



REVUE DES COMPÉTENCES  
ESSENTIELLES POUR LA SANTÉ  
PUBLIQUE : *Une perspective de santé  
publique Autochtone*

*Sarah Hunt, Ph. D.*

NATIONAL COLLABORATING CENTRE  
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE  
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

MISE EN CONTEXTE

© 2015 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos réviseurs pour leur généreuse contribution en

matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse : [www.nccah-ccnsa.ca](http://www.nccah-ccnsa.ca). Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

An English version is also available at [www.nccah-ccnsa.ca](http://www.nccah-ccnsa.ca), under the title: *Review of Core Competencies for Public Health: An Aboriginal Public Health Perspective.*

Référence : Hunt, S. (2015). *Revue des compétences essentielles pour la santé publique : Une perspective de santé publique Autochtone*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone  
3333, University Way  
Prince George, C.-B., V2N 4Z9  
Tél. : 250-960-5250  
Télec. : 250-960-5644  
Courriel : [nccah@unbc.ca](mailto:nccah@unbc.ca)  
Web : [www.nccah-ccnsa.ca](http://www.nccah-ccnsa.ca)

# TABLE DES MATIÈRES



1.0 INTRODUCTION .....	5
Qu'est-ce que la santé publique autochtone? .....	5
Que sont les soins de santé culturellement adaptés? .....	6
Vue d'ensemble du document .....	9
Méthodologie .....	9
2.0 GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES DANS LES COMPÉTENCES ESSENTIELLES DE L'ASPC .....	11
Responsabilité de la santé publique autochtone au Canada .....	11
Qui sont les praticiens de la santé publique? .....	13
3.0 REVUE DES COMPÉTENCES ESSENTIELLES DE L'ASPC PAR CATÉGORIE .....	15
Énoncés de compétence : attitudes et valeurs .....	15
Catégorie 1 : Sciences de la santé publique .....	16
Catégorie 2 : Évaluation et analyse .....	16
Catégorie 3 : Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes .....	17
Catégorie 4 : Partenariat, collaboration, défense des droits .....	18
Catégorie 5 : Diversité et inclusivité .....	18
Catégorie 6 : Communication .....	20
Catégorie 7 : Rôle d'autorité .....	20
Annexes .....	21
4.0 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS .....	23
Recommandations générales .....	23
Recommandations de catégorie .....	24
RÉFÉRENCES (anglais seulement) .....	26



Download this publication  
at [www.nccah-ccnsa.ca/34/  
Publications.nccah](http://www.nccah-ccnsa.ca/34/Publications.nccah)



La version française est  
également disponible au  
[www.nccah-ccnsa.ca/193/  
publications.nccah](http://www.nccah-ccnsa.ca/193/publications.nccah)

## Liste des acronymes

ASPC.....	Agence de la santé publique du Canada
CIPHER.....	Competencies for Indigenous Public Health, Evaluation and Research (programme sur les compétences en matière de santé publique, d'évaluation et de recherche chez les Autochtones)
FNHA.....	First Nations Health Authority of BC (Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.)
MNBC .....	Métis Nation British Columbia (Nation métisse de la Colombie-Britannique)
ONSA .....	Organisation nationale de la santé Autochtone
ONU .....	Organisation des Nations Unies



# 1.0 INTRODUCTION

En 2007, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié le document *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* qui présente les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à la pratique de la santé publique dans l'ensemble des disciplines. L'établissement des compétences a suivi la parution du rapport du Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique (2005), dans lequel il est dit que les compétences essentielles pour l'exercice interdisciplinaire de la santé publique sont un pilier pour édifier une main-d'œuvre solide en santé publique. Les compétences visent à fournir les éléments constitutifs d'une approche coordonnée de la santé publique et à orienter la planification de l'éducation, la formation, le développement d'outils professionnels ainsi que l'évaluation des descriptions d'emploi et du rendement des praticiens de la santé publique au Canada. En tout, 36 énoncés de compétences essentielles sont divisés en sept catégories : sciences de la santé publique; évaluation et analyse; planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes; partenariats, collaboration et promotion; diversité et inclusion; et communication et rôle d'autorité.

Ce document est une revue des *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* selon une<sup>1</sup> perspective autochtone de la santé publique<sup>2</sup> effectuée à partir des travaux actuels à l'échelle internationale en matière de santé publique des peuples autochtones.<sup>3</sup>

## Qu'est-ce que la santé publique autochtone?

On estime qu'il y a environ 250 à 370 millions d'Autochtones répartis sur tous les continents habités. La santé publique autochtone est un nouveau champ d'intérêt de la recherche en santé en raison des inégalités en matière de santé qui touchent les peuples autochtones à l'échelle internationale. Le manque de données fiables et exactes sur la santé de ces peuples limite la portée des études sur la santé autochtone (Greenwood, Lindsay, Halseth, McGregor, de Leeuw, & Keahey, 2014)<sup>4</sup>, hormis celles du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. L'insuffisance de données repose, en partie, sur la façon inadéquate de désigner les Autochtones, plusieurs pays ne reconnaissant pas officiellement les premiers peuples et ne disposant pas de statistiques sur ces groupes (Gracey & King, 2009).

Malgré le manque de statistiques, les études montrent que les inégalités en matière de santé sont chose courante chez les peuples autochtones dans le monde (Gracey & King, 2009; Nettleton, Napolitano & Stephens, 2007) alors qu'ils vivent dans des conditions déplorables, avec un approvisionnement en eau incertain, un accès limité à des aliments frais et nourrissants et des services de santé inadéquats, entre autres. Au nombre des principales inégalités en matière de santé affectant les peuples autochtones du monde, il faut compter la malnutrition, un taux élevé de maladie infectieuse, une faible espérance de vie, des problèmes de santé liés à l'abus d'alcool et de drogues, un taux élevé de mort violente, des maladies chroniques (obésité, diabète, maladie cardiovasculaire) et des maladies causées par la contamination de l'environnement (p. ex., par les métaux lourds, l'activité industrielle et les déchets d'effluents) (Gracey & King, 2009). De plus, les taux élevés de mortalité infantile et de mortalité liée à la maternité reflètent les inégalités en matière de santé subies plus particulièrement par les femmes autochtones. Le taux élevé de disparitions de femmes autochtones et de violence à leur endroit témoignent des inégalités entre les sexes créées par le colonialisme et, plus globalement, des inégalités socioéconomiques.

<sup>1</sup> Selon l'article 35(2) de la Loi constitutionnelle de 1982, l'appellation générique *peuples autochtones* désigne collectivement les premiers habitants du Canada et leurs descendants, les groupes composés des Indiens, des Inuits et des Métis.

<sup>2</sup> En 2012, le Centre de collaboration nationale des déterminants de santé a passé en revue le rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* de l'ASPC pour analyser la prise en compte des déterminants de santé.

<sup>3</sup> La mention *peuples autochtones*, employée surtout au niveau international, fait référence aux premiers habitants dans un pays.

<sup>4</sup> Toutes les références dans ce rapport sont en anglais seulement.

Par ailleurs, les groupes autochtones de par le monde ressentent encore les effets marquants de la colonisation. La colonisation les a dépourvus de leurs territoires et leur a imposé de nouvelles structures politiques et de gouvernance, bouleversant ainsi leurs coutumes et leur culture, les privant de leurs langues, de leurs moyens de subsistance et de leurs pratiques médicales traditionnelles. Bien que les conditions et les processus de colonisation varient grandement d'un pays à l'autre, la plupart des Autochtones partagent l'expérience de la dépossession de leur mode de vie traditionnel, de la marginalisation politique et socioéconomique, ainsi que de la discrimination raciale. La perte de leurs terres et l'incapacité de continuer à vivre en symbiose avec leurs environnements traditionnels ont forcé de nombreux Autochtones à vivre en marge de la société dans des bidonvilles urbains, dans des régions où l'environnement est dégradé ou dans des régions isolées comportant très peu de ressources naturelles et de services. La santé (physique, mentale et spirituelle) des peuples autochtones subit les séquelles du colonialisme. Par conséquent, le colonialisme contribue aux inégalités en matière de santé au sein des peuples autochtones du monde entier (Mowbray, 2007). L'autodétermination des Autochtones, essentielle à leur santé et à leur bien-être, est considérée comme une nécessité pour regagner la maîtrise de leur destinée et pour revitaliser leur économie traditionnelle liée aux ressources naturelles.

