

ressources humaines en santé, aux questions de compétence, aux communications, à la sécurisation culturelle et aux médecines traditionnelles seront abordées, chacune influant sur la manière dont les peuples autochtones voient et expérimentent les soins de santé au Canada. La fiche d'information conclura en proposant des stratégies et des innovations pour améliorer l'accès des peuples autochtones aux services de santé.

Les disparités actuelles en matière de santé et l'accès inéquitable aux soins de santé des peuples autochtones au Canada doivent

s'adapter aux contextes des manifestations passées et présentes du colonialisme (Allan & Smylie, 2015). Les expériences historiques des peuples autochtones, notamment le déplacement des Inuits dans des hôpitaux et des sanatoriums du sud pour le traitement de la tuberculose et des traitements reçus dans des hôpitaux autochtones de ségrégation raciale inférieure, ont eu un impact durable sur leur perception des professionnels de la santé et du système de santé général (Lux, 2016). La pression constante exercée sur les femmes autochtones afin qu'elles acceptent de se faire

ligaturer les trompes souligne les injustices institutionnelles auxquelles les peuples autochtones sont confrontés (Boyer & Bartlett, 2017). Ces exemples historiques, ainsi que les interactions négatives contemporaines avec les fournisseurs de soins de santé, ont poussé de nombreux autochtones à se sentir méfiants et à craindre d'avoir accès aux services de santé, ce qui a finalement une incidence sur leur santé et leur bien-être (Browne et al., 2011; Horrill et al., 2018; Lavoie, 2018; Logan McCallum & Perry, 2018).

Les disparités actuelles en matière de santé et l'accès inéquitable aux soins de santé des peuples autochtones au Canada doivent s'adapter aux contextes des manifestations passées et présentes du colonialisme

(Allan & Smylie, 2015).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 472711634

Accessibilité aux services de santé

L'accessibilité peut être considérée comme « l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin » (Evans, Hsu, & Boerma, 2013, p. 546). Les peuples autochtones n'ont pas accès équitablement aux services de santé par rapport à l'ensemble de la population canadienne pour des raisons liées à la géographie, aux carences du système de santé et de l'insuffisance des ressources humaines dans les soins de santé.

Leur lieu de résidence détermine leur accessibilité à recevoir des services de santé appropriés et dispensés en temps opportun. Les peuples autochtones vivent dans les centres urbains, ainsi que dans les communautés rurales, éloignées et nordiques du Canada. Selon Statistique Canada (Statistics Canada, 2017), environ 80 % des Métis vivent dans des centres urbains; près de la moitié (44,2 %) des membres des Premières Nations inscrits vivent dans des réserves, les autres vivent hors réserve; tandis que la majorité (72,8 %) des Inuits continuent à vivre à Nunangat³. Les peuples

autochtones sont confrontés à des problèmes spécifiques liés à l'accessibilité des services de santé dans toutes les régions géographiques; cependant, les défis sont plus graves dans les communautés rurales, éloignées et nordiques. Les zones rurales et éloignées et la petite taille de la population des communautés de ces régions peuvent rendre difficiles le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, laissant plusieurs communautés avec une grave pénurie de personnel médical (Huot et al., 2019; Mew et al. 2017; Oosterveer & Young, 2015). Ces communautés dépendent généralement de professionnels de la santé non résidents qui effectuent un court séjour dans les communautés pour voir leurs patients. (Nelson & Wilson, 2018; Oosterveer & Young, 2015; Wallace, 2014). Pour les peuples des Premières Nations vivant dans les réserves, les longues listes d'attente et le manque de médecins ou d'infirmières constituent des obstacles importants à l'obtention de soins de santé (First Nations Information Governance Centre, [FNIGC], 2018). Les autres obstacles à l'accès aux soins cités par les adultes des Premières Nations concernent les Services de santé non assurés (SSNA), notamment « les coûts non couverts par les SSNA, le manque d'information sur la couverture des SSNA et le refus de couverture des SSNA » (FNIGC, 2018, p. 20).

