en ont témoigné, le racisme est souvent profondément ancré et peut prendre racine dans l'inconscient : « Quoi qu'on dise, quand on y regarde de plus près, c'est du racisme. Ce n'est pas toujours évident, et on ne peut pas toujours le détecter dans le langage utilisé, mais c'est clair d'après la manière dont on vous traite, en tant que prestateur ou patient. Comment faire pour que les gens comprennent que leur façon de voir n'est pas culturellement respectueuse? C'est un défi énorme… Il y a tant de stéréotypes et de racisme dans le système de soins de santé que c'est accablant. » Des participants ont aussi fait savoir qu'en tant qu'Autochtones qui travaillent dans des organismes de soins de santé, ils faisaient souvent l'objet de discrimination et de racisme, ce qui allait de comportements explicites comme des attaques racistes à un racisme plus dissimulé et à une micro-agression. Et surtout, trop souvent, il y a cette insinuation selon laquelle ils ont obtenu obtenu leur poste parce qu'ils sont Autochtones, et non pas parce qu'ils ont les compétences et les qualifications requises.

- **Comité consultatif sur la santé et le mieux-être des Autochtones (acronyme anglais AHWAC), sous-comité du conseil des gouverneurs de l'IH.** L'AHWAC est un comité consultatif de planification de la santé, représentatif des communautés des Premières Nations, des centres d'amitié, de la Nation métisse de la Colombie-Britannique, du conseil des gouverneurs de l'IH et du programme de santé des Autochtones. L'AHWAC apporte une contribution soutenue au processus de planification de l'IH et fait la liaison entre l'IH et les communautés autochtones.
- **Lettres d'entente avec les Premières Nations locales.** Les lettres d'entente sont des documents qui portent sur les relations avec les Premières Nations et qui reconnaissent les droits inhérents de celles-ci, donnant au chef de chacune d'entre elles le pouvoir de traiter directement avec l'IH. Au cours de l'année à venir, l'IH espère signer des lettres d'entente avec chacune des sept Premières Nations de sa région. L'IH compte aussi établir un partenariat avec la table ronde régionale des Premières Nations, actuellement créée dans la région.

Bien que l'IH ait déjà apporté d'importants changements à ses pratiques, elle compte faire encore plus de modifications prochainement. En 2013, une nouvelle autorité sanitaire provinciale des Premières Nations (la toute première de ce type au pays) prendra le contrôle des programmes, des services et des budgets qui relèvent actuellement de la First Nations Inuit Health – BC Region. Ce changement de gouvernance reflète l'évolution rapide du contexte des politiques de santé des Autochtones en Colombie-Britannique, où le First Nations Leadership Council, la province de la Colombie-Britannique et le gouvernement du Canada ont conclu un Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en 2007 (plan discuté en détail ailleurs dans ce document).

Cadre de compétences fondamentales, Indigenous Physicians Association et Association des facultés de médecine du Canada

En partenariat avec l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et en consultation avec divers intervenants, l'Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC, qui représente les médecins et les étudiants en médecine des Premières Nations, Inuits et Métis), a conçu un cadre de compétences fondamentales : *A Curriculum Framework for Undergraduate Medical Education* (Association des facultés de médecine du Canada, s.d.). Ce cadre de compétences a principalement pour but d'améliorer la compétence culturelle et la sécurisation culturelle entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis inscrits à des programmes universitaires de médecine ou travaillant au sein des systèmes de santé, d'une part, et leurs homologues ou les praticiens non autochtones. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) s'est appuyé sur ce cadre de compétences pour élaborer son programme d'études supérieures et de FMC. L'IPAC, l'AFMC et le CRMCC ont créé un groupe de travail comprenant des représentants de chacune des universités concernées pour déterminer comment mettre en œuvre ce programme d'études (avec des objectifs sous-jacents liés aux compétences de base pour appuyer des pratiques culturellement sécuritaires). Les partenaires comptent sur le fait que ce programme d'études sera mis en place au cours des quelques prochaines années.

Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan sera le premier à adopter le programme d'études de l'IPAC. La Saskatchewan est l'une des provinces où vivent le plus grand nombre d'Autochtones au Canada, et cette université voudrait contribuer à réduire les disparités en matière de santé entre cette population et les autres Canadiens. Un nombre grandissant d'étudiants autochtones sont inscrits à l'école de médecine et beaucoup ont déclaré ne pas avoir reçu une formation adéquate.

L'adoption du programme d'études de l'IPAC par le collège, qui se fera en 2013, transformera le programme de médecine. Le programme d'études a pour but de garantir que les étudiants en médecine obtiennent les bons renseignements sur les Autochtones, auprès des bonnes personnes et de la bonne manière. Les étudiants découvriront les aspects à la fois positifs et négatifs des expériences passées et actuelles des Autochtones. Le programme d'études a été conçu avec la participation de la communauté et des étudiants. Il intègre de multiples possibilités, méthodes et stratégies d'apprentissage faites pour attirer un grand nombre d'apprenants. De plus, il inclut des composantes fondées sur l'expérience pratique, qui permettront aux étudiants de vivre dans des communautés autochtones et d'apprendre à dialoguer avec elles.

La Faculté de médecine de l'Université du Manitoba a aussi commencé à adapter et à intégrer les modules du programme d'études du CRMCC afin d'enseigner aux étudiants de premier cycle les compétences de base requises pour bien travailler avec les Autochtones. Dans le cadre de ces activités, des petits groupes d'étudiants de premier cycle ont appris comment leurs comportements

influent sur la sécurisation culturelle des patients et ont participé à des monologues dramatiques montrant les retombées du racisme sur les soins de santé. Le but est d'enseigner – d'une manière puissante, mais non menaçante pour toucher émotionnellement les étudiants – l'histoire des Autochtones, notamment la colonisation et les pensionnats. La Faculté de médecine a aussi créé une série de conférences sur la santé des Autochtones.

La Faculté de médecine de l'Université du Manitoba procède actuellement au renouvellement et au réaménagement de son programme de quatre ans d'études. Au lieu des 10 heures de cours dispersées tout au long du programme d'études de quatre ans, cette version révisée offrira une intégration de la sécurisation culturelle et de la santé autochtone à tous les cours obligatoires, tout au long du programme.

Les nombreux facteurs de succès de cette initiative de l'Université du Manitoba sont entre autres les suivants : obtention du soutien de l'organisme national qui représente les doyens des écoles de médecine et de l'appui du doyen actuel de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba; mise en place de structures et de financement pour appuyer cette initiative; création du cadre de compétences, en tant qu'élément du programme d'études de base (tous les étudiants de la Faculté de médecine doivent obligatoirement le suivre).

Initiative de sciences infirmières autochtones, Université du Nouveau-Brunswick et Mi'kmaq-Maliseet Institute

L'Université du Nouveau-Brunswick, en partenariat avec le programme de transition du Mi'kmaq-Maliseet Institute, a créé une initiative de sciences infirmières autochtones dans le but d'accroître le nombre d'Autochtones qui s'inscrivent au programme de sciences infirmières de cette université et qui en sortent diplômés. Les buts de cette initiative sont les suivants : recruter et fidéliser les étudiants autochtones; concevoir et instaurer un programme d'études qui renforce la compétence culturelle et la sécurisation culturelle pour les Autochtones, tout en reflétant la justice sociale; donner au personnel de la Faculté de sciences infirmières des possibilités d'acquérir une compétence culturelle; concevoir un cours de santé des Autochtones, avec une option d'apprentissage coopératif en sciences infirmières autochtones. Comme cette initiative comprend des possibilités d'apprentissage à la fois pour le personnel enseignant et pour les employés, elle devrait créer des changements durables au sein de cette institution.

Cette initiative vise à recruter activement des étudiants autochtones pour le programme de sciences infirmières. Un DVD et une brochure culturellement appropriés ont été conçus dans ce but et des représentants du programme visitent les communautés pour établir des liens avec les étudiants potentiels. Le programme réserve cinq places désignées aux étudiants autochtones, qui peuvent aussi y accéder par un programme de transition et un processus de demande d'inscription concurrentiel. Une base de données a été créée pour assurer le suivi des étudiants qui font des demandes de renseignements et d'inscription. Pour favoriser la rétention des étudiants, cette initiative a créé deux postes d'employés de soutien autochtones. Les étudiants peuvent aussi s'adresser aux Aînés associés à cette initiative. Une séance d'orientation est organisée pour les nouveaux étudiants autochtones une semaine avant la rentrée des classes. Ils peuvent également avoir accès à des appuis complémentaires tout au long de leur programme, par exemple pour le prêt d'ordinateurs portables, un tutorat et un mentorat par les pairs.

Les changements apportés au programme d'études comprennent l'introduction de composantes de santé des Autochtones, de justice sociale, de compétence culturelle et de sécurisation culturelle, qui sont intégrées tout au long du programme de quatre années. Un cours en sciences infirmières portant sur les questions de santé autochtone (enseigné par un membre autochtone de la faculté) est maintenant offert. À partir de l'automne 2012, il y aura aussi un cours théorique et un programme de placement dans une communauté autochtone. Des ateliers et des séances de perfectionnement du personnel enseignant (conçus pour renforcer la sensibilisation aux peuples autochtones et la compréhension de la compétence culturelle, de la sécurisation culturelle et de la justice sociale) sont maintenant offerts au personnel de la faculté et dans certains cas à l'ensemble de la communauté universitaire.

La conception de l'initiative de sciences infirmières autochtones a été guidée par une équipe consultative comprenant des représentants des partenaires autochtones. Depuis le lancement de cette initiative en 2008, le nombre d'étudiants autochtones inscrits au programme de sciences infirmières a augmenté, se situant non plus de un à deux, mais de 10 à 15 par année. En 2012, sept étudiants autochtones sortiront diplômés de ce programme. Lors des évaluations, les membres de la faculté ont signalé des gains de connaissance et de sensibilisation en matière de culture autochtone depuis le début de cette initiative. Les activités de l'initiative de

sciences infirmières autochtones à l'Université du Nouveau-Brunswick sont appuyées par l'initiative des ressources humaines en santé (IRHS).

L'initiative de sécurisation culturelle autochtone, Anishnawbe Health Toronto

L'initiative de sécurisation culturelle autochtone d'Anishnawbe Health Toronto (AHT) a pour but de préparer les étudiants en sciences de la santé de l'Ontario à exercer leur profession respective de manière culturellement sécuritaire pour leur clientèle autochtone. Une étude conjoncturelle faite par AHT a révélé que, même si certaines écoles de sciences infirmières et de médecine intégraient une formation à la compétence culturelle à leurs programmes, la formation postsecondaire y faisait peu de place avant le lancement de cette initiative pour les 57 000 étudiants inscrits dans des programmes connexes à la santé, en Ontario (Anishnawbe Health Toronto, 2011). Les établissements d'enseignement postsecondaire qui offrent des programmes de sciences de la santé ont attribué cette absence de formation en compétence culturelle à un manque de temps dans le programme d'études et à une carence de personnel autochtone pour enseigner cette matière. Quand Anishnawbe Health a posé la question suivante aux établissements d'enseignement supérieur, « Si nous disposions de personnel autochtone pour enseigner la sécurisation culturelle autochtone à vos étudiants, seriez-vous prêts à offrir cette formation? », la majorité d'entre eux ont répondu qu'ils le feraient.

Avec l'appui de la Fondation Trillium et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario, Anishnawbe Health a conçu un module de formation à la compétence culturelle, d'une durée de trois heures, pour les étudiants. Cette formation s'inspire du cadre d'enseignement de l'Indigenous Physicians Association of Canada pour la formation continue en médecine. Elle explore les répercussions de la colonisation, les déterminants de la santé et l'état de santé des peuples autochtones, les carences de services pour les Autochtones dans le système de santé classique et le concept de santé et de guérison dans les communautés autochtones. L'initiative cible les étudiants de tous les divers programmes de sciences de la santé, tout en comprenant bien que les praticiens n'ont pas besoin d'être des experts en histoire et en santé des Autochtones, mais qu'ils doivent y être sensibilisés pour travailler avec une clientèle autochtone. Anishnawbe Health a formé 35 Autochtones à la profession de précepteurs, qui sont chargés d'assurer cette formation. Anishnawbe Health invite les collèges et les universités à les accueillir en classe pour donner des séances de sensibilisation. Les précepteurs autochtones approfondissent l'expérience de la formation pour les participants en partageant avec eux leurs histoires personnelles et en décrivant leur propre processus de réflexion et de conscientisation, étape critique lors du développement de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle.

Jusqu'à présent, plus de 15 programmes de sciences de la santé ont participé à cette initiative, et 1 200 étudiants et professionnels de la santé ont suivi cette formation. Les évaluations montrent que les participants en sont sortis plus sensibilisés à ces questions et avec un intérêt plus grand pour en savoir plus sur l'histoire des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada. L'initiative de sécurisation culturelle autochtone est financée par une subvention triennale de la Fondation Trillium, ainsi que par des fonds de soutien du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.

Renforcer la compétence culturelle, ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé travaille au renforcement de la compétence culturelle au sein du ministère comme dans tout le système de santé de la province. Le Nouveau-Brunswick a créé un programme de formation à la compétence culturelle, d'une durée de deux jours, pour les employés de la fonction publique et élabore actuellement un cadre de compétence culturelle.