Le droit à la santé est reconnu par plusieurs traités des Nations Unies (ONU), y compris la Déclaration sur les droits des peuples autochtones (United Nations General Assembly, 2007), laquelle énonce que les peuples autochtones ont le droit « de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale » (Article 24). La santé des Autochtones est fortement influencée par les déterminants structurels et sociaux de la santé qui sous-tendent l'accès des peuples autochtones aux

services et aux ressources et qui ont une grande incidence sur leur autonomie (Nettleton, Napolitano, & Stephens, 2007). Une approche de la santé axée sur les déterminants sociaux a été largement utilisée pour comprendre les inégalités en matière de santé et définir des méthodes pouvant améliorer de façon globale la santé des Autochtones. En effet, cette approche permet l'analyse des interactions entre de multiples facteurs systémiques, historiques et socioéconomiques qui déterminent la santé des individus et des communautés. Bien que les études sur les disparités en matière de santé des Autochtones se soient multipliées et que des ressources considérables aient été allouées afin d'améliorer la prestation et la promotion des soins de santé aux peuples autochtones, les résultats sur le plan de la santé accusent toujours un retard comparativement aux communautés non autochtones, et ce, dans le monde entier.

La santé, selon la perspective autochtone, revêt un caractère collectif et non simplement individuel. Les Autochtones entretiennent des relations socioculturelles et spirituelles complexes avec la terre et les écosystèmes. Aussi, la destruction ou l'éloignement de leur terre est un facteur qui a un impact négatif sur la santé. L'identité culturelle est aussi un déterminant important de la santé des Autochtones, puisque la définition de l'autochtonicité est, par essence, socioculturelle (Nettleton, Napolitano, & Stephens, 2007).

À l'instar des tendances observées à l'échelle mondiale en matière de santé autochtone, on observe une plus forte incidence de maladie et une mortalité nettement plus importante chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada, comparativement aux Canadiens non autochtones. Les inégalités en matière de santé que subissent les Autochtones du Canada sont associées à un ensemble de facteurs (pauvreté, logement, violence physique et sexuelle, niveau de scolarité) qui contribuent aux disparités et nuisent à

leur capacité de changer leurs conditions de vie (Adelson, 2005). Chez les peuples autochtones du Canada, l'incidence des maladies doit donc être « [Traduction] vue, du moins en partie, comme le symptôme actuel, direct et indirect, de la colonisation qui les a dépossédés de leurs terres et de leur autonomie et a entraîné la perte de leur pouvoir aux niveaux politique, culturel, économique et social. » (Ibid., p. S59).

En raison de l'incidence historique du colonialisme sur la santé des communautés autochtones d'aujourd'hui, les experts en santé ont souligné l'importance de créer des modèles de soins de santé culturellement adaptés dans lesquels les Autochtones jouent un rôle actif en déterminant les types de services à recevoir et la façon de mesurer leur santé. Une multitude de prestataires des soins de la santé, de décideurs et de chercheurs de diverses disciplines travaillent à l'échelle internationale afin d'améliorer le bien-être des peuples autochtones selon un modèle globaliste de santé qui tient compte des répercussions néfastes du colonialisme et de la réalité actuelle des inégalités socioéconomiques, tout en misant sur les forces des connaissances culturellement enracinées et sur les méthodes que les peuples autochtones du monde entier continuent d'utiliser.

## Que sont les soins de santé culturellement adaptés?

En vue d'améliorer la santé des peuples autochtones à l'échelle mondiale, tant les praticiens de la santé publique que les systèmes de santé ont besoin d'un éventail de connaissances, d'habiletés et d'attitudes essentielles à la prestation de services de santé culturellement adaptés et accessibles. Au Canada, le développement de ces compétences essentielles est indispensable à la prestation de soins de santé culturellement adaptés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.



*Les études ont montré que les projets communautaires, la valorisation de la fierté culturelle et des approches traditionnelles de la santé et de la médecine ont favorisé l'amélioration et la promotion de la santé mentale, physique et spirituelle des communautés autochtones (Smye & Browne, 2002).*

Certaines compétences essentielles, qui tiennent compte de la sécurité culturelle, du pouvoir, de l'iniquité, de l'intégration d'un savoir non occidental et de pratiques médicales propres aux Autochtones, sont similaires à celles utilisées pour aborder des minorités culturelles non autochtones du Canada. Or, en raison du contexte historique du colonialisme, certaines compétences sont propres à la prestation de soins de santé culturellement fiables pour les Autochtones étant donné la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral à l'endroit des besoins en santé des Autochtones et du rapport entre la santé des Autochtones et les liens particuliers qu'ils entretiennent avec la terre, liens ancrés dans leurs coutumes et leur vision du monde. Bien qu'une partie de la présente analyse puisse être applicable aux compétences essentielles en santé publique à l'endroit des minorités culturelles et ethniques du Canada, plusieurs éléments sont propres à l'histoire du peuple autochtone et

à son rapport actuel avec la société canadienne.

Les études ont montré que les projets communautaires, la valorisation de la fierté culturelle et des approches traditionnelles de la santé et de la médecine ont favorisé l'amélioration et la promotion de la santé mentale, physique et spirituelle des communautés autochtones (Smye & Browne, 2002). Les analyses sur la santé doivent donc s'arrimer aux grandes questions sociopolitiques et historiques, d'autant plus que les soins de la santé au Canada sont prodigués principalement par des personnes non autochtones auxquelles les Autochtones ont été historiquement subordonnés. La considération par les praticiens des contextes historiques et sociopolitiques à l'origine des disparités en matière de santé des Autochtones est importante en ce qu'elle permet de comprendre les répercussions du colonialisme et de la marginalisation sur la santé mentale et physique des Premières Nations, des Inuits et des

Métis tant sur le plan individuel qu'au niveau de la communauté. En outre, la sensibilisation des praticiens de la santé à l'histoire des Autochtones, à leurs coutumes et à leurs visions du monde, particulièrement de ceux qui vivent dans la région où ils exercent, est essentielle pour réduire le fossé d'incompréhension séparant les praticiens et les Autochtones à qui ils prodiguent des soins. La reconnaissance et l'utilisation du savoir autochtone dans l'amélioration de la santé et du bien-être constituent un élément important pour rétablir l'autodétermination des peuples autochtones et leur capacité de décider de leur propre existence et de leur avenir.

Dans un contexte de colonisation, la culture doit être vue comme un réseau complexe de significations ancrées dans des processus historiques, sociaux, économiques et politiques où s'entremêlent les notions de race, de genre et de classe sociale, un réseau qui permet de saisir les répercussions



des iniquités structurelles sur les possibilités de vie (Smye & Browne, 2002). Ainsi, des soins de santé culturellement adaptés ne consistent pas simplement à reconnaître le caractère distinct des Premières Nations, des Inuits et des Métis en tant que groupes culturels, mais également à reconnaître l'incidence de la culture dominante, ses normes et ses systèmes sur les peuples autochtones. La sécurité culturelle vise à contrebalancer les tendances des systèmes de santé à créer un risque culturel ou à susciter de l'insécurité chez les Autochtones, lesquels peuvent se heurter à l'incompréhension, à la discrimination, au racisme et à l'impuissance alors qu'ils interagissent avec des politiques et des intervenants des systèmes associés à la culture dominante.

Jusqu'à présent, les compétences essentielles destinées aux praticiens de la santé publique intervenant auprès des communautés autochtones n'ont pas encore été développées au Canada, ni à l'étranger. Le développement de ces compétences est un exercice délicat, étant donné la diversité culturelle et socioéconomique des groupes autochtones, d'ici et d'ailleurs, et le

manque d'infrastructures et de données pour soutenir la santé des Autochtones. Toutefois, des représentants autochtones provenant du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle Zélande, des États Unis et d'Hawaï ont créé le projet CIPHER (*Competencies for Indigenous Public Health, Evaluation and Research*). Il s'agit d'un projet de collaboration internationale sur les compétences en matière de santé publique, d'évaluation et de recherche sur les Autochtones, mis au point par des chercheurs et universitaires spécialistes dans le domaine. L'état des lieux a été dressé récemment pour appuyer le développement de ces compétences essentielles en santé publique autochtone « afin de fournir un aperçu des programmes et des initiatives mis en œuvre par les gouvernements, les universités ainsi que les organismes et organisations autochtones et non autochtones en vue d'améliorer les compétences et la sécurité culturelles des professionnels de la santé dans leurs relations avec les patients des Premières Nations, inuits et métis. » (Baba, 2013, p. 6).

Les compétences essentielles envisagées par les partenaires du projet CIPHER décriraient les habiletés,

les connaissances et les attitudes qu'un praticien de la santé publique devrait avoir pour prodiguer des soins de santé compétents, fiables et culturellement adaptés aux Autochtones et à leurs communautés. Au Canada, la mise en œuvre de ces compétences permettrait d'améliorer les programmes d'enseignement universitaire et de formation, l'accréditation professionnelle, la planification des services de santé, les politiques en matière de santé et les normes relatives à l'évaluation des programmes de santé. L'utilisation de ces compétences essentielles comme critère d'évaluation standardisé pourrait aider les gouvernements et les organisations à mieux faire connaître les pratiques exemplaires et à promouvoir les services de santé sécuritaires sur le plan culturel aux Autochtones dans toutes les régions du Canada (Baba, 2013). Éventuellement, ces normes en matière de services de santé culturellement adaptés pourraient améliorer la qualité des soins prodigués aux Autochtones et contribuer ainsi à améliorer leur état de santé général.