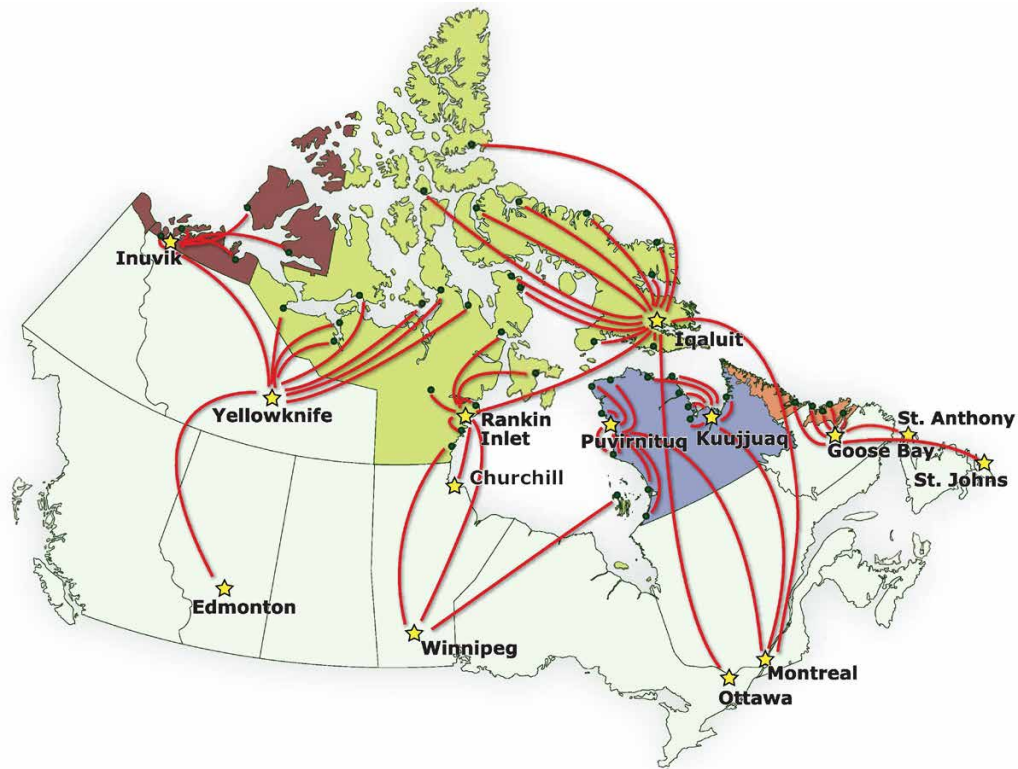
Les coûts de transport prohibitifs constituent également un obstacle important à l'accès aux soins de santé (FNIGC, 2018). Les besoins de santé non satisfaits peuvent découler de ces obstacles. Les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 (EAPA) ont montré que les Inuits font face à des défis similaires. Bien que 70 % des Inuits du Nunangat aient été vus par un professionnel de la santé (principalement un médecin ou une infirmière), seulement 23 % avaient un médecin permanent et 14 % ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de soins

Les peuples autochtones sont confrontés à des problèmes spécifiques liés à l'accessibilité des services de santé dans toutes les régions géographiques; cependant, les défis sont plus graves dans les communautés rurales, éloignées et nordiques.



³ Inuit Nunangat est composé de la région désignée des Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest), du Nunavut, du Nunavik (Nord du Québec) et du Nunatsiavut (Nord du Labrador).

FIGURE 1: INUIT MEDICAL TRAVEL MAP



Source : Inuit Tapiriit Kanatami (2014, p. 32). Reproduit avec l'aimable autorisation de ITK, 2019.

de santé (Wallace, 2014). Parmi les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, l'absence de services de santé dans la région (25 %) ou au moment requis (15 %) ont été constatés.

Des temps d'attente plus longs pour consulter des fournisseurs de soins de santé et des professionnels de la santé spécialisés peuvent retarder le diagnostic d'une maladie, réduire la continuité des soins et réduire l'efficacité globale des services de santé (Horrill et al. 2018; Huot et al., 2019). Étant donné le manque et la pénurie de professionnels de la santé dans les communautés autochtones, de nombreuses personnes sont

transportées dans des hôpitaux urbains situés dans le sud du pays pour des urgences médicales, des hospitalisations, des rendez-vous avec des médecins spécialistes, des diagnostics et des traitements, abandonnant souvent leurs familles et leurs réseaux de soutien pendant de longues périodes (Huot et al., 2019; Mew et al., 2017; Oosterveer & Young, 2015; Patterson, Finn, & Barker, 2018; Wallace, 2014). Lavoie et ses collaborateurs (2015) soulignent que, bien que les réinstallations médicales puissent être un événement ponctuel se déroulant sur plusieurs heures ou plusieurs jours, la réalité est que, pour de nombreux peuples autochtones, la « réinstallation » médicale est un terme impropre. Les « circuits » entre le domicile et

le milieu urbain pour les soins de santé peuvent devenir « un élément permanent de la vie des gens »(p. 296).

Étant donné le manque d'accessibilité aux services de santé, la réinstallation des patients Inuits peut inclure de longs voyages entre leurs communautés d'origine du nord vers les grands centres situés au sud tels qu'Edmonton, Winnipeg, Ottawa ou Montréal (Figure 1) Selon King et al. (2019), ces voyages multiples et onéreux « font que les coûts des soins de santé dans ces communautés comptent parmi les plus élevés au monde » (p. 3). Les peuples autochtones peuvent être confrontés à des difficultés financières, à la

solitude, à la peur, à l'anxiété et à un sentiment de crainte associée aux réinstallations médicales; des éléments susceptibles de retarder leur rétablissement (Cameron et al., 2014; Huot et al., 2019). En raison de ces problèmes, certains peuples autochtones peuvent être réticents à demander de l'aide lorsqu'ils présentent des symptômes, ce qui retarde le diagnostic et le traitement. En fait, des recherches ont montré que les personnes autochtones sont plus susceptibles que les personnes non autochtones d'être diagnostiquées à un stade ultérieur d'une maladie, contribuant ainsi à des résultats plus faibles en matière de santé et à des taux de mortalité plus élevés (Lavoie, Kaufert, Browne, & O'Neil, 2016).

