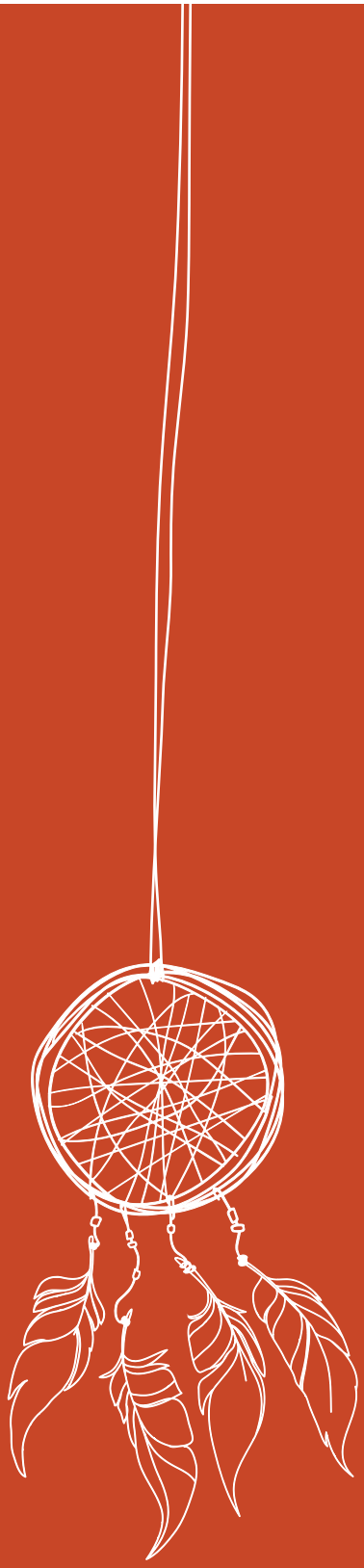


Prévention et gestion des maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations :

UN CADRE D'ORIENTATION

Services aux Autochtones Canada
Indigenous Services Canada
Canada

Also available in English under the title:
Preventing and Managing Chronic Disease in First Nations Communities: A Guidance Framework

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Services aux autochtones Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre des services aux autochtones Canada, 2018

Date de publication : février 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H34-313/1-2017F-PDF
ISBN : 978-0-660-09258-4
Pub. : 170175

Table des matières

Remerciements 5

1.0 Introduction 6

1.1 Contexte 6

1.2 L'atteinte de la santé et le mieux-être 7

1.3 Santé, mieux-être et culture des Premières Nations 8

1.4 *Cadre* du mieux-être des autochtones 8

1.5 Objet du présent *Cadre* 10

2.0 L'impact des maladies chroniques 12

2.1 Qu'est-ce qu'une maladie chronique? 12

2.2 Facteur de risque communs associés aux maladies chroniques 12

2.3 Déterminants sociaux de la santé 13

2.4 Déterminants de la santé propres aux Autochtones 13

2.5 Défis que pose le système de santé 15

3.0 Élaboration d'un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques au sein des Premières Nations 17

3.1 Méthodologie 17

3.2 Approche conceptuelle en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques : le *Modèle de soins chroniques élargi* 17

3.3 Participation des Premières Nations à l'échelle du pays 20

4.0 Cadre d'orientation 21

4.1 Énoncé de vision 21

4.2 Principes directeurs 21

4.3 Domaines d'intervention 23

1. Collaboration et coordination 24
2. Milieux sécuritaires et favorables 29
3. Compétences personnelles et professionnelles 35
4. Systèmes d'information et partage de données 40

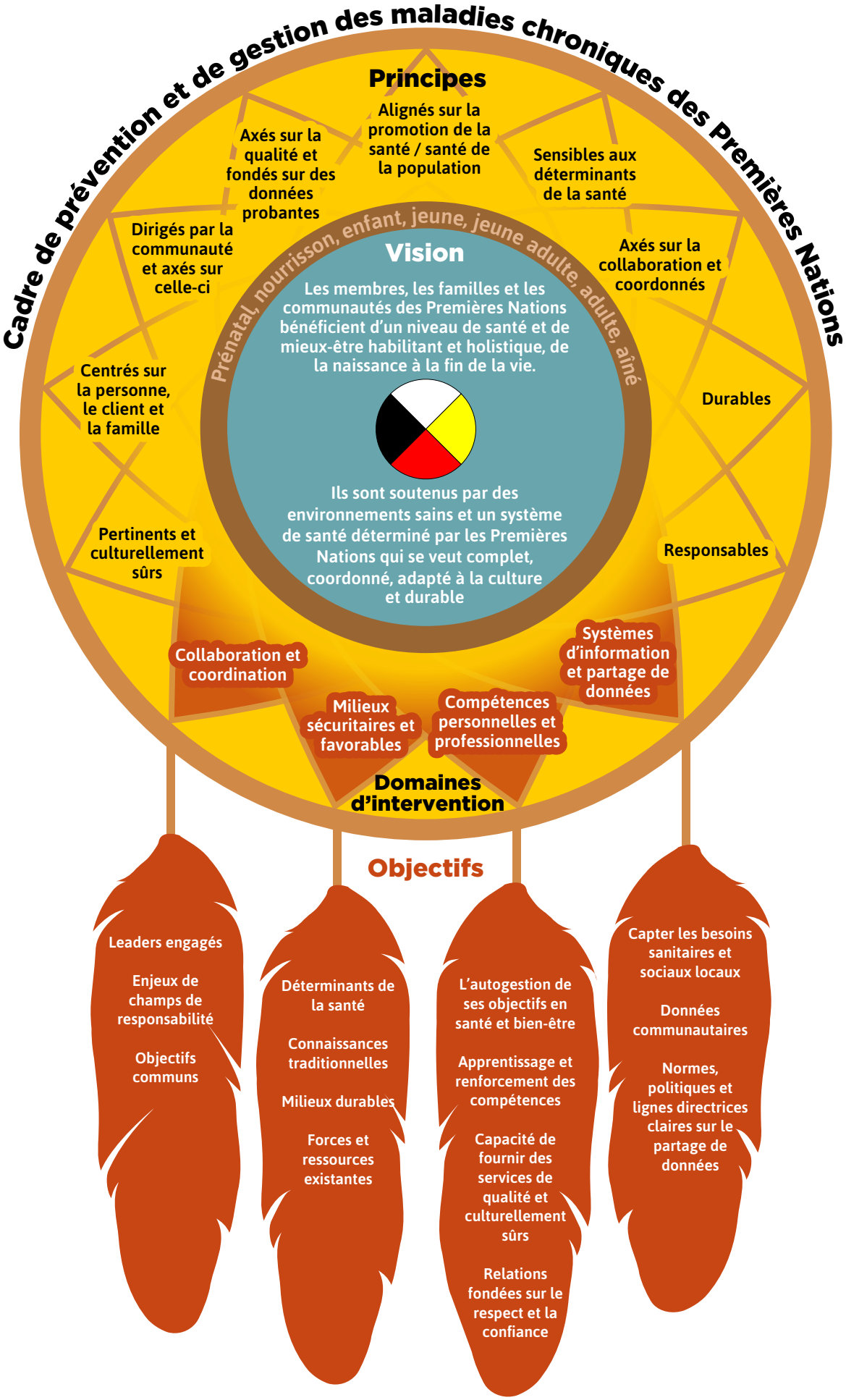
5.0 Conclusion 44

Annexe 1: Autres modèles et approches 45

Le continuum « *mieux-être – maladies chroniques* » 45

L'*Approche axée sur le parcours de vie* 45

Notes en fin de texte 47


Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques des Premières Nations
Principes
Alignés sur la promotion de la santé / santé de la population
Axés sur la qualité et fondés sur des données probantes
Sensibles aux déterminants de la santé
Dirigés par la communauté et axés sur celle-ci
Axés sur la collaboration et coordonnés
Centrés sur la personne, le client et la famille
Durables
Pertinents et culturellement sûrs
Responsables
Prénatal, nourrisson, enfant, jeune, jeune adulte, adulte, aîné
Vision
Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie.
Ils sont soutenus par des environnements sains et un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable
Collaboration et coordination
Systèmes d'information et partage de données
Milieux sécuritaires et favorables
Compétences personnelles et professionnelles
Domaines d'intervention
Objectifs
Leaders engagés
Enjeux de champs de responsabilité
Objectifs communs
Déterminants de la santé
Connaissances traditionnelles
Milieux durables
Forces et ressources existantes
L'autogestion de ses objectifs en santé et bien-être
Apprentissage et renforcement des compétences
Capacité de fournir des services de qualité et culturellement sûrs
Relations fondées sur le respect et la confiance
Capter les besoins sanitaires et sociaux locaux
Données communautaires
Normes, politiques et lignes directrices claires sur le partage de données

Remerciements

Ce document intitulé *Prévention et gestion des maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations : Un cadre d'orientation* (ci-après appelé le *Cadre)* a été élaboré grâce à l'étroite collaboration et à la participation de bon nombre de personnes et de groupes à l'échelle du Canada. Aussi, nous voudrions remercier tous ceux qui y ont contribué, en particulier :

- Les 325 personnes et plus qui ont participé aux séances de mobilisation dirigées par les régions, dont plus de 225 participants issus des communautés;
- Les fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires, les travailleurs communautaires, les aînés et les représentants des organisations régionales, provinciales/territoriales des Premières Nations et des organismes régis par un traité, les conseils tribaux, les régies de la santé des Premières Nations et les Centres de santé communautaire;
- Les régies de la santé de la Nation crie d'Opaskwayak (Manitoba), de la Nation crie de Sturgeon Lake (Saskatchewan), de la Première Nation de Waywayseecappo (sud-ouest du Manitoba) et de la bande Ebb and Flow (Manitoba) qui ont raconté leur expérience sur les approches novatrices mises en œuvre dans leurs communautés (Pleins feux);
- L'Assemblée des Premières Nations (APN) et le Réseau national des techniciens en santé des Premières Nations;
- Les représentants provinciaux/territoriaux;
- Le Centre national de collaboration autochtone, en Colombie-Britannique, pour l'organisation du Forum national de prévention et de gestion des maladies chroniques des Premières Nations et des Inuits;
- La Dre Rose-Alma MacDonald, Katenies Research, ainsi que la Dre Emily Newhouse et le Dr Evan Adams, Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, qui ont effectué un examen externe de la méthodologie utilisée et une analyse de la rétroaction sur la participation communautaire;
- Le Groupe de travail sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (les responsables nationaux et régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits [DGSPNI], l'APN et l'Inuit Tapiriit Kanatami) pour sa participation à la planification opérationnelle, à la coordination et à l'élaboration du *Cadre*;
- Consult Ink pour sa contribution à la refonte, à la restructuration et à la révision du contenu du *Cadre*.

1.0 Introduction

1.1 Contexte

Historiquement, les membres des Premières Nations adoptaient des styles de vie actifs, et leur alimentation se composait de nourriture riche en nutriments qu'ils trouvaient en abondance sur leurs terres. Au cours du dernier siècle et demi, des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux ont entraîné des changements dans le mode de vie et les pratiques traditionnels des membres, des familles et des communautés des Premières Nations. Cela s'est traduit par une détérioration générale de la santé par rapport aux Canadiens non autochtones[1].

En 2011, il y avait 630 communautés des Premières Nations au Canada. Ces communautés varient considérablement pour ce qui est de la taille, des emplacements et des défis auxquels elles sont confrontées. Dans l'ensemble, elles connaissent des taux de maladie chronique* disproportionnellement plus élevés par rapport à la population en général. On attribue cette réalité à une gamme de facteurs sociaux, géographiques et physiques qui sont qualifiés de déterminants sociaux de la santé[2]. En fait, les maladies chroniques constituent aujourd'hui les principales causes de morbidité, de mortalité et d'incapacité chez les Premières Nations. Cette tendance illustre le plus vaste problème des disparités en matière de santé entre les Premières Nations et les non autochtones au Canada.

> Les Premières Nations (inscrites et non inscrites) représentent 2,6 % de la population canadienne totale.

Voyons ce qui en est de maladies chroniques particulières. La fréquence des maladies cardiaques est 1,5 fois plus élevée chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves comparativement à la population canadienne en général. Le diabète de type 2, autrefois considéré comme rare, est maintenant de 3 à 5 fois plus élevé. Les taux de cancer chez les Premières Nations ont considérablement augmenté au cours des dernières décennies, le cancer se classant parmi les quatre principales causes de décès. L'incidence des maladies respiratoires s'est accrue chez les nourrissons, les enfants et les jeunes des Premières Nations[3 4 5].

Les risques qu'une personne puisse contracter ou non une maladie chronique s'expliquent par de nombreux facteurs, dont certains ne peuvent être modifiés (antécédents familiaux, génétique, âge), mais de nombreux autres facteurs peuvent l'être en adoptant un mode de vie sain lorsqu'il y a des environnements et des conditions favorables. Il faut donc accorder une importance accrue à l'amélioration de la santé et du mieux-être des communautés des Premières Nations de manière plus générale et ne pas se contenter de traiter et gérer les maladies comme telles. Il faut plutôt travailler à prévenir les maladies chroniques et surtout, à promouvoir une vie plus saine en général. Pour être efficaces, ces efforts doivent respecter les forces des Premières Nations et en tirer parti, notamment la culture, la langue, les valeurs et les formes de savoir.

Les services de santé constituent l'un des déterminants de la santé. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) au sein de Services aux Autochtones Canada soutient un certain nombre de programmes et services communautaires visant à prévenir et à gérer les maladies chroniques chez les Premières Nations. Il s'agit notamment des soins infirmiers primaires, des soins infirmiers communautaires, des soins à domicile et communautaires, de la santé maternelle et infantile, du développement sain de l'enfant, du mieux-être mental, des services de santé non assurés, ainsi que de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé. Ces programmes sont financés de façon indépendante, ce qui peut présenter des défis lorsqu'il s'agit d'établir des liens avec les systèmes provinciaux/

* L'expression *maladie chronique* (au pluriel, généralement) désigne un ensemble d'affections qui évoluent lentement sur la longue durée. Voir la **Section 2.1** pour plus de précisions.

territoriaux et de soutenir la communication ou le travail d'équipe entre les fournisseurs de soins de santé et les clients. De tels obstacles ont l'inconvénient de renforcer les approches cloisonnées et axées sur les maladies, plutôt que de permettre d'offrir des services axés sur le client et la communauté.