## Vue d'ensemble du document

Ce document est organisé en quatre sections. La première section, après cette introduction, présente une analyse de la gouvernance et de la reconnaissance des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0*. Il y est aussi question des praticiens de la santé publique qui sont plus particulièrement visés par les compétences de l'ASPC. La seconde section analyse les attitudes et les valeurs qui sous-tendent les compétences de l'ASPC et encadrent les sept catégories de compétences. La dernière section résume les recommandations visant à renforcer l'harmonisation des compétences essentielles de l'ASPC avec le cadre conceptuel de santé publique des Autochtones.

## Méthodologie

Ce document analyse les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* de l'ASPC en regard au cadre conceptuel de santé publique autochtone et examine les questions propres à la santé publique autochtone en considérant des facteurs systémiques liés au colonialisme, à la reconnaissance du savoir autochtone et de la gouvernance de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Comme indiqué précédemment, aucune compétence essentielle n'a été, jusqu'à présent, développée en matière de santé publique autochtone. Par conséquent, il n'a pas été possible de confronter les compétences de l'ASPC avec les compétences en santé publique autochtone. Toutefois, plusieurs documents sur les compétences essentielles ont été élaborés au cours des dernières années, les établissements d'enseignement et de formation, les organismes autochtones et les gouvernements tentant ainsi de créer des modèles pour former et évaluer

les praticiens de la santé publique en matière de compétences culturelles dans leurs rapports avec les Autochtones et les communautés. La compétence culturelle a été utilisée pour établir un cadre global permettant de développer des services de santé publique autochtone qui répondent aux besoins spécifiques des communautés inuites, métisses, et des Premières Nations, remédiant ainsi de façon efficace aux disparités existantes en matière de santé. Le rôle inspirant des Autochtones, de leurs communautés et gouvernements, ainsi que leurs croyances, leurs valeurs et leur compréhension de la santé ont été déterminants dans la création de ces cadres de compétences qui s'appuient sur les principes de l'autodétermination.

Bien que le présent document porte surtout sur les compétences des praticiens de tous les milieux culturels œuvrant auprès des Autochtones et leurs communautés, il y a des domaines

où certaines compétences, mises à jour par des programmes de formation destinés aux Autochtones, s'appliquent spécifiquement aux praticiens d'origine autochtone. Ces compétences en santé autochtone ont ainsi été créées dans le cadre de diverses formations : aux prestataires de soins de santé primaires autochtones (Hammond & Collins, 2007), en soins infirmiers autochtones (Hart-Wasekeesikaw, 2009), aux médecins autochtones (Lavalée, Neville, Anderson, Shore & Diffey, 2009) et aux administrateurs des soins de santé autochtone, aux professionnels de la santé et aux éducateurs (National Aboriginal Health Organization [NAHO], 2008). Ce document utilise les cadres de compétences essentielles culturellement adaptés à la santé autochtone comme outil d'analyse pour pouvoir discuter la pertinence du cadre des compétences de l'ASPC en matière de santé publique autochtone.



© Crédit: iStockPhoto.com, réf. 12035259



# 2.0 GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES DANS LES COMPÉTENCES ESSENTIELLES DE L'ASPC

Selon le rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0*, tous les « paliers du gouvernement » ont été consultés pour le développement du cadre des compétences, et les gouvernements à l'échelle fédérale, provinciale-territoriale et locale sont responsables de garantir la maîtrise des compétences (p. 2). Or, le rapport n'indique pas si les peuples autochtones ont été reconnus ou non comme un palier de gouvernement au sein du Canada, ni s'ils ont été appelés à participer au processus de consultation visant à développer le cadre des compétences. L'absence de reconnaissance des organismes de gouvernance des Premières Nations, des Inuits et des Métis est éloquent, connaissant la relation unique des peuples autochtones avec le gouvernement fédéral.

Comme l'a déclaré Michel Roy, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, dans le *Plan stratégique* 2012 du ministère fédéral :

Aujourd'hui, les problèmes de santé des Premières Nations et des Inuits recourent plusieurs priorités du gouvernement, notamment en matière de politiques sociales et économiques, de sécurité communautaire, de protection de l'environnement et des relations fédérales-provinciales-territoriales.

Qui plus est, la façon que nous choisirons pour régler les problèmes de santé auxquels sont confrontés les Premières Nations et les Inuits témoignera de la façon selon laquelle le Canada gère ses relations avec les peuples autochtones.(n.p.)

Sans doute, cette analyse de la relation du gouvernement avec les Autochtones traduit un devoir de reconnaître les autorités de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi que les organismes gouvernementaux, et de susciter leur participation à l'élaboration des compétences essentielles en matière de santé publique. Les peuples autochtones, en raison de leurs rapports uniques avec le gouvernement fédéral et des enjeux en matière de santé publique au Canada, devraient être consultés en tant qu'ordre gouvernemental et partenaires communautaires.

## Responsabilité de la santé publique autochtone au Canada

Les soins de santé aux Autochtones sont offerts dans le contexte d'un système de santé complexe et interdépendant gouverné par les compétences fédérales, provinciales, territoriales ainsi que les Premières Nations et les Inuits. Les soins de santé sont gérés différemment auprès des communautés inuites,

métisses et des Premières Nations, en fonction de leurs relations historiques et actuelles particulières avec le gouvernement fédéral.

Les Autochtones allèguent que le gouvernement fédéral doit fournir des programmes et des services de santé conformément aux droits garantis par traité et à sa responsabilité fiduciaire et que la prestation des services ne doit pas être qu'une simple question de politique (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996). Toutefois, le gouvernement fédéral offre certains programmes et services de santé aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) vivant dans les réserves dans le cadre d'une stratégie politique au lieu de promulguer des lois prévoyant la prestation de soins de santé aux Autochtones. Le mandat de la santé des Premières Nations et des Inuits découle de la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, mise en place par le gouvernement fédéral, laquelle lui reconnaît des responsabilités à l'égard de la santé des Autochtones (Premières Nations et Inuits) qui sont particulières et différentes de celles qu'il a envers la plupart des autres Canadiens (Health Canada, 2014a). Bien que le gouvernement fédéral ait un devoir fiduciaire à l'endroit des Métis, la santé des Métis n'est pas prise en compte dans cette politique.



*Les intervenants communautaires sont souvent le trait d'union entre les Autochtones et le système de santé dans les régions rurales et éloignées, là où les hôpitaux, les cliniques et autres établissements officiels de soins de santé n'existent pas.*

Selon Santé Canada (2014b), les gouvernements provinciaux offrent des programmes de santé publique, des services hospitaliers et des médecins à tous les Canadiens, bien que ces programmes et services ne soient pas directement prodigués dans les réserves. Santé Canada finance les soins primaires dans 85 communautés des Premières Nations situées en région éloignée ou isolée, ainsi que les services infirmiers en santé publique, la promotion de la santé, la prévention des maladies, les services de salubrité environnementale et les soins communautaires et à domicile dans plus de 600 communautés. Les communautés inuites et des Premières Nations ont décidé d'assumer diverses responsabilités pour gérer les services de santé financés par le gouvernement fédéral, conformément au souhait, longtemps exprimé par les Autochtones, d'une plus grande autonomie en matière de soins de santé, leur permettant de mieux intégrer les modèles de santé et de bien-être traditionnels. À mesure que les Autochtones revendiquent la responsabilité pour la prise en charge de leur éducation, de leur sécurité et d'autres aspects liés à leurs communautés, de nouveaux modèles de gouvernance de la santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis font leur apparition.

Plus récemment, la gestion collective des soins de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, par le biais de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B. (FNHA, en anglais), propose un modèle selon lequel une autorité régionale en santé des Premières Nations assume la responsabilité de la santé publique des Autochtones dans les communautés de la province. En vertu de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique, sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations, Santé Canada a transféré, le 1er octobre 2013, son rôle en matière de conception, de gestion et de prestation des programmes de santé à l'intention des Premières Nations en Colombie-Britannique, à la nouvelle

Régie de la santé des Premières Nations. Le but central du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique est :

... d'accorder aux Premières Nations un rôle majeur dans la conception et la gestion de leurs services de santé. Le travail accompli aujourd'hui par les Premières Nations de la Colombie-Britannique permettra d'atteindre ce but et garantira aux futures générations le pouvoir de légiférer, de mesurer le succès, d'allouer des ressources et d'établir des normes de service et rendre compte du rendement auprès des communautés. Nous devons travailler tous ensemble pour créer des communautés fortes, en santé et plus rayonnantes maintenant et à l'avenir. (First Nations Health Council, 2011, p. 1)

Grâce à cet accord historique, le FNHA administre à présent les programmes et les services de santé du gouvernement fédéral, en vue de rétablir le bien-être des Premières Nations de la Colombie-Britannique, en utilisant les connaissances de la médecine traditionnelle et en démontrant une compréhension des répercussions de la colonisation sur la santé des Autochtones. Le FNHA est en mesure d'offrir des services adaptés aux besoins variés des communautés rurales et urbaines dans les diverses régions géographiques de la Colombie-Britannique, qui se caractérisent par une incroyable diversité linguistique (32 différentes langues) et culturelle.