Vivre dans un centre urbain peut offrir un meilleur accès à une gamme de services de soins de santé. Cependant, des études suggèrent que les peuples autochtones pourraient être confrontés à de multiples problèmes liés à l'accès aux services de soins de santé en milieu urbain, notamment le racisme et la discrimination, de longues listes d'attente et des soins culturellement non adaptés (Cameron et al, 2014; Goodman et al., 2017; Logan McCallum & Perry, 2018; Smylie, Firestone, Spiller, & Tungasuvvingat Inuit, 2018). Ces expériences peuvent donner l'impression que le système de santé « est indifférent et irrespectueux envers les clients autochtones, leur refusant l'accès aux soins » (Nelson & Wilson, 2018, pp. 23-24). Ces obstacles aux soins peuvent avoir des

conséquences tragiques sur la santé, comme en témoigne l'expérience de Brian Sinclair, un Anishinaabe qui a été envoyé au Centre des sciences de la santé de Winnipeg pour une infection de la vessie facile à traiter. Dans ce cas, monsieur Sinclair a recherché activement des services de soins de santé. Pourtant, après avoir attendu trente-quatre heures dans la salle d'attente des urgences sans être vu par un médecin, il a été retrouvé mort. Le refus de soins vécu par monsieur Sinclair peut être attribué au racisme anti-autochtone et aux stéréotypes. Le personnel médical a cru qu'il était un sans-abri et qu'il était sous l'effet de substances et ne l'a pas traité comme un patient nécessitant et méritant des soins (Allan & Smylie, 2015; Brian Sinclair Working Group, 2017; Logan McCallum & Perry, 2018).

Avec des taux d'admission dans les hôpitaux cinq fois supérieurs à ceux de la population en général, les peuples autochtones sans-abri vivant dans les centres urbains peuvent avoir à relever des défis de taille pour accéder à des services

de santé appropriés (Hwang, 2001). Ces défis comprennent l'impossibilité à fournir une preuve d'assurance, l'incapacité de se payer des médicaments sur ordonnance, des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ainsi qu'un système de santé qui ne fournit pas de traitement adéquat. Ensemble, ces obstacles peuvent entraîner les peuples des communautés autochtones à négliger leurs propres besoins sur le plan personnel et médical. Cela est particulièrement inquiétant étant donné que les autochtones restent nettement surreprésentés dans la population des sans-abris dans tout le Canada. Ils sont « 10 fois plus susceptibles d'avoir accès à des refuges d'urgence pour sans-abri que les non-autochtones, ce qui représente environ 30 % de tous les utilisateurs de refuges », mais ils représentent environ 5 % de la population canadienne (Employment and Social Development Canada, 2018, p.3). Cependant, ces chiffres peuvent fortement fluctuer d'une ville à une autre. (Brandon et al., 2018).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 508952990



Disponibilité des services de soins de santé

La disponibilité des services de santé intervient lorsqu'il existe un « nombre suffisant d'effectifs professionnels qui possèdent les aptitudes et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population en matière de santé » (Global Health Workforce Alliance, 2019).

Comme discuté dans la section précédente, une pénurie de services et d'intervenants du secteur de la santé frappe dans certaines régions du Canada, ce qui a des répercussions disproportionnées sur les résultats pour la santé des peuples autochtones. En outre, il existe des différences et des divergences dans le financement et les programmes destinés aux peuples des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, auxquels

s'ajoutent des complexités et des ambiguïtés administratives.

Depuis les années 1960, le gouvernement fédéral a adopté la position suivante : les services de santé sont fournis aux peuples des Premières Nations du Canada « par principe, pour des raisons humanitaires et non en raison de droits ancestraux ou issus de traités » (Lavoie et al., 2016b, p.8). La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) des Services aux Autochtones Canada finance et offre des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies, des soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que des programmes de contrôle des maladies transmissibles et de lutte contre les problèmes de santé environnementale et engage plus de 800 infirmières et aides à domicile dans des communautés des Premières Nations et Inuits

Depuis les années 1960, le gouvernement fédéral a adopté la position suivante : les services de santé sont fournis aux peuples des Premières Nations du Canada « par principe, pour des raisons humanitaires et non en raison de droits ancestraux ou issus de traités »

(Lavoie et al., 2016b, p.8).