En 2013, la DGSPNI s'est engagée à établir des partenariats avec les Premières Nations pour examiner des moyens de mieux intégrer et coordonner les programmes et services rattachés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la gestion clinique, dans le but d'améliorer les résultats pour la santé propres aux maladies chroniques pour les personnes, les familles et les communautés. Cet engagement s'inspire d'un objectif primordial du *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*[6] de 2012, qui vise à « renforcer l'accès, la qualité et la sécurité des services de santé dans l'ensemble du continuum des soins offerts aux personnes, aux familles et aux communautés ».

Ce fut donc avec ces facteurs en tête qu'a été élaboré le présent document. Ce *Cadre* fournit une orientation pour les objectifs et les mesures visant à améliorer les résultats pour la santé; il détermine également les possibilités d'améliorer l'accès des personnes, des familles et des communautés à des services et à des mécanismes de soutien appropriés et adaptés à la culture, en fonction de leurs besoins, et ce, à n'importe quel point dans le continuum « *mieux-être – maladies chroniques* ».

1.2 L'atteinte de la santé et le mieux-être

Dans la société en général, *la santé* et *le mieux-être* sont encore souvent utilisés comme synonymes qui se complètent. Bien que ces deux notions soient clairement liées, il existe des distinctions importantes qui guident les approches modernes de prévention et de gestion des maladies chroniques.

À l'origine, *la santé* se rapportait à un état d'être physique, c'est-à-dire un corps physique exempt de maladie[7]. À partir de cette perspective, la santé implique généralement une fin ou un but à atteindre – notamment, une personne qui veut perdre du poids et réduire sa tension artérielle. Lorsqu'elle a réussi, elle est considérée comme une personne en bonne santé.

Plus tard, la définition de la santé a été élargie pour inclure l'état mental positif de la personne, où une *bonne santé* passe par un *corps* sain (aspect physique) dans un *esprit* sain (aspect mental), et l'un ne va pas sans l'autre.

En revanche, le *mieux-être* se veut une approche de style de vie qui ajoute une dimension *spirituelle* à ce qui est devenu une bonne santé, en mettant l'accent sur l'état d'être entier. Plutôt qu'une fin spécifique à atteindre, le mieux-être intègre l'attitude qu'une personne adopte envers sa santé tout en s'efforçant de trouver un équilibre corps/esprit tout au long de sa vie. Une perspective de mieux-être vise à promouvoir et à faciliter à la fois l'existence d'une population davantage en santé et une meilleure qualité de vie, ce qui est important pour les personnes qui tentent de prévenir une maladie chronique ou de s'y adapter.

Les premières approches occidentales en matière de santé se sont longtemps appuyées sur l'atténuation des maladies et ont mis beaucoup de temps à évoluer vers cette notion de mieux-être. À cet égard, les perspectives des Premières Nations en matière de santé avaient une bonne longueur d'avance. En effet, les cultures des Premières Nations favorisent un équilibre entre les aspects spirituel (l'esprit), émotionnel (le cœur), physique (le corps) et intellectuel (le mental) de la personne. Le présent *Cadre* a donc été élaboré dans l'optique d'intégrer les pratiques tirées à la fois des notions occidentales et celles des Premières Nations rattachées à la santé et au mieux-être.

1.3 Santé, mieux-être et culture des Premières Nations

Tout au long de l'élaboration de ce *Cadre*, la *culture* a été reconnue par les intervenants des Premières Nations comme la composante fondamentale de la santé et du mieux-être. Les valeurs culturelles, le savoir sacré, la langue et les pratiques des Premières Nations représentent des déterminants essentiels de la santé et du mieux-être des personnes, des familles et des communautés. Il s'agit là d'aspects uniques pour les diverses Premières Nations.

La promotion du mieux-être, par la prévention et la gestion des maladies chroniques, doit être contextualisée dans l'environnement des Premières Nations. Ces dernières ont indiqué qu'il est important de miser sur des services et des mécanismes de soutien communautaires pertinents et culturellement sécuritaires (voir la **Section 1.4**). Cette approche soutient la voie à suivre pour examiner les nombreux déterminants de la santé.

Malgré les répercussions de la colonisation, les Premières Nations ont su maintenir leurs connaissances culturelles dans leurs modes de vie (avec la terre et avec autrui) et dans leur langue. Elles préconisent l'atteinte d'une santé intégrale (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) grâce à une approche holistique et coordonnée qui respecte, valorise et applique leurs connaissances culturelles, façons de procéder, langues et différentes formes de savoir.

Une opinion commune se dégage au sein de ces communautés : la culture est essentielle à la guérison. Elle est intimement liée au mieux-être de la communauté. La façon dont la culture est définie et pratiquée varie, car elle provient des langues et des terres des Premières Nations. La culture est souvent décrite comme une façon d'être, de savoir, de percevoir, d'agir et de vivre dans le monde. On la perçoit comme étant dynamique du fait que les croyances, les valeurs, les coutumes et les traditions transmises entre les générations continuent de s'appliquer aux réalités actuelles[8].

L'expression de la culture, enracinée dans la langue autochtone, peut prendre de nombreuses formes. Celles-ci englobent, entre autres :

- Les modes de chasse, de pêche et de collecte d'aliments;
- Les arts et l'artisanat;
- Les façons d'agir les uns envers les autres;
- Le savoir qui guide les structures familiales, communautaires et de gouvernance;
- La collecte et l'utilisation de médicaments traditionnels; les régimes traditionnels;
- Les cérémonies d'accompagnement spirituel, de tambour, de danse, de chant et de guérison.

Dans de nombreuses communautés, les forces de la colonisation et d'autres déterminants ont modifié la vision du monde des Premières Nations, leur culture et leurs modes traditionnels de vie saine. Aussi, ces Premières Nations font face à d'importantes difficultés qui continuent d'exercer un impact négatif sur leur santé et leur mieux-être[9]. Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*[10] a été élaboré en parallèle avec le présent *Cadre* de prévention et de gestion des maladies chroniques, et se veut un important guide sur le chemin du retour au mieux-être de toutes les Premières Nations.

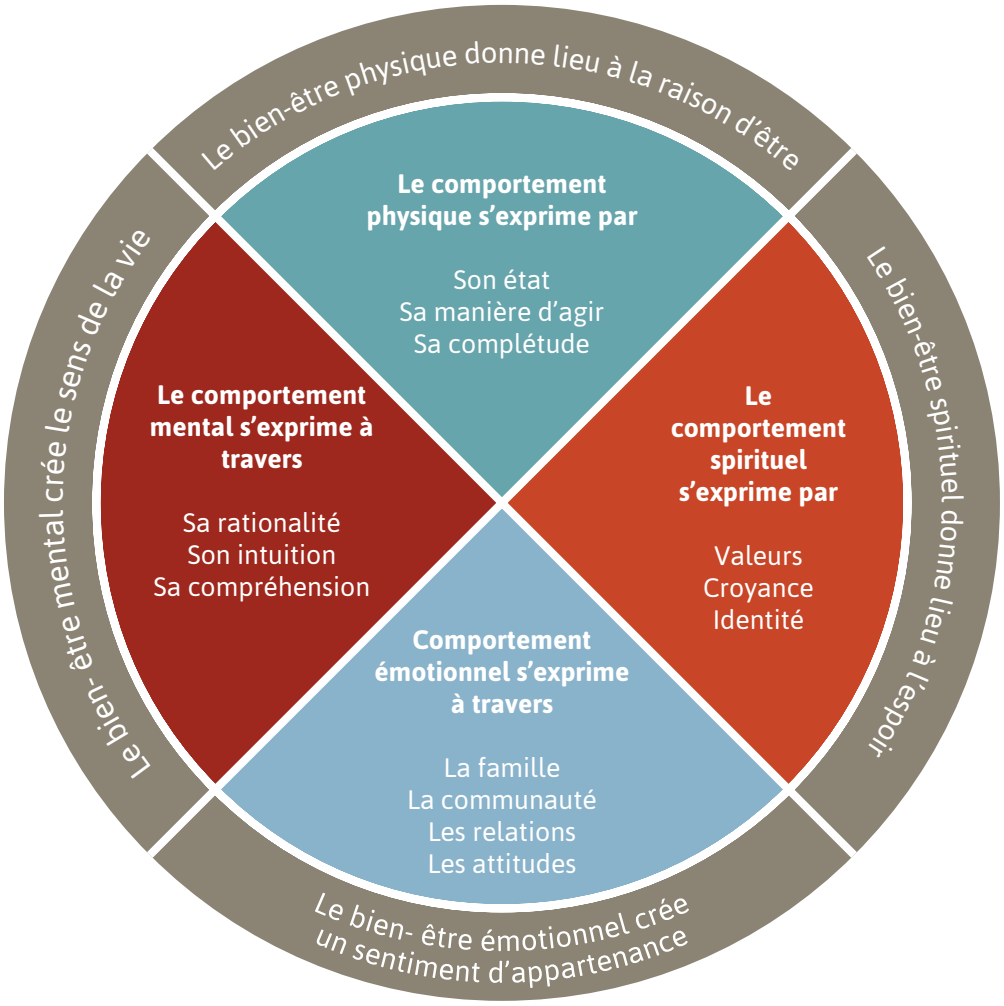
1.4 *Cadre du mieux-être des Autochtones*

Le *Cadre du mieux-être des Autochtones*[11] définit comme saine et en santé une personne, une famille ou une communauté qui prend soin de son *mieux-être physique*, *mental*, *émotionnel* et *spirituel*. Les principaux facilitateurs à cet égard sont les familles, les communautés, les liens de parenté et les réseaux de clan ou les familles élargies. La première tâche consiste à faciliter l'établissement de liens entre chacun de ces niveaux et les quatre aspects du soi. Cet *équilibre* et cette *interconnexion* sont enrichis par l'atteinte de quatre grands résultats possibles. Les gens ont : 1) de l'*espoir face à leur avenir* et à celui de leur famille (lequel repose sur un sentiment d'identité, sur les valeurs autochtones uniques

et sur une croyance en l'esprit); 2) un *sentiment d'appartenance* et de *connectivité* au sein de leur famille, envers la communauté, la terre et à la Création/l'environnement (tous étant des facilitateurs nécessaires d'une attitude à l'égard de la façon de vivre); 3) le *sentiment que la vie a un sens*, en comprenant la façon dont leur vie et celle de leur famille et de leur communauté s'inscrivent dans la création et dans une riche histoire; 4) une *raison d'être dans leur vie quotidienne*, que ce soit par l'éducation, l'emploi, les activités de soins ou encore par des façons culturelles d'être et de faire.

En résumé, l'*espoir en l'avenir*, un *sentiment d'appartenance*, le *sens de la vie* et une *raison d'être* sont des résultats qui devraient permettre de mesurer les investissements dans le mieux-être mental. Ces résultats reposent sur 13 indicateurs mesurables, qui eux-mêmes facilitent leur atteinte. L'outil de mesure est l'Évaluation du mieux-être des Autochtones[MC]. Ces quatre résultats peuvent être utilisés pour surveiller le mieux-être d'une personne ou regroupés dans une communauté afin de fournir des données sur le mieux-être de cette communauté. Cela est utile pour surveiller la santé de la population ainsi que les services cliniques qui incluent les connaissances autochtones et les pratiques culturelles. Il est possible de consulter l'outil d'Évaluation du mieux-être des Autochtones[MC] en ligne : http://nnapf.com/nwa-access/

Figure 1 : *Cadre du mieux-être des Autochtones*, Thunderbird Partnership Foundation



Le *Cadre du mieux-être des Autochtones* a été élaboré lors de discussions avec les intervenants concernés par la culture et les aînés à l'échelle au pays et issus de nombreuses cultures différentes. Bien que ces notions aient été décrites de diverses manières dans les différentes cultures, de nombreux points communs s'en sont dégagés. Un aspect important réside dans le principe suivant : le mieux-être se comprend à partir d'une perspective *holistique* – l'équilibre de l'esprit, du cœur et des émotions, de la pensée et de l'être physique de la personne.

Le *mieux-être spirituel* est favorisé par un rapprochement avec les croyances, les valeurs et l'identité. Le *mieux-être émotionnel* est facilité par les relations, une attitude marquée par la volonté de vivre pleinement sa vie et le maintien de liens avec sa famille et sa communauté. Le *mieux-être mental* est promu par la prise en compte tant de l'intuition que de la raison, et par une meilleure compréhension de leur équilibre. Enfin, le *mieux-être physique* s'exprime par une façon d'être et de faire autochtone unique, et suppose que l'on prenne soin de son corps comme de la « demeure de l'esprit ». En veillant sur ces quatre aspects de l'être, les Premières Nations ont la possibilité de mener une vie saine en tant que personnes bien portantes[11].

De même, les principaux *résultats en matière de mieux-être* (**espoir en l'avenir, sentiment d'appartenance, sens de la vie et raison d'être**) sont perçus comme des notions communes, même s'ils sont décrits de nombreuses façons dans les diverses cultures des Premières Nations. Les personnes qui éprouvent un mieux-être nourrissent des espoirs, reconnaissent leur place dans le monde, ont le sentiment que leur vie a un sens et nourrissent une raison d'être unique et particulière dans la vie[11].

De nombreuses communautés des Premières Nations ont fait état du peu de succès qu'obtiennent les services qui ne valorisent pas leur forme de savoir; en fait, ces services peuvent même ne pas être sollicités du tout. Ainsi, les autres partenaires de la santé travaillant de concert avec ces communautés ont un rôle essentiel à jouer pour ce qui est d'éliminer les obstacles et défis de manière culturellement sécuritaire. Cela s'effectue à divers niveaux du système : élaboration de politiques adaptées à la culture, de mécanismes de financement et de stratégies en matière de programmes et de services, gérés et mis en œuvre par une main-d'œuvre compétente du point de vue culturel. Il reste encore beaucoup à faire pour atteindre cet objectif.