Au sein des territoires du Canada, les services et programmes de santé assurés, offerts à tous les citoyens, relèvent de la compétence des gouvernements territoriaux. Santé Canada finance cependant certains autres services destinés aux Premières Nations et aux Inuits dans les territoires.

Toutefois, les services de santé offerts à plus de 400 000 Métis au Canada sont régis différemment de ceux dispensés

aux Premières Nations et aux Inuits. La nation métisse, représentée par des organismes exécutifs provinciaux, dont le territoire d'élection s'étend de l'Ontario à l'ouest du Canada, est divisée en cinq régions administratives : la Nation métisse de l'Ontario, la Fédération métisse du Manitoba, la Nation métisse de la Saskatchewan, la Nation métisse de l'Alberta et la Nation métisse de la Colombie-Britannique. Ces structures de gouvernance sont l'expression contemporaine de la lutte que les Métis ont menée pendant des siècles pour s'affirmer comme nation à caractère distinct, au sein de la Fédération canadienne. Le Ralliement national des Métis représente les intérêts de ses organismes dirigeants membres (Métis National Council [MNC], 2014). Les institutions et structures de gouvernance de la nation métisse ne cessent de se réorienter en fonction des accords changeants de gouvernance et des décisions des tribunaux, qui déterminent les rapports qu'entretiennent les Métis avec les autres ordres de gouvernement.

Les récentes décisions de la Cour fédérale et de la Cour suprême pourraient modifier les responsabilités relatives à la santé des Métis qui relèvent du gouvernement fédéral. En 2008, les représentants fédéraux et le Ralliement national des Métis ont signé le Protocole avec la nation métisse garantissant un financement pour la prestation de programmes et de services aux Métis, en plus de permettre aux représentants métis de viser un plus grand pouvoir juridique. En 2013, un jugement historique de la Cour suprême du Canada a accordé aux Métis et aux Indiens non inscrits le statut légal d'« Indien », tel que défini dans le paragraphe 91(4) de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Par conséquent, le gouvernement fédéral aura envers les Métis la même obligation légale qu'il a envers les Indiens inscrits (Daniels v. Canada, 2013). Une autre décision de la Cour suprême a tranché en faveur de la Fédération des Métis du Canada,

reconnaissant que le gouvernement fédéral a l'obligation de régler une revendication territoriale. Toutefois, il n'y a eu aucune concession de terres aux Métis depuis le jugement (Manitoba Métis Federation Inc. v. Canada, 2013). De plus, en avril 2014, la Cour d'appel fédérale a statué que les Indiens non inscrits ne devaient pas être considérés « Indiens » en vertu de la loi, alors que les Métis conservaient leur statut légal d'Indien. La cause a été portée en appel à la Cour suprême afin de rétablir le statut d'Indien aux Indiens non inscrits. Or, le ministère des Affaires autochtones a interjeté l'appel, demandant à la Cour de nier le statut légal d'Indien aux Métis et aux Indiens non inscrits. La cause est toujours devant les tribunaux. Si la décision d'accorder le statut d'Indien aux Métis est maintenue, le gouvernement fédéral devra assumer la responsabilité de la création de stratégies politiques et de programmes pour les Métis, y compris dans le domaine de la santé (Paradis, 2013).

En 2006, la Nation métisse de la Colombie-Britannique (MNBC en anglais) a signé un accord historique avec la province de la Colombie-Britannique, le *Métis Nation Relationship Accord*, qui vise à réduire les disparités en matière de santé dont sont victimes les Métis au niveau de la santé individuelle, familiale et communautaire (Province of BC & MNBC, 2006). Depuis lors, le ministre de la Santé du MNBC a mené une enquête provinciale pour cerner les priorités en matière de santé des Métis, et s'est employé à garantir aux Métis de la Colombie-Britannique un accès équitable aux programmes et services existants, ainsi que des services améliorés culturellement adaptés (MNBC, 2014). Par le biais d'un partenariat avec le gouvernement provincial en 2011, le MNBC a déployé des efforts pour recueillir des données statistiques sur la santé des Métis en vue de consolider le développement de programmes, le suivi et la publication d'informations sur les prédispositions

aux maladies chroniques et l'état de santé et de bien-être en général (MNBC, 2011).

## Qui sont les praticiens de la santé publique?

Selon les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0*, « le personnel administratif et certains autres travailleurs de la santé publique (p. ex., intervenants communautaires, travailleurs de proximité et auxiliaires à domicile) ne sont pas tenus d'avoir toutes les compétences énoncées dans ce document : des sous-ensembles appropriés de compétences ont été élaborés pour eux en fonction de leur rôle. » (p. 2) Or, ce sont souvent ces agents de la santé publique qui prodiguent des services aux communautés autochtones dans les régions rurales, éloignées ou isolées, ou dans les communautés urbaines comportant une proportion de résidents autochtones. Les intervenants communautaires sont souvent le trait d'union entre les Autochtones et le système de santé dans les régions rurales et éloignées, là où les hôpitaux, les cliniques et autres établissements officiels de soins de santé n'existent pas. De plus, les auxiliaires à domicile et les travailleurs de proximité effectuent des suivis avec les aînés ou d'autres personnes qui ne sont pas aptes à se déplacer vers des centres urbains de services de santé en raison du manque de transports ou d'autres contraintes. Ainsi, bien que les Autochtones aient accès aux services prodigués par des médecins, des infirmières et autres professionnels de la santé prévus par le gouvernement, il va sans dire que le fait que les intervenants communautaires, les travailleurs de proximité et les auxiliaires à domicile ne soient pas tenus d'avoir les compétences essentielles risque d'avoir un effet néfaste sur le niveau de services de santé offerts aux communautés autochtones éloignées, isolées ou vivant en zone urbaine.



# 3.0 REVUE DES COMPÉTENCES ESSENTIELLES DE L'ASPC PAR CATÉGORIE



Le contenu du rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* a été analysé en fonction de la santé publique autochtone. La présente section résume les résultats de la revue du cadre des compétences en traitant d'abord des attitudes et des valeurs, puis en révisant chacune des sept catégories de compétences pour finalement en analyser les annexes.

Il n'y a aucune référence aux peuples autochtones dans le document des compétences de l'ASPC, à l'exception de deux mentions dans les annexes. Or, comme il en sera question dans ce document, certaines des compétences correspondent à des enjeux fondamentaux relevés par les études sur la santé publique autochtone ou recourent des cadres de compétences en santé autochtones existants.

En outre, le colonialisme n'est pas cité dans les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* comme facteur spécifique ayant des répercussions négatives sur la santé publique au Canada. Tel que mentionné dans l'introduction, l'histoire du Canada ponctuée par la colonisation des peuples autochtones continue d'avoir des effets néfastes sur leur santé et sur leurs rapports avec les systèmes de santé. Le colonialisme doit donc être mentionné comme facteur spécifique ayant des répercussions néfastes sur la santé publique au Canada.

## Énoncés de compétence : attitudes et valeurs

Dans le rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0*, il est dit que « tous les professionnels de la santé publique doivent partager les mêmes valeurs et les mêmes attitudes » (p. 3), bien que ces dernières ne soient pas énoncées dans la liste des compétences essentielles, car elles sont difficiles à enseigner et à évaluer. Cela pose un défi pour le développement de compétences essentielles qui concordent avec le cadre conceptuel de la santé publique autochtone. L'hypothèse selon laquelle tous les professionnels de la santé partagent un ensemble de valeurs ne tient pas compte des différences d'identité, de situation sociale et de bagage culturel qui séparent les professionnels. Dans le cadre d'une approche interculturelle de prestation des soins de santé, les praticiens auraient intérêt à adopter l'autoréflexion, une pratique qui permet de comprendre ses propres attitudes et valeurs afin d'offrir des services culturellement adaptés, puisqu'ils sont appelés à travailler dans des milieux culturellement variés (voir la catégorie 5 ci-dessous pour plus de renseignements sur la pertinence culturelle en tant que compétence essentielle de la santé publique).