(Indigenous Services Canada [ISC], 2018). Les Indiens inscrits vivant hors réserve, les Inuits vivant en dehors de leurs territoires traditionnels et les Métis reçoivent des soins médicaux de la part des gouvernements provinciaux et territoriaux, qui offrent des services de santé universels à tous les Canadiens. Depuis 1989, le gouvernement fédéral a favorisé la décentralisation ou le transfert de la responsabilité des programmes et des services de santé aux communautés par le biais de plusieurs mécanismes, notamment des accords de financement établis conformément à la politique de transfert en matière de santé⁴, des accords d'autonomie gouvernementale et des régies régionales de la santé autochtones. En 2008, 89 % des communautés des Premières Nations et des communautés inuites admissibles avaient ou étaient sur le point de transférer leurs responsabilités (Lavoie, 2018). Vingt-deux ententes

⁴ Voir Services aux Autochtones Canada (Indigenous Services Canada, 2005).

d'autonomie gouvernementale ont été négociées, donnant à 43 communautés autochtones le pouvoir de légiférer pour déterminer leurs priorités dans des domaines clés, y compris la santé (Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada, 2018). Certaines régions régionales de la santé autochtones assument maintenant des responsabilités⁵ de plus haut niveau. En 2001, la Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA) a été créée. Elle fournit des services de troisième niveau fondés sur la culture à 33 communautés des Premières Nations en Saskatchewan (NITHA, 2019a). En 2013, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN), qui établit un précédent, a assumé la responsabilité de la DGSPNI pour l'administration de programmes et de services de soins de santé pour 203 communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique (FNHA, n.d.-a).

Des décennies d'obstacles juridictionnels complexes, ambigus et fragmentés continuent toutefois de créer de la frustration, de la confusion, de l'insatisfaction en matière de soins de santé et, ce qui est le plus préoccupant, l'augmentation de la mortalité et de la morbidité des peuples autochtones (Greenwood et al., 2018; Lavoie et al., 2015).

Comme l'ont déclaré Martin et ses collaborateurs (2018), « un éventail vertigineux de services dans le système de soins de santé, notamment des programmes fédéraux, des services fournis par la province et des compléments hautement bureaucratés continuent à ne pas satisfaire aux besoins et aux droits constitutionnels des autochtones » (p. 1729).

Les obstacles juridictionnels ont mené à de longs conflits entre les différents niveaux de gouvernement afin de déterminer à qui incombe la responsabilité financière des services de santé particuliers pour les peuples autochtones. Le cas de Jordan River Anderson ne fait que donner plus de poids à l'iniquité de la prestation des services de santé pour les peuples autochtones et les enfants vivant dans les réserves. Jordan, un enfant cri de la Nation des Cris de Norway House dans le nord du Manitoba, est né en 1999 avec des problèmes de santé complexes. Il est décédé en 2005 dans un hôpital de Winnipeg à l'âge de cinq ans, après avoir attendu deux ans que les gouvernements fédéraux et provinciaux résolvent la question de savoir qui devrait payer les soins spécialisés nécessaires dans sa communauté d'origine (Chambers & Burnett, 2017; Jordan's Principle Working

Group, 2015). Le 26 février 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) a rendu une décision historique demandant au gouvernement du Canada de mettre fin à la discrimination raciale à l'égard de 165 000 enfants des Premières Nations et de fournir un financement équitable et un accès aux services de santé, à l'éducation et aux services sociaux. Une cinquième ordonnance de non-conformité a été émise en février 2018 (First Nations Child & Family Caring Society of Canada, 2018). Le gouvernement canadien s'est efforcé de remédier à ces inégalités en consacrant 382,5 millions de dollars à l'Initiative du principe de Jordan - Principe de l'enfant d'abord. 171 000 demandes concernant des enfants des Premières Nations ont déjà été approuvées dans le cadre de cette initiative (Government of Canada, 2018). En fin de compte, les conflits de compétence, les inégalités de financement et la discrimination structurelle soulèvent « des questions sur les responsabilités [vis-à-vis] le “contrat social implicite” guidant la vision du Canada concernant des soins de santé équitables » et sur la manière dont cela affecte la santé et le bien-être des peuples autochtones (Greenwood et al. 2018, p. 1647).

⁵ Il existe trois niveaux de services de santé. Les services de premier niveau sont ceux fournis dans la communauté directement aux membres de la communauté. Les services de deuxième niveau sont principalement fournis par les autorités autochtones de niveau supérieur, telles que les bandes multicommunautaires et les conseils tribaux, et comprennent généralement la conception, la mise en œuvre et l'administration de programmes, la supervision du personnel de premier et de second niveau, le soutien clinique, la consultation, les conseils et la formation. Les services de troisième niveau sont fournis directement aux partenaires de second niveau et comprennent la surveillance des maladies, la lutte contre les maladies transmissibles, la surveillance de l'état de santé, l'épidémiologie, l'appui au programme spécialisé, la recherche, la planification, l'éducation, la formation et le soutien technique (NITHA, 2019b). Peu de communautés autochtones sont responsables des services de santé de troisième niveau.