Historiquement, les forces inhérentes à la culture des Premières Nations n'étaient pas reconnues à leur juste mesure par une médecine fondée sur des preuves. Toutefois, un nombre croissant de données appuie une reconnaissance à la fois des connaissances des Premières Nations et des preuves scientifiques occidentales. Les connaissances, compétences et pratiques traditionnelles doivent être respectées par toutes les composantes du système de santé et intégrées aux activités de promotion, de prévention et de gestion.

Le Cadre du continuum de mieux-être mental des Premières Nations[10] recense des façons d'améliorer la coordination des services des divers systèmes et de favoriser la prestation de services culturellement sécuritaires dans le but d'améliorer le mieux-être mental des Autochtones. Il s'agit là d'un principe partagé par le présent *Cadre* – ces deux instruments offrent une approche uniforme pour améliorer les programmes et services offerts dans les communautés en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et de mieux-être.

1.5 Objet du présent *Cadre*

Ce document fournit une orientation générale et cerne les possibilités d'améliorer l'accès des personnes, des familles et des communautés à des services et à des mécanismes de soutien appropriés et adaptés à la culture, selon leurs besoins à tout moment dans le continuum de la santé. Il s'y prend en favorisant le mieux-être, par le truchement de la prévention des maladies, pour ensuite s'attaquer aux divers aspects des soins et de la gestion des maladies, y compris les soins palliatifs et de fin de vie.

Ce *Cadre* n'a pas été conçu comme plan de mise en œuvre. Il s'agit plutôt d'un document d'orientation non prescriptif qui vise à aider les

organisations à réfléchir à leurs propres efforts, à examiner les occasions d'amélioration et à déterminer les prochaines étapes qui s'appliquent à leur propre contexte. L'objectif est d'aider les communautés à répondre aux nouvelles possibilités au fur et à mesure qu'elles se présentent, ainsi qu'à réformer et à réorienter leurs programmes et services existants en matière de maladies chroniques (prévention et gestion) selon leurs propres priorités.

Outre ce soutien conféré aux communautés dans la mise en forme de leurs programmes, le *Cadre* peut être utilisé par le gouvernement du Canada pour compléter les futures décisions en matière de programmes afin d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles, en s'appuyant sur les conseils des Premières Nations.

Il vise à mieux intégrer, à la fois entre eux et à chacun des niveaux, les divers programmes et services fédéraux ainsi que provinciaux/territoriaux de lutte contre les maladies chroniques offerts aux Premières Nations. Par exemple, l'utilisation accrue d'équipes pluridisciplinaires regroupant des praticiens culturels peut favoriser l'adoption d'une approche intégrée en matière de prestation de services (approche intergouvernementale et multisectorielle) qui fait appel à un éventail de fournisseurs de services.

Les régions et les communautés, travaillant en partenariat, auront l'occasion d'apporter les changements nécessaires relatifs à la prestation des programmes et services de lutte contre les maladies chroniques. En s'appuyant sur le *Cadre*, elles peuvent élaborer et mettre en œuvre de tels changements en fonction des besoins et priorités de chaque communauté. Mais ce sont les communautés qui demeureront les principaux agents déterminant la structure et la composition de leurs programmes et services de lutte contre les maladies chroniques.

Cela dit, les stratégies et les activités proposées dans le *Cadre* ne peuvent être la responsabilité d'un parti ou une autorité unique. Un résultat positif exigera plutôt que tous les intervenants collaborent et coordonnent leurs efforts – ce qui peut inclure, entre autres, les chefs et les communautés des Premières Nations, Services aux Autochtones Canada, d'autres ministères fédéraux, ainsi que des organismes de santé provinciaux/territoriaux, régionaux et non gouvernementaux.

À l'instar des maladies chroniques, ce *Cadre* ne devrait pas être perçu en vase clos, mais être consulté en parallèle avec les autres ressources des Premières Nations portant sur la santé et le mieux-être. Parmi ces ressources, notons les suivantes :

- *Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*[10];
- *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* (2011)[8];
- *Santé Canada, Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé* (2012)[6].

De plus, il convient de souligner que l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) a élaboré *Ilusittiarinniq: Inuit Chronic Disease Prevention and Management Framework* (sous presse), pour répondre aux besoins particuliers des Inuits du Canada.

Certaines communautés des Premières Nations donnent déjà suite à certains éléments du présent *Cadre*. Certains de leurs récits ont été saisis et sont présentés sous la rubrique « Pleins feux » plus loin dans ce document. Il s'agit d'exemples inspirants de la force des communautés et des résultats positifs obtenus lorsque les gens se réunissent pour travailler collectivement à l'adoption d'une vision commune pour tous leurs membres.

2.0 L'impact des maladies chroniques

2.1 Qu'est-ce qu'une maladie chronique?

Le terme *maladie chronique* représente un ensemble d'affections qui sont de longue durée et qui évoluent généralement lentement. Pour cette raison, les maladies chroniques sont plus courantes avec le vieillissement, bien qu'elles puissent survenir à n'importe quel âge. Les maladies chroniques sont parfois appelées maladies non transmissibles (MNT), car elles ne sont pas transmises d'une personne à l'autre. En général, elles ne peuvent pas être prévenues par des vaccins ou guéries par des médicaments, bien que certaines d'entre elles puissent être gérées. Elles peuvent présenter des facteurs de risque communs[12].

À l'échelle internationale et au Canada[13], l'accent est placé sur les maladies chroniques les plus courantes :

- Les maladies cardiovasculaires (notamment les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux);
- Les cancers;
- Les maladies respiratoires chroniques (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'asthme);
- Le diabète de type 2.

Les maladies chroniques sont souvent silencieuses. À mesure que les gens vieillissent, ils ont tendance à contracter plus d'une maladie chronique. Par exemple, dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations* (2012), 62,6 % des adultes ont déclaré être aux prises avec plus d'une maladie chronique. À 60 ans, la moitié des adultes des Premières Nations ont reçu un diagnostic de quatre maladies chroniques ou plus[14].

2.2 Facteur de risque communs associés aux maladies chroniques

Comme l'a indiqué l'Agence de la santé publique du Canada[13], les facteurs de risque courants modifiables associés aux maladies chroniques susceptibles de toucher toute population englobent :

- Le tabagisme (usage non traditionnel du tabac);
- La consommation nocive de l'alcool;
- La pression artérielle élevée (or l'hypertension);
- L'inactivité physique;
- Un taux de cholestérol élevé;
- L'embonpoint ou l'obésité;
- Une mauvaise alimentation;
- Une glycémie élevée.

Dans la société actuelle, la prévalence de ces facteurs de risque modifiables, jumelée aux facteurs de risque non modifiables, comme l'âge et l'hérédité, contribue à la majorité des nouveaux cas de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de maladies respiratoires chroniques et de certains cancers[12]. La relation entre ces facteurs de risque et les maladies chroniques les plus courantes est semblable au niveau mondial.

Encadré 1 : Déterminants sociaux de la santé[15]

- Revenu et statut social
- Scolarité et alphabétisation
- Réseaux de soutien social
- Emploi et conditions de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles
- Développement sain de l'enfant
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture

Les maladies chroniques peuvent miner de manière considérable la qualité de vie et limiter les activités quotidiennes. Les personnes atteintes ont besoin du soutien de la famille ou des amis, des fournisseurs de soins de santé et de la communauté, peu importe l'endroit où elles choisissent de vivre ou de recevoir des services.

2.3 Déterminants sociaux de la santé

Au-delà des facteurs de risque généraux associés aux maladies chroniques, de nombreuses personnes, familles et communautés font face à des obstacles supplémentaires lorsqu'elles prennent des mesures pour améliorer leur santé et leur qualité de vie.

C'est un fait admis que les facteurs de risque modifiables (habitudes de vie), tels que l'activité physique et le tabagisme, sont influencés non seulement par les choix personnels, mais aussi par une variété de facteurs sociaux, économiques et culturels inhérents aux environnements dans lesquels les gens habitent, apprennent, travaillent et se divertissent.

Ces *déterminants sociaux de la santé*[15] (**Encadré 1**) touchent tous les aspects de la santé et contribuent à une compréhension plus complète des facteurs qui entraînent des disparités dans l'état de santé des Premières Nations. La capacité d'une personne à mener une vie saine repose sur ces déterminants.

Comprendre l'incidence des déterminants sociaux de la santé et des relations entre eux, voilà qui contribue à soutenir une vision plus holistique de la santé. Cela souligne également la nécessité d'une approche globale et collaborative visant à améliorer la santé qui traite les causes profondes et tente de prévenir les maladies et les blessures avant qu'elles ne se produisent.

Toutefois, les efforts fructueux visant à améliorer les résultats pour la santé des Premières Nations doivent tenir compte de l'environnement socio-politique plus vaste, et des événements économiques et historiques qui ont fortement influé sur les réalités sociales et de santé actuelles des membres et des communautés des Premières Nations.

2.4 Déterminants de la santé propres aux Autochtones

La santé des Premières Nations a été grandement touchée par les changements sociaux rapides au cours des cinquante dernières années[13]. De nombreuses Premières Nations font face à une grave pénurie de logements, à des taux élevés de chômage et à de faibles niveaux de scolarité[16]. Par extension, les causes fondamentales des maladies affectant de nombreux Autochtones au Canada sont liées à des facteurs comme la pauvreté, des logements inférieurs aux normes, des obstacles à l'éducation et à l'insécurité alimentaire.

Au Canada, les taux d'insécurité alimentaire sont beaucoup plus élevés que dans les ménages non autochtones et sont surtout prononcés dans les communautés nordiques et isolées. L'insécurité alimentaire a été liée à une mauvaise qualité et consommation alimentaires, à de multiples affections chroniques (comme le diabète, les

maladies cardiaques et l'hypertension), à l'obésité, aux problèmes de santé mentale, aux résultats médiocres en matière de développement et d'éducation, de même qu'au stress familial[17 18 19 20].

Encadré 2 : Déterminants de la santé propres aux Autochtones[21]

- État de préparation de la communauté
- Développement économique
- Emploi
- Gérance de l'environnement
- Sexe
- Conditions historiques et colonialisme
- Logement
- Terres et ressources
- Langue, patrimoine et forte identité culturelle
- Équité juridique et politique
- Apprentissage continu
- Vivre dans une réserve et hors réserve
- Racisme et discrimination
- Autodétermination et caractère non dominant
- Services sociaux et soutiens
- Milieu urbain et rural

Le *Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations*, élaboré d'abord par l'APN en 2005 et mis à jour en 2013[(21)], fait état de 16 *déterminants de la santé propres aux Autochtones* (**Encadré 2**) qui vont au-delà des éléments de la prestation des soins et des services de santé et s'ajoutent aux déterminants sociaux de la santé présentés à la **Section 2.2** ci-dessus.

Bon nombre de ces déterminants sont enracinés dans un passé de colonisation et d'assimilation forcée, ce qui a nui à la culture, aux langues, aux droits fonciers et à l'autodétermination des Premières Nations. Ce passé a eu des effets dévastateurs sur les communautés et les familles, et a contribué à la réduction du niveau social et économique, à une mauvaise alimentation, à la violence, à des logements surpeuplés ainsi qu'à des taux élevés de toxicomanie.

En raison de ce passé, plusieurs générations d'enfants des Premières Nations ont été envoyées dans des pensionnats indiens. Par conséquent, bon nombre des quelque 80 000 anciens élèves encore vivants aujourd'hui se sentent déconnectés de leur langue, des pratiques et des enseignements culturels traditionnels. Beaucoup d'entre eux subissent les séquelles du traumatisme découlant des sévices physiques, sexuels et affectifs subis lorsqu'ils étaient enfants dans les pensionnats indiens ou encore par l'entremise du système de protection de l'enfance. Qui plus est, le nombre de personnes touchées par les abus passés et la déconnexion de la famille, de la communauté et de la culture est bien supérieur à 80 000 du fait que des familles et des communautés entières souffrent des effets intergénérationnels de ces pensionnats et des politiques de protection de l'enfance. Environ 66 % des membres des Premières Nations estiment que l'état de santé relativement mauvais des Autochtones est lié à l'expérience des pensionnats ou à la perte des cultures et des terres traditionnelles[22].

En tenant compte de cet héritage de colonisation, la *décolonisation* est apparue comme une priorité pour les communautés et les chefs des Premières Nations. Par décolonisation, on entend un processus par lequel les Autochtones réclament leur culture traditionnelle, se redéfinissent en tant que peuple et réaffirment leur identité distincte. Cela comprend :

- Le deuil et la guérison causés par les pertes subies en raison de la colonisation;
- Le renouvellement des pratiques culturelles et l'amélioration de l'accès aux ressources liées au mieux-être mental;
- Les appels des chefs et des communautés pour la guérison, le rétablissement familial et le renforcement des communautés de soins[23].

En 2013, l'*Assemblée des Premières Nations : Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations*[21] a été mis à jour pour appuyer l'élaboration d'une approche de continuum de la santé plus inclusive. Ce modèle met à l'avant-plan la communauté, intègre quatre aspects du mieux-être (spirituel, physique, émotionnel et mental), quatre cycles de la vie, cinq dimensions clés de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations, les déterminants sociaux de la santé et les trois éléments du capital social (fusion, rapprochement et liens).

Par ailleurs, des appels ont été lancés en faveur d'un processus parallèle de sensibilisation de la société canadienne, de façon à éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les Premières Nations, tant sur le plan personnel qu'au niveau structurel de la société. À cet égard, mentionnons en particulier les récents appels à l'action de la Commission de vérité et de reconciliation[24]. Ces efforts visant à mettre en place des programmes de guérison efficaces et à réclamer l'identité culturelle sont reconnus comme étant des éléments clés de la revitalisation des communautés et de la réduction de l'impact des maladies chroniques.

Le présent *Cadre*, tout en mettant l'accent sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, témoigne de l'importance de comprendre les interactions complexes entre tous les déterminants de la santé sociaux et propres aux Autochtones, et de veiller à ce que des mesures soient prises afin que tous les membres, toutes les familles et toutes les communautés aient accès à l'information, à des mécanismes de soutien, à des soins, à des traitements et à la gestion nécessaires en matière de santé et de mieux-être.