Cependant, en dépit de cette incongruité, certaines des attitudes et

valeurs énoncées sont d'une grande importance pour la santé publique autochtone. Par exemple, le rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* souligne des valeurs de santé publique comme l'équité, la justice sociale et le développement durable, la reconnaissance de l'importance de la santé de la collectivité et de l'individu, le respect de la diversité, l'autodétermination, l'autonomisation et la participation collective (p. 3). Le document mentionne que ces valeurs reposent sur une approche de la santé axée sur les déterminants sociaux. Ces compétences pourraient être davantage mises en avant si le contexte historique et les effets résiduels du colonialisme, abordés dans l'introduction, étaient vus comme un déterminant essentiel de la santé des peuples autochtones.

L'autodétermination, une valeur essentielle de la santé publique au Canada, est un terme lourd de connotation quand il est appliqué aux communautés métisses, inuites et des Premières Nations. À nouveau, l'habileté de l'autoréflexion, selon laquelle les professionnels de la santé comprennent la dynamique des rapports de force et le déséquilibre des pouvoirs, leur rôle spécifique dans les systèmes de soins de la santé ainsi que leur positionnement social, favoriserait l'autodétermination des Autochtones et de leurs communautés. La clarification des niveaux d'autodétermination

renforcerait le lien entre cette valeur et les compétences de la santé publique autochtone. Par exemple, l'autodétermination des Autochtones pourrait comprendre des compétences telles que « soutenir et développer la capacité des individus et des familles à se responsabiliser pour leur propre santé et bien-être » (Hammond & Collins, 2007).

## Catégorie 1 : Sciences de la santé publique

La première catégorie concerne les connaissances et les habiletés dans le domaine des sciences de la santé publique : « sciences sociales et du comportement, biostatistique, épidémiologie, salubrité environnementale, démographie, santé au travail et prévention des maladies chroniques et des blessures » (p. 3). À la section 1.1 du document des compétences essentielles (ASPC), on rapporte que tout praticien de la santé publique devrait démontrer une compréhension de « l'état de santé des populations, des inégalités en matière de santé, des déterminants de la santé et de la maladie... » ainsi que « des facteurs influant sur la prestation et l'utilisation des services de santé » (Ibid.). Ces notions sont particulièrement pertinentes en santé publique autochtone en raison des inégalités qui nuisent à la santé des peuples autochtones et de l'interrelation des déterminants de la santé qui affectent la qualité de vie des membres des communautés métisses, inuites et des Premières Nations. Toutefois, elles pourraient être élargies afin que la connaissance des inégalités en matière de santé auxquelles font face les peuples métis, inuits et des Premières Nations, tout comme les différences socioéconomiques qui contribuent aux inégalités, soit reconnue comme une compétence obligatoire. De plus, les praticiens devraient être tenus de connaître le rôle que la famille, la société et la communauté jouent dans la

recherche par les Autochtones de soins médicaux au sein des réseaux familiaux étendus.

La compétence 1.2 énonce que le praticien doit « démontrer une compréhension de l'histoire, des structures et des interactions de la santé publique et des services de santé à l'échelle locale, provinciale-territoriale nationale et internationale. » (p. 4) Cet énoncé devrait être reformulé afin d'inclure explicitement les Premières Nations, les Inuits, et les Métis, en tant que peuples touchés par un nombre de déterminants historiques et structureux qui ont modelé les services de santé au pays.

Dans l'ensemble, ces compétences liées aux sciences de la santé publique reflètent les conceptions occidentales de la santé, conceptions qui ont pris racine dans les normes socioculturelles, les croyances et les façons de voir européennes, sans égard aux conceptions des Autochtones de la santé fondées sur des modèles globalistes. Par exemple, il n'est pas fait mention du savoir des guérisseurs autochtones ou de celui des aînés. Cette compétence pourrait être plus inclusive à l'égard du savoir et de la science autochtone en matière de santé si elle était réexprimée en employant le vocabulaire propre à la documentation internationale sur la santé publique autochtone comme suit : « être disposé à apprendre des aînés, des praticiens de la médecine rituelle et des guérisseurs traditionnels » (Hammond & Collins, 2007, p. 43). Sans cette inclusion, le terme « sciences de la santé publique » s'inscrit ouvertement dans le paradigme occidental.

L'approche à double perspective utilisée en sciences de la santé est une des façons de reconnaître les apports des modes de connaissances autochtones et occidentaux. En 2004, l'aîné Albert Marshall a proposé le terme micmac « *Etuaptmumk* » (ou « voir avec les deux yeux »), pour aider à comprendre l'intégration des visions du monde

autochtone et occidentale. Selon cette approche, d'un œil on reconnaît les forces des modes de connaissances autochtones et de l'autre, celles des modes occidentaux; l'apprentissage de l'approche à double perspective « voir avec les deux yeux » permet un travail d'intégration ou transculturel (Institute for Integrative Science and Health, n.d.). Cette approche a été mise en pratique dans la recherche et l'établissement de politiques en santé (Institute of Health Economics, 2011) et a été utilisée comme moyen de transcender les conflits entre les approches autochtones et occidentales de la santé en vue de miser sur les forces de chacune. Dans le contexte de la recherche en santé autochtone, l'approche à double perspective préconise la prise en considération de différentes visions du monde lors de l'identification, de la définition et de la mise en œuvre des solutions aux problèmes de santé, afin que les connaissances et l'expérience autochtones contribuent à la création de connaissances sur la santé de ces derniers (Martin, 2012). Cette approche voit le jour suite à la reconnaissance des possibles préjudices causés par la recherche en santé sur les peuples autochtones, qui les catégorise comme une « population problématique »; une recherche en santé par ailleurs encline à ignorer la sagesse associée à la médecine traditionnelle autochtone, qui pourtant a aidé les communautés au cours des millénaires qui ont précédé la colonisation. L'intégration de l'approche à double perspective à l'ensemble des compétences dans le domaine des sciences de la santé publique contribuerait à renforcer l'applicabilité de cette catégorie de compétences à la santé des peuples autochtones.

## Catégorie 2 : Évaluation et analyse

Cette catégorie réfère à six compétences en évaluation et en analyse. Ces compétences reposent sur des processus rationnels de prise de décision et sur des



modèles biomédicaux de la santé. Elles sont requises pour utiliser des « données, des faits, des concepts et des théories » en vue de « la prise de décisions fondées sur des données fiables » (p. 4). Même si les habiletés et les connaissances liées à l'évaluation et à l'analyse proposées dans cette catégorie peuvent être utilisées dans le cadre d'une approche culturellement adaptée, elles dénotent un manque de sensibilité à l'égard des conceptions autochtones de la santé, qui englobent des facteurs non rationnels, comme les connaissances spirituelles et métaphysiques. Or, ces conceptions pourraient être prises en considération afin de créer des « recommandations concernant l'élaboration de politiques et de programmes » (Ibid.) culturellement adaptés au sein des diverses communautés autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis). Étant donné la vision globaliste de la santé qui caractérise plusieurs cultures autochtones, cette approche analytique occidentale d'évaluation de la santé ne cadre pas avec les approches culturellement adaptées.

Pour que cette catégorie de compétences réponde mieux aux préoccupations de santé publique des Autochtones, il faudrait ajouter une compétence consistant à évaluer les connaissances et les pratiques liées à l'amélioration de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada. Selon l'Association des facultés de médecine du Canada, il s'agit pour les médecins d'une compétence essentielle en matière de sécurité culturelle (Lavalée et al., 2009). En outre, la capacité d'entreprendre une recherche et une évaluation en toute ouverture d'esprit et en tenant compte de la diversité culturelle devrait être reconnue comme une compétence et être ajoutée à cette catégorie (Council on Education for Public Health, 2011), puisque la collaboration avec diverses communautés autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) requiert des habiletés analytiques.



© Crédit: Fred Cattroll, www.cattroll.com

### Catégorie 3 : Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes

Cette catégorie énumère huit compétences pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des politiques ou des programmes en santé publique. Elle comprend la gestion des incidents de santé publique tels que les épidémies de maladie et toute autre situation d'urgence. Les compétences dans ce domaine comprennent la connaissance des choix de politiques et de programmes dans les secteurs de la santé publique, leur mise en œuvre, la capacité d'élaborer un plan suivant les procédures et les lois et la capacité d'optimiser les résultats en fonction des ressources disponibles. Bien que cette catégorie utilise une approche de santé axée sur les déterminants sociaux, peu d'éléments sont présentés qui permettent de croire que ces compétences sont adaptables aux communautés autochtones. Dans le cadre de la santé publique autochtone, il importe de reconnaître l'inégalité des ressources, mentionnée précédemment, qui nuit à la capacité de certaines communautés à réagir aux situations relevant de la santé

publique. Il convient de mentionner spécifiquement que la connaissance des politiques et programmes établis pour répondre aux besoins en matière de santé des Autochtones aux niveaux régional, provincial et national, est requise. Il faudrait inclure, notamment, dans cette catégorie, une analyse des conflits de compétences entre les divers ordres gouvernementaux, quant à la responsabilité (fédérale/provinciale) de régler les problèmes de santé et autres urgences dans les réserves ou hors réserve.