De même, les limitations de compétence qui ne reconnaissent pas l'identité et les droits des Métis ont entraîné des disparités persistantes en matière de santé (Chartrand, 2011; Martens et al., 2010). Bien que les Métis aient accès aux services ordinaires, peu ou pas d'attention a été accordée à leurs besoins spécifiques culturels ou géographiques. Le 14 avril 2016, la Cour suprême du Canada (CSC) a rendu une décision dans l'affaire Daniels c. Canada, selon laquelle « les Métis et les Indiens non inscrits sont des Indiens au titre du paragraphe 91 (24) de la Loi constitutionnelle » (Constitution Act, 1867).” Cependant, on ne sait toujours pas si et comment ce jugement pourrait avoir une incidence sur l'extension des soins de santé financés par le gouvernement fédéral aux Métis et aux Indiens non inscrits actuellement dispensés aux Premières Nations et aux Inuits (Lavoie, 2018).

Acceptabilité des services de santé

L'acceptabilité des services de santé peut être comprise comme « la volonté des gens d'utiliser les services » en raison de leurs perceptions, ils sont importants et les prestataires de soins de santé y sont réceptifs et ne souffrent pas de préjugés sociaux et culturels (Evans et al., 2013, p. 546). Pour les peuples autochtones, l'acceptabilité des services de santé repose sur le changement fondamental des déséquilibres de pouvoir entre les patients et leurs fournisseurs de soins et sur la manière dont les soins de santé sont prodigués afin d'améliorer leurs résultats en matière de santé. Plusieurs aspects des services de santé sont fondamentaux pour la santé et le bien-être des peuples autochtones. Des soins adaptés à la réalité culturelle, appropriés et axés sur le patient sont des concepts interdépendants qui ont acquis une

crédibilité en tant que fondement des soins de santé pour les peuples autochtones. Ces concepts intègrent plusieurs éléments clés :

1. les services de santé sont perçus comme étant exempts de partis pris, de discrimination et de racisme;
2. les besoins uniques et holistiques en matière de soins de santé des peuples autochtones sont respectés et satisfaits; et
3. les peuples autochtones collaborent avec les prestataires de santé en tant qu'agents actifs dans la prestation de leurs soins de santé (FNHA, n.d.-b; Hobgood, Sawning, Bowen, & Savage, 2006; Lavoie et al., 2013).

Les concepts autochtones de santé et de bien-être comprennent un équilibre entre l'âme, l'émotion, le corps et l'esprit; vivre dans la paix et l'harmonie, dans la réciprocité et en relation avec les autres êtres humains et le monde naturel. À ce titre, il est nécessaire d'inclure des pratiques et des options culturelles et traditionnelles en plus des modèles biomédicaux de la santé ou en complément de ceux-ci (Browne et al., 2016; Tagalik, 2018; Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC], 2015). Les soins holistiques recadrent la dynamique des processus décisionnels ascendants en matière de soins de santé pour se concentrer sur le patient et sa capacité à communiquer et à gérer les décisions relatives à l'autonomie en matière de santé. Ceci inclut la considération des pratiques et des approches de



guérison traditionnelles. Enfin, le concept de soins tenant compte des traumatismes et de la violence façonne de plus en plus les soins offerts aux personnes marginalisées qui ont subi diverses formes de violence ayant des impacts à long terme (Browne et al., 2016). Ce concept implique la prestation de soins de façon respectueuse et soutenue par des fournisseurs de soins de santé qui reconnaissent les effets croisés de la violence et d'autres formes d'iniquité sur la santé, comprennent le contexte social de la santé et veillent à ce que les patients ne soient pas traumatisés de nouveau par leur expérience avec le système de santé.

Une bonne communication entre les prestataires de soins de santé et les patients est essentielle à l'acceptabilité des services de santé. Une bonne communication aide à réduire le stress que les patients autochtones peuvent ressentir lorsque leur langue principale n'est ni l'anglais ni le français; cela leur permet de poser des questions concernant leurs états de santé, leurs besoins ou leurs inquiétudes et cela leur permet de bien comprendre la nature de leur maladie ou de leur diagnostic, les directives à suivre pour leur traitement incluant l'utilisation de médicaments sur ordonnance (Cameron et al., 2014; Office of the Languages Commissioner of Nunavut, 2015; Oosterveer & Young, 2015). Une bonne communication peut être facilitée par le recours à des traducteurs, des intervenants-pivot, des travailleurs de la santé autochtones, des ressources en langage clair et en santé culturellement adapté,

des contacts personnels sensibles et empathiques à la culture, ainsi qu'en reconnaissant et en respectant les structures familiales autochtones, en prenant le temps d'établir des relations avec les patients, en réfléchissant sur leurs comportements et leurs croyances dans leurs interactions avec les patients et en les associant activement à la prise de décisions concernant leurs soins (Jennings, Bond, & Hill, 2018; Shahid, Finn, & Thompson, 2009). Ces facilitateurs sont essentiels à l'application de la sécurisation culturelle dans les établissements de soins de santé et à l'amélioration de l'accès des peuples autochtones aux services de soins de santé.