2.5 Défis que pose le système de santé

Les rapports sur les programmes et services financés par la DGSPNI font état de plusieurs difficultés associées aux programmes et services offerts dans les communautés[25 26 27 28 29 30 31], notamment :

- Une coordination et une continuité déficientes des soins aux clients entre les nombreux fournisseurs;
- Des dossiers de clients fragmentés et des processus inefficaces concernant les mécanismes d'aiguillage et de suivi;
- La nécessité d'établir de meilleurs liens entre les programmes et services cliniques et communautaires;
- Le besoin d'augmenter la sensibilisation et la collaboration en ce qui a trait aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies;
- Le besoin d'améliorer la compétence culturelle parmi le personnel de la santé.

Outre ces constatations, la Canadian First Nations Diabetes and Clinical Management Epidemiologic (CIRCLE) Study[32] (étude épidémiologique sur la gestion clinique du diabète chez les Premières Nations du Canada) a fait état des problèmes suivants :

- Lacunes dans les soins prodigués pour traiter le diabète et ses complications chez les Premières Nations;
- Taux plus élevé de facteurs de risque pour le diabète de type 2;
- Risque plus élevé de décès attribuable à une crise cardiaque (une complication du diabète).

Pris dans leur ensemble, ces problèmes ont contribué à de moins bons résultats en matière de santé au sein des Premières Nations et soulignent la nécessité d'améliorer les efforts visant à prévenir et à mieux gérer les maladies chroniques.

En guise de réponse, l'élaboration de ce *Cadre* a permis de s'éloigner d'une approche en vase clos afin de se tourner vers un continuum de services et programmes axés sur le mieux-être. Une partie de cette nouvelle approche passe par l'établissement de nouveaux liens afin de fournir aux membres, aux familles et aux communautés des Premières Nations des services quand et où ils en ont besoin.

Les liens (formels et informels) que ce *Cadre* tente de faciliter englobent ce qui suit :

- La coordination entre les programmes associés aux maladies chroniques et aux maladies mentales, et les programmes du mieux-être mental;
- La communication et la coordination entre les communautés et les fournisseurs de services internes et externes;
- La coordination visant à guider la prestation, la planification, l'éducation et l'amélioration de la qualité concernant les services de santé ainsi que les activités d'évaluation;
- L'élaboration d'une politique sociale et de santé.

3.0 Élaboration d'un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques au sein des Premières Nations

3.1 Méthodologie

Ce *Cadre* a été élaboré à l'aide de deux sources principales : 1) les données probantes tirées de la documentation sur les maladies chroniques et 2) les connaissances autochtones recueillies grâce à une mobilisation active. La documentation fondée sur les données probantes a fourni une base conceptuelle pour l'exercice. Les séances de mobilisation qui ont suivi portaient principalement sur la définition de stratégies et des activités de prévention et de gestion devant contribuer à améliorer les résultats associés aux maladies chroniques.

Divers documents de référence ont été créés en s'appuyant sur la documentation pour guider la réflexion sur l'exercice du *Cadre* et préparer et soutenir les discussions avec les partenaires et intervenants des Premières Nations, notamment :

- un document conceptuel;
- une bibliographie annotée;
- une synthèse de la documentation;
- un guide portant sur la mobilisation des discussions régionales.

3.2 Approche conceptuelle en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques : le *Modèle de soins chroniques élargi*

La documentation sur les maladies chroniques suggère que toute intervention systémique efficace dans le continuum allant de la promotion de la santé à la gestion des maladies chroniques tienne compte à la fois d'une approche axée sur la santé de la population et de l'intégration d'activités qui favorisent la santé et le mieux-être. Pour obtenir le succès voulu, il faut mettre en place une approche communautaire intégrée et collaborative visant à améliorer les résultats en santé.

Le *Modèle de soins chroniques élargi* (MSCE) a fourni des paramètres primaires (cadre de référence) pour guider les séances de mobilisation avec les partenaires et intervenants des Premières Nations. Le MSCE a été élaboré à partir du Modèle de soins chroniques (MSC) précédent[33]. Le MSC est une approche organisationnelle de soins des personnes aux prises avec des maladies chroniques dans un environnement de soins primaires et peut être intégré aux soins dans tous les milieux des soins de santé.

Le MSC a reconnu que les soins de santé traditionnels ont eu peu de succès dans la prise en compte des facteurs sociaux, environnementaux et culturels qui affectent la santé, et que cette situation devait être corrigée. Ce modèle précurseur, axé sur la population et sur des données probantes, créait des interactions favorables et pratiques entre le client et l'équipe soignante. Il a dégagé les éléments essentiels d'un système qui favorise une gestion des maladies chroniques de haute qualité en soutenant une interaction productive entre un patient informé et actif et une équipe soignante bien préparée et proactive.

Toutefois, les fonctions de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures dans la communauté n'étaient pas explicites dans le MSC initial. Ce modèle était plus axé sur les systèmes cliniques et se révélait difficile à utiliser pour les praticiens de la prévention et de la promotion de la santé.

Le nouveau MSCE prend appui sur les composantes initiales du MSC et comprend les composantes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Cette charte a reconnu que la santé est considérablement touchée par les décisions stratégiques dans les domaines hors des soins de santé, y compris le logement, les transports et la distribution alimentaire. Elle appelle à une collaboration intersectorielle visant à améliorer les conditions requises à l'appui d'un niveau optimal de santé et de mieux-être. De plus, elle met l'accent sur le changement sociétal plutôt que sur la responsabilité individuelle et favorise un rôle actif pour les communautés dans l'établissement des priorités, la prise de décisions, les stratégies de planification et leur mise en œuvre dans le but d'améliorer la santé.

Les domaines de la santé de la population et de la promotion de la santé, réunis par le terme « *promotion de la santé de la population* », reconnaissent et prennent en compte ces déterminants sociaux de la santé plus vastes, lesquels peuvent souvent constituer des obstacles au maintien d'une santé optimale pour les individus et les communautés.

Le MSCE comprend des éléments du domaine de la promotion de la santé de la population, de sorte que les responsables concernés par les efforts de prévention (lesquels reposent sur une large collaboration, la reconnaissance des déterminants sociaux et l'amélioration de la participation de la communauté) collaborent avec les équipes des systèmes de santé qui gèrent les maladies chroniques. Le modèle intègre la promotion de la santé de la population aux services cliniques de soins de santé et franchit une première étape dans la description de la façon dont ces deux approches peuvent se croiser.

Dans le MSCE, les clients sont au cœur des soins. Le rôle des clients dans la gestion des soins auto-administrés est soutenu grâce à différents moyens :

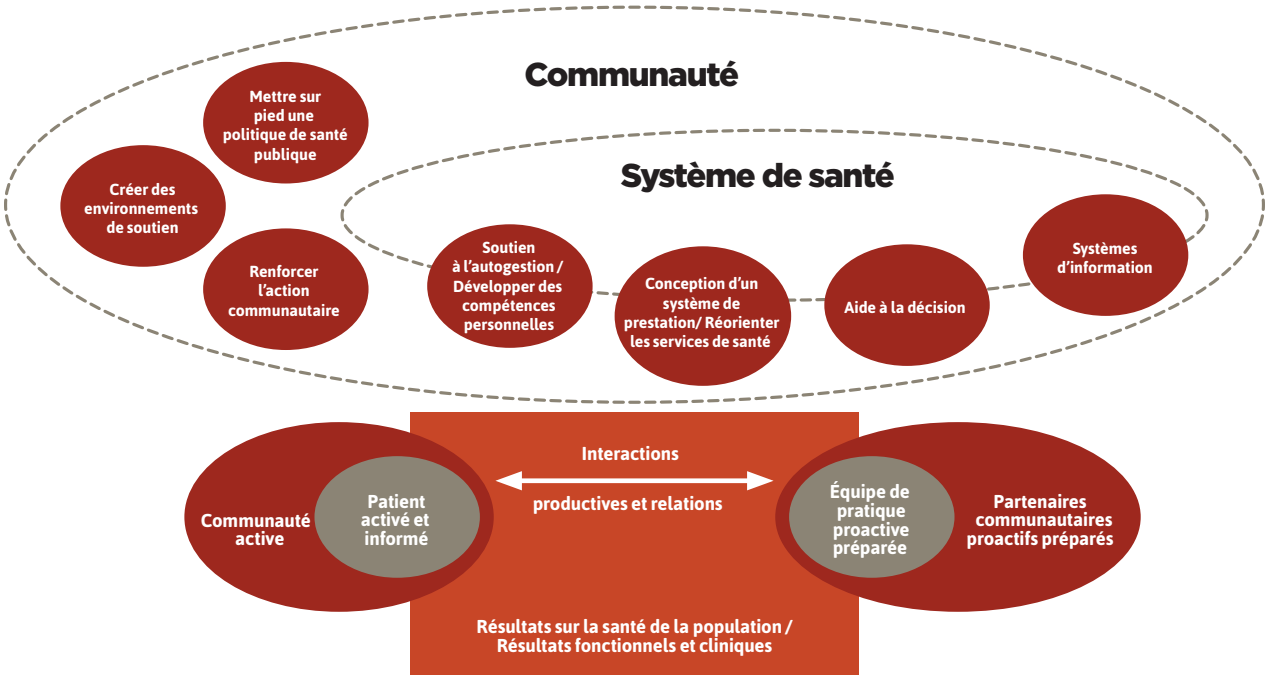
- Le perfectionnement des compétences et des connaissances;
- Un mécanisme visant à lier et à intégrer programmes et services;
- L'échange de renseignements efficace;
- La mobilisation d'une équipe de santé élargie ayant des liens avec les organismes communautaires;
- L'utilisation d'un système de suivi normalisé de surveillance des clients;
- Le transfert du rôle de gestionnaire de soins primaires à celui de gestionnaire de cas.

Voici ce que sont les composantes du MSCE :

- Soutien visant l'autogestion et les compétences personnelles;
- Conception de système de prestation et réorientation des services de santé;
- Soutien décisionnel;
- Systèmes d'information;
- Renforcement de l'action communautaire;
- Création d'environnements favorables;
- Élaboration d'une politique publique saine.

Comme l'illustre la **Figure 2**, le MSCE est une frontière perméable entre le système de santé formel et la communauté – une représentation graphique du flux d'idées, de ressources et de personnes entre la communauté et le système de santé.

Figure 2 : Le Modèle de soins de santé chroniques élargi



En harmonisant les principes de promotion de la santé avec l'accent mis sur les déterminants de la santé conformément à l'approche de la santé de la population, le MSCE[33] peut être utilisé par toute l'équipe soignante d'une façon intégrée.

En effet, le modèle favorise la création d'équipes interdisciplinaires et inclusives élargies qui travaillent directement avec les mesures de soutien et les leaders de la communauté. L'objectif est de soutenir un client dans la gestion de ses problèmes de santé actuels en tenant compte des problèmes qui peuvent s'avérer la cause principale de son état, et qui présentent des obstacles. La prévention efficace de la maladie et d'une incapacité va au-delà de l'utilisation des services cliniques pour inclure la communauté; elle repose également sur une collaboration intersectorielle entre les organismes dans le but de créer les conditions propres à cette approche.

Une telle approche passe par l'élaboration de politiques publiques qui font la promotion de la santé, renforcent l'action communautaire et créent des environnements favorables. Elle intègre la participation de la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et de l'élaboration de politiques.

Au Canada, le MSCE sert déjà de base aux cadres élaborés et mis en œuvre dans les provinces de la Colombie-Britannique[34], de l'Alberta[35], de l'Ontario[36], de Terre-Neuve-et-Labrador[37] et du Nouveau-Brunswick[38].

À l'échelle internationale, les principes du MSCE ont éclairé les stratégies nationales en Nouvelle-Zélande, en Australie, aux États-Unis, au Royaume-Uni ainsi que dans d'autres parties de l'Europe. Par exemple, les Indian Health Services des États-Unis ont adapté le MSC initial pour créer le modèle *d'amélioration des soins aux patients*, qui soutient des programmes visant à

réduire les disparités en matière de santé chez les Autochtones d'Amérique et les peuples autochtones de l'Alaska, disparités causées par les maladies chroniques et évitables[39].

Le MSCE a été adopté comme ensemble de paramètres pour guider les séances de mobilisation avec les Premières Nations en raison du rôle de l'approche de promotion de la santé de la population et la grande importance de s'assurer que les membres de la communauté participent à la planification des services nouveaux ou révisés. Cela, en retour, a servi de base au présent *Cadre*.

Bien qu'ils ne soient pas aussi importants pour le processus de mobilisation que le MSCE, deux modèles additionnels, le continuum « *mieux-être – maladies chroniques*[40] » et *l'approche axée sur le parcours de vie*[41], ont été tirés de la base de données probantes et ont contribué à la mise en place de notions utiles pour ce *Cadre*. De plus amples renseignements sur ces approches et les modèles figurent à l'**Annexe 1**.

3.3 Participation des Premières Nations à l'échelle du pays

Soutenues par les paramètres du MSCE, des séances de mobilisation ont été organisées un peu partout au pays de mars à octobre 2013. L'objectif était de recueillir les commentaires des représentants régionaux et communautaires concernés par la santé des Premières Nations, des professionnels régionaux de la santé de la DGSPNI et des ministères de la santé provinciaux/territoriaux.

Dix séances ont eu lieu, auxquelles ont assisté 325 participants, parmi lesquels on comptait plus de 225 participants issus des communautés. Toutes ces séances, sauf une, ont été préparées par un organisme des Premières Nations. Les participants communautaires ont été choisis par l'organisme hôte en tant que représentants de leur communauté. À la suite de ces séances, chaque région a préparé un rapport à la lumière des conclusions des discussions la concernant.

La mobilisation était axée sur trois priorités visant à élaborer un cadre propre aux Premières Nations : 1) définir une *vision* commune; 2) déterminer et décrire les *principes* clés; et 3) échanger des idées et des connaissances, et des *approches communautaires* efficaces pour promouvoir la santé et prévenir et gérer les maladies chroniques.