Cette catégorie de compétences met l'accent sur le développement de plans, de politiques et de directives pour traiter des problèmes de santé spécifiques, sans égard au fait que certaines politiques et programmes culturellement adaptés nécessitent parfois de contourner les règles pour justement tenir compte des différences culturelles. En effet, le respect strict, à la lettre, des politiques et procédures, par les professionnels de la santé, peut nuire à la santé des peuples autochtones, alors qu'il est attendu qu'ils prodiguent à leurs clients autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) des soins adaptés à leurs besoins, dans le respect de leur culture.



## Catégorie 4 : Partenariat, collaboration, défense des droits

Cette catégorie porte sur les compétences requises pour mobiliser les partenaires afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population, soit « l'atteinte d'un but commun ». Au nombre des compétences, il y a les partenariats, engageant par exemple la participation des intervenants inuits, métis ou des Premières Nations (bien que non nommés explicitement dans le document de l'ASPC) et la conciliation d'intérêts divergents (médiation possible dans un contexte interculturel engageant la participation d'une communauté autochtone).

Le plaidoyer, consistant « à parler, à écrire ou à agir pour défendre un enjeu, une cause, une politique ou un groupe de personnes », est décrit comme une intervention importante pour réduire les inégalités en matière de santé. Cette compétence est particulièrement pertinente pour les professionnels de la santé qui répondent aux besoins en matière de santé des peuples autochtones. Toutefois, elle ne tient pas compte du fait que les Autochtones eux-mêmes, bien souvent, réclament des modifications aux services reçus des professionnels de la santé. Par conséquent, cette compétence ne devrait pas se limiter au plaidoyer des seuls professionnels; ces derniers devraient *porter une oreille attentive et donner suite*

aux plaidoyers des Autochtones. Ceci est particulièrement important, étant donné que les soins de santé sont un des nombreux facteurs influençant de façon complexe la vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et que ces derniers réclament des changements pour améliorer leur propre santé et bien-être. Ainsi, pour mieux adapter la quatrième catégorie de compétences aux réalités de la santé publique autochtone, il faudrait inclure la capacité de soutenir autrui dans la défense de ses intérêts et entendre les réclamations des membres des communautés autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis).

## Catégorie 5 : Diversité et inclusivité

La cinquième catégorie est celle qui reflète le mieux les préoccupations de santé des Autochtones, car elle met l'accent sur une approche de santé axée sur les déterminants, et reconnaît la nécessité de tenir compte de la diversité de la population dans les politiques et programmes de santé, tout en prévoyant une compétence obligatoire en matière d'approches de la santé culturellement adaptées.

La compétence 5.1 précise que tout praticien devrait pouvoir « reconnaître la façon dont les déterminants de la santé (biologiques, sociaux, culturels, économiques et physiques) jouent sur la santé et le bien-être de divers groupes ». Comme il a été souligné précédemment,

une approche de la santé axée sur les déterminants est de plus en plus utilisée pour comprendre et améliorer la santé de certaines communautés autochtones. L'accès aux ressources et aux services influence grandement la santé, ce qu'indique un nombre grandissant d'études qui confirment une corrélation entre faible statut socioéconomique et faibles résultats en matière de santé et de bien-être (Greenwood et al., 2014). Par conséquent, cette compétence est reconnue dans le modèle de santé publique autochtone.

Selon la compétence 5.2, tout praticien devrait « tenir compte de la diversité de la population dans la planification, la mise en œuvre, l'adaptation et l'évaluation des programmes et de politiques de santé publique. » Cette nécessité de tenir compte de la diversité de la population est également conforme à l'approche de santé publique autochtone, puisque les déterminants de la santé, l'histoire et les structures de gouvernance de la santé sont propres à chaque communauté autochtone (Premières Nations, métisse et inuite). La capacité d'interagir efficacement avec une diversité d'individus, de groupes et de collectivités, est essentielle pour rendre service aux Autochtones.

Enfin, la compétence 5.3 exige des praticiens de pouvoir : « appliquer des approches interculturelles en collaboration avec des membres de groupes issus de milieux culturels, de niveaux de scolarité et de niveaux

socioéconomiques différents et d'individus, peu importe l'âge, le sexe, l'état de santé, l'orientation sexuelle et les capacités. » La question de l'adaptation culturelle va bien au-delà de la conscience de la culture (connaissance des différences) et de la sensibilisation (respect des spécificités culturelles) même si ces termes ne sont pas clairement définis dans le document sur les compétences de l'ASPC. Une définition plus précise de ces termes révélerait à quel point cette compétence est utile dans le cadre de la santé publique des Autochtones, en tant que groupe à caractère distinct des minorités culturelles en général.

La compétence culturelle tout comme la sécurité culturelle sont des termes employés pour désigner des pratiques culturellement adaptées pour la prestation de services dans divers domaines pour un contexte interculturel donné. Bien que la définition de ces termes varie selon les usages, il y a, dans les diverses définitions, des éléments communs applicables à la santé autochtone. La compétence culturelle ainsi que la sécurité culturelle exigent des praticiens une *prise de connaissance* (Hart Wasekeesikaw, 2009; Lavalée et al., 2009) comme point de départ nécessaire pour développer leur capacité à interagir avec différents groupes de personnes dont les expériences diffèrent des leurs. La compétence et la sécurité

culturelles nécessitent l'adoption d'un ensemble d'*attitudes et de comportements* de la part des praticiens ainsi que des *politiques institutionnelles* pour faciliter la prestation de services de santé efficaces, en accord avec les croyances culturelles, les comportements et les besoins des diverses communautés (Office of Minority Health, 2001). La sécurité culturelle exige des professionnels de la santé une compréhension du *déséquilibre des rapports de force, de la discrimination institutionnelle, de la colonisation, du rapport colonial*, et leurs répercussions négatives sur la santé et les soins de santé (NAHO, 2008). Dans le cadre de la collaboration avec les Autochtones, contrairement à d'autres minorités culturelles, la compétence et la sécurité culturelles doivent être ancrées dans la connaissance des répercussions du colonialisme. De plus, il est important que le praticien démontre une connaissance spécifique de l'histoire et de la culture des Autochtones dans le territoire qu'il dessert.

La pratique de l'autoréflexion, qui s'appuie sur la conscience des facteurs systémiques et historiques liés au colonialisme, favorise la compréhension du praticien au regard de son positionnement, relativement aux rapports de force du processus colonial (Hart-Wasekeesikaw, 2009). La compétence et la sécurité culturelles nécessitent de plus une analyse

multidimensionnelle de l'identité, des rapports de force, puisque les services culturellement fiables sont définis et perçus différemment par les individus selon leur statut socioculturel et l'influence de facteurs tels que le racisme, le sexisme, l'hétéronormativité, etc. Ces définitions élargies des approches culturellement adaptées et appropriées pour la prestation de soins de santé fournissent des éléments de réflexion importants permettant de comprendre en quoi la compétence 5.3 cadre avec les modèles de santé publique autochtone.

Il convient de noter que même si le document *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* fait référence à l'inclusion de la dimension culturelle comme compétence essentielle, le programme éducatif associé *Compétences en ligne* n'aborde nullement la compétence ou la sécurité culturelle, ni ne fait mention de la santé autochtone. L'ajout de ces compétences au programme *Compétences en ligne* serait souhaitable et il y aurait lieu peut-être de tirer parti ou de référencer d'autres programmes, comme le programme de formation à l'exercice des compétences culturelles autochtones du service de santé du gouvernement de la Colombie-Britannique (BC Provincial Health Services Authority, *Indigenous Cultural Competency Training Program*).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Le programme est accessible en ligne au [www.culturalcompetency.ca/](http://www.culturalcompetency.ca/).

## Catégorie 6 : Communication

La communication est le point de mire de la sixième catégorie de compétences qui se rapporte à plusieurs formes de la communication verbale et non verbale, à l'utilisation de la technologie et du multimédia et à la capacité d'interpréter l'information provenant de différentes clientèles. La communication fait partie des compétences de santé publique autochtone qui ont fait l'objet d'une révision. L'intervention auprès des Autochtones suppose une compétence en matière de communication culturelle, centrée sur la relation (Hart-Wasekesikaw, 2009; Lavallee et al., 2009; NAHO, 2008; Hammond & Collins, 2007). En effet, l'interrelation entre la sécurité culturelle et la communication est mise en évidence dans l'ensemble des compétences de santé publique autochtone ayant fait l'objet d'une révision.