Étant donné que les interactions des peuples autochtones avec les fournisseurs de soins de santé ont été façonnées par des expériences de soins non sécuritaires, d'absence de traitement respectueux ou compatissant, de racisme et de discrimination (Cameron et al., 2014; Horrill et al., 2018; Ringer, 2017), la Commission de vérité et réconciliation du Canada (Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015) a invité tous les niveaux de gouvernement à « dispenser une formation sur les compétences culturelles à tous les prestataires de soins de santé » en tant que partie intégrante de la réduction des écarts de santé entre les peuples autochtones et non autochtones (p. 323). Une formation sur les compétences culturelles et la sécurité a depuis été suivie par un certain nombre d'établissements et d'organisations de santé. Au nom des 16 000 Cris du Nord-du-Québec, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux

de la Baie-James a « entamé une restructuration majeure pour faire de la participation des patients et de la sécurité culturelle une priorité et un élément central de l'organisation » afin d'améliorer leur accès aux soins de santé (Ringer, 2017, p. 214). Reconnaisant leur rôle éminent de « gardiens(nes) du système de santé », les infirmiers(ères) ont également adopté une stratégie de pratique dans le cadre d'une approche de sécurisation culturelle visant à améliorer l'accès des peuples autochtones aux soins de santé (Horrill et al., 2018, p. 6).

Le contrôle exercé par les peuples autochtones sur la conception et l'administration des services de santé est reconnu comme essentiel pour assurer la sécurisation culturelle de la prestation de soins de santé dans leurs communautés (Cameron et al., 2014; Horrill et al., 2018; Ringer, 2017). Le mouvement vers la sécurisation culturelle et l'humilité dans la prestation de services de santé aux peuples autochtones gagne également du terrain à une plus grande échelle. Par exemple, la RSPN a élaboré des déclarations d'engagement distinctes sur la sécurité et l'humilité culturelle dans la prestation des services de santé aux peuples des Premières Nations de la Colombie-Britannique, lesquelles ont été signées par les organismes de réglementation en matière de santé, les services de gestion des urgences, Providence Health Care, le sous-ministre adjoint de la santé de la Colombie-Britannique, et les directeurs généraux de chacune des six autorités sanitaires de la Colombie-Britannique (FNHA, 2017a, b, c, d).

Stratégies et innovations pour améliorer l'accessibilité des peuples autochtones aux services de santé

La Commission de vérité et réconciliation a identifié la nécessité de s'attaquer aux inégalités en matière de santé comme étant cruciale pour le processus de réconciliation. En particulier, l'Appel à l'action n° 19 a demandé instamment que des objectifs mesurables soient établis pour « identifier et combler les écarts de résultats en matière

de santé entre les communautés autochtones et non autochtones... [notamment] en matière de disponibilité des services de santé appropriés » (TRC, 2015, p 322).

Des appels répétés ont été lancés pour combler le fossé en matière de santé entre les peuples autochtones et non autochtones au Canada. Pour ce faire, il faut s'attaquer aux déterminants croisés de la santé qui entravent les résultats pour la santé des Autochtones, notamment l'accès au logement, à l'eau potable, à la sécurité alimentaire, à l'éducation et à l'emploi (Browne et al., 2016). Les structures, les politiques et les systèmes de santé actuels doivent être transformés

afin que les peuples autochtones bénéficient d'un accès équitable aux soins de santé. Les questions de compétence doivent également être résolues, notamment concernant la conformité du gouvernement avec la décision du Tribunal canadien des droits de la personne de 2016 visant à mettre fin à la discrimination raciale envers les enfants des Premières Nations, ainsi que le respect des promesses des investissements qui favoriseront la santé et le bien-être des peuples autochtones. Jusqu'à ce que ces disparités diminuent, l'accès aux services de santé continuera de préoccuper les peuples autochtones.

Le contrôle exercé par les peuples autochtones sur la conception et l'administration des services de santé est reconnu comme essentiel pour assurer la sécurisation culturelle de la prestation de soins de santé dans leurs communautés

(Cameron et al., 2014; Horrill et al., 2018; Ringer, 2017).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 801637286



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 513473609

Les approches clés pour garantir que l'accès des peuples autochtones aux soins de santé soit optimisé, comparable et équitable aux Canadiens non autochtones comprennent :