La province a créé un poste de coordonnateur de liaison de la santé des Premières Nations. Le rôle de ce coordonnateur est principalement d'aplanir les obstacles par un travail de formation et de traduction du sens des interactions (plutôt qu'une traduction littérale des mots) pour les Autochtones et les non-Autochtones qui font partie du système de santé. Ainsi, le coordonnateur a accompagné l'oncologue en chef dans des communautés, où ils ont présenté des programmes de dépistage du cancer et de l'information sur la maladie. Ils ont aussi introduit des renseignements sur les effets de la variole, de la grippe espagnole, des pensionnats pour les Autochtones et de la rafle des années 1960, dans le cadre d'un projet de santé mentale. Le Ministère comprend l'importance de consolider les relations avec les Premières Nations. Dans toute la mesure du possible, le coordonnateur invite des Autochtones dotés d'une expérience pertinente à faire des présentations et à contribuer à la sensibilisation des gens dans tous les secteurs publics.

Renforcer la diversité, l'inclusion et la compétence culturelle, IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse

L'IWK Health Centre est un centre de santé tertiaire pour les femmes et les familles, situé dans les provinces maritimes. Au cours des trois dernières années, l'IWK a pris des mesures pour renforcer la diversité, l'inclusion et la compétence culturelle au centre (IWK Health Centre, 2009). L'initiative a commencé par des consultations avec les intervenants communautaires représentant divers groupes de la région desservie par le centre, dont des intervenants des Premières Nations. Après les consultations, l'IWK a intégré la diversité et l'inclusion à son plan stratégique. L'IWK a rendu public un énoncé de position déclarant son engagement à offrir des soins adaptés culturellement (c'est-à-dire des soins dispensés avec respect et considération pour les valeurs culturelles et personnelles des patients, des familles, du personnel et de tous ceux qui interagissent avec l'IWK), à créer un environnement accueillant et inclusif, à respecter, accepter et apprécier la diversité dans tous ses énoncés et toutes ses actions. L'énoncé identifie aussi des mesures et des approches bien précises pour concrétiser cet engagement. L'IWK a conçu et distribué un outil de compréhension de la diversité et de l'inclusion pour aider les membres du personnel à tenir compte de ces deux éléments quand ils planifient, instaurent et évaluent des programmes, des politiques et des pratiques. Cet outil comporte 12 questions pour guider le personnel dans le processus analytique. La formation à la compétence culturelle est maintenant incluse dans les activités d'orientation pour les nouveaux membres du personnel, et les autres employés sont encouragés à la suivre eux aussi.

Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes?

LACUNES DANS LES CONNAISSANCES, LA COMPRÉHENSION ET L'EXPÉRIENCE

Comme beaucoup de participants l'ont fait remarquer, les praticiens de la santé doivent comprendre le contexte historique de la santé et du mieux-être actuels des Autochtones pour leur offrir les meilleurs soins possible, ou même des soins comparables à ceux auxquels la majorité des Canadiens ont accès. L'un des participants l'a dit, en termes simples : « Vous n'avez pas besoin de savoir tout sur les Premières Nations, les Inuits ou les Métis, mais vous devez prendre conscience qu'il y a eu, et qu'il y a encore, un processus de colonisation et vous devez reconnaître qu'il a des répercussions sur la santé. » La majorité des Canadiens non autochtones connaissent et comprennent peu les Autochtones. Jusqu'à tout récemment, l'histoire des Premières Nations, des Inuits et des Métis et leur rôle fondateur dans le développement du Canada avaient rarement leur place, étaient rarement explorés dans les programmes d'études des écoles publiques. De même, jusqu'à tout récemment, les Autochtones sont restés absents du programme d'études des écoles de médecine et des divers programmes d'études supérieures pour les professionnels de la santé.

Les lacunes sur le plan de la sensibilisation, de la connaissance et de la compréhension fondamentale qui résultent des carences dans les programmes d'études sont exacerbées par le manque fréquent de liens ou de relations entre les non-Autochtones et les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Un participant qui enseigne à des professionnels de la santé a décrit un exercice qu'il fait avec ses étudiants. L'enseignant demande tout d'abord aux étudiants de dresser une liste de leurs stéréotypes à propos des Autochtones. Ensuite, il pose ces questions : « Qui parmi vous a de la parenté autochtone? Des amis autochtones? Qui est déjà allé chez eux? Qui a déjà déjeuné avec eux? » Seuls quelques étudiants répondent par l'affirmative. Ceux qui ne le font pas disent généralement que les médias sont la source principale de leurs perceptions stéréotypées des Autochtones. En revanche, l'expérience peut être un outil d'enseignement puissant. Les non-Autochtones qui ont des rapports ou de vraies relations avec des Autochtones sont moins enclins à avoir des perceptions stéréotypées ou des comportements racistes envers les Premières Nations, les Inuits ou les Métis.

D'autres activités visent particulièrement le renforcement de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. L'IWK participe au projet de renforcement de la sécurisation culturelle élaboré par la Nouvelle-Écosse et sera un site pilote pour cette formation, actuellement en voie d'élaboration. De plus, l'IWK a saisi les occasions que lui présentait ce projet pour améliorer les relations avec les populations et les communautés mi'kmaq partenaires de l'initiative. L'IWK a entrepris des activités de promotion et d'information en matière de santé qui s'appuient sur sa compréhension approfondie des besoins culturels distincts des Autochtones.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones, Initiative de santé autochtone

De décembre 2000 à mars 2001, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a fait paraître un énoncé de politique intitulé Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones pour donner des renseignements et des recommandations sur la santé des Autochtones. Ce guide fournit des recommandations claires, axées sur l'action, pour aider les professionnels de la santé à prendre des mesures en vue de renforcer leurs compétences culturelles. Ce document est reconnu comme fondamentalement novateur parmi les professionnels de la santé.

Au début de 2013, la SOGC fera paraître un nouveau guide qui contribuera encore plus à aider les professionnels qui soignent les femmes des Premières Nations, Inuites et Métisses et leur famille, en les guidant tout au long du processus de compréhension des déterminants sociaux de la santé, de la colonisation et des questions essentielles de santé sexuelle et génésique. Le guide présentera des recommandations probantes, des études de cas et des conseils cliniques pour mieux permettre aux professionnels de la santé d'offrir des soins culturellement sécuritaires. Pour produire ce guide, les membres du comité de l'Initiative de santé autochtone de la SOGC, dont beaucoup sont autochtones, travaillent avec des organismes partenaires comme l'ancienne Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), le National Aboriginal Council of Midwives, Pauktuutit Inuit Women of Canada, l'Aboriginal Nurses Association of Canada, l'Indigenous Physicians Association of Canada et le Ralliement national des Métis, entre autres.

Au cours des 12 derniers mois, les membres du comité ont procédé à de vastes consultations auprès des professionnels de la santé autochtones et non autochtones pour mieux comprendre les besoins, les défis et les forces en matière de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le guide sera donc ancré dans les expériences de praticiens de la santé et donnera des conseils pour apporter des changements pertinents en vue de soins culturellement sécuritaires. Son but sera de concilier la théorie et la pratique. L'initiative s'est caractérisée par la possibilité d'une collaboration authentique et d'une véritable recherche d'un consensus, et la SOGC reste profondément reconnaissante à tous ses partenaires de leur appui. La SOGC s'adresse surtout à ses 3 500 membres, qui comptent des obstétriciens, des gynécologues, des médecins de famille, des infirmières et des sages-femmes. Les membres de la SOGC reçoivent des crédits d'éducation médicale continue (EMC) lorsqu'ils assistent aux réunions régionales (qui sont des séances accréditées) et ce guide fera l'objet d'une présentation très attendue en 2013 et par la suite. Il sera publié avec un recueil qui regroupera les messages clés, dans une présentation conviviale, pour une distribution généralisée sur les sites Web de la SOGC et sur la santé des Autochtones (sogc.org; aboriginalsexualhealth.ca).

Services axés sur la culture qui répondent à des besoins identifiés par la communauté

Chose encourageante, la majorité des pratiques identifiées par les participants lors des discussions régionales sont rattachées à des services axés sur la culture conçus pour répondre aux besoins identifiés par la communauté. Les exemples de pratiques présentés dans cette partie incluent plusieurs pratiques créées dans le contexte d'activités faites pour apporter une transformation systémique. La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des autochtones de l'Ontario appuie le travail du centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin à Timmins, du centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s à Hamilton et du programme de guérison traditionnelle au centre d'accès aux soins de santé autochtone du Sud-Ouest de l'Ontario. À l'Hôpital général de Whitehorse, au Yukon, les programmes de santé des Premières Nations ont été conçus dans le contexte du transfert de responsabilité des services de santé du gouvernement fédéral au gouvernement territorial.

D'autres activités, comme celles des Aboriginal Health Services de l'autorité sanitaire régionale du Sud du Manitoba (anciennement autorité sanitaire régionale du Centre du Manitoba) et le projet de soins de santé à domicile pour les Autochtones de la région sanitaire de Regina Qu'Appelle ont été conçus en proche collaboration avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Divers organismes ont mis en place des activités après avoir reconnu que leurs services ne répondaient pas aux besoins des Autochtones et après avoir cherché des partenaires autochtones pour apporter des changements. En voici quelques exemples : programme de sciences infirmières du Conseil tribal Nuu-chah-nulth en Colombie-Britannique (qui a restructuré son cadre de prestation des services, s'appuyant sur des principes directeurs des communautés des Premières Nations qu'il dessert), Centre de toxicomanie et de santé mentale en Ontario, Action Cancer Care Ontario et bureau de l'Association canadienne des paraplégiques en Alberta. À Ottawa, le Tungasuvvingat Inuit Family Health Team Medical Centre donne accès à une équipe complète de prestateurs de soins de santé. De plus, le Ottawa Health Services Network et le St. John's Native Friendship Centre ont conçu des pratiques en vue de coordonner les services et de mieux répondre aux besoins d'un groupe souvent négligé, à savoir les Autochtones qui doivent se rendre dans des centres urbains pour obtenir des services de santé.

Beaucoup de participants ont souligné la valeur des accompagnateurs des patients et des agents de liaison autochtones en tant que liens culturels entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, d'une part, et les professionnels de la santé non autochtones, d'autre part.

Centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin, Timmins, Ontario

Le centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin à Timmins est l'un des trois centres de santé autochtone communautaires fondés en Ontario. Environ 95 % des clients du centre sont des membres des Premières Nations. Le centre offre des programmes et des services de qualité, qui honorent, respectent et appuient la culture, les valeurs et les pratiques de guérison des Autochtones, tout en faisant place à la médecine occidentale pour les soins de santé primaires, dans un environnement culturellement et physiquement sécuritaire. Les praticiens du centre consacrent du temps à nouer des relations avec leurs clients, allouant jusqu'à une heure au premier rendez-vous avec les nouveaux patients.

En 2011, le centre a commencé à offrir un programme traditionnel qui met les clients en relation avec des Aînés et avec la nature. Ce programme, qui a été créé en réponse à un besoin identifié de la communauté, a rapidement pris de l'essor. Le centre, qui comptait déjà un psychothérapeute parmi son personnel, a engagé un conseiller traditionnel, au départ employé seulement quelques jours par mois. Mais la demande pour les services de ce conseiller traditionnel s'est avérée si forte que le centre a engagé deux autres conseillers traditionnels. Les activités traditionnelles du centre comprennent aussi des projets de pleine nature, comme des camps de guérison traditionnelle pour les enfants et les jeunes.

Le centre sélectionne avec soin les guérisseurs traditionnels qu'il engage. Comme les guérisseurs traditionnels ne sont pas officiellement agréés, le centre les recrute au moyen d'un processus informel d'accréditation, en demandant aux Aînés avec qui ils travaillent de lui recommander des guérisseurs qu'ils connaissent, en qui ils ont confiance et avec qui ils peuvent travailler. Le centre reconnaît combien il est important d'avoir parmi son personnel des gens qui comprennent la culture et les modes de vie des Autochtones. Dans toute la mesure du possible, et là où il convient de le faire, il engage des gens autochtones.

Le centre se tourne aussi vers l'ensemble de la communauté qu'il dessert. Il collabore avec les écoles secondaires locales et les organismes communautaires à des activités axées sur l'éducation à la santé et travaille en partenariat avec divers organismes de prestation de services de santé. Le centre a pour mandat de fournir ses services dans un rayon de 160 kilomètres autour de Timmins. En partenariat avec le Conseil tribal de Wabano, il offre un programme mobile de dépistage du diabète et d'autres services aux communautés proches. Il a aussi été invité à fournir par contrat des services de soins à domicile pour les centres d'accès aux soins communautaires.

VANCOUVER

XWEE-NUT-SA (Nous sommes tous un)

Les deux images principales de cette illustration se font contraste. À droite, une personne tient un bouclier de longue maison, qui représente la sécurisation culturelle chez soi. À gauche, une personne tient une prison, qui contient un hôpital, montrant que les hôpitaux ne sont pas culturellement sécuritaires et peuvent créer un sentiment d'emprisonnement, et rappelant l'expérience des pensionnats indiens que beaucoup d'Autochtones ont connue. Les deux têtes et les deux serpents au centre représentent l'unité et la guérison.