Des données ont été recueillies manuellement et analysées par codage ouvert (technique de codage qualitatif). Le rapport sommaire conséquent des données analysées a ensuite été soumis par trois examinateurs experts externes afin de valider la méthode utilisée et d'interpréter les données.

Encadré 3 : Aperçu de la participation

- 8 séances régionales de mobilisation tenues
- 3 examinateurs experts embauchés
- 1 Forum national sur les Premières Nations et les Inuits

À titre de suivi des séances régionales, la DGSPNI a organisé un Forum national sur la prévention et la gestion des maladies chroniques qui s'est tenu à Ottawa, en mai 2014, et dont l'objectif était de passer en revue les résultats combinés de l'ensemble des séances. Les discussions du Forum et les rapports régionaux ont constitué d'importantes ressources pour l'élaboration et la validation initiale du présent *Cadre*.

Les résultats de cette mobilisation ont donné lieu à la ***vision***, à neuf ***principes directeurs***, à quatre ***domaines d'intervention*** et aux ***objectifs*** et ***activités*** connexes (issus des commentaires sur les approches communautaires) dans le but d'améliorer les résultats associés au mieux-être et aux maladies chroniques pour les Premières Nations.

4.0 Cadre d'orientation

4.1 Énoncé de vision

Aux fins des séances de mobilisation des Premières Nations, la ***vision*** a été définie comme une déclaration d'idéaux qui communique l'objet et la valeur d'une approche en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques à l'intention des communautés. Il répond à la question « *Quels sont nos objectifs?* »

L'***énoncé de vision*** sert à guider la prestation, la conception et la coordination des services à tous les niveaux du système de santé. Il reconnaît que la responsabilité liée au renforcement d'un système de soins de santé et de mieux-être englobe la *responsabilité individuelle* de gérer sa propre santé, la *responsabilité collective* des Premières Nations et une *responsabilité à l'échelle du système* qui incombe aux personnes, aux organisations, aux ministères gouvernementaux et aux autres partenaires concernés par la santé des Premières Nations.

Voici l'énoncé de la vision associée à l'amélioration des résultats en ce qui a trait à la prévention et à la gestion des maladies chroniques pour les Premières Nations :

« Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie. En cela, ils sont soutenus par des environnements sains et par un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable. »

4.2 Principes directeurs

Ce *Cadre* repose sur plusieurs principes. Ces principes représentent des valeurs communes fondamentales qui fournissent une orientation, établissent des normes, guident les efforts et sous-tendent toutes les décisions liées aux maladies chroniques que les partenaires des Premières Nations concernés par la santé prennent pour l'avenir.

Pour être efficaces, les politiques, programmes et services de lutte contre les maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations doivent présenter les caractéristiques suivantes :

Pertinents et sécuritaires du point de vue culturel

La culture est la base fondamentale de tous les aspects de ce *Cadre*. Ainsi, elle sert de principe directeur pour guider les activités d'amélioration et de planification à tous les niveaux. Pour être mise en œuvre avec succès, la promotion du mieux-être, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques, doit être fondée sur les réalités culturelles des communautés. Tous les partenaires concernés par la santé ont un rôle essentiel à jouer pour éliminer les obstacles et les difficultés de manière culturellement sécuritaire (voir la **Section 1.4.**)

Centrés sur la personne, le client et la famille

Les soins centrés sur la personne (ou le client) s'orientent sur ce qui compte le plus pour la personne, plaçant les personnes et leur famille au cœur des décisions. Ils nécessitent de tenir compte des désirs, des préférences, des besoins, de la situation familiale, des circonstances sociales et du mode de vie de la personne. Cela exige de respecter les valeurs de la personne dans la coordination et l'intégration des soins, et de s'assurer que les personnes ont accès aux soins qu'il leur faut, quand et où elles en ont besoin.

Dirigés par la communauté et axés sur celle-ci

La communauté est un aspect important des soins offerts à une personne, car elle est une source de soutien et de guérison. L'aspect *Dirigés par la communauté* est lié à l'aspect *Centrés sur la personne*, car le fait d'entretenir un sentiment d'appartenance avec sa propre communauté peut donner les moyens à une personne d'être davantage en contrôle de ses propres soins de santé. Ce principe se réfère à la communauté à la fois comme un moteur et un centre d'activités. Il vise à aligner les programmes et services de promotion de la santé et de prévention et gestion des maladies chroniques sur les plans et priorités plus larges de la communauté.

Axés sur la qualité et fondés sur des données probantes

Ce *Cadre* a été élaboré en vue d'intégrer les pratiques tirées des notions occidentales et des notions traditionnelles des Premières Nations en matière de santé et de mieux-être. Dans une approche autodéterminée, les communautés définissent et évaluent les données et les pratiques propres à leurs circonstances particulières. Ce sont les communautés entièrement mobilisées qui bénéficieront, au bout du compte, des meilleurs résultats en santé.

Alignés sur les approches de promotion de la santé et de santé de la population

La *promotion de la santé* vise à donner les moyens aux personnes et aux communautés afin que tous (y compris ceux qui sont malades et ceux qui ne le sont pas) puissent mieux contrôler les nombreux facteurs qui influent sur leur santé et leur mieux-être. La *santé de la population* est une approche qui vise à améliorer la santé d'un groupe tout entier, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités en matière de santé causées par les *déterminants sociaux de la santé* (voir la **Section 2.3**). Ces deux notions élargissent l'accent mis sur le niveau individuel qui caractérise la plupart des approches de la médecine conventionnelle.

Tiennent compte de l'incidence des déterminants de la santé propres aux Autochtones

Les *déterminants de la santé propres aux Autochtones* englobent des facteurs historiques et particuliers du point de vue culturel (perte de la langue, conditions historiques et identité culturelle). Au bout du compte, les efforts déployés en matière de promotion de la santé et de prévention et gestion des maladies ne peuvent véritablement réussir dans un contexte des Premières Nations que si ces tentatives reconnaissent les déterminants de la santé propres aux Autochtones, et y répondent (voir la **Section 2.4**).

Axés sur la collaboration et coordonnés

De nombreux problèmes auxquels sont confrontées les communautés sont de nature dynamique et interdépendante. Cela nécessite une approche collaborative et coordonnée entre tous les partenaires (y compris les programmes, les organisations et les particuliers) qui s'efforcent d'améliorer les résultats en matière de santé et de mieux-être avec et pour les Premières Nations. Cette approche contribuera à renforcer l'intégration entre les programmes et services fédéraux et provinciaux/territoriaux de lutte contre les maladies chroniques s'adressant aux Premières Nations. Le *Cadre* vise à encourager et à faciliter ce processus continu de mobilisation respectueuse, d'établissement de relations et de travail d'équipe.

Durables

Pour être efficaces, les programmes et services de santé et de mieux-être aux Premières Nations (y compris le financement) doivent être durables à long terme. Cela exige que les communautés disposent de suffisamment de ressources humaines et d'une infrastructure appropriée à l'appui de leur prestation. Un financement durable demande des investissements financiers suffisants visant à éliminer les disparités actuelles entre l'état de santé des Premières Nations et celui de la population non autochtone, ainsi que des clauses d'indexation qui tiennent compte de la croissance démographique, des besoins en matière de santé de la population et de l'inflation.

Responsables

La participation directe des communautés des Premières Nations en matière de surveillance et d'évaluation des résultats des programmes augmentera considérablement le taux de satisfaction à l'égard des priorités et besoins particuliers. La responsabilisation envers les membres, les familles et les communautés s'applique aussi aux partenaires de la santé qui élaborent, fournissent et mettent en œuvre des politiques, programmes et services.

4.3 Domaines d'intervention

Les séances de mobilisation ont permis de cerner quatre *domaines d'intervention* primaires dans le continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques où les améliorations pourraient avoir les meilleurs effets sur la santé et le bien-être des membres, des familles et des communautés. Les voici :

- Collaboration et coordination;
- Environnements sécuritaires et favorables;
- Compétences personnelles et professionnelles;
- Systèmes d'information et partage de données.

Les *objectifs* particuliers de chaque domaine ont été formulés en fonction des commentaires collectifs recueillis durant les séances. Ces objectifs précisent et regroupent un ensemble discret de considérations stratégiques et d'activités proposées qui s'avèrent les plus pertinentes à chaque domaine. Des exemples de ces *activités* ont été offerts lors des séances de mobilisation qui pourraient servir, ou qui servaient déjà, à s'orienter vers la transformation du système, et démontrent comment l'objectif respectif pourrait être atteint.

Si elles sont mises en œuvre, les activités devraient soutenir une approche intégrée et coordonnée de la prestation des services de santé à l'échelle du continuum, permettant des programmes et services souples qui répondent aux besoins des membres, familles et communautés, quand et où ils sont nécessaires.

Il existe un chevauchement inévitable entre les quatre *domaines d'intervention*, et aucun ne peut être mis en œuvre en vase clos. De plus, les *objectifs* et les *activités* proposées visent à améliorer les résultats globaux en matière de santé et à réduire les disparités entre les Premières Nations et les personnes non autochtones vivant au Canada en ce qui a trait à la prévalence des maladies chroniques et à la qualité de vie.

Ces *domaines d'intervention*, *objectifs* et *activités* peuvent être explorés par les communautés des Premières Nations et leurs partenaires relevant de divers champs de responsabilité afin de planifier des améliorations dans les services de prévention et de gestion des maladies chroniques, et de faire progresser ce *Cadre* selon les conditions du milieu.

1. COLLABORATION ET COORDINATION

De nombreux organismes de santé – régionaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux – sont chargés de la prestation des programmes et services dans le continuum de la santé, qu'il s'agisse, entre autres, de promotion et de prévention ou de gestion et de soins. Or, pour qu'une telle fourniture soit efficace, cela exige un ferme engagement de la part des dirigeants des divers partenaires en santé, de façon à assurer une concertation et une coordination – à la fois entre eux et avec d'autres Premières Nations. C'est dans de telles conditions qu'ils pourront définir ensemble des objectifs communs et résoudre divers problèmes de champ de responsabilité. De tels leaders engagés – auxquels devront s'ajouter des fonds suffisants, fondés sur les besoins affectés aux programmes et services –, voilà un facteur essentiel pour s'assurer que les membres, les familles et les communautés des Premières Nations reçoivent des services quand et où ils sont nécessaires.

OBJECTIF 1 Les leaders à tous les niveaux s'engagent à améliorer le système de santé actuel, à établir des partenariats efficaces, à favoriser l'apprentissage continu et à optimiser les ressources internes et externes.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Les leaders à tous les niveaux soutiennent pleinement la prévention et la gestion des maladies chroniques en tant que priorité communautaire.	▸ Élaborer une vision communautaire pour la santé et le bien-être de la communauté. ▸ Élaborer un plan pour la mise en œuvre de la vision communautaire grâce à diverses logistiques, divers modes de financement et diverses formations. ▸ Adapter les mécanismes de budgétisation et de financement pour répondre aux priorités des communautés en s'appuyant sur un soutien de qualité et qui est durable à long terme. ▸ Créer et améliorer les liens avec le système de santé provincial/territorial afin de collaborer et de soutenir des services continus de prévention et de gestion des maladies chroniques. ▸ Soutenir les groupes communautaires locaux, les réseaux et les activités axées sur la santé et le mieux-être.
Soutenir l'intégration de programmes communautaires similaires (p. ex., les services de soins à domicile) pour améliorer la prestation des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques.	▸ Établir et maintenir des relations avec les fournisseurs de soins de santé fondées sur une approche interdisciplinaire qui favorise la promotion du travail d'équipe et la coordination des soins. ▸ Héberger tous les programmes et services de soins de santé dans le même immeuble au sein des communautés afin d'améliorer le travail d'équipe et de faciliter l'accès aux services pour les clients. ▸ Collaborer avec les aînés de la communauté ou les guérisseurs traditionnels afin de fournir des soins intégrés et adaptés à la culture.
Collaborer avec les autres stratégies et initiatives s'appliquant aux maladies chroniques.	▸ Coordonner les aspects des cadres, stratégies, initiatives et programmes actuels touchant la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins.

OBJECTIF 2 Les partenaires concernés par la santé des Premières Nations cernent et règlent les enjeux de champs de responsabilité pour que les clients puissent bénéficier d'un accès continu aux services de prévention et de gestion des maladies chroniques.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Collaborer avec d'autres communautés des Premières Nations, ainsi qu'avec les régies de la santé régionales, provinciales/territoriales et fédérales afin de *cerner* les enjeux de champs de responsabilité.	▸ Établir des ententes avec les provinces/territoires afin de définir clairement les types de services dont peuvent disposer les Premières Nations, ainsi que les responsabilités fédérales et provinciales/territoriales rattachées à la prestation des services de santé aux Premières Nations, de même que la responsabilisation à l'égard des résultats pour la santé des Premières Nations.
Collaborer avec d'autres communautés des Premières Nations, ainsi qu'avec les organismes de santé régionaux, fédéraux et provinciaux/territoriaux, afin de *régler* les enjeux de champs de responsabilité.	▸ Réduire l'impact des barrières d'accès aux services (notamment l'éloignement, la disponibilité de professionnels, le financement limité et le faible accès aux services spécialisés, tels que le dépistage du cancer et les cliniques de diagnostic de l'ETCAF). ▸ Établir des pratiques de collaboration (un client voit plusieurs professionnels lors de la même visite) en utilisant parallèlement le système provincial/territorial, et veiller à ce que le client ait accès, s'il y a lieu, à des soutiens culturels. ▸ Fournir un accès plus rapide aux services sociaux et de santé provinciaux/territoriaux, tout en s'assurant qu'y soient inclus la sensibilité et la sécurité culturelles, des soins appropriés, un soutien en matière de langue et la médecine traditionnelle.