*...la communication avec la communauté autochtone nécessite une aptitude à « être disposé à apprendre des aînés, des praticiens de la médecine rituelle et des guérisseurs » tout comme l'habileté à expliquer les pratiques culturelles et les croyances de la communauté locale à des praticiens non autochtones*

*(Hammond & Collins, 2007, p. 43).*

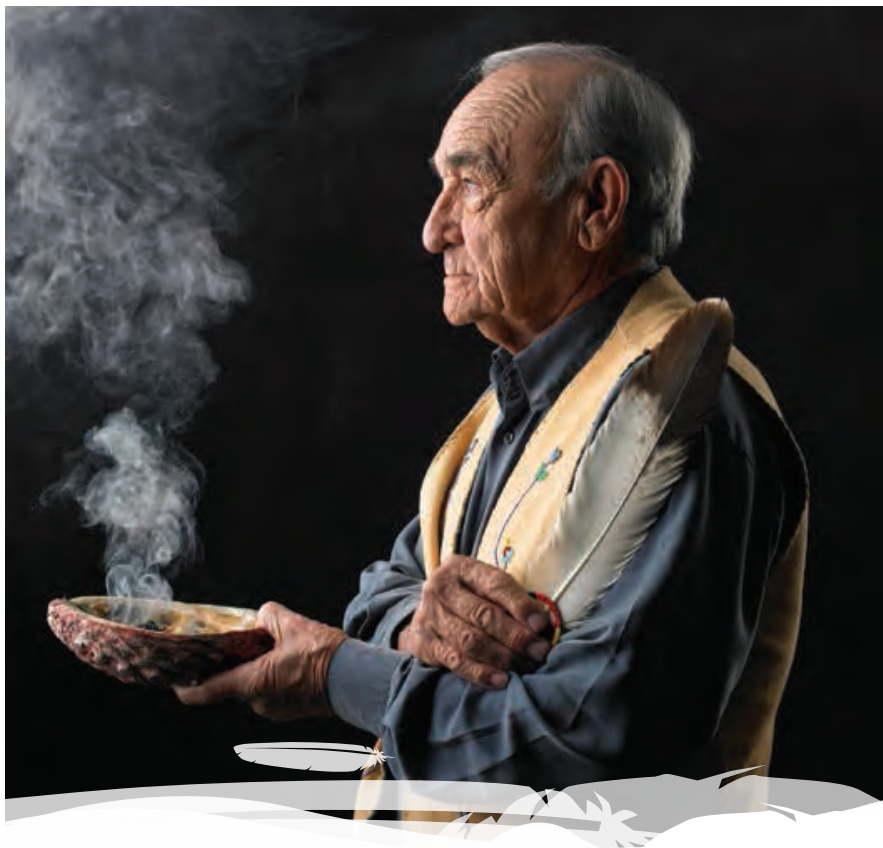
Outre les compétences de communication énumérées dans le document *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0*, la communication avec la communauté autochtone nécessite une aptitude à « être disposé à apprendre des aînés, des praticiens de la médecine rituelle et des guérisseurs » tout comme l'habileté à expliquer les pratiques culturelles et les croyances de la communauté locale à des praticiens non autochtones (Hammond & Collins, 2007, p. 43). De plus, les barrières linguistiques doivent être prises en considération, car l'anglais est la seconde langue pour de nombreux Autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), tant pour les aînés que pour ceux qui vivent dans des communautés éloignées. La capacité de transcender les barrières linguistiques est indispensable pour une communication culturellement adaptée avec les communautés autochtones.

## Catégorie 7 : Rôle d'autorité

La dernière catégorie des *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* réunit les compétences dans le domaine de l'autorité. Ces compétences visent à permettre aux « organisations et aux collectivités d'établir, de communiquer et d'actualiser une vision, une mission et des valeurs communes ». Le rôle d'autorité est également un élément important des compétences de santé publique autochtone ayant fait l'objet d'une révision; la préoccupation commune pour l'éthique est perçue comme un aspect primordial d'une influence autoritaire efficace. Selon Hammond et Collins (2007), le rôle d'autorité en santé publique autochtone est lié aux concepts d'intégrité, de confidentialité, de droits et responsabilités, concepts qui pourraient étoffer les compétences existantes en matière d'autorité. Ainsi, les compétences de l'ASPC pourraient



© Crédit : iStockPhoto.com, ref. 340857



*Dans un contexte de santé publique autochtone et d'environnement interculturel, les compétences en autorité devraient reconnaître les modèles autochtones d'autorité.*

être renforcées par la considération de l'influence des normes culturelles sur les styles d'autorité, la connaissance des formes culturelles d'autorité s'avérant utile pour les praticiens non autochtones appelés à travailler au sein des communautés autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis). Dans un contexte de santé publique autochtone et d'environnement interculturel, les compétences en autorité devraient reconnaître les modèles autochtones d'autorité. Avec la création de nouveaux modèles de gouvernance de la santé de l'initiative des Autochtones (p. ex., BC First Nations Health Authority), il conviendrait d'ajouter, dans la catégorie relative au rôle d'autorité, une évaluation des formes émergentes de gouvernance autochtone de la santé, en ce qu'elles remettent en question les modèles conventionnels d'autorité, obligeant ainsi les praticiens à porter un nouveau regard.

## Annexes

Le document *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* comprend deux annexes : un glossaire des termes pertinents et des exemples concrets de l'application des compétences essentielles. Le glossaire et les exemples concrets font référence aux collectivités « autochtones » et aux « Premières Nations »; les Inuits et les Métis ne sont pas mentionnés spécifiquement.

Le terme « promotion » est défini comme suit : « [Traduction] La promotion de la santé vise souvent à améliorer la santé des groupes défavorisés, comme les communautés des Premières Nations, les personnes vivant dans la pauvreté ou celles qui sont atteintes du VIH ou du sida » (p. 9). À part cette mention de « groupe

défavorisé », le glossaire ne fait pas référence aux Autochtones, à leurs communautés, à leur savoir et santé. Cependant, des termes comme « adaptation culturelle », « diversité », « autonomisation », « équité », « justice sociale », « valeurs », qui sont pertinents dans les systèmes de santé publique à l'intention des Autochtones, sont définis dans le glossaire.

En outre, les exemples concrets incluent une référence aux Autochtones dans l'énoncé de compétence 1.1 : « Discuter de la nécessité d'un programme de nutrition prénatale dans une collectivité autochtone ainsi que de facteurs connexes tels que le revenu, l'instruction, la culture et les aliments traditionnels ». (p. 16)



# 4.0 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

La santé des Autochtones du Canada est une préoccupation sociale et politique pressante qui continue de mobiliser des ressources, des stratégies et des cadres conceptuels de santé publique. En raison des inégalités qui touchent les Autochtones, comparativement aux non autochtones, de nombreuses organisations professionnelles de la santé ont énoncé des lignes directrices pour créer des compétences en matière de services culturellement adaptés aux Autochtones et à leurs communautés. En outre, de nouveaux accords sont conclus entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les nations autochtones qui transfèrent la responsabilité et la gestion des soins de santé à ces dernières. Compte tenu des récents projets en santé publique autochtone, il est temps de mettre à jour les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* (2007) pour les adapter à la prestation de soins de santé aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

## Recommandations générales

Voici un résumé des recommandations pour harmoniser les *Compétences essentielles en santé publique au Canada version 1.0* avec le cadre conceptuel de la santé publique des Autochtones :

1. Reconnaître et nommer les organismes de gouvernance des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et créer des partenariats avec ces derniers et les gouvernements fédéral, provincial et territorial afin de réviser les compétences.
2. Élargir les compétences des agents de santé publique tels que les intervenants communautaires, les travailleurs de proximité et les auxiliaires à domicile qui interviennent souvent auprès des communautés autochtones en régions rurales ou éloignées.
3. Souligner le colonialisme comme facteur spécifique nuisant à la santé publique au Canada.
4. Promouvoir une pratique d'autoréflexion qui permet aux professionnels de la santé une prise de conscience de leurs valeurs dans un cadre de travail interculturel, au lieu de présumer que tous les professionnels de la santé partagent les mêmes valeurs.
5. Préciser la signification de l'autodétermination au sein des communautés des Premières Nations, inuites et métisses.

# RECOMMANDATIONS DE CATÉGORIE

## Catégorie 1

Sciences de la santé publique

Modifier cette catégorie pour inclure la connaissance obligatoire des inégalités en matière de santé qui affectent les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que celle des iniquités socioéconomiques qui y contribuent. Exiger la connaissance du rôle que la famille, la société et la communauté jouent dans la recherche par les Autochtones de soins médicaux au sein des réseaux familiaux étendus. Reconnaître le savoir autochtone et les paradigmes de santé holistique autochtones par l'entremise de l'utilisation en sciences de la santé de l'approche à double perspective « voir avec les deux yeux ». Reconnaître les aînés et autres détenteurs des connaissances ancestrales autochtones à titre de praticiens de la santé.