L'ours sur le bouclier de la longue maison incarne l'importance des remèdes de l'ours pour les Autochtones. Un participant a dessiné un corps avec un cœur, au-dessous de l'ours. Les participants ont aussi demandé d'inclure des mocassins (« faites un bout de route dans les mocassins de quelqu'un d'autre ») et une abeille, qui représente la communauté. Ils ont ajouté des mots comme *justice sociale, ouverture d'esprit, tendez-vous la main,* ainsi que le titre *Nous sommes tous un.*

Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, Hamilton et Brantford, Ontario

Le centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, à Hamilton, est l'un des 10 centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones créés dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario. Le centre offre des programmes et des services de santé culturellement adaptés, dont des soins de santé primaires (donnant accès à des médecins, des infirmières praticiennes et des guérisseurs traditionnels); des services de soutien en santé mentale; des services de défense des patients, d'extension, de promotion de la santé et d'éducation dans la communauté (centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, 2012). Le centre de santé est au service de tous les Autochtones, quel que soit leur statut, et vient en aide aux organismes de service extérieurs pour offrir des soins de santé culturellement appropriés. La région qu'il dessert inclut les centres urbains de Hamilton et de Brantford, ainsi que la communauté locale des Six Nations.

Les équipes de soins primaires et de soins traditionnels du centre de santé ont une approche holistique. La prise des rendez-vous avec les patients prévoit suffisamment de temps pour que les praticiens et les patients établissent des rapports fondés sur la confiance. Le personnel du centre comprend un défenseur des patients, qui travaille à l'hôpital local et à l'extérieur dans d'autres organismes, apportant un soutien bénéfique aux patients et aux praticiens. Les équipes de soins traditionnels et de soins primaires du centre travaillent ensemble, à égalité, dans une volonté d'apprendre l'une de l'autre. L'orientation de base des membres du personnel comprend des renseignements sur les moyens culturellement distincts de comprendre et de traiter la santé et le mieux-être des Autochtones, ainsi que sur les différences culturelles qui peuvent jouer sur les rapports dans les soins de santé. Le centre compte sur ses guérisseurs traditionnels et sur les autres Autochtones du personnel pour recueillir des conseils et des commentaires quant aux connaissances et aux renseignements à partager pour renforcer la capacité culturelle des employés non autochtones.

Comme dans d'autres organismes qui dispensent des services de guérison traditionnels, beaucoup d'Aînés qui travaillent au centre n'ont pas fait d'études formelles mais ont de vastes connaissances. Le centre sait combien il est important de croire à la valeur et à l'intégrité des connaissances des Aînés et de faire confiance à leurs compétences en tant que praticiens, de même qu'il reconnaît les compétences des autres professionnels qui assurent des services au centre.

Le centre de santé met actuellement en place un dispensaire de médecine traditionnelle. Cet établissement fournira (gratuitement) des remèdes traditionnels dont les patients font fréquemment la demande et les renseignera sur les substituts aux médicaments occidentaux ainsi que sur les interactions avec ses médicaments. Le centre met aussi en place un service de dépistage rapide du VIH et compte offrir sur place des services dentaires de base. Le dépistage du VIH et les services dentaires sont des services que les gens comprennent ou connaissent souvent mal et qu'ils hésitent à demander. Le centre espère qu'en offrant ces services sur place, les clients autochtones y feront davantage appel.

Le centre de santé travaille en partenariat avec d'autres prestateurs de services autochtones, entre autres avec le centre d'amitié local et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario. Grâce à ces partenariats, le centre peut étendre la portée de ses services à des gens qui vivent par exemple à Niagara Falls, Brantford, London et Guelph. En outre, le centre a formé des partenariats avec des organismes de services à l'enfance et à la famille (pour que les enfants autochtones placés dans des familles non autochtones puissent découvrir leurs traditions et leurs enseignements culturels) et avec un organisme de lutte contre le cancer du sein (pour inciter les femmes autochtones à faire des tests, ce que l'organisme n'a pas réussi à faire seul).

Programme traditionnel de guérison, centre d'accès aux soins de santé autochtone du Sud-Ouest de l'Ontario, de London et Muncey, Ontario

Le centre d'accès aux soins de santé autochtone du Sud-Ouest de l'Ontario (comme De dwa da dehs nye>s à Hamilton) a été créé dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de la province. Le programme de soins traditionnels du centre suit une approche holistique dans les services de santé et de mieux-être aux particuliers, aux familles et aux communautés. Les services offerts par le centre comprennent des séances de guérison individuelles avec des guérisseurs traditionnels, un accès à des cérémonies et des ateliers traditionnels, des renseignements sur les remèdes naturels et sur les cérémonies traditionnelles, des ateliers de gestion du stress et une formation à la sensibilisation culturelle (centre d'accès aux soins de santé autochtone du Sud-Ouest de l'Ontario, 2012). Le programme s'adresse à une population très diverse représentant plusieurs Premières Nations de langues différentes qui s'intéressent à toute une gamme de pratiques de guérison.

Le programme de guérison traditionnelle, qui a été conçu en réponse à des besoins identifiés par la communauté, a rapidement pris de l'essor. Les guérisseurs traditionnels ne sont disponibles que deux fois par mois. La demande pour leurs services augmente rapidement et les clients qui souhaitent actuellement les consulter sont inscrits sur une liste d'attente. Le programme met aussi les clients en rapport avec des herboristes qui les renseignent sur les plantes curatives traditionnelles et qui peuvent même leur montrer où et comment récolter ces plantes dans la nature.

Le programme de guérison traditionnelle a pour but de faciliter le rapprochement et la compréhension entre les guérisseurs traditionnels et les praticiens de la médecine occidentale classique, en leur donnant des possibilités d'apprendre au contact les uns des autres. Le programme travaille directement et individuellement avec les praticiens, dans les hôpitaux locaux, pour les renseigner sur le rôle des guérisseurs et des cérémonies traditionnelles. Les praticiens peuvent aussi faire appel au programme pour en apprendre plus sur les interactions entre les remèdes traditionnels et les médicaments occidentaux, les particularités des remèdes, et l'importance des remèdes et des cérémonies traditionnels pour les Autochtones.

Programmes de santé des Premières Nations, hôpital général de Whitehorse, Yukon

Les programmes de santé des Premières Nations (acronyme anglais FNHP) de l'Hôpital général de Whitehorse ont été créés en 1992, en réponse à des besoins identifiés en consultation avec les leaders des Premières Nations, quand le portefeuille de la santé a été transféré du gouvernement fédéral au gouvernement territorial du Yukon. L'Hôpital général de Whitehorse est le seul hôpital de soins actifs du Yukon, et le FNHP apporte un appui aux 14 Premières Nations du territoire, leur offrant entre autres des services de liaison dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que des services de soutien à la guérison traditionnelle et aux dimensions culturelles.

Les six travailleurs de liaison du FNHP sont formés dans le domaine de la santé et du travail social autochtones. Ils visitent chacun des patients de l'hôpital qui s'est identifié comme membre des Premières Nations, Inuit ou Métis. Le FNHP a affecté l'un de ces travailleurs au service des urgences, où celui-ci est prêt à accueillir les patients dès qu'ils arrivent. Les travailleurs de liaison défendent les intérêts des patients autochtones et contribuent à sensibiliser le personnel de l'hôpital. Le FNHP est représenté au sein des équipes de planification des sorties de l'hôpital, et le travailleur de liaison affecté à ce poste peut coordonner les services externes pour les patients, jouer un rôle de soutien social et de défenseur, communiquer avec le programme de services de santé non assurés pour organiser le transport des patients et obtenir d'autres prestations, au besoin.

Le coordonnateur de la médecine traditionnelle du FNHP peut être consulté à l'hôpital et aider les familles à accéder à des services de guérison traditionnelle. Son rôle est en partie d'interpréter les connaissances et les pratiques culturelles autochtones, de les enseigner aux autres praticiens de la médecine, et en fin de compte de favoriser la collaboration. Les patients et leur famille ont accès à la salle de guérison Na'Ku, qui est rattachée à l'hôpital, pour les prières, les cérémonies et d'autres activités de guérison. Cette salle est ouverte à tout le monde, peu importe la pratique spirituelle de chacun, et les membres du personnel y vont souvent pour leurs activités autothérapeutiques.

Pourquoi la compétence culturelle et la sécurisation culturelle sont-elles importantes?

LES PREMIÈRES NATIONS, LES MÉTIS ET LES INUITS COMPRENNENT ET TRAITENT LA SANTÉ, LE MIEUX-ÊTRE ET LES SOINS DE SANTÉ DE MANIÈRE CULTURELLEMENT DISTINCTE

Dans le système de médecine occidentale classique, les médecins et les professionnels de la santé sortent d'universités et d'autres établissements d'enseignement supérieur formel. Nous, qui sommes Autochtones, avons nos propres moyens d'apprendre et de partager nos connaissances, nos propres universités informelles d'où sortent nos praticiens de la médecine qui pratiquent en fonction de nos connaissances et de notre compréhension du mieux-être. Nous essayons de faire un rapprochement entre ces systèmes de connaissances, ces moyens de comprendre et de pratiquer les soins de santé et de mieux-être, et de trouver des solutions pour que les gens aient la liberté d'aller là où ils le doivent pour obtenir leurs soins de santé et de mieux-être.

Les participants ont souligné l'importance des approches holistiques à la santé et au mieux-être dans les communautés autochtones, soulignant la nécessité de considérer les causes sous-jacentes des conditions insalubres – et non pas simplement leurs symptômes. Beaucoup d'Autochtones sont très spirituels et fondent leur vie sur les cérémonies. Une approche holistique tient compte des dimensions spirituelles (de même que physiques, affectives et mentales) de la santé et du mieux-être. Un participant a parlé en faveur d'une meilleure compréhension du pouvoir de guérison des remèdes traditionnels, racontant l'histoire d'une fillette qui a guéri de la leucémie après avoir participé à des cérémonies traditionnelles et avoir pris des remèdes traditionnels. Les participants ont rappelé qu'il devait y avoir une «recherche prudente d'équilibre» pour que les Autochtones ne perdent pas la maîtrise de la guérison traditionnelle et pour que leurs traditions ne soient pas lucrativement commercialisées.

Les services de soutien culturel comprennent des services d'interprétariat et un programme d'alimentation traditionnelle. Grâce à ce programme, l'hôpital peut servir des repas traditionnels aux patients autochtones, ce service n'étant possible que grâce à l'appui des leaders des Premières Nations, du gouvernement territorial et des membres de la communauté qui contribuent aux récoltes.

Le FNHP a conçu un programme de formation à la compétence culturelle, d'une durée de deux jours, qui est maintenant obligatoire pour tous les employés des hôpitaux du Yukon, ainsi qu'une formation agréée spécialement destinée aux praticiens de soins palliatifs.

Services de santé pour les Autochtones, région sud de l'autorité sanitaire régionale du Manitoba (anciennement autorité sanitaire régionale [RHA] du Centre du Manitoba)

En 2008, en partenariat avec les leaders autochtones locaux, l'ancienne RHA du Centre a lancé un important projet pour mieux répondre aux besoins définis par les Autochtones et de leurs communautés. Ce projet, qui bénéficiait de l'appui du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, comprenait des éléments d'autoréflexion institutionnelle, accompagnés d'une analyse systémique visant à évaluer la sécurité culturelle des programmes et des établissements ainsi qu'une série de consultations pour tirer des leçons des expériences vécues par les membres des communautés autochtones lors de l'accès aux soins de santé.

La composante la plus critique de cette initiative de l'autorité sanitaire est sans doute la création de postes de travailleurs de soutien autochtones dans les services de santé pour les Autochtones (acronyme anglais AHS) de la RHA. Le service de l'AHS est relativement petit, mais son travail a eu de profondes répercussions au sein de l'hôpital et dans la région. Les travailleurs de soutien autochtones sont en poste à l'Hôpital général de Portage et leur présence est très visible, car leur bureau se trouve dans une zone de forte circulation. Ils passent la plus grande partie de leur temps aux urgences, mais travaillent aussi dans tout l'hôpital et dans toute la région, dans chaque secteur de service, étant à la disponibilité des patients autochtones sept jours sur sept, dès leur arrivée à la réception de l'hôpital et durant tout leur séjour. Les travailleurs de soutien autochtones aident les clients à remplir les documents administratifs et à s'orienter dans les services du système de santé. Ils font des visites hebdomadaires aux foyers de soins personnels, assurant la liaison entre les résidents et la communauté, proposant des cercles de partage, une guérison axée sur la culture et des soins traditionnels culturellement adaptés. Les services de santé pour les Autochtones offrent des services d'interprétariat et de traduction en langues autochtones locales ainsi que des cérémonies de purification dans les établissements de l'autorité sanitaire régionale. De plus, ils ont mis au point un protocole qui permet aux praticiens de la santé d'organiser une cérémonie avec très peu de préavis. En outre, l'AHS peut faire appel aux Aînés dans le but d'appuyer les activités culturelles et les traitements de guérison pour leurs clients et leur personnel.