OBJECTIF 3 Les partenaires et intervenants concernés par la santé des Premières Nations unissent leurs efforts pour définir des objectifs communs et s'engagent à rendre compte de leurs efforts de prévention et de gestion des maladies chroniques.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Établir des partenariats et des protocoles de service équitables et efficaces entre la communauté et les structures de service provinciales/territoriales de manière à établir des approches axées sur des équipes interdisciplinaires aux rôles et responsabilités clairement définis.	▸ Créer le poste de coordonnateur de gestion de cas et de soins pour assurer la continuité des soins et préciser les rôles et responsabilités. ▸ Créer des équipes de soins intégrés et des plans de travail intégrés avec les travailleurs communautaires (comme les infirmières en santé communautaire, les infirmières de soins à domicile, les préposés aux services de soutien à la personne et à domicile, y compris les conseillers spirituels et les guérisseurs traditionnels).
Apporter des modifications aux pratiques de soins de santé en utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité.	▸ Appliquer lignes directrices, normes, politiques et procédures relatives aux pratiques cliniques et mettre en place des interactions planifiées et des procédures de suivi actives (protocoles et processus de soins). ▸ Intégrer les programmes (variant de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la gestion des soins) en mettant l'accent sur le mieux-être holistique plutôt que sur la maladie comme telle. ▸ Fournir aux centres de santé communautaire locaux le financement nécessaire afin d'obtenir l'accréditation de mise et de permettre l'intégration et la qualité des soins.

PLEINS FEUX SUR LA COMMUNAUTÉ :

Partenariats avec la Nation crie d'Opaskwayak – Travailler ensemble pour la santé

Afin d'améliorer la façon dont les partenaires des services de santé à tous les niveaux collaborent avec elle, la Nation crie d'Opaskwayak, dans la région du Nord du Manitoba, a entrepris des activités pour aider les organismes extérieurs à comprendre ses coutumes et valeurs traditionnelles. L'objectif était de faire en sorte que tous les programmes et services de santé soient offerts de manière sécuritaire et respectueuse du point de vue culturel, ce qui contribuerait à assurer leur acceptabilité auprès des clients. Pour ce faire, elle a effectué les démarches suivantes :

- Élaboration d'un énoncé de mission en cri, qui signifie *Travailler ensemble pour la santé*. Les bannières affichant l'énoncé de mission et les sept enseignements sacrés sont affichées dans tous les bureaux communautaires à la vue de tous.
- Établissement de normes de rendement des employés fondées sur l'énoncé de mission et les sept enseignements sacrés. Tous, y compris l'équipe de direction principale et les membres du Conseil, doivent respecter les mêmes normes.
- S'assurer qu'au moins un fournisseur dans chaque domaine de pratique peut s'exprimer en cri, puisque la langue maternelle favorise les rapports et un sentiment de sécurité pour les clients.

Les clients ont plus facilement accepté les programmes et projets conjoints offerts, grâce à un esprit de respect et de collaboration. Aujourd'hui, les services de prévention et de gestion des maladies chroniques offerts ont de meilleures chances de succès.

2. MILIEUX SÉCURITAIRES ET FAVORABLES

Les milieux naturels, sociaux et physiques dans lesquels les gens vivent, apprennent, travaillent et jouent exercent un impact majeur sur la santé et la qualité de vie des gens. Les inégalités dans ces milieux sont à l'origine des problèmes de santé chez les Premières Nations.

Les milieux favorables sont sécuritaires et respectueux pour tous ceux qui les utilisent ou les habitent. Ils sont associés à une variété de fonctions, notamment :

- Fournir l'accès aux services nécessaires et faire la promotion d'activités physiques saines et sécuritaires;
- Assurer l'accès à des aliments sains et abordables, et aux nécessités de base;
- Favoriser une saine alimentation et de bons choix de vie au travail et à l'école;
- Fournir des endroits sécuritaires pour prendre soin des aînés, des personnes handicapées et des personnes victimes de violence, et les soutenir.

Les milieux favorables englobent le monde naturel et la terre traditionnelle au sein et autour des communautés. Les Premières Nations s'efforcent de créer et de maintenir de tels milieux par le maintien de liens spirituels avec leurs terres ancestrales grâce à leurs langues, connaissances, pratiques et enseignements traditionnels, ainsi qu'à la gérance environnementale.

OBJECTIF 1 Les *déterminants de la santé* – tant sociaux que ceux propres aux Autochtones – ont été examinés.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Les Premières Nations travaillent avec des partenaires interdisciplinaires et intergouvernementaux sur les questions liées au logement, à l'approvisionnement en eau potable, aux possibilités d'emploi, à la sécurité alimentaire et à l'infrastructure.	▸ Créer un plan ou un programme, au besoin ou selon le cas, qui répond à la crise de la pénurie de logements, aux risques environnementaux pour la santé, tels que les infestations de moisissures, de radon et de rongeurs, ainsi que les réparations nécessaires résultant de la détérioration de l'infrastructure de logement. ▸ Travailler avec les détaillants, les aînés et d'autres partenaires pour élaborer et renforcer les programmes d'accès aux aliments traditionnels (pourraient inclure les jardins communautaires, la préparation des aliments et les activités rattachées à la terre, comme la chasse, la pêche et la cueillette qui permettent d'obtenir des aliments traditionnels). ▸ Élaborer et partager des pratiques exemplaires (telles qu'elles sont définies par les Premières Nations) qui répondent aux déterminants de la santé sociaux et propres aux Autochtones. ▸ Élaborer des politiques qui favorisent des choix sains ainsi que des milieux sains et sécuritaires. ▸ Améliorer la collaboration et la coordination sur ces questions entre les divers ministères fédéraux.

OBJECTIF 2 Les visions du monde, les connaissances et la langue traditionnelles favorisent l'établissement de liens positifs avec les milieux naturels, sociaux et physiques.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Établir des pratiques pour protéger, préserver et améliorer les visions du monde, les connaissances et la langue traditionnelles afin de favoriser l'établissement de liens positifs avec les divers milieux.	▸ Élaborer et mettre en œuvre des programmes et des ressources d'apprentissages appropriés (dans les écoles primaires et secondaires, et les établissements d'enseignement postsecondaire) portant sur la relation historique entre les Premières Nations et le Canada, la colonisation et les mesures d'assimilation forcée, dont l'histoire et l'héritage des pensionnats indiens. ▸ Élaborer et mettre en œuvre des programmes scolaires qui respectent, protègent et préservent intégralement les langues et enseignements autochtones traditionnels. ▸ Collaborer avec les aînés ou les gardiens des connaissances traditionnelles afin d'enseigner les connaissances, la médecine, la guérison, les langues et les pratiques culturelles traditionnelles à l'école et dans le milieu. ▸ Organiser des rassemblements sociaux traditionnels (c.-à-d. des festins traditionnels) et des camps culturels (pour enseigner les langues et les façons traditionnelles de vivre et d'apprendre).

OBJECTIF 3 Des milieux favorables soutiennent des modes de vie sains et l'accès à des choix sains.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Tous les partenaires collaborent pour élaborer des politiques publiques à l'appui de milieux sains et durables.	▸ Améliorer la sécurité de l'infrastructure communautaire (trottoirs, terrains de jeu, clôtures, immeubles, etc.). ▸ Appliquer les règlements administratifs qui font la promotion d'espaces extérieurs sécuritaires (p. ex., empêcher les chiens de se promener sans laisse). ▸ Modifier l'infrastructure communautaire afin de favoriser davantage les activités physiques extérieures (sentiers pédestres, parcs à vélos, meilleur éclairage, etc.). ▸ Améliorer l'accès aux lieux d'hébergement pour les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques (soins en établissement ou foyers de groupe), y compris le soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. ▸ Élaborer une stratégie de soins à domicile pour les aînés. ▸ Concevoir et mettre en œuvre des campagnes pour promouvoir des foyers, des lieux de travail et des espaces publics sans fumée. ▸ Désigner des milieux favorables à l'allaitement et des espaces sans fumée au sein des communautés.

OBJECTIF 4 Les forces et ressources existantes de la communauté servent de fondement au progrès.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Encourager toutes les ressources et tous les intervenants de la communauté à participer collectivement à l'autodétermination en matière de planification de la santé communautaire.	▸ Créer un comité affecté à la santé communautaire (représentant, entre autres, les garderies, les écoles et les services sociaux). ▸ Encourager le bénévolat en instituant un programme de reconnaissance des bénévoles. ▸ S'appuyer sur des modèles de comportement et renforcer les valeurs culturelles par le truchement de partage et d'activités intergénérationnelles. ▸ Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation à l'importance de la mise en place de saines politiques publiques. ▸ Élaborer et mettre en œuvre de saines politiques publiques au sein de la communauté (p. ex., formation sur la façon d'appliquer les règlements administratifs sur le contrôle animal). ▸ Encourager la création et l'expansion de clubs de jeunes (tels que les groupes de percussions, de chant et de danse), afin de développer les compétences de leadership chez les jeunes et de promouvoir la confiance en soi.

PLEINS FEUX SUR LA COMMUNAUTÉ :

Célébration des foyers sans fumée

La communauté du Sturgeon Lake, en Saskatchewan, a participé à « *Green Light* », qui met à l'honneur les maisons sans fumée des Premières Nations et des Métis. Ce programme donne aux personnes qui vivent dans une maison sans fumée une ampoule verte éconergétique pour l'éclairage extérieur. Cette ampoule marque le fait que la maison est sans fumée et invite les autres foyers à adopter la même démarche.

Le programme a été mis en place à la suite de sondages sur la santé et le mieux-être menés dans les communautés métisses et des Premières Nations. Les résultats ont été transmis aux communautés pour réflexion et discussion. Dans toutes les communautés interrogées, on a établi que le tabagisme (l'usage non traditionnel du tabac chez les peuples des Premières Nations et les Métis) était le facteur de risque modifiable de maladie chronique le plus courant. Les communautés ont alors pris les devants et travaillé avec le personnel du programme de santé et de mieux-être, et des chercheurs afin d'élaborer une stratégie de réduction du tabagisme. Grâce au financement de sources provinciales et fédérales, elles ont pu lancer le programme *Green Light*.

Les principes du programme comprennent la direction locale, l'adaptation du programme pour répondre aux besoins locaux et la prise en compte des forces existantes afin de promouvoir la santé et le mieux-être. Par exemple, Sturgeon Lake a choisi d'offrir des programmes d'abandon du tabagisme et d'éducation traditionnelle aux enfants. Pour renforcer les capacités et échanger de l'information, le programme *Green Light* forme des bénévoles locaux au rôle de compagnon-conseiller, ces personnes servant de ressources pour les autres communautés qui souhaitent adopter le programme.

3. COMPÉTENCES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

Des ressources appropriées, ainsi que des possibilités d'apprentissage et du soutien (de la part des fournisseurs de soins de santé, de la famille, des membres de la communauté ou d'autres personnes respectées, tels que les aînés et les pairs) favorisent l'autogestion. Tous les membres de la communauté peuvent bénéficier de l'information sur la santé et le mieux-être associée aux maladies chroniques, des ressources de prise en charge personnelle et des programmes collectifs accessibles et adaptés à la culture.

L'amélioration des compétences professionnelles consiste à fournir aux travailleurs de la santé de meilleurs outils pour la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques, et à renforcer leur capacité à soutenir les clients de manière culturellement sécuritaire et appropriée.

OBJECTIF 1 Les personnes et les familles établissent leurs propres objectifs en matière de santé et de mieux-être qui reposent sur les connaissances traditionnelles et la santé holistique.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Soutenir les personnes et les familles dans leurs efforts d'autogestion du mieux-être et des maladies chroniques de façon culturellement sécuritaire.	▸ Faire participer les personnes, les familles et les soignants informels à la prise de décisions communes, à la planification des soins et à l'établissement des objectifs. ▸ Fournir aux clients et à leur famille l'accès à des programmes d'éducation culturellement sécuritaires, ainsi qu'à de l'information sur la santé. ▸ Travailler avec les aînés pour traduire en langue traditionnelle les renseignements occidentaux sur la santé, le mieux-être et les médicaments. ▸ Organiser ou encourager la création de groupes de soutien animés par des pairs pour les personnes souffrant de problèmes de santé ou vivant avec une maladie chronique. ▸ Offrir un suivi individuel et familial à l'aide d'une approche interdisciplinaire coordonnée.

OBJECTIF 2 Des activités d'éducation et de renforcement des compétences appropriées sont en place afin de promouvoir la santé et le mieux-être.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Encourager l'utilisation d'une approche communautaire en matière de santé et de mieux-être.	▸ Intégrer les leçons sur une vie saine au programme scolaire, notamment des cours d'économie familiale, de cuisine, de santé et d'éducation physique. ▸ Fournir des possibilités d'éducation aux enfants et aux jeunes pour les sensibiliser aux modes de vie sains fondés sur la culture et aux pratiques de prise en charge des maladies chroniques. ▸ Organiser des groupes de parents afin de favoriser l'adoption d'approches positives en matière d'éducation des enfants fondée sur les traditions et la culture. ▸ Repérer des champions communautaires et des modèles de comportement qui mettent en pratique de saines habitudes de vie et qui inspirent d'autres personnes à faire des choix sains. ▸ Promouvoir les modes de vie sains propres à chaque population et culturellement sécuritaires et des activités de prévention des maladies par l'entremise des médias sociaux, de la radio, d'Internet et des tableaux d'affichage communautaires. ▸ Organiser des campagnes de sensibilisation auprès de la communauté pour dissiper les idées reçues entourant les maladies et troubles chroniques courants.

OBJECTIF 3 Les fournisseurs de soins de santé ont la capacité de fournir des services de qualité supérieure et culturellement sécuritaires.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**

Donner aux fournisseurs de soins de santé la formation, les compétences et les connaissances nécessaires à la réalisation d'activités de prévention et de gestion des maladies chroniques de qualité supérieure et culturellement sécuritaires.	▸ Fournir des services de première ligne dotés de fonds et de personnel suffisants afin de :
	  ▸ s'assurer que les professionnels de la santé suivent les cours de formation obligatoires;
	  ▸ promouvoir des soutiens pour les soins auto-administrés dans le but de prévenir l'épuisement professionnel au travail.
	▸ Créer un environnement de travail sain qui conjugue leadership, sécurité culturelle, travail d'équipe efficace, processus de soins normalisés, apprentissage continu et mesures d'amélioration.
	▸ Fournir une orientation régulière aux fournisseurs de soins sur les services, programmes et ressources disponibles, ainsi que de la formation sur la façon d'aider les clients à accéder aux soutiens et aux services nécessaires (« comment naviguer dans le système »).
	▸ Élaborer des protocoles pour l'échange de renseignements et de connaissances (c.-à-d. la télémédecine) et établir des liens pour faciliter l'amélioration de la communication, l'établissement de relations, et le réseautage entre partenaires.
	▸ Former les travailleurs de la santé dans les domaines de la sécurité culturelle, de la communication, des techniques d'entrevue motivationnelle et des techniques d'éducation liées à l'autogestion des maladies chroniques.