- s'engager à mettre fin aux problèmes de compétence, principalement par le biais d'un financement équitable, et aux conflits intergouvernementaux qui se traduisent par de moins bons résultats pour la santé des peuples autochtones (Greenwood et al., 2018; Lavoie, 2018);
- former des professionnels de la santé de toutes les disciplines et de toutes les spécialités dans la prestation de soins culturellement sécuritaires, notamment en démantelant activement le racisme, la discrimination et les stéréotypes négatifs envers les peuples autochtones (Browne et al. 2016; Horrill et al. 2018; Nader, Kolhdooz, & Sharma, 2017; Smylie et al., 2018);
- s'engager avec les peuples autochtones pour comprendre et développer des pratiques de soins de santé qui les concernent, y compris des pratiques et des médicaments traditionnels (Browne et al. 2016);
- mettre l'accent sur la propriété et l'autorité de la communauté sur les services de soins de santé (Davy, Harfield, McArthur, Munn, & Brown, 2016, Browne et al., 2016);
- encourager les étudiants dans les domaines de la santé à chercher des emplois dans des communautés autochtones rurales, éloignées, nordiques et dans les réserves (Coke, Kuper, Richardson, & Cameron, 2016); et
- élaborer des stratégies pour le recrutement et le maintien en poste de ressources professionnelles de la santé, autochtones et non autochtones, dans les réserves, les communautés rurales, éloignées et nordiques (Vogel, 2019; Nader et al. 2017; Oosterveer & Young, 2015).



Innovations

Un certain nombre d'innovations sont en cours partout au Canada dans le but d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones. En voici quelques exemples : Parmi les exemples, citons :

Les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA)

Un réseau de dix organisations de soins de santé primaires dirigées par des communautés autochtones en Ontario, desservant les peuples autochtones vivre dans des communautés urbaines, rurales, nordiques et dans et hors réserve.

allianceon.org/fr/CASSA

Akausivik Inuit Family Health Team — Medical Centre

Un centre de santé qui fournit des soins primaires culturellement appropriés aux Inuits vivant à Ottawa.

aifht.ca

La clinique de santé publique « virtuelle » de l'Alberta Health pour la tuberculose

Créée en 1999 dans le cadre de la restructuration du programme de lutte contre la tuberculose de l'Alberta, la clinique « virtuelle » dessert tous les cas de tuberculose dans les régions non métropolitaines et dans les réserves des Premières Nations. La clinique permet aux populations autochtones vivant dans les régions rurales de l'Alberta de recevoir de

traiter leur tuberculose sur place au lieu de devoir parcourir de longues distances.

All Nations, Healing Hospital (ANHH)

Située à Fort Qu'Appelle, l'ANHH appartient aux 15 Premières Nations du conseil tribal File Hills Qu'Appelle et du le conseil tribal Touchwood Agency. Affilié à la région sanitaire Regina Qu'Appelle, le centre de santé fournit une gamme de soins intensifs, palliatifs, d'urgence, de santé des femmes et de services de sage-femme ainsi que des services de laboratoire et de radiologie qui sont holistiques, adaptés à la réalité culturelle, axés sur le patient et disponibles dans les cinq langues parlées dans la région.

fortquappelle.com/health-emergency/all-nations-healing-hospital

My Child, My Heart

Un programme communautaire offert dans la communauté de Pinaymootang, au Manitoba, qui permet aux enfants des Premières Nations ayant des besoins médicaux complexes de recevoir les soins dont ils ont besoin dans leur propre communauté.

nog.ca/wp-content/uploads/2018/10/Module-1-Appendix-B-Ninijjaanis-Nide-Parent-Tool-Kit.pdf

San'yas Indigenous Cultural Safety Training

Un programme de formation fourni par la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique pour améliorer les connaissances et les compétences en matière de sécurité culturelle pour les professionnels et les organisations travaillant avec les peuples et les communautés autochtones. De plus, le programme organise par le biais de webinaires une série de programmes d'apprentissage sur la sécurité culturelle autochtone.

sanyas.ca/health-authorities/provincial-health-services

Conclusion

La présente fiche d'information donnait un aperçu des problèmes actuels d'accessibilité, de disponibilité et d'acceptabilité des services de santé offerts aux peuples autochtones du Canada, en vue de déterminer les moyens de relever ces défis et d'améliorer ainsi leur santé et leur bien-être. En effet, pour faire avancer cet important déterminant social de la santé, il faut relever les défis actuels du colonialisme, améliorer les systèmes de santé et les ressources humaines en santé, lever les ambiguïtés juridictionnelles, fournir un financement équitable aux programmes et services de santé et soutenir les soins axés sur la communauté, culturellement appropriés et culturellement sécuritaires pour les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis à travers le Canada.

Bibliographie

(en anglais)