Les services de santé pour les Autochtones apportent un important soutien à l'hôpital et à la région. Le personnel de l'AHS adopte un comportement modèle de compétence culturelle et de sécurisation culturelle dans toutes ses interactions. Il s'efforce de travailler avec tous les autres membres du personnel, se joignant aux réunions du matin avec les chefs de service, participant aux comités, faisant le maximum pour interagir avec les médecins, conseillant le personnel responsable de l'entretien et des cuisines sur les besoins culturellement distinctifs de leurs clients. Les praticiens de la santé s'adressent au personnel de l'AHS pour lui poser des questions et pour partager de l'information. Toutes ces activités ont permis d'ouvrir de nouvelles lignes de communication entre les praticiens de la santé et leurs clients autochtones et ont donné au personnel de l'AHS et aux praticiens une compréhension peu commune des besoins des patients autochtones.

L'initiative des services de santé pour les Autochtones a acquis un soutien et un élan en faisant une différence positive, de même qu'en parvenant aux résultats promis. Au départ, les travailleurs de soutien autochtones ont dû travailler fort pour convaincre beaucoup d'employés de l'autorité sanitaire qu'ils apportaient une contribution valable à l'organisation. Actuellement, ils sont reconnus, appréciés, appuyés, acceptés et respectés par les clients, le personnel de santé, les médecins, le conseil d'administration de l'organisation, la haute direction et le PDG. Les membres du personnel des services de santé pour les Autochtones voient des changements propices à un renforcement de la sécurisation culturelle dans les attitudes et les comportements. En outre, la communauté reconnaît que la présence des travailleurs de soutien autochtones aide l'autorité sanitaire régionale à mieux rendre compte de ses activités aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits qu'elle dessert.

Projet de soins à domicile pour les Autochtones, région sanitaire de Regina Qu'Appelle, Saskatchewan

Le projet de soins à domicile pour les Autochtones a vu le jour sous forme d'une initiative très réussie, entreprise par les services de soins à domicile de la région sanitaire de Regina Qu'Appelle (acronyme anglais RQHR), en partenariat avec le bureau de santé de Eagle Moon. Le projet a été créé, car la RQHR avait constaté que les Autochtones ne faisaient pas appel à ses services de soins à domicile. Pour comprendre pourquoi, la RQHR a rassemblé un groupe de travail avec la participation de représentants des Premières Nations et des Métis, du gouvernement et des services de soins à domicile, afin d'analyser les lacunes. Le groupe de travail a identifié des problèmes clés liés à un manque de gestion des cas et à des politiques restrictives qui freinaient l'accès aux soins. Par exemple, une infirmière pouvait ne pas comprendre que l'incapacité des patients autochtones à bien gérer leur diabète dépendait de leur incapacité à se procurer ou à acheter des aliments nutritifs. Un autre exemple a montré que, quand un patient manquait un rendez-vous et qu'un employé des services de soins à domicile le trouvait à la maison, le système de soins à domicile indiquait qu'il y avait « non-respect des procédures » et rayait alors ce patient du programme, au lieu de chercher à savoir pour quelle raison il ne s'était pas présenté au rendez-vous.

À quoi ressemblent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle et comment les reconnaître?

BIEN FAIRE LES CHOSES!

Lors d'une discussion régionale, un participant a raconté une histoire montrant comment un hôpital de Goose Bay a modifié ses pratiques pour dispenser les meilleurs soins possible à un patient innu âgé. L'Aîné, qui souffrait d'un cancer en phase terminale, a été placé dans la salle des patients hospitalisés pour un séjour de longue durée. Sa famille a demandé si elle pouvait dresser une tente à l'extérieur, qui serait située derrière le centre, sur la propriété de celui-ci, mais sans être visible de la route. La famille voulait passer le plus de temps possible avec l'Aîné, dans un contexte familier et confortable pour lui, mais aussi près que possible de l'hôpital. L'hôpital a donné son consentement et la famille a dressé une tente, avec un poêle à bois et un lit d'hôpital. Chaque jour, la famille a amené le patient dans cette tente, où il restait jusqu'à la soirée (dans la mesure où son état de santé le permettait), après quoi la famille le ramenait à l'hôpital. Après quelques jours, les infirmières et les médecins de l'hôpital ont commencé à se rendre régulièrement à la tente pour surveiller l'état de santé du patient. Comme l'Aîné était très respecté, jusqu'à 50 personnes venaient lui rendre visite chaque jour. La famille a dressé deux autres tentes dans son campement, en partie pour héberger les gens qui venaient d'autres communautés. L'Aîné et sa famille ont vécu ainsi pendant 10 jours.

Après avoir cerné ces problèmes, la RQHR a entrepris de modifier ses services de soins à domicile avec le soutien du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, afin de mieux les adapter culturellement aux membres des Premières Nations et aux Métis. Un groupe de direction a été créé pour appuyer le projet. Les membres de l'équipe de projet ont été soigneusement sélectionnés et ont aménagé dans un espace réservé à cette fin. Un modèle de soins holistiques a été élaboré, offrant des services complémentaires aux soins à domicile que la RQHR offre à l'ensemble de la population et modifiant les méthodes de travail des praticiens. La prestation des services est devenue plus souple, pour que les travailleurs de soins à domicile puissent reporter les rendez-vous manqués des patients. Les services de soins à domicile de la RQHR ont créé de nouveaux postes, dont un poste de travailleur de soutien communautaire (qui aide au transport des patients) et un poste de travailleur de liaison autochtone (qui aide les patients à faire le lien entre les différents services), tout en offrant un accès à un guérisseur traditionnel (employé par le bureau de santé de Eagle Moon, mais travaillant à mi-temps au bureau des services de soins à domicile). L'équipe de projet comprend aussi un Aîné. Les membres de l'équipe reçoivent une formation pour renforcer leur capacité culturelle. Les pratiques culturelles sont intégrées à la gestion et toutes les réunions hebdomadaires commencent par un cercle de discussion.

La conception du projet de soins à domicile pour les Autochtones a duré quatre ans, et ce projet est maintenant en place depuis deux ans. Il a permis de renforcer l'accès aux soins à domicile. Tous les patients autochtones qui font appel aux services de soins à domicile bénéficient maintenant d'une gestion de cas et tous sont en rapport avec un travailleur de liaison autochtone. L'équipe de projet travaille actuellement avec le service des urgences pour identifier les patients qui utilisent fréquemment ce service, puis pour concevoir et instaurer d es plans de gestion des maladies chroniques afin de réduire les besoins d'accès des patients aux urgences.

Programme de soins infirmiers du Conseil tribal Nuu-chah-nulth, Première Nation Tseshaht, Colombie-Britannique

Le programme de soins infirmiers du Conseil tribal Nuu-chah-nulth (acronyme anglais NTC), situé sur le territoire des Tseshaht, juste à l'extérieur de la ville de Port Alberni, est un programme de santé qui a été transféré et qui couvre le territoire des Premières Nations Nuu-chah-nulth dans l'île de Vancouver. Quand les

programmes de santé ont été transférés au Conseil tribal Nuu-chah-nulth, en 1988, il est clairement apparu que le programme de soins infirmiers devait et pouvait être transformé. Une constatation montrait cette nécessité de changement : dans une région où les taux de natalité sont très élevés, très peu de femmes enceintes demandent le moindre service de soins infirmiers.

En tant que programme communautaire de soins infirmiers, le NTC veut offrir des soins professionnels, éthiques, culturellement adaptés et gérés de manière responsable (Conseil tribal Nuu-chah-nulth, s.d.). La transformation du processus par le NTC a visé à mettre en place un programme axé en tout premier sur les attentes des membres des Premières Nations, sans compromettre les besoins de pratique du personnel infirmier. L'un des premiers pas a été de communiquer et de collaborer avec les membres des communautés du NTC. À partir des constatations des consultations, le NTC a élaboré un cadre d'action fondé sur quatre convictions fondamentales des communautés : 1) chaque vie est un cheminement précieux; 2) chaque vie est connectée; 3) chaque vie cherche à s'accomplir; 4) chaque vie complète son propre cycle.

S'appuyant sur ces convictions, le NTC a étudié comment le programme pourrait répondre aux besoins identifiés à la fois par les membres des communautés et par le personnel infirmier. Le NTC a déterminé des responsabilités bien précises dans le domaine des soins infirmiers et il les a associées à chacune de ces convictions. Le NTC a aussi défini une approche pour que les praticiens travaillent avec les patients afin d'identifier, de reconnaître et d'explorer les moyens de répondre à leurs besoins, dans toutes leurs interactions. Cette approche s'appuie sur les forces et sur la culture autochtones. Elle considère l'historique des gens, reconnaît leur résilience, leurs forces et leur capacité, et travaille avec eux pour augmenter leur mieux-être par des moyens qui leur conviennent.

Le premier secteur dans lequel cette approche a été adoptée est celui de la santé maternelle et infantile. Un ancien outil standard de dépistage et d'évaluation, qui était centré sur les problèmes (avec une liste de questions comme celle-ci : « Quand avez-vous bu de l'alcool pour la dernière fois? »), a fait place à un modèle qui repose sur des questions ouvertes, grâce auxquelles les femmes peuvent explorer les questions importantes pour elles, dans leur monde, tout en permettant aux praticiens de recueillir les renseignements nécessaires aux évaluations. Cette approche, appelée L'histoire de la mère : Modèle de soins de santé, commence par des questions qui invitent les femmes à parler de leur santé et à explorer ce qu'elles veulent, attendent et espèrent, puis se penche sur les moyens pratiques de répondre à leurs besoins et de réaliser leurs espoirs. Le personnel infirmier et les patientes évaluent les services de soutien disponibles, déterminent le niveau de soins qui répondrait à leurs besoins respectifs, se donnent des objectifs réalistes à atteindre ensemble et revoient finalement une liste de vérification établie à partir des directives de santé maternelle données par le ministère de la Santé. Cette liste de vérification ne constitue pas une évaluation médicale, mais c'est un outil d'apprentissage qui permet de partager de l'information sur les moyens de renforcer la santé et le mieux-être de la mère et de l'enfant. Ce modèle de soins sert aussi de guide pratique après la naissance du bébé. Les infirmières invitent les patientes à partager l'histoire de leur accouchement, processus qui donne aux mères la possibilité de parler de l'événement en toute confiance et qui aide les infirmières à les comprendre et à les aider dans leur nouveau rôle maternel. Pour les infirmières, la première visite chez une nouvelle mère est aussi l'occasion de souhaiter traditionnellement la bienvenue au nouveau-né, en l'enveloppant dans une couverture pour le préparer à son cheminement de la vie.

Le NTC a apporté d'autres changements importants pour renforcer la sécurisation culturelle. Ainsi, il a mis en poste des employés qui jouent un rôle de liaison et de défense des intérêts des patients à l'hôpital local. Le NTC a également conçu et instauré un système de planification qui s'appuie sur le cadre de soins infirmiers : durant leurs interactions avec leurs clientes, les infirmières veillent à ce que l'écran de leur ordinateur reste visible pour elles et c'est ensemble qu'elles procèdent à la planification.

Services autochtones, Association canadienne des paraplégiques, Alberta

L'Association canadienne des paraplégiques (ACP Alberta) vient en aide aux personnes qui souffrent de liaisons de la moelle épinière et d'autres handicaps physiques, dans des buts d'indépendance, d'autonomie et de pleine participation à la vie de la communauté (Association canadienne des paraplégiques [Alberta], s.d.). L'ACP Alberta a créé ses services autochtones il y a environ 25 ans. Actuellement, l'ACP Alberta a des coordonnateurs autochtones de services à la clientèle dans chacun de ses six bureaux régionaux de la province.

En 2011, un quart des clients de l'ACP Alberta étaient autochtones, et parmi eux, trois quarts vivaient à l'extérieur de Calgary et d'Edmonton. Les coordonnateurs travaillent avec les clients dès l'accueil, voyageant dans les réserves pour rencontrer les personnes qui ont de grands obstacles physiques à l'accès aux services. Les services autochtones offrent un programme de pairs grâce auquel chaque client est mis en rapport avec un patient atteint du même problème de santé. Ce lien entre les deux personnes, et cette possibilité pour elles de partager les expériences vécues, sont source de réconfort et les aident à vivre leurs difficultés.

Les services autochtones de l'ACP Alberta sont uniques en ce sens qu'ils chevauchent plusieurs niveaux d'administration (Premières Nations, gouvernement fédéral et gouvernement provincial) et gèrent les responsabilités et les contraintes financières liées à ces administrations. L'ACP Alberta est l'un des seuls organismes à but non lucratif qui s'adresse à la population vivant dans des réserves. Le programme a été conçu en raison de la hausse démographique importante de la population autochtone et plus particulièrement dans le but de combler les lacunes de programmes et services.

Cycle de traitement de 21 jours, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario

Le cycle de traitement de 21 jours pour les hommes et les femmes est offert par les services autochtones du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Le programme a vu le jour, car les membres du personnel autochtones voyaient leurs « frères et sœurs » qui vivaient dans la rue et comprenaient le besoin de créer des services adaptés à ces membres de leur communauté. Le CAMH a affecté quatre membres de son personnel clinique et un Aîné à cette initiative, le tout étant appuyé par un travail de leadership et de soutien administratif, avec l'appui des autres professionnels de la santé du programme de toxicomanie qui chapeaute les services autochtones.