## Catégorie 2

Évaluation et analyse

Reconnaître les facteurs non rationnels (dimensions spirituelle et métaphysique) qui font partie des modèles autochtones de la santé. Ajouter une compétence qui consiste à évaluer les connaissances et les pratiques liées à l'amélioration de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada ainsi que la capacité d'entreprendre une recherche et une évaluation en toute ouverture d'esprit, en tenant compte de la diversité culturelle.

## Catégorie 3

Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes

Reconnaître l'iniquité des ressources qui entrave la capacité d'une communauté à répondre aux situations relevant de la santé publique. Mentionner que la connaissance des politiques et programmes spécifiquement conçus pour la santé des Autochtones aux niveaux régional, provincial et national est requise. Reconnaître le besoin d'adapter ou d'assouplir des politiques, dont certaines règles ne conviennent pas aux Autochtones, afin d'éviter de leur causer du tort.

## Catégorie 4

Partenariat, collaboration et promotion

Reconnaître le besoin d'une compétence liée à l'écoute des revendications des Autochtones, entre autres groupes sous-représentés, qui réclament de la part des systèmes ou des professionnels de la santé des services ou des soins spécifiques de santé. Reconnaître le besoin d'aider les autres à défendre leurs intérêts.



## Catégorie 5

Diversité et inclusion

Clarifier la définition de service culturellement adapté et approprié et intégrer cette compétence dans le programme de formation *Compétences en ligne*.

## Catégorie 6

Communication

Mieux comprendre les interrelations entre la sécurité culturelle, la communication et l'établissement d'une relation. Prévoir l'ajout d'une compétence liée à la capacité d'intervenir efficacement en transcendant les barrières linguistiques.

## Catégorie 7

Rôle d'autorité

Considérer la spécificité culturelle des styles d'autorité et les nouvelles formes d'autorité requises par les modèles émergents de gouvernance de la santé des Autochtones.

## Annexes

Ajouter au glossaire des termes décrivant les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et leur savoir, afin que les cadres conceptuels de santé publique des Autochtones soient reconnus dans les compétences essentielles. Ajouter le terme « colonisation » au glossaire ou l'inclure dans la définition des « déterminants de santé ». Créer des exemples concrets qui traitent de la réalité en matière de santé publique des Autochtones et de leurs communautés urbaines et rurales.

# RÉFÉRENCES

(anglais seulement)



- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Suppl. 2 March-April): S45-S61.
- Baba, L. (2013). *Cultural safety in First Nations, Inuit and Métis public health: Environmental scan of cultural competency and safety in education, training and health services*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Council on Education for Public Health. (2011). *Accreditation criteria: Schools of public health*. Silver Spring, MD: Author Retrieved January 30, 2015 from <http://ceph.org/pdf/SPH-Criteria-2011.pdf>
- Daniels v. Canada, (2013). FC 6 (CanLII). Ottawa, ON: Federal Court. Retrieved November 21, 2014 from <http://canlii.ca/t/fvhv7>
- First Nations Health Authority. (2013). *British Columbia tripartite framework agreement on First Nation health governance*. Signed October 1, 2013. Retrieved July 19, 2014 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/services/tripartite/framework-accord-cadre-eng.php>
- First Nations Health Council. (2011). *Implementing the vision: BC First Nations health governance*. Retrieved February 15, 2015 from [www.fnha.ca/Documents/FNHC\\_Health\\_Governance\\_Book.pdf](http://www.fnha.ca/Documents/FNHC_Health_Governance_Book.pdf)
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683): 65-75.
- Greenwood, M., Lindsay, N., Halseth, R., McGregor, H., de Leeuw, S., & Keahey, D. (2014). Public health and Indigenous peoples. *Oxford Bibliographies*. Retrieved from <http://www.oxfordbibliographies.com>
- Hammond, M., & Collins, R. (2007). *Moving further down the road to competency: Final report on the 2006-07 core competencies project for wellness and primary health care providers*. Kahnawake, QC: National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization. Retrieved July 11, 2014 from <http://www.niichro.com/2004/pdf/core-comps-level-1---june-2007.pdf>
- Hart-Wasekeesikaw, F. (2009). *Cultural competence and cultural safety in First Nations, Inuit and Métis nursing education: An integrated review of the literature*. Ottawa, ON: Aboriginal Nurses Association of Canada.
- Health Canada. (2014a). *Indian Health Policy 1979*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 9, 2014 from [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli\\_1979-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-eng.php)
- Health Canada. (2014b). *The First Nations and Inuit Health Branch Strategic Plan: A Shared Path to Improved Health*. First Nations & Inuit Health website, accessed February 16, 2015 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-eng.php>
- Her majesty the Queen in Right of Canada and Métis National Council. (2008). *Métis Nation Protocol*, September 5, 2008. Retrieved July 19, 2014 from <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/02/Metis-Nation-Protocol-Signed.pdf>
- Institute for Integrative Science and Health. (n.d.). *Two-eyed seeing*. Sydney, NS: Author. Retrieved November 17, 2014 from <http://www.integrativescience.ca/Principles/TwoEyedSeeing/>
- Institute of Health Economics. (2011). *Aboriginal Peoples' wellness in Canada: Scaling up the knowledge, cultural context and community aspirations*. Ottawa, ON: Author. Retrieved November 17, 2014 from [www.ihe.ca/documents/Aboriginal%20Roundtable%20Report.pdf](http://www.ihe.ca/documents/Aboriginal%20Roundtable%20Report.pdf)
- Joint Task Group on Public Health Human Resources. (2005). *Building the public health workforce for the 21st century*. Ottawa, ON: Ministry of Health. Retrieved July 11, 2014 from [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/phac-asp/HP5-12-2005E.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-asp/HP5-12-2005E.pdf)
- Lavallee, B., Neville, A., Anderson, M., Shore, B., & Diffey, L. (2009). *First Nations, Inuit, Métis health core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education*. Ottawa, ON: The Association of the Faculties of Medicine Canada. Retrieved July 11, 2014 from <http://afmc.ca/pdf/corecompetencieseng.pdf>
- Manitoba Métis Federation Inc. v. Canada (Attorney General), 2013 SCC 14 (March 8, 2013).
- Martin, D.H. (2012). Two-eyed seeing: A framework for understanding Indigenous and non-Indigenous approaches to Indigenous health research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2): 20-42.
- Métis National Council. (2014). *Métis governments*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 20, 2014 from <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis/governments>
- Métis Nation of British Columbia. [MNBC]. (2014). *Métis Nation BC Ministry of Health*. Retrieved July 20, 2014 from <http://www.mnbc.ca/ministries/health>.
- Métis Nation of British Columbia. [MNBC]. (2011). *Historic agreement signed to share health information on Métis Citizens*. Media release, September 29, 2011. Retrieved July 20, 2014 from <http://www.naho.ca/blog/2011/09/29/historic-agreement-signed-to-share-health-information-on-metis-citizens/>
- Mowbray, M. (2007). *Social determinants and Indigenous health: The international experience and its policy implications*. Adelaide, AU: World Health Organization Commission on Social Determinants of Health: Retrieved July 2, 2014 from [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/indigenous\\_health\\_adelaide\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf)
- National Aboriginal Health Organization. [NAHO]. (2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 11, 2014 from <http://www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalcompetency.pdf>
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2012). *Core competencies for public Health in Canada: An assessment and comparison of determinants of health content*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.

Nettleton, C., Napolitano, D.A., & Stephens, C. (2007). *An overview of current knowledge of the social determinants of Indigenous health*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization working paper.

Office of Minority Health. (2001). *National standards of culturally and linguistically appropriate services in health care*. Washington, DC: Author. Retrieved July 11, 2014 from <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>

Paradis, M. (2013). Ottawa should embrace the Métis decision. *Globe and Mail*, January 14. Retrieved November 20, 2014 from <http://www.theglobeandmail.com/globe-debate/ottawa-should-embrace-the-mtis-decision/article7318875/>

Province of British Columbia and Metis Nation British Columbia [MNBC]. (2006). *Métis Nation Relationship Accord*, May 12. Retrieved July 20, 2014 from [http://www.gov.bc.ca/arr/social/down/arr\\_metis\\_accord.pdf](http://www.gov.bc.ca/arr/social/down/arr_metis_accord.pdf)

Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2007). *Core competencies for public health in Canada 1.0*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Roy, M. (2012). *First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada strategic plan*. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved July 11, 2014 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-eng.php>

Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON: Department of Indian and Northern Affairs. Retrieved July 9, 2014 from <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100014597/1100100014637>

Smye, V., & Browne, A. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3): 42-56.

United Nations General Assembly. (2007). *Declaration on the rights of Indigenous peoples*. Retrieved July 18, 2014 from <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/en/drip.html>