OBJECTIF 4

Les fournisseurs de soins de santé travaillent avec leurs clients dans une relation fondée sur la confiance, le respect et une communication ouverte.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Renforcer la capacité des fournisseurs de soins de santé à travailler avec leurs clients dans une relation fondée sur la confiance, le respect et une communication ouverte.	▸ Former les fournisseurs de soins sur l'établissement de relations, la compétence culturelle et la sécurité culturelle. ▸ Former les fournisseurs de soins de santé pour en faire des moniteurs, des mentors et des animateurs. ▸ Mettre en place une formation polyvalente sur les rôles et responsabilités à l'intention des fournisseurs de soins de santé travaillant au sein d'une équipe pour leur permettre d'approfondir leurs connaissances et savoir-faire, et de s'assurer que le champ d'exercice est bien défini pour chacun d'eux.

PLEINS FEUX SUR LA COMMUNAUTÉ :

Première Nation Waywayseecappo : Testing Tuesday (le mardi des tests)

À l'instar d'autres communautés des Premières Nations, celle de Waywayseecappo, au sud-ouest du Manitoba, fait état d'un taux élevé de diabète de type 2 chez les adultes et constate maintenant quelques cas chez des enfants. Un modèle fructueux du programme de clinique du diabète et de soins des pieds l'a amené à lancer un nouveau programme de dépistage et de suivi du diabète qu'elle a elle-même conçu, le *Testing Tuesday* (le mardi des tests).

Pour mieux faire connaître le programme, les organisateurs ont distribué des dépliants à tous les membres de la communauté. Le mardi matin, les gens se présentent à jeun au centre de santé pour se soumettre à un test de glycémie, puis se voir offrir le déjeuner. Ce repas leur offre l'occasion de discuter de la gestion de leur diabète avec le personnel infirmier. Le deuxième et le quatrième mardi du mois, le centre offre d'autres tests de dépistage et des analyses sanguines. Les clients reçoivent de petites récompenses pour les encourager à se présenter, notamment des coupons échangeables dans les restaurants du coin. La structure du programme est simple et son coût est modique; de plus, il est apprécié des clients et la rétroaction est positive.

En plus de servir de programme de gestion du diabète, *Testing Tuesday* est devenu un précieux système de soutien animé par des pairs. Les clients apprennent beaucoup les uns des autres en discutant de leur façon de gérer le diabète, et ils se présentent souvent en groupe au lieu de venir seuls. Le programme est fortement adapté à la réalité locale, ne menace en rien la culture des participants et est axé sur le client et la communauté. Il a contribué à renforcer les capacités de la communauté et la confiance en soi des clients pour les aider à prendre en main leur santé et mieux-être. Des relations de confiance ont été établies grâce à un respect mutuel et à une communication ouverte, ce qui rend la communauté plus forte à plus d'un égard. Les fournisseurs de soins apprennent à connaître les personnes, les besoins de la communauté et de nouvelles façons de promouvoir la santé et le mieux-être.

4. SYSTÈMES D'INFORMATION ET PARTAGE DE DONNÉES

L'utilisation de systèmes d'information est essentielle au soutien des processus de changement. Ces systèmes captent des données sur la santé et les besoins sociaux d'une communauté. Ces données peuvent servir à la planification, à la coordination, à la prise de décisions et à la communication avec les fournisseurs de soins. Dans une situation idéale, l'information sur la démographie, la santé de la communauté et les tendances culturelles, sociales et économiques est jumelée aux évaluations des besoins et des forces qui sont menées par des groupes communautaires.

Pour que cela fonctionne, les systèmes d'information utilisés par les services communautaires (y compris les rapports de surveillance et les registres des clients) et ceux employés au niveau provincial/territorial doivent être compatibles, efficaces et bien intégrés. Des lignes directrices claires et un mécanisme de partage de données doivent être établis pour s'assurer que l'information sur le client est communiquée de manière sécuritaire et acceptable, conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP [MD]).

PCAP[MD] est un sigle pour le modèle de principes « propriété, contrôle, accès et possession ». Créé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), ce modèle informe les communautés des raisons pourquoi leurs renseignements sont recueillis, utilisés ou partagés, comment ils le sont et par qui. Ces principes témoignent de l'engagement des Premières Nations à utiliser et à échanger de l'information de façon à conférer des avantages pour la communauté et à réduire au minimum les risques (CGIPN, 2014). Pour un complément d'information sur les principes PCAP[MD], voir : http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol5/iss2/3

« Par la nature de la relation entre l'État et les Premières Nations et des responsabilités qu'il a envers celles-ci, le Canada recueille et stocke plus de renseignements sur les membres des Premières Nations que sur tout autre groupe au Canada. La collecte, l'utilisation et la diffusion de ces renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (gouvernement du Canada, 1985b), la *Loi sur l'accès à l'information* (gouvernement du Canada, 1985a) et la *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada* (*LBAC*) qui s'appliquent collectivement et exclusivement aux institutions gouvernementales fédérales (Banks et Hébert, 2004). Bien que la *Loi sur la protection des renseignements personnels* protège les renseignements personnels, la *Loi sur l'accès à l'information* et la *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada* constituent des obstacles législatifs pour les principes PCAP[MD]… » (http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf, 2014, p. 2).

OBJECTIF 1 Les systèmes d'information de la communauté sont conçus pour capter les besoins sociaux et de santé locaux.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Les chefs et les experts en données des Premières Nations travaillent ensemble afin que les communautés puissent recueillir, posséder et protéger leurs propres données sur la santé.	▸ Élaborer un système de dossiers médicaux électroniques (DME) à vocation communautaire et en assurer la compatibilité avec les systèmes provinciaux/territoriaux et hospitaliers. ▸ Former le personnel communautaire et offrir un soutien continu au niveau de l'utilisation du système d'information afin de garantir la qualité des données et une analyse spécialisée. ▸ S'assurer que le système permet la sauvegarde continue et l'archivage de l'information.

OBJECTIF 2 Des données communautaires sont utilisées pour promouvoir l'amélioration de la qualité des programmes et services des Premières Nations.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Élaborer des indicateurs de santé communautaire appropriés à l'intérieur des systèmes d'information.	▸ Inclure des indicateurs dans les systèmes d'information, fondés sur des données probantes, qui s'appliquent aux communautés et qui favorisent l'amélioration de la qualité des programmes et services. ▸ Élaborer un système de surveillance de la santé publique détaillé et dirigé par la communauté, y compris des indicateurs appropriés, ainsi que des méthodes de collecte systématiques et rapides. ▸ Utiliser des indicateurs fondés sur des éléments probants pour promouvoir l'amélioration de la qualité. ▸ Établir des registres communautaires de clients dans les systèmes d'information du milieu.

OBJECTIF 3 Des normes, politiques et lignes directrices claires sur le partage de données sont en place pour assurer la confidentialité du client, ainsi que la sûreté et la sécurité du système.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Élaborer des normes, politiques et lignes directrices claires, ainsi que des protocoles de partage de données.	▸ Assurer une participation précoce, fréquente et continue de la communauté au processus d'élaboration des normes, politiques et lignes directrices. ▸ Partager des pratiques exemplaires sur le rendement du système, les modèles à suivre et les enjeux afin d'aider d'autres communautés à élaborer leur propre système d'information. ▸ Dresser un plan sur la façon dont les gens (et les systèmes) collaboreront; établir clairement les rôles et l'accès au système pour s'assurer que les besoins en matière de santé et les données sur la santé des clients demeurent privés, confidentiels et étroitement protégés de toute utilisation malveillante. ▸ Créer des systèmes de collecte de données qui seront pris en charge, contrôlés, gérés et hébergés par les communautés, et s'efforcer d'être entièrement conforme aux principes PCAP[MD]. ▸ Officialiser les normes, politiques et lignes directrices au moyen d'ententes entre les partenaires.

PLEINS FEUX SUR LA COMMUNAUTÉ :

Première Nation Ebb and Flow : FORGE AHEAD

L'autorité sanitaire de la Première Nation Ebb and Flow, au Manitoba, collabore avec les chercheurs de l'Université Western dans le cadre de l'initiative *FORGE AHEAD*, un programme sur le diabète de type 2 qui exploite des données pour suivre les effets du programme et déterminer les domaines à améliorer. Conçue par et pour les Premières Nations, l'initiative compte deux composantes, soit les soins primaires et la recherche. En raison du nombre croissant de membres des Premières Nations de tout âge qui sont atteints du diabète de type 2, la prévention et la gestion du diabète sont devenues des questions de premier plan pour cette communauté. L'expérience de l'autorité sanitaire à l'égard de l'initiative *FORGE AHEAD* indique comment les systèmes de gestion de l'information peuvent contribuer à améliorer les soins.

Lorsque cette communauté a adopté l'initiative, elle a d'abord participé à un atelier de formation où elle a appris comment utiliser les données recueillies dans le cadre de son programme de lutte contre le diabète – tout, du nombre de participants aux résultats des analyses de laboratoire – dans un souci d'amélioration de la qualité. Elle a été ravie d'apprendre qu'une large part de ce qu'elle fait déjà en tant qu'équipe est utile à l'amélioration de la qualité, même des activités aussi simples que dresser le procès-verbal d'une réunion.

L'expérience de l'initiative *FORGE AHEAD* a fourni à l'autorité sanitaire des données pour suivre l'augmentation du nombre de cas de diabète au sein de sa communauté. Un plus grand nombre de personnes se rendent dans les cliniques, ce qui contribue à détecter plus tôt le diabète. Grâce à une amélioration régulière et au renforcement de leur programme, l'autorité sanitaire constate que non seulement plus de clients apportent des changements positifs à leur mode de vie – par exemple, en réduisant leur taux de glycémie et en s'adonnant à plus d'activités physiques –, mais qu'il leur est aussi possible de mesurer cette évolution!

5.0 Conclusion

Les suggestions présentées dans le présent document par les Premières Nations sont des exemples de ce qui est nécessaire pour répondre aux taux croissants de maladies chroniques afin de promouvoir une meilleure qualité de vie pour les membres et les familles et pour, au bout du compte, améliorer la santé des communautés.

Pleins feux sur la communauté sous chaque rubrique *Domaine d'intervention* du *Cadre* fait état des mesures prises actuellement par certaines communautés pour obtenir de meilleurs résultats en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Ces récits sont des exemples inspirants qui témoignent du solide leadership dont font preuve certaines communautés, de l'efficacité de leurs activités de communication et de planification, de leur volonté à améliorer le statu quo, ainsi que de l'importance de reconnaître et de célébrer les réussites.

Les partenaires et les intervenants qui ont participé à des séances de mobilisation souhaitaient que le *Cadre* crée un *environnement propice* qui servirait à guider la prévention et la gestion efficaces des maladies. Le processus d'élaboration du *Cadre* témoignait de cette demande. Pour la première fois, les défis ont été abordés en fonction des besoins réels exprimés par les communautés, en utilisant leurs forces comme base, dans le but de les renforcer pour l'avenir.

En effet, l'un des avantages essentiels du *Cadre*, c'est qu'il peut être utilisé pour la planification à l'échelle communautaire. Par exemple, il peut contribuer à définir les priorités communes et déceler les possibilités de collaboration avec des partenaires internes et externes, notamment les provinces/territoires, et d'autres ministères fédéraux. La façon dont ce *Cadre* est mis en œuvre par les Premières Nations est à la discrétion totale des communautés, selon les besoins et les priorités particulières, et dans les limites des réalités financières et des ressources humaines qui existent au sein des communautés autochtones.

Ce *Cadre* peut également servir à l'échelle régionale et nationale pour renforcer les programmes et services fédéraux de prévention et de gestion des maladies chroniques, de même que pour guider le mécanisme d'élaboration de politiques.

Une partie du travail nécessaire à l'atteinte des *objectifs* du *Cadre* relève du mandat de secteurs en dehors du système de santé traditionnel, y compris l'éducation, la justice, le logement et l'emploi. Bien que le secteur de la santé ne puisse entreprendre seul ce programme, il peut amorcer le dialogue et agir en tant que collaborateur dans les efforts visant à améliorer le mieux-être des membres, des familles et des communautés. Les services de santé de haute qualité doivent être soutenus par des politiques et programmes qui accordent temps et possibilités aux gens de s'entraider, sans compromettre leur propre sécurité en matière de santé et de finances.

Des réponses efficaces de la part des communautés des Premières Nations passent par des moyens nouveaux et novateurs d'aborder la prévention et la gestion des maladies chroniques. En tant que tel, ce *Cadre* se révélera le plus efficace en tant que processus tourné vers l'avenir et évolutif en réponse aux expériences de la communauté lorsqu'elle s'emploie à atteindre les *objectifs* énoncés et à réaliser les *activités* proposées.

L'aspiration ultime, c'est que les mesures prises maintenant en réponse au *Cadre* aboutissent à une amélioration de la santé et de la qualité de vie, ainsi qu'à un renforcement des économies pour les Premières Nations, pour autant que les communautés réalisent des progrès constants en faveur de la *vision* que voici :

« Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie. En cela, ils sont soutenus par des environnements sains et par un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable. »

Annexe 1: Autres modèles et approches

Tel qu'il est indiqué à la **Section 3.2**, le *Modèle de soins chroniques élargi* (MSCE) a fourni des paramètres (cadre de référence primaire) pour guider les séances de mobilisation avec les partenaires et les intervenants des Premières Nations. Cependant, deux sources de données supplémentaires ont contribué aux notions du *Cadre* :

- Le continuum « *mieux-être – maladies chroniques* »;
- *L'Approche axée sur le parcours de vie*

Le continuum *« mieux-être – maladies chroniques »*

Le continuum « *mieux-être – maladies chroniques* »[40] (voir la **Figure 3**) définit les services nécessaires à l'intérieur de *l'ensemble d'un système de santé* afin de prévenir et de gérer les maladies chroniques. Il décrit l'importance accordée à la santé de la population, traite du continuum de la vie, de la promotion de la santé et des efforts de prévention au niveau individuel et communautaire, de la détection et du dépistage rapides, de la gestion des maladies chroniques, et du travail en partenariat, et intègre une approche axée sur le client et la famille. Il présente les mesures requises sur une base continue, avec la participation des gens, des fournisseurs de soins et de la communauté[40].