Le cycle de traitement de 21 jours repose sur une collaboration entre le CAMH et huit autres organismes autochtones et non autochtones, dont St. Christopher, Na-Me-Res et Native Child and Family Services of Toronto. En s'appuyant sur une collaboration étroite et des relations de confiance avec les organismes communautaires, le CAMH parvient souvent à obtenir des services de santé et de protection pour des clients qui se verraient généralement refuser des soins (p. ex., des clients avec des antécédents criminels) dans le système de santé.

Ce programme a démarré grâce à un financement du Fonds fédéral de transition pour la santé des Autochtones et du ministère provincial de la Santé et des Soins de longue durée. Ces bailleurs de fonds ont apporté un soutien fondamental au projet, fondé sur une collaboration et des changements novateurs. Depuis, le CAMH s'est engagé à financer durablement le programme, reflétant ainsi le soutien que lui apporte la haute direction de l'organisation.

Les activités du programme ont fait l'objet d'évaluations, notamment d'une évaluation formelle par les utilisateurs de services. Un indicateur important de succès est le taux élevé d'achèvement, qui se situe à environ 88 %.

Accompagnateurs autochtones, Action Cancer Ontario et Juravinski Cancer Centre, Ontario

Accès Cancer Ontario a récemment créé un programme d'accompagnateurs des patients autochtones, qui s'appuie sur le programme d'accompagnateurs du Juravinski Cancer Centre à Hamilton. Ces accompagnateurs apportent des services de soutien et de défense aux patients autochtones atteints de cancer et à leur famille (Agrément Canada, s.d.). Les accompagnateurs veillent à ce que les patients aient accès aux meilleurs soins, en faisant un travail de soutien, de défense des intérêts et de réseautage communautaire avec des groupes et des organismes de santé autochtones et non autochtones, le tout étant fondé sur les besoins culturels des patients.

Les accompagnateurs aident les patients autochtones et leur famille en leur apportant un soutien lors des visites à la clinique, en leur facilitant la communication avec les médecins et les infirmières, en obtenant des services de traduction langagière et culturelle, en les guidant vers des services et en les mettant en rapport avec des guérisseurs autochtones traditionnels (Juravinski Cancer Centre, s.d.). Ces services (qui peuvent être dispensés au Juravinski Cancer Centre ou dans la communauté du patient) sont offerts tout au long du cheminement de guérison du patient, entre autres aux stades de la prévention, du dépistage, de la détection précoce, du diagnostic, du traitement, de la rémission, de la récurrence, des soins palliatifs et des soins de fin de vie. Action Cancer Ontario comprend la valeur d'une approche centrée sur le patient pour aider les patients autochtones à lutter contre le cancer et prépare actuellement une analyse de rentabilisation pour d'autres services de liaison autochtones.

Ottawa Health Services Network Inc., Ontario

Ottawa Health Services Network Inc. (OHSNI) est un organisme sans but lucratif, fondé en 1997, qui coordonne les soins de santé spécialisés et tertiaires à Ottawa et Iqaluit pour les résidents de la région de Baffin, au Nunavut (Aboriginal Health Services Network, s.d.). L'approche d'OHSNI s'appuie sur des convictions profondes, dont les suivantes : 1) dispenser les soins dans un rayon d'action aussi proche que possible; 2) tous les habitants du Nord sont en droit de recevoir des soins de santé équitables. OHSNI aide ses clients à participer à la gestion de leurs soins et à comprendre les options qui s'offrent à eux dans le Nord et dans le Sud. Quand les clients sont dirigés vers leur bureau, les membres du personnel coordonnent les soins en tenant compte des besoins distincts de leurs clients, par exemple en obtenant un IRM le même jour qu'un rendez-vous chez le médecin, pour que les patients puissent rentrer dans leur communauté le plus vite possible. Les patients qui doivent rester en ville sont généralement hébergés à Larga Baffin, une pension spécialement ouverte pour les Inuits venus chercher des

À quoi ressemblent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle et comment les reconnaître?

(CONNAISSANCES + RÉFLEXION PERSONNELLE) x COURAGE DE CHANGER = COMPÉTENCE CULTURELLE

Quand je suis sortie de l'université, j'étais si heureuse de travailler avec les Premières Nations, d'utiliser mes connaissances. J'avais sept femmes enceintes dans mes premières classes prénatales. Je m'étais bien préparée pour le premier cours. Elles sont toutes venues, et j'étais si contente. Mon compagnon de travail, un conseiller culturel des Premières Nations, m'a demandé après le cours comment ça s'était passé, à mon avis. Je lui ai répondu que tout était bien allé. Il m'a demandé si les participantes avaient interagi avec moi. J'ai répondu que non, mais j'ai dit que c'était peut-être parce que c'était la première séance, et qu'elles voulaient apprendre à me connaître. Il m'a demandé si je croyais qu'elles reviendraient. Je lui ai répondu que oui, je le croyais. Il m'a dit alors que certaines étaient venues parce qu'elles avaient reçu des coupons alimentaires. Il a fait une pause et puis il m'a dit qu'il voulait me parler d'un aspect de l'histoire de la communauté : « Nous avons toujours bien pris soin de nos femmes enceintes et de nos bébés. C'est pourquoi il a été dur pour moi d'observer l'enseignement que tu voulais donner à nos femmes. » Sa remarque n'avait rien de personnel envers moi. Il était triste parce que sa communauté avait si bien fait les choses, pendant si longtemps, et je venais leur dire comment faire maintenant. Il m'a parlé avec gentillesse.

Je suis rentrée chez moi et j'ai réfléchi à tout cela – et j'ai pleuré. Je ne voulais pas être celle qui allait dire aux gens quoi faire, alors qu'ils savaient déjà comment agir. Pour la visite suivante à la communauté, j'ai demandé conseil à cet homme. Il m'a dit de commencer par parler aux Aînées de la communauté et par apprendre auprès d'elles les méthodes traditionnelles de soins aux femmes enceintes et aux bébés. C'est ce que j'ai fait. Sans mettre de mots sur ce que je faisais, j'apprenais à devenir plus compétente culturellement et à offrir des soins culturellement plus sécuritaires. Je donnais des soins qui répondaient aux besoins des femmes enceintes, et non pas à mes besoins en tant que professionnelle. Le programme a commencé à changer d'orientation pour reposer sur les forces des femmes, et non pas sur ce que nous pensions devoir leur enseigner. J'ai commencé à croire que les gens des Premières Nations avaient les connaissances nécessaires pour décider ce qu'ils devaient faire en matière de soins prénataux. J'ai compris que la compétence culturelle, c'est de veiller à donner aux gens un accès ouvert aux soins de santé de manière à ce qu'ils se sentent en sécurité, et non de la manière dont je croyais que cela devait se passer. Il faut laisser parler le cœur et croire aux capacités qu'ont nos clients de savoir ce qui convient le mieux à leurs enfants et à leur famille.

services médicaux. Larga accueille les patients durant et après les soins et leur offre des activités culturelles, en plus de ses services résidentiels. OHSNI travaille en proche collaboration avec Larga, coordonnant les services avec cette pension en fonction des besoins.

Les interprètes culturels apportent un soutien crucial aux clients d'OHSNI. Ils offrent non seulement des services d'interprétariat, mais aident aussi les clients à comprendre les questions liées à leurs soins de santé ou au milieu hospitalier, par exemple. Les interprètes veillent à ce que les clients et leurs médecins ou les autres prestateurs de services se comprennent bien, ils aident les patients à s'orienter dans le système de soins hospitaliers et de santé et ils les renseignent pour les appuyer dans leurs processus décisionnels. Les interprètes culturels travaillent en partenariat avec les gestionnaires de cas des soins infirmiers d'OHSNI, ce qui a contribué à modifier les comportements de certains prestateurs de services. Les interprètes sont bien connus du personnel hospitalier, qui leur fait confiance. Ils ont établi de solides relations de travail avec les médecins, qui s'en remettent grandement à eux. Les interprètes sont aussi bien acceptés et appréciés des Inuits qui utilisent leurs services, car ils savent que ces interprètes sont là pour les aider à combler leurs besoins de soins de santé.

Tungasuvvingat Inuit Family Health Team Medical Centre, Ottawa, Ontario

Tungasuvvingat Inuit, centre communautaire de counseling et de ressources pour les Inuits, à Ottawa, a récemment ouvert l'Inuit Family Health Team Medical Centre (Tungasuvvingat Inuit, s.d.). Ce centre a pour but d'offrir des services efficaces de soins de santé primaires aux membres de la communauté inuite et de leur donner accès à une équipe complète de médecins, d'infirmières autorisées, d'interprètes ou de gestionnaires de cas, de sages-femmes et de guérisseurs traditionnels.

Programme des accompagnateurs des patients autochtones et Shanawdithit Shelter, St. John's Native Friendship Centre, Terre-Neuve-et-Labrador

Comme l'Ottawa Health Services Network le décrit plus haut, le St. John's Native Friendship Centre élabore actuellement un continuum de soutien aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis qui doivent se rendre à St. John's pour accéder à des services de santé. Ce projet, fondé sur des preuves concrètes, répond à un besoin identifié lors d'une recherche (menée par le personnel enseignant de l'École de médecine de Memorial University) qui a exploré les besoins de santé des Autochtones en milieu urbain, dans la région. Le personnel du centre d'amitié a aussi visité un programme en Ontario qui offre des soutiens similaires, afin de tirer parti de son expérience.

Pour apporter des appuis très nécessaires à ce secteur de la communauté, le centre d'amitié a entrepris deux projets : mise en poste d'accompagnateurs des patients autochtones dans un hôpital local et création d'un refuge qui offre un hébergement temporaire.

En partenariat avec Eastern Health, et avec l'appui du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, le centre a créé deux postes au sein de son personnel pour les accompagnateurs autochtones. Ces accompagnateurs travaillent à partir du centre des sciences de la santé de la ville et sont intégrés à une équipe pluridisciplinaire qui dispense des services de santé adaptés aux Autochtones, dans le respect de leur culture. Les accompagnateurs rencontrent les patients soit parce qu'ils ont été recommandés par le personnel de l'hôpital, soit parce qu'ils se sont fait connaître dans le milieu, ou tout simplement en se présentant aux patients et en leur expliquant les services qu'ils offrent. Les accompagnateurs jouent le rôle d'interprètes, à la fois pour les langues, les concepts, les idéologies et les pratiques. Par exemple, ils peuvent faire de l'interprétariat anglais-inuktitut pour que les patients comprennent ce que disent les médecins, ou interpréter les façons d'être et de savoir autochtones et non autochtones afin d'aider les patients à mieux saisir ce qui leur arrive dans le système de santé. Les accompagnateurs contribuent à faire tomber les obstacles entre les médecins et les patients. Ils consultent les travailleurs sociaux des établissements de santé, veillent à ce que les patients aient l'équipement nécessaire, facilitent la planification des sorties pour que les patients obtiennent les soins voulus une fois rentrés à domicile. Un guide de ressources sur les services connexes à la santé a été préparé pour être distribué aux patients.

Le centre gère aussi le Shanawdithit Shelter. Ce refuge compte 10 chambres et peut héberger jusqu'à 23 personnes, de manière temporaire, dans un milieu sûr et sécuritaire. Il est confortable et convivial, peut loger les gens pour des séjours de courte ou de longue durée, et c'est le seul refuge de la ville qui accueille les familles. Le personnel comprend un cuisinier, et les repas sont servis aux clients sans frais supplémentaires. Le refuge sert une nourriture saine, aussi traditionnelle que possible.

Les services du refuge visent principalement les Autochtones qui sont de passage à St. John's. Ils comprennent des services de transport et de buanderie pour les membres de la communauté qui se font soigner à l'hôpital ou qui y visitent des patients. En général, lorsque le refuge organise ces services, il traite directement avec les organismes autochtones ou avec Santé Canada. Comme le refuge ne bénéficie d'aucun financement externe pour ses activités, il suit une formule de paiement à l'acte. Récemment, il a restructuré ses tarifs pour que ses services soient accessibles aux membres de la communauté. De plus, le refuge a conclu un partenariat avec le gouvernement provincial et accepte, quand il le peut, des clients des services sociaux provinciaux. Il s'agit d'un arrangement qui contribue à sa stabilité financière.

Les nouveaux programmes ont permis au centre d'amitié d'offrir une gamme étonnamment complète de soutiens aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis qui doivent venir en ville pour des soins de santé. Le personnel du centre accueille les gens à l'aéroport, les transporte là où ils doivent se rendre et organise au besoin des rendez-vous pour les clients. Le personnel peut aussi transporter les clients jusqu'au centre, qui veille à tous leurs besoins d'hébergement. Le centre offre des services et des soutiens complets à sa clientèle, lui permettant de se concentrer sur ses besoins de santé et de mieux-être.

La réaction de la communauté à la programmation du centre d'amitié s'est révélée extrêmement positive. Les clients disent qu'ils se sentent plus à l'aise au refuge que partout ailleurs et qu'ils préfèrent voyager dans la fourgonnette du centre plutôt que par tout autre moyen de transport. En règle générale, les gens qui doivent venir en ville pour obtenir des services médicaux sont stressés et vulnérables et doivent faire des efforts pour surmonter les obstacles culturels. Avec le soutien du centre, ils arrivent à l'heure à leurs rendez-vous, vivent une expérience relativement satisfaisante et sont enclins à revenir. Dans cette mesure, les services du centre contribuent à l'observance thérapeutique des patients.

Bien évidemment, la demande est très élevée pour les services du centre. Chaque mois, le centre fait plus de 900 transports de passagers, et l'an dernier, le refuge a continuellement affiché complet, puisque beaucoup de clients avaient réservé à l'avance. Les clients autochtones ont priorité. Quand le refuge est complet, les membres du personnel s'efforcent de trouver un autre hébergement pour les gens qu'il ne peut loger.

L'un des facteurs majeurs de succès des activités du centre d'amitié est son niveau de coordination qui permet d'offrir des services complets. Un autre élément important est la mise en place « des bonnes personnes », c'est-à-dire des gens qui ont la personnalité, les compétences et les capacités voulues pour mettre les clients à l'aise dans toute la mesure du possible, lors de situations généralement stressantes.

Recherche qui renforce la compréhension, la capacité et la responsabilisation

La majorité des participants aux discussions régionales représentaient des organisations qui se consacrent directement à la prestation des services. Durant ces discussions, des questions qui indiquaient un besoin de recherches dans des domaines précis ont été soulevées (par exemple, besoin de concevoir des moyens efficaces de mesurer les résultats qualitatifs des activités ou d'élaborer un processus et une politique qui permettent aux Autochtones de s'auto-identifier en toute sécurité lors du processus d'accueil). Pourtant, seuls quelques rares participants ont fait référence aux activités de recherche lors des débats sur les pratiques. Il faut préciser toutefois que, durant la période où les discussions régionales se sont déroulées, l'Organisation nationale de la santé autochtone et ses affiliés ont appris qu'ils ne recevraient plus de financement de Santé Canada. Durant plusieurs discussions régionales, les participants ont fait part de leurs inquiétudes à propos de la fermeture de l'ONSA et de la perte de ses capacités de recherche.

L'autorité sanitaire Noojimawin, présentée dans cette partie, est sans doute unique au Canada. Cet organisme financé par le gouvernement provincial a pour mission de cibler la recherche, le partage des connaissances et la planification afin d'appuyer les programmes et les services de santé communautaires pour les Autochtones. D'autres organismes autochtones ont établi des partenariats avec des centres de recherche en vue de mettre en place une base de données et d'éléments de preuves pour les interventions ciblées sur les besoins distincts des populations qu'elles desservent ou représentent. En voici des exemples : centre de santé autochtone De Dwa Dah Dehs Ney>s, Ontario Federation of Indian Friendship Centres, Hamilton Executive Directors' Aboriginal Coalition (en partenariat avec le Centre for Research

and Inner City Health, à l'Hôpital St. Michael de Toronto), Manitoba Métis Federation (en partenariat avec le Manitoba Centre for Health Policy) et Metis Nation of Alberta (Alberta Health and Wellness, Agence de la santé publique du Canada et School of Public Health de l'Université de l'Alberta à Edmonton). Agrément Canada, un organisme national sans but lucratif qui offre aux organismes de soins de santé un processus externe d'examen par les pairs pour évaluer et améliorer la qualité de leurs services, a établi des normes spécifiques de santé communautaire et de réadaptation pour les prestateurs de services de santé aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Autorité sanitaire Noojimawin, Toronto, Ontario

L'autorité sanitaire Noojimawin, fondée en 1997 dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de la province, est l'une des cinq autorités de planification de la santé autochtone en Ontario et la seule dont la clientèle est à la fois urbaine et rurale (autorité sanitaire de Noojimawin, s.d.). Le mandat de Noojimawin est centré sur la planification, les recherches, la collecte et l'analyse des données ainsi que sur la communication et le partage de l'information dans le domaine de la santé.

Les récents projets de Noojimawin comprennent une initiative d'équité en matière de santé, pour renforcer l'équité en matière de santé dans le contexte des soins de santé, par une mobilisation, des solutions, des politiques et une mise en œuvre. Ce projet de recherche a été entrepris en partenariat avec le groupe de jeunes Equiteam Health Force. Parmi les intervenants, on comptait notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé de la région du Grand Toronto (RLISS du GT), le Hospital Collaborative on Marginalized Populations du RLISS du centre de Toronto, le Native Women's Resource Centre et les organismes Anishnawbe Health Toronto et Andayaun Women's Shelter. Le projet a exploré les situations de racisme vécues par les Autochtones dans le contexte des soins de santé, en faisant des cercles de partage pour recueillir directement des renseignements auprès des membres de la communauté autochtone. Le projet a aussi inclus une analyse documentaire. Noojimawin en est maintenant aux étapes finales de compte rendu du projet, mais déjà plusieurs hôpitaux qui y ont participé ont fait des demandes de formation en compétence culturelle.

Voici quelques autres exemples de projets récents : aide à des protocoles de sensibilisation communautaire autochtone pour un RLISS situé dans une région qui inclut à la fois un centre urbain et une communauté autochtone; projet sur la responsabilisation des soins, qui a rassemblé des prestateurs de services de santé, le RLISS et les membres de la communauté autochtone pour explorer les moyens de travailler ensemble afin de renforcer les résultats de santé; animation d'ateliers de compétence culturelle pour le personnel d'un RLISS et d'un hôpital.

Noojimawin a entrepris plusieurs activités pour améliorer les capacités des jeunes Autochtones, entre autres de ceux qui font partie de son équipe de recherche. Noojimawin a aussi obtenu un financement pour former les jeunes dans les domaines de l'animation, des compétences de vie et des approches traditionnelles. Les participants à ce programme sont ensuite allés offrir des ateliers aux autres jeunes de la communauté sur des thèmes actuels pertinents pour eux. Au cours d'une période de trois mois, les jeunes animateurs ont tenu plus de 20 ateliers pour environ 150 jeunes participants.

Notre santé compte : Banque de données sur les Autochtones en milieu urbain, Centre for Research on Inner City Health (St. Michael's Hospital), centre de santé autochtone De Dwa Dah Dehs Ney>s, Ontario Federation of Indian Friendship Centres et Hamilton Executive Directors' Aboriginal Coalition, Hamilton, Ontario

Ce projet de base de données sur la santé des Autochtones en milieu urbain a été créé pour combler les manques de renseignements sur la santé des Autochtones et pour améliorer la compréhension des problèmes et des défis de santé auxquels cette population se trouve confrontée (St. Michael's Hospital, 2011; Smylie et coll.). En partenariat avec des organismes et des membres des communautés des Premières Nations, une équipe de recherche associée au Centre for Research on Inner City Health, au St. Michael's Hospital, à Toronto, a recueilli des données sur les déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté, les maladies et le revenu pour les membres des Premières Nations de Hamilton.

Cette étude a conclu à d'importantes iniquités en matière de santé dans la région. Voici certaines des constatations majeures :

- Les membres des Premières Nations qui vivent à Hamilton ont de hauts niveaux de pauvreté et sont confrontés à d'importants défis quant aux déterminants liés à la santé, comme le logement et la sécurité alimentaire.
- Les membres des Premières Nations qui vivent à Hamilton ont aussi de hauts niveaux de maladies chroniques et d'invalidité. Par exemple, la prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations est deux fois plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne.
- Les membres des Premières Nations qui vivent à Hamilton se heurtent à de grands obstacles dans l'accès aux services de santé et ont des taux d'admission à l'hôpital beaucoup plus élevés que le reste de la population de Hamilton et de l'Ontario (à la fois pour les maladies aiguës et non aiguës).
- Les membres des Premières Nations qui vivent à Hamilton font preuve d'une résilience et d'une continuité culturelles remarquables.

Les chercheurs ont eu recours à une technique d'échantillonnage novatrice pour recruter les participants en offrant des primes en espèces à ceux qui achevaient leur entrevue afin de recruter des participants supplémentaires. Ce processus a permis aux chercheurs de communiquer avec des membres de la communauté qui sont généralement exclus du recensement, par exemple.

Le rapport de recherche du projet préconise une participation accrue et significative (accompagnée d'un financement pertinent) des communautés et des organismes autochtones dans la planification, la conception, la prestation et la gouvernance des activités pour remédier aux iniquités critiques dans les déterminants de la santé, les taux de maladies chroniques et d'invalidité ainsi que l'accès à des services et à des soins équitables. Le rapport recommande aussi la création et l'expansion de services de soins de santé culturellement adaptés et sûrs, y compris la mise en place de centres de santé communautaires ainsi que de programmes et de services offerts par des Autochtones.

Parallèlement à cette initiative de recherche de Hamilton, l'équipe de projet a entrepris deux études similaires pour les Inuits et les Métis à Ottawa. Elle fera paraître ses rapports sur ces projets de recherche.

Profil de l'état de santé des Métis et de l'utilisation des services de santé au Manitoba : Étude axée sur la population, Manitoba Centre for Health Policy et Fédération des Métis du Manitoba

Ce profil de l'état de santé de la population et de l'utilisation des services de santé au Manitoba, qui a pris la forme d'une étude axée sur la population, examine des indicateurs liés à l'état de santé, à l'utilisation des services de santé et aux déterminants sociaux de la santé pour les Métis du Manitoba (Martens et coll., 2010). L'étude, entreprise par le Manitoba Centre for Health Policy en collaboration avec la Fédération des Métis du Manitoba (FMM), visait à déterminer s'il existe des différences importantes au sein de la population métisse et entre les Métis et tous les autres Manitobains, dans plusieurs régions géographiques (au niveau provincial, par autorité sanitaire régionale, par région rurale plus vaste, en fonction des sept régions de la FMM et des 12 régions communautaires de Winnipeg). Au niveau provincial, les conclusions majeures de cette étude sont notamment les suivantes :

- La population métisse est plus jeune que le reste de la population au Manitoba.
- La prévalence de la plupart des maladies chroniques est plus élevée parmi la population métisse que dans l'ensemble de la population; celle des maladies mentales est similaire ou plus élevée.
- Bien que certains indicateurs de la santé montrent que les enfants métis vivent des expériences similaires à celles des autres enfants du Manitoba, les taux d'allaitement sont plus bas, tandis que celui des grossesses chez les adolescentes, celui de la mortalité due à des blessures chez les enfants et celui des cas de TDAH sont plus élevés.
- Les Métis utilisent autant, ou plus, les services des médecins que les autres Manitobains, mais ils bénéficient généralement moins d'un bon continuum de soins. Les Métis sont aussi plus souvent hospitalisés (en raison de leur plus mauvais état général de santé) et ont plus tendance à faire appel à des services de chirurgie et de diagnostic de haut niveau.

- Les Métis utilisent davantage les services de soins à domicile et de soins personnels que les autres Manitobains.
- La population métisse consomme beaucoup plus de médicaments d'ordonnance que les autres Manitobains.
- Les Métis et les autres Manitobains obtiennent des soins de qualité similaire en ce qui concerne certains indicateurs importants, mais quelques secteurs restent préoccupants, notamment le nombre élevé d'ordonnances pour des antidépresseurs pour les Métis âgés.
- La santé autoévaluée des Métis est plus médiocre que celle des autres Manitobains, mais les Métis disent avoir des taux de satisfaction envers la vie, de mieux-être émotionnel et de stress autoévalué similaires. Les Métis consomment moins de fruits et de légumes, fument beaucoup plus et ont plus tendance à être en surpoids que les autres Manitobains. Mais le niveau de leurs activités physiques totales est plus élevé.
- Les résultats dans les domaines de l'éducation et des services sociaux tendent à être plus médiocres pour les Métis que pour les autres Manitobains. De plus, les enfants métis sont deux fois plus susceptibles que les autres enfants manitobains de vivre dans une famille qui reçoit une aide provinciale au revenu. Ils sont aussi plus souvent confiés à la garde des services à l'enfance et à la famille.

En faisant ressortir des différences essentielles entre les Métis et les autres Manitobains et en fournissant des données qui peuvent être ventilées aux niveaux régionaux et communautaires, cette étude appuie l'élaboration de plans de santé qui répondent aux besoins distincts et localisés des Métis au Manitoba (Houlden, 2010). La FMM, les autorités sanitaires régionales et les planificateurs provinciaux pourront utiliser ces conclusions pour déterminer où instaurer de nouveaux programmes et politiques. De plus, ils auront des éléments de preuve à partir desquels ils pourront identifier les réussites dans le domaine des soins de santé. La FMM a conçu un processus holistique axé sur le mieux-être, qui sera utilisé pour interpréter les résultats de l'étude.