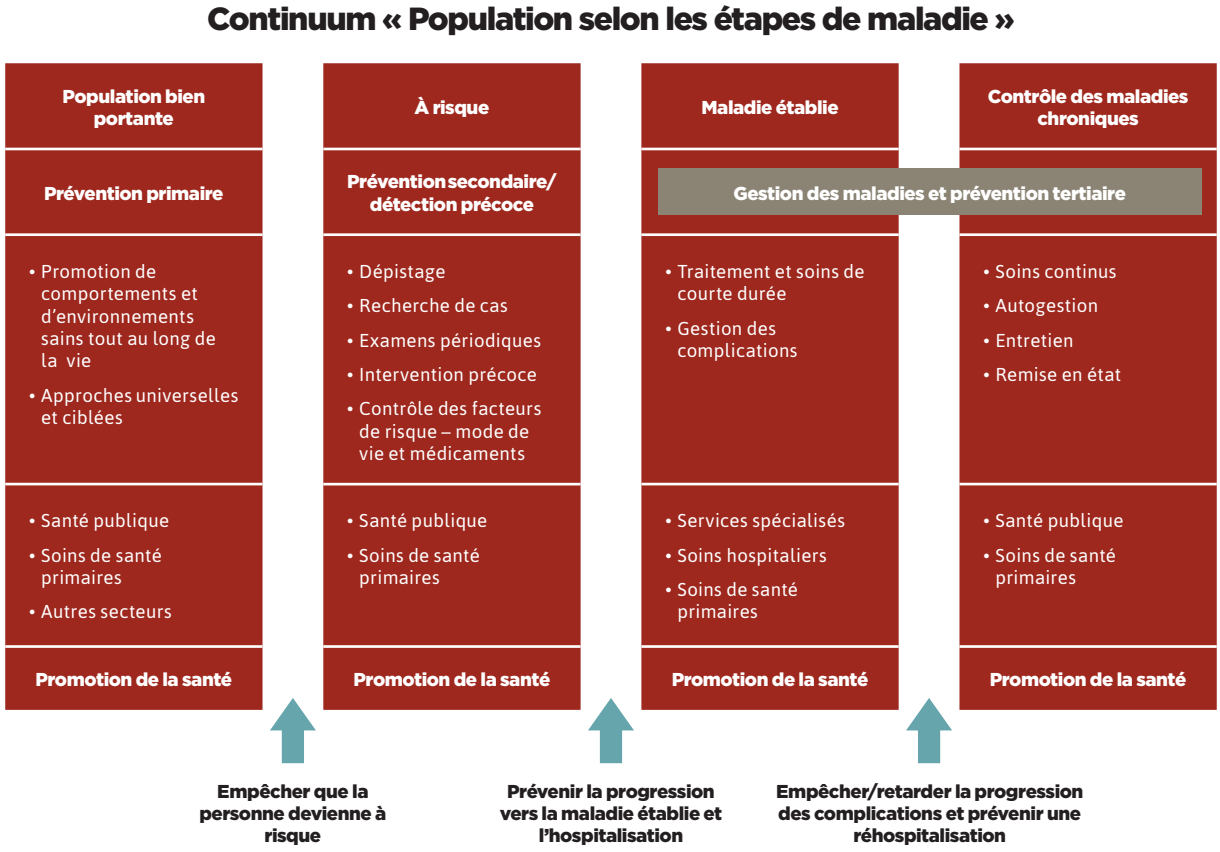
Les services offerts dans le système de santé jouent un rôle essentiel puisqu'ils ont une incidence sur les résultats liés à la santé. Ce modèle décrit les types de services offerts et leurs objectifs particuliers. Cela signifie que certains services sont destinés à la population; d'autres sont davantage axés sur la santé publique, tandis que d'autres encore fournissent des services individuels. Cela démontre que de nombreux types de services sont nécessaires pour prévenir et gérer les maladies chroniques[40].

L'Approche axée sur le parcours de vie

L'Approche axée sur le parcours de vie[41] joue un rôle majeur dans la compréhension de la santé et du mieux-être de la population. Ce modèle met l'accent sur la façon dont les facteurs sociaux, biologiques, psychologiques et émotionnels contribuent à la santé d'une personne tout au long de sa vie. C'est un modèle holistique qui cadre avec les croyances autochtones en matière de santé et de mieux-être[41].

Des interventions clés apportées en temps opportun peuvent avoir un effet considérable au cours de ces périodes critiques. Chaque étape du cycle de la vie implique des besoins uniques en matière de développement et de physiologie qui exigent des interventions adaptées et adéquates visant à réduire les facteurs de risque ou à renforcer les facteurs de protection. Les conditions sociales et les expériences vécues au cours des premiers stades de la vie influeront sur les circonstances et les possibilités ultérieures. De même, lorsqu'ils sont adoptés tôt, les comportements liés à la santé auront une incidence sur la santé plus tard dans la vie[41].

Figure 3 : Continuum « *mieux-être – maladies chroniques* »



Notes en fin de texte

1 Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain. *The State of Urban Aboriginal Communities: UAKN Research Paper Series*. s.d. [consulté le 1er déc. 2016]. Accès : http://www.academia.edu/11713701/The_State_of_Urban_Aboriginal_Communitie

2 Adelson N. The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 2005, 96 (2): S45-S61.

3 Agence de la santé du Canada. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa. 2011 [consulté le 21 nov. 2016]. Accès : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres.html

4 Young TK, Reading J, Elias B, O'Neil JD. Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*. 2000 [consulté le 21 nov. 2016]; 163(5):561-566. Accès : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11006768

5 Koveski T. Respiratory Disease in Canadian First Nations and Inuit Children. *Paediatric*. 2012 [consulté le 2 déc. 2016]:17(7) 376-380. Accès : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448538/pdf/pch17376.pdf

6 Santé Canada. *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*. Ottawa. 2012 [consulté le 21 nov. 2016]. Accès : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/plan-strategique-sante-premieres-nations-inuits-parcours-partage-vers-amelioration-sante-sante-canada-2012.html

7 *Difference Between Health and Wellness* [Internet]. (2015). Accès : http://www.differencebetween.com/difference-between-health-and-vs-wellness/

8 Santé Canada. *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*. Ottawa. 2011.

9 Aguiar W. & Halseth R. *Aboriginal peoples and Historic Trauma: The processes of intergenerational* transmission. Prince George (CB) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 2015 [consulté le 1er déc, 2016]. Accès : https://www.ccnsa-nccah.ca/495/Aboriginal_Peoples_and_Historic_Trauma__The_process_of_intergenerational_transmission.nccah?id=142

10 Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, 2015.

11 *Honouring Our Strengths: Culture as Intervention in Addictions Treatment Reference Guide*. Accès : http://nnapf.com/nnapf-document-library/

12 Organisation mondiale de la santé. *Chronic Diseases and their common risk factors*. 2010 [consulté le 2 nov. 2016]. Accès : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf

13 Agence de la santé publique du Canada. *Facteurs de risque des maladies chroniques*. (s.d.) [consulté le 30 nov. 2016]. Accès : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/facteurs-risque-maladies-chroniques.html

[14] Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa : CGIPN. 2012 [consulté le 7 mars 2017]. Accès : https://fnigc.ca/sites/default/files/docs/first_nations_regional_health_survey_rhs_2008-10_-_national_report.pdf

[15] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa (ON) : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 1999 [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999F.pdf

[16] *Reading CL & Wien F. Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George (CB) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 2009 [consulté le 30 nov. 2016]. Accès : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_EN_web.pdf

[17] Willows N, Veugelers P, Raine K & Kuhle S. Associations between household food insecurity and health outcomes in the Aboriginal population (excluding reserves). *Health Reports*, 2011, *22*(2): 1-6.

[18] Desjardins, E. *Synthesis Paper: Food Insecurity and Chronic Disease*. Rédigé pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada. 2009.

[19] Chen J & Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Reports*, 2001, 12:11-22.

[20] Vozoris N & Tarasuk V. Household food insufficiency is associated with poorer health. *Journal of Nutrition*. 2003, 133:120-126.

[21] Assemblée des Premières Nations. *First Nations Wholistic Policy and Planning: A transitional discussion document on the social determinants of health*. 2013 [consulté le 17 févr. 2017]. Accès : http://health.afn.ca/uploads/files/sdoh_afn.pdf

[22] Organisation nationale de la santé autochtone. *What First Nations think about their health and health care: The National Aboriginal Health Organization's public opinion poll on First Nations health and health care in Canada*. Ottawa. 2004 [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : http://www.naho.ca/publications/topics/health-policy/

[23] Mussell B. Cultural Pathways for Decolonization, *Visions: BC Mental Health and Addictions Journal*. 2008 [consulté le 16 mars 2017] 5(1) 4. Accès : http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/visions_aboriginal_people.pdf

[24] *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action* [Internet]. 2017. Accès : www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf

[25] Saint Elizabeth First Nations, Inuit and Metis Program. *Walk a Mile in my Moccasins. Foundation for Action in First Nations Cancer Control*. Financement fourni par le Partenariat canadien contre le cancer. 2012.

[26] Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. *Chronic Disease Prevention and Management Resource Toolkit*. 2010 [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : http://oldsite15.von.ca/special_projects/ahi_Chronic%20Disease%20Management.aspx

[27] Federations of Saskatchewan Indians. *Health Empowerment for You (H.E.Y) training program: Trainer and participant manuals*. 2012.

[28] Santé Canada. *Recognizing Strengths-Building for the Future: Primary Health Care Service Delivery in Remote and Isolated First Nations Communities, Final Report and Recommendations*. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. 2012.

[29] Santé Canada - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). *Aboriginal Diabetes Initiative Regional Renewal Discussions: Summary Report*, DGSPNI. 2009.

[30] McComber A. *Community Diabetes Prevention Worker Regional Forum Report*. 6e Conférence nationale de Diabète Canada. 2011.

[31] Santé Canada - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. *Chronic Disease Prevention and Management in First Nations and Inuit Communities: Care model, current status and next steps*. 2011.

[32] Harris S, Naqshbandi M, Bhattacharyya O, Hanley A, Esler J, Zinman B. Major gaps in diabetes clinical care among Canada's First Nations: Results of the CIRCLE study. *Diabetes Research and Clinical Practice* [Internet]. 2011 [consulté le 24 nov. 2016]; 92(2):272-279. Accès : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21376415

[33] Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* [Internet]. 2003 [consulté le 24 nov. 2016]; 7(1):73-82. Accès : http://www.longwoods.com/content/16763

[34] Population Health and Wellness Ministry of Health Planning. *A Framework for a Provincial Chronic Disease Prevention Initiative*. 2003 [consulté le 17 févr. 2017]. Accès : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2003/cdpframework.pdf

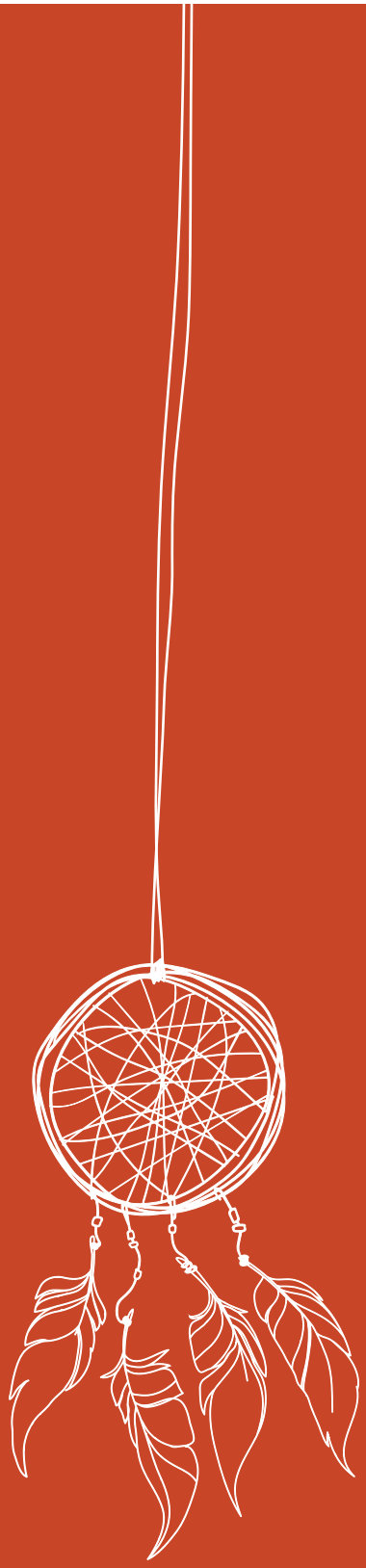
[35] *Alberta Region Chronic Disease Prevention and Management Action Plan*. 2016 [consulté le 17 févr. 2017]. Accès : http://www.hcom.ca/documents/TTH89

[36] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*. 2007 [consulté le 17 févr. 2017]. Accès : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework_full.pdf

[37] Ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador. *Improving Health Together: A policy framework for chronic disease prevention and management*. 2010 [consulté le 17 févr. 2017] Accès : http://www.health.gov.nl.ca/health/chronicdisease/Improving_Health_Together.pdf

[38] Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*. 2010 [consulté le 7 févr. 2017]. Accès : http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf

[39] Indian Health Services. *The Federal Health Program for American Indians and Alaska Natives*. (s.d.) [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : https://www.ihs.gov/ipc/

[40] Australian Health Ministers' Advisory Council. (2001). *Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework*. 2001 [consulté le 24 nov. 2016] Accès : http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2014/nphp/publications/strategies/chrondis-bgpaper.pdf

[41] Reading J. *The Crisis of Chronic disease Among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*. Centre for Aboriginal Health Research. 2009.