Normes pour les services aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, Agrément Canada

Il y a environ 50 ans, Agrément Canada a commencé à élaborer des normes pour les hôpitaux de soins actifs. Agrément Canada a maintenant mis en place des normes pour les services de santé mentale, de santé communautaire, de réadaptation et de soins de longue durée. En 1999, Agrément Canada a établi des normes spécifiques de santé communautaire et de réadaptation (axées sur la réadaptation des toxicomanes) pour les prestateurs de services aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Pour élaborer et instaurer ces normes spécifiques, propres aux prestateurs de services aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, Agrément Canada a travaillé en partenariat avec Santé Canada et avec un comité consultatif dont les membres représentaient des organismes d'un peu partout au Canada (Agrément Canada, s.d). Santé Canada a demandé à Agrément Canada de concevoir des normes spécifiques, culturellement adaptées, dans divers secteurs, entre autres pour les soins holistiques, le rôle et l'importance des Aînés, les pratiques traditionnelles et culturelles, et la sécurisation culturelle. La participation au programme est facultative. Ces normes spécifiques ont été adoptées par des organismes au service d'Autochtones et de non-Autochtones.

Les clients d'Agrément Canada disent que la participation à ce programme et l'application des normes culturellement spécifiques ont aidé leur organisme à atteindre un niveau d'excellence égal à celui atteint partout ailleurs au Canada. Ceci renforce la confiance qu'ont les membres de la communauté quant à la capacité de l'organisme à répondre à leurs besoins de santé et de mieux-être. On peut aussi faire valoir que ceci aide les gens et les communautés à prendre la responsabilité de leur état de santé et de leurs besoins de soins de santé. Les clients signalent également que le processus d'agrément à lui seul a aussi amélioré la qualité de leurs services. De plus, grâce à cet agrément, les organismes peuvent « se sentir à l'aise autour de la table » lors des rencontres avec d'autres organismes de services de santé communautaires.

TORONTO

Nous sommes tous humains

Les grands yeux du loup en arrière-plan, en haut de l'image, symbolisent l'humilité et signifient que nous devons tous nous faire face avec respect dans les deux mondes de cette société en déséquilibre. *Nous sommes tous humains.* Le médecin avec son sonotone à entonnoir dans l'oreille illustre la nécessité, pour le système de soins de santé occidental, d'être à l'écoute des Autochtones, représentés ici comme les quatre stages de vie : bébé, jeune, adulte et Aîné.

Le symbole « pas de cellulaire » représente une discussion sur la technologie et sur le besoin de « déconnecter » pour se remettre à l'écoute de la sagesse des Anciens. Les rouleaux d'écorce de bouleau, connus aussi sous le nom de parchemins Midewiwin, sont des pictogrammes des connaissances anishinaabe révérées et transmises par les ancêtres.

L'image « pas de pansement sur les bobos » représente une discussion sur le fait qu'il n'existe pas de solutions de fortune aux problèmes de santé des Autochtones. Les mocassins ont été ajoutés à la demande d'un participant pour encourager la réflexion sur l'empathie : « Marchez un mille dans mes souliers ».

4. Maintenir et renforcer les changements positifs

La question finale posée aux participants aux discussions régionales les a invités à considérer les changements à faire pour maintenir et renforcer les pratiques, afin d'améliorer la compétence culturelle et la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans les systèmes de soins de santé en milieu urbain.

Les réponses ont souligné les importantes contributions que peuvent faire tous les intervenants à la prestation des services de santé aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Ces recommandations étaient notamment les suivantes :

Personnel et praticiens de la santé en première ligne :

- Se faire les ardents défenseurs de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle.
- Travailler à améliorer sa propre compétence culturelle, processus qui exige une réflexion personnelle continue, le désir d'apprendre tout au long de la vie et une volonté de changement.
- Établir des rapports respectueux et attentifs avec les patients, les clients et les collègues, pour reconnaître et affirmer leurs identités culturelles distinctes et pour favoriser des rapports de confiance et de soutien mutuels.
- Fournir des soins de santé centrés sur le patient, qui répondent aux besoins identifiés par le patient.
- Rechercher et créer des possibilités de partenariat et de collaboration qui permettent de renforcer la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.
- Consigner et partager les succès et les leçons apprises.

Haute direction des systèmes de santé en milieu urbain :

- Se faire les ardents défenseurs de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle. Renforcer la sensibilisation à la fois au sein de son propre organisme et à l'extérieur, en faisant mieux connaître la valeur et l'importance de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle.
- Travailler au renforcement de sa propre compétence culturelle et de la compétence culturelle de son organisme, processus qui exige un leadership, un engagement prouvé, des outils de politique et une allocation suffisante de ressources.
- Chercher et créer des possibilités de partenariat et de collaboration qui permettent à son organisme d'augmenter sa capacité de fournir des services culturellement adaptés et de renforcer la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui s'adressent à cet organisme.
- Veiller à ce que les Premières Nations, les Inuits et les Métis participent de manière significative à la planification, à la prise de décisions, aux activités consultatives et à la gouvernance ainsi que dans d'autres contextes où ils peuvent influencer ou prendre les décisions sur des questions qui les touchent.
- Être à l'écoute du leadership des Premières Nations, des Inuits et des Métis et reconnaître leur savoir-faire dans l'identification de leurs besoins personnels et collectifs, de leurs capacités, de leurs forces et de leurs possibilités. Apprécier et reconnaître les connaissances, l'expertise et les compétences des guérisseurs traditionnels, des conseillers, des enseignants et autres gardiens et praticiens des connaissances traditionnelles.
- Élaborer des politiques et des initiatives pour appuyer le recrutement et le maintien d'effectifs autochtones à tous les niveaux de l'organisme.
- Adopter une approche de tolérance zéro dans son organisme face aux stéréotypes, à la discrimination et au racisme. Engager les gens qui conviennent, c.-à-d. des gens respectueux et empathiques, qui ont une formation adéquate.

Chercheurs et évaluateurs des programmes :

- Concevoir des méthodologies qui permettent d'évaluer les résultats qualitatifs des activités faites pour renforcer la compétence culturelle et la sécurisation culturelle.

Éducateurs :

- Se faire les ardents défenseurs de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle.
- Concevoir et mettre en place un programme d'études qui renforce la compétence culturelle des étudiants ainsi que leur capacité à fournir des soins culturellement sécuritaires aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Gouvernements :

- Prendre publiquement un engagement officiel à lutter contre les disparités entre les résultats de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'une part, et ceux des autres Canadiens, d'autre part. Adopter des mesures d'action pour concrétiser cet engagement.

- Fournir durablement des fonds et des ressources adéquats pour appuyer le développement, le maintien et le renforcement d'activités visant à appuyer la compétence culturelle et la sécurisation culturelle.
- Élaborer, instaurer et faire respecter des politiques qui appuient, préservent et renforcent la compétence culturelle et la sécurisation culturelle, avec notamment une formation obligatoire à la compétence culturelle dans tous les secteurs de gouvernement.
- Consulter les Premières Nations, les Inuits et les Métis et collaborer avec eux pour apprendre directement quels sont leurs besoins, leurs capacités, leurs forces et leurs possibilités.
- Veiller à ce que les leaders des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient à la table de décision pour les activités de planification, d'élaboration des politiques, de consultation et de gouvernance ainsi que pour les autres activités où ils peuvent influencer ou prendre des décisions sur des questions qui touchent les membres de leurs communautés.

Leaders des Premières Nations, des Inuits et des Métis :

- Se faire les ardents défenseurs de la compétence culturelle et de la sécurisation culturelle.
- Tirer parti des possibilités de collaboration et de partenariat pour renforcer la compétence culturelle des systèmes de soins de santé en milieu urbain et la sécurisation culturelle pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui utilisent ces systèmes.
- Revendiquer la participation aux activités de planification, de décision des politiques, de consultation et de gouvernance, c.-à-d. à tout contexte où il est possible d'influencer ou de prendre des décisions sur des questions qui touchent les membres de leurs communautés.

MONTREAL

Liberté

Au milieu de la page, on voit la Femme du Ciel, qui fait partie de l'histoire de la création chez les Haundenosaunee (Iroquois/Six Nations). Le fond vert illustre le thème de la création, représentant notre Terre-Mère. Le bleu est un autre symbole féminin qui évoque l'eau, qui est représenté dans les bras de la Femme du Ciel.

Les trois étoiles illustrent l'importance culturelle des Trois sœurs (maïs, courge et haricots). Un participant a demandé d'inclure un bébé avec un porte-enfant (juste au-dessus de la tortue) pour montrer l'importance d'aider les petits – ce qui était l'un des thèmes de la séance. À gauche, on voit une femme inuite et son bébé, en hommage aux participants inuits. L'image de la ville représente la composante importante des soins de santé en milieu urbain pour les Autochtones.

Annexe A : Liste des pratiques identifiées par les participants

Voici une liste de toutes les pratiques et organisations identifiées par les participants lors des discussions régionales tenues par le Conseil de la santé. Des études de cas sélectionnées sont en ligne, sur le Portail de l'innovation en santé du Conseil de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.

Canada

- Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, Santé Canada
- Fonds de transition pour la santé des Autochtones et Fonds d'intégration des services de santé, Santé Canada
- Collaboration avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, Partenariat canadien contre le cancer
- Cadre de compétences fondamentales, Indigenous Physicians Association et Association des facultés de médecine du Canada
- Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- Programme des Premières Nations, des Inuits et des Métis, Saint Elizabeth Health Care

Alberta

- Aboriginal Health Careers Bursary Program
- Aboriginal Health Program, Alberta Health Services
- Liaisons autochtones (divers lieux), Alberta Health Services
- Services autochtones, Association canadienne des paraplégiques (Alberta)
- Alberta Aboriginal Diabetes Wellness Program, Alberta Health Services
- Calgary Urban Project Society (CUPS) Health and Education Centres
- Représentants de la santé communautaire (divers lieux), communautés des Premières Nations
- Formation à la sensibilisation culturelle, Nechi Training, Research et Health Promotions Institute
- Elbow River Healing Lodge, Sheldon M. Chumir Health Centre, Calgary
- Holistic Approach to Health and Wellness, Native Counselling Services of Alberta
- Improving Access to Health Services for First Nations People, Maskwacis Health Services et David Thompson Health Region, Hobbema
- Integrated Mental Health and Addiction Services, Community Wellness, Bigstone Cree Nation Health Commission, Wabasca
- New in Town Aboriginal Welcome Services, Bent Arrow Traditional Healing Services, Edmonton
- Northern Alberta HIV Program, University of Alberta Hospital, Edmonton
- Poundmaker's Lodge Treatment Centres, Edmonton

Colombie-Britannique

- Aboriginal Doula Initiative
- Aboriginal Health, Vancouver Coastal Health
- Liaison autochtone et formation à la compétence culturelle, Fraser Health Authority
- Infirmière de liaison autochtone et pairs accompagnateurs, St. Paul's Hospital, Vancouver
- Changements à la culture organisationnelle et soutien en milieu de travail pour la compétence culturelle, Interior Health
- Downtown Eastside Aboriginal Health Improvement Committee, Vancouver
- First Nations Health Authority
- Acitivités de réduction des risques, Portland Housing Society Community Services Society
- Hul'qumi'num' Health Hub, Duncan

Colombie-Britannique (suite)

- Indigenous Cultural Competency Online Training Program, Provincial Health Services Authority
- Kackaamin Family Development Centre, Port Alberni
- Nuu-chah-nulth Tribal Council Nursing Program, Tseshaht First Nation
- Qul-Aun Program, Tsow-Tun Le Lum Society Substance and Abuse Treatment Centre, Lantzville
- SheWay Pregnancy Outreach Program, Vancouver
- Ts'ewulhtun Health Centre, Cowichan Tribes, Duncan
- Ateliers sur les effets des traumatismes intergénérationnels sur le développement du cerveau, Centre for Counselling and Community Safety, New Westminster

Manitoba

- Aboriginal Healing and Wellness Partnership, Brandon Friendship Centre et Brandon Regional Health Authority
- Aboriginal Health and Wellness Centre, Winnipeg
- Aboriginal Health Programs, Winnipeg Regional Health Authority
- Aboriginal Health Services, Regional Health Authority Central
- Dream Catchers, Klinic, Winnipeg
- Recrutement et rétention des effectifs autochtones, Brandon RHA
- First Nations Patient Wait Time Guarantee Pilot Project, Saint Elizabeth et Assembly of Manitoba Chiefs
- Standards in Performance Management Framework, Assembly of Manitoba Chiefs
- White Wolf Speaking, Sexuality Education Resource Centre, Winnipeg

Nouveau-Brunswick

- Initiative de sciences infirmières autochtones, Université du Nouveau-Brunswick et Mi'kmaq-Maliseet Institute
- Activités pour renforcer la compétence culturelle, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Processus d'auto-identification autochtone, Hôpital régional de Miramichi

Terre-Neuve-et-Labrador

- Aboriginal Patient Navigator Program et Shanawdithit Shelter, St. John's Native Friendship Centre
- Miawpukek First Nation Conne River Health et Social Services, Conne River
- Appuis aux étudiants autochtones dans les programmes liés à la santé, Université Memorial, St. John's
- Land-Based Family Treatment Program, Sheshatshiu Innu First Nation

Nouvelle-Écosse

- Strengthening Diversity, Inclusion and Cultural Competency, IWK Health Centre, Halifax
- Transforming How We Deliver Care: Building Cultural Safety in the Health Care System, Nova Scotia Department of Health and Wellness, Native Council of Nova Scotia; Confederacy of Mainland Mi'kmaq; Union of Nova Scotia Indians; Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs et IWK Health Centre

Ontario

- Aboriginal Cultural Safety Initiative, Anishnawbe Health, Toronto
- Politique de santé autochtone et Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Province de l'Ontario
- Aboriginal Patient Navigator, Action Cancer Ontario et Juravinski Cancer Centre, Hamilton
- Anishnawbe Health Toronto
- Changements aux dossiers de santé électroniques, Association des centres de santé communautaire

- Chronic Disease Surveillance Project, Métis Nation of Ontario
- Cultural Competency Initiative, Toronto Central Local Health Integration Network, Ontario Federation of Indian Friendship centres et Anishnawbe Health Toronto
- Formation à la compétence culturelle pour les employés, Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
- Programmes et services culturellement enrichis, Ontario Native Women's Association
- De dwa da dehs nye>s Aboriginal Health Centre, Hamilton et Brantford
- Normes pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, Agrément Canada
- Interpreter Services, Cree Patient Services
- Meno Ya Win Health Centre, Sioux Lookout
- Misiway Milopemahtesewin Community Health Centre, Timmins
- Noojimawin Health Authority
- Services de soins infirmiers pour les communautés éloignées, Nishnawbe Aski Nation
- Ontario Aboriginal Health Advocacy Initiative, Ontario Federation of Indian Friendship Centres
- Ottawa Health Services Network Inc.
- Soins palliatifs pour les membres de la communauté des Premières Nations, Treaty 3 Grand Council et Lakehead University
- Toronto Central Community Care Access Centre
- Traditional Healing Program, Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre, London et Muncey
- Tungasuvvingat Inuit Family Health Team Medical Centre, Ottawa
- Wabano Centre for Aboriginal Health, Ottawa
- 21-Day Treatment Cycle, Service autochtone, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

Québec

- Adapter nos interventions à la réalité autochtone, First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission
- Clinique Minowé, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
- Internats dans la communauté, École de médecine de McGill
- Modèle de soins culturellement compétents, Kahnawake Shakotiia'takenhas Community Services, Kahnawake
- Projet de prévention du diabète, Centre d'amitié autochtone de la Tuque
- First Nations and Inuit Suicide Prevention Association of Quebec and Labrador, Montréal
- Montreal Urban Aboriginal Health Committee
- Post-Secondary Training to Support the Development of Early Childhood Prevention Services, First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission
- Soutien aux clientes qui ont besoin de services médicaux, Foyer pour femmes autochtones, Montréal

Saskatchewan

- Aboriginal Health Curriculum, College of Medicine, Université de la Saskatchewan
- Aboriginal Home Care Project, Regina-Qu'Appelle Health Region
- Conseillers en toxicomanie dans les écoles secondaires, Prince Albert Regional Health Authority
- All Nations Healing Hospital, Fort Qu'Appelle
- Building Health Equity Project, Our Neighbourhood Health Centre, Saskatoon Health Region
- Eagle Moon Health Office, Regina-Qu'Appelle Health Region
- Four Directions Community Health Centre, Regina Qu'Appelle Health Region

ST. JOHN'S

Paix

Le fond brun de cette image évoque les racines, un thème important pour la Nation mi'kmaq qui retrouvent ses racines et reconstruit sa culture. L'aigle au sommet incarne la vision, la prévoyance, la protection des gens aimés par l'aigle, tandis que le loup symbolise l'importance de l'humilité.

Les gens sont venus des diverses provinces de l'Atlantique pour participer aux séances à St. John's. La présence des Inuits est représentée par l'Inukshuk et l'Ulu, un couteau de femme inuite, représenté ici sous forme d'un grand demi-cercle au milieu de l'illustration. Un participant du Nouveau-Brunswick a demandé d'inclure des crosses de fougère, en tant un élément important dans la médecine.

Beaucoup de gens ont demandé que des illustrations de leurs cartes professionnelles soient intégrées à cette image, pour illustrer le rassemblement et le partenariat en vue d'une approche holistique et équilibrée des soins de santé. Ce thème positif a sous-tendu toute la séance.

Saskatchewan (suite)

- Inclusion de l'historique et des questions autochtones dans le programme d'études obligatoires de la prématernelle à la 12e année
- Medical Training Program, Northern Medical Services, Université de la Saskatchewan
- Memorandum of Understanding for Improved Health and Well-Being for Aboriginal People Served by the Saskatoon Health Region, Saskatoon Regional Health Authority et the Aboriginal Health Council
- Memorandum of Understanding on First Nations Health and Well-Being in Saskatchewan
- Northern Labour Market Strategy, Aboriginal Health Human Resources Initiative
- Prioritizing relationships with First Nations communities, Prairie North Regional Health Authority
- Step into Health Careers Program
- Westside Clinic, Saskatoon Health Region

Yukon

- Cultural Orientation Protocols Toolkit, First Nations Health and Social Development Commission
- First Nations Health Programs, Whitehorse General Hospital

Concepts et outils

- Intercultural Development Inventory (utilisé pour une autoévaluation)
- Métis Life Promotion Framework, Dre Judith Bartlett
- Social Return on Investment Template (pour appuyer à la fois les activités sociales et commerciales)
- Transtheoretical Model of Change (Prochaska & DiClemente) (utilisé dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies)
- Two-Eyed Seeing (Etuaptmumk) Teaching, Elder Albert Marshall, pratique qui consiste à s'inspirer à la fois des connaissances et du savoir indigènes et occidentaux

Annexe B : Bibliographie

Les descriptions de pratiques présentées dans ce document s'appuient sur des renseignements donnés par les participants lors des discussions régionales. Par souci d'exactitude, beaucoup de descriptions intègrent aussi des renseignements puisés dans des documents internes fournis par les participants ainsi que sur les sites Web des organismes qui suivent ces pratiques. Ces sources supplémentaires de renseignements sont données ci-dessous.

- Aboriginal Health Services. (2012). *Aboriginal Health Program*. Extrait de http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1009563
- Aboriginal Health Services Network. (s.d.). *About Us*. Extrait de http://www.ohsni.com/en/page/About_Us
- Agrément Canada. (s.d.). *Communautés autochtones*. Extrait de http://www.accreditation.ca/aboriginal-communities/
- Agrément Canada. (s.d.). *Leading Practice, Aboriginal Patient Navigator Program*. Extrait de http://www.accreditation.ca/en/LeadingPractice.aspx?id=2838
- Anishnawbe Health Toronto. (2011). *Aboriginal Cultural Safety Initiative*. Extrait de http://www.aht.ca/aboriginal-culture-safety/cultural-safety
- Association canadienne des paraplégiques (Alberta). (s.d.). *Services autochtones*. Extrait de http://www.cpa-ab.org/programs_services/aboriginal
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2012). *Service autochtone*. Extrait de http://www.camh.ca/en/hospital/care_program_and_services/addiction_programs/Pages/guide_aboriginal_service.aspx
- De dwa da dehs nye>s Aboriginal Health Centre. (2012). *Aboriginal Health Centre*. Extrait de http://aboriginalhealthcentre.com/about-us/
- File Hills Qu'Appelle Tribal Council. (s.d.). *All Nations Healing Hospital*. Extrait de http://fhqtc.com/
- Gouvernement de la Saskatchewan. (2010). *Memorandum of Understanding: First Nations Health & Well-Being in Saskatchewan*. Extrait de http://www.health.gov.sk.ca/aboriginal-health-mou
- M. Houlden. (2010). *Metis Health Status and Healthcare Use in Manitoba: A summary of the report, Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study.* Winnipeg: Community Health Sciences, Faculty of Medicine, Université du Manitoba.
- IWK Health Centre. (2009). *Diversity and Inclusion*. Extrait de http://www.iwk.nshealth.ca/index.cfm?objectid=86E8E154-EBF9-C883-8D0A5563CC33E1F8
- Juravinski Cancer Centre. (s.d.). *Aboriginal Patient Navigator*. Extrait de http://www.jcc.hhsc.ca/body.cfm?id=84
- P. Martens, J. Bartlett, E. Burland, H. Prior, C. Burchill, S. Huq, … A. Bailly. (2010). *Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study.* Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy.
- Métis Nation of Alberta. (2007). *Public Health Surveillance Program*. Extrait de http://albertametis.com/MNAHome/Metis-Health-And-Wellness.aspx
- Misiway Milopemahtesewin Community Health Centre. (s.d.). *Welcome to Misiway*. Extrait de http://www.misiway.ca/home.html
- Noojimawin Health Authority. (s.d.). Extrait de http://www.noojimawin.com/home.html
- Nuu-chah-nulth Tribal Council. (s.d.). *Nuu-chah-nulth Nursing Program*. Extrait de http://www.nuuchahnulth.org/tribal-council/nursing.html

- Province de la Colombie-Britannique. (2011). *The Transformative Change Accord: Tripartite First Nations Health Plan*. Extrait du ministère des Relations et de la Réconciliation avec les Autochtones : http://www2.gov.bc.ca/gov/admin/copyright.page
- Provincial Health Services Authority in British Columbia. (s.d.). *Indigenous Cultural Competency Training Program*. Extrait de http://www.culturalcompetency.ca/
- Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. (2012). *Objectif de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones.* Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario : http://www.mcss.gov.on.ca/fr/mcss/programs/community/ahws/goal_strategy.aspx
- Regina Qu-Appelle Health Region. (s.d.). *Eagle Moon Health Office*. Extrait de http://www.rqhealth.ca/programs/aboriginal/eagle_moon_hlth_office.shtml
- Regional Health Authority Central Manitoba. (2009). *Aboriginal Program*. Extrait de http://www.rha-central.mb.ca/service.php?id=96
- Saint Elizabeth Health Care. (2011). *Saint Elizabeth First Nations, Inuit and Métis Program*. Extrait de http://fnim.atyourside.ca/home
- J. Smylie, M. Firestone, L. Cochran, C. Prince, S. Maracle, M. Morley, . . . B. McPherson. (s.d.). *Our Health Counts Urban Aboriginal Health Database Research Project, Community Report.* Hamilton, ON: De Dwa Da Dehs Ney>s Aboriginal Health Centre, Ontario Federation of Indian Friendship Centres, Hamilton Executive Directors' Aboriginal Coalition et Our Health Counts Governing Council.
- Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. (2012). *S.O.A.H.A.C.* Extrait de http://www.soahac.on.ca/index.htm
- St. Michael's Hospital. (2011). *Our Stories: Striking levels of poverty, illness found in Aboriginal People living in urban areas: study*. Extrait de http://www.stmichaelshospital.com/media/detail.php?source=hospital_news/2011/20111208_hn
- Association des facultés de médecine du Canada. (s.d.). *Initiative concernant la santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations.* Extrait de http://www.afmc.ca/pdf/IPAC-AFMC%20Indigenous%20Health%20Education%20Initiatives-e.pdf
- Tungasuvvingat Inuit. (s.d.). *Tungasuvvingat Inuit Family Health Team Medical Services*. Extrait de http://www.tungasuvvingatinuit.ca/eng/diabetes.htm
- Université du Nouveau-Brunswick. (s.d.). *Aboriginal Nursing Initiative*. Extrait de http://www.unb.ca/fredericton/nursing/aboriginalinitiative/index.html
- Winnipeg Regional Health Authority. (s.d.). *Aboriginal Health Programs*. Extrait de http://www.wrha.mb.ca/aboriginalhealth/about.php

Remerciements

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier AMR Planning and Consulting Inc. de son travail de planification et d'animation pour la tenue des sept séances régionales et pour la préparation du rapport des actes de ces réunions. Il souhaite aussi exprimer sa gratitude à l'artiste Leah Fontaine pour la création des illustrations visuelles des séances, incluses tout au long de ce rapport.

Le Conseil de la santé exprime sa reconnaissance au Conseil consultatif pour ses contributions à l'élaboration de ce rapport.

Groupe consultatif

Dre Catherine Cook
Conseillère, Conseil canadien de la santé, Présidente du groupe d'experts

Simon Brascoupé
Directeur général intérimaire, Organisation nationale de la santé autochtone

Nicole Robinson
Agente de recherche, Organisation nationale de la santé autochtone

Dr Malcolm King
Directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada

Dre Margo Greenwood
Responsable universitaire, Centre national de collaboration de la santé autochtone

Dre Marcia Anderson DeCoteau
Présidente, Indigenous Physicians Association of Canada; Professeure adjointe, Sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba

Lisa Perley-Dutcher
Directrice, Initiative des ressources humaines en santé autochtone, Faculté de sciences infirmières, Université du Nouveau-Brunswick

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
conseilcanadiendelasante.ca

Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain.

Décembre 2012
ISBN 978-1-926961-67-5 PDF
ISBN 978-1-926961-68-2 Imprimé

Comment citer cette publication :

Conseil canadien de la santé. (2012). *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain.* Toronto : Conseil canadien de la santé.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et sous réserve que le Conseil canadien de la santé soit dûment mentionné.

© 2012 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 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.

Health Council of Canada
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
conseilcanadiendelasante.ca