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON: The Wellesley Institute.
- Boyer, Y., & Bartlett, J. (2017). *External review: Tubal ligation in the Saskatoon Health Region: The lived experience of Aboriginal women*. Saskatoon, SK: Saskatoon Health Region. Retrieved February 20, 2019 from https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf
- Brandon, J., Maes Nino, C., Retzlaff, B., Flett, J., Hepp, B., Shirliff, R., & Wiebe, A. (2018). *The Winnipeg Street Census 2018: Final report*. Winnipeg, MB: Social Planning Council of Winnipeg.
- Brian Sinclair Working Group. (2017). Out of sight: Interim report of the Sinclair Working Group. Retrieved June 19, 2019 from <http://ignoredtodeathmanitoba.ca/index.php/2017/09/15/out-of-sight-interim-report-of-the-sinclair-working-group/>
- Browne, A.J. (2017). Moving beyond descriptions: Closing the health equity gap by redressing racism impacting Indigenous populations. *Social Science & Medicine*, 184, 23-6.
- Browne, A.J., Smye, V.L., Rodney, P., Tang, S.Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333-48.
- Browne A.J., Varcoe, C., Lavoie, L., Smye, V., Wong, S.T., Krause, M., Tu, D. et al. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16, 544.
- Cameron, B.L., del Pilar Carmargo Plazas, M., Santos Salas, A., Bourque Bearskin, L., & Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: A call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3), E1-E16.
- Chambers L., & Burnett, K. (2017). Jordan's Principle: The struggle to access on-reserve health care for high-needs Indigenous children in Canada. *American Indian Quarterly*, 21(2), 101-24.
- Chartrand, L. (2011). *Maskikiwewon the Métis right to health under the Constitution of Canada and under selected international human rights obligations*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.
- Coke, S., Kuper, A., Richardson, L., & Cameron, A. (2016). Northern perspectives on medical elective tourism: A qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 4(2), E277-83. DOI: 10.9778/cmajo.20160001.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. (2018). *Self-government*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 8, 2019 from <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100032275/1529354547314>
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 15, 163.
- Employment and Social Development Canada. (2018). *Final report of the Advisory Committee on Homelessness*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 15, 2018 from <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/communities/homelessness/publications-bulletins/advisory-committee-report.html>
- Evans, D.B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546-546A. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>.
- First Nations Child & Family Caring Society of Canada. (2018) Press release, *Canada fails to grasp the "emergency" in First Nations child welfare: Canadian Human Rights Tribunal finds Federal Government non-compliant with relief orders*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 20, 2019 from <https://fncaringssociety.com/sites/default/files/Caring%20Society%20Press%20Release%202018%20CHRT%204.pdf>
- First Nations Health Authority [FNHA]. (n.d.-a). *About us – Healthy, self-determining and vibrant BC First Nations children, families and communities*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved July 8, 2019 from http://www.fnha.ca/Documents/FNHA_AboutUS.pdf
- First Nations Health Authority [FNHA]. (n.d.-b). *#itstartswithme: FNHA's Policy statement on cultural safety and humility*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved June 21, 2019 from <http://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>
- First Nations Health Authority. [FNHA]. (2017). *Declaration of commitment*. West Vancouver, BC: Author, <http://www.fnha.ca/PublishingImages/wellness/cultural-humility/FNHA-Declaration-Health-Professionals-Signed-Letter-March2017-large.jpg>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2018). *National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two*. Ottawa, ON: Author.

- Global Health Workforce Alliance. (2019). *What do we mean by availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce?* World Health Organization, <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/>
- Goodman, A. Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). "They treated me like crap and I know it was because I was Native": The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87-94.
- Government of Canada. (1985, amended 2017, Dec. 12). *Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6*. Ottawa, ON: Ministry of Justice. Retrieved June 19, 2019 from <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>
- Government of Canada. (2018a). *Jordan's Principle*. Ottawa, ON: Author, https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/jordans-principle.html?utm_campaign=not-applicable&utm_medium=vanity-url&utm_source=canada-ca_jordans-principle
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N., & Reading, C. (eds.) (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' health in Canada: Beyond the social*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. (2018). Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*, 391, 1645-47.
- Hobgood, C., Sawning, S., Bowen, J., & Savage, K. (2006). Teaching culturally appropriate care: A review of educational models and methods. *Society for Academic Emergency Medicine*, 13(12). 1288-95. DOI: 10.1197/j.aem.2006.07.031
- Horrill, T., McMillan, D.E., Schultz, A.S., & Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25(3), e12237. DIO: 10.1111/nin.12237.
- Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J., & Raanaas, R. K. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: Important insights for health professionals. *International Journal of Circumpolar Health*, 78, 1.
- Hwang, S.W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 164(1), 229-33.
- Indigenous Services Canada. [ISC]. (2005). *Ten years of Health Transfer First Nation and Inuit control*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 8, 2019 from <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/reports-publications/funding/years-health-transfer-first-nation-inuit-control-health-canada-1999.html>
- Indigenous Services Canada. [ISC]. (2018). *Health care services*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 8, 2019 from <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/health-care-services.html>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2014). *Social determinants of Inuit health in Canada*. Ottawa, ON: Author.
- Jennings, W., Bond, C., & Hill, P.S. (2018). The power of talk and power in talk: A systematic review of Indigenous narratives of culturally safe healthcare communication. *Australian Journal of Primary Health*, 24, 109-15.
- Jordan's Principle Working Group. (2015). *Without denial, delay, or disruption: Ensuring First Nations children's access to equitable services through Jordan's Principle*. Ottawa, ON: Assembly of First Nations.
- King, N., Vriezen, R., Edge, V.L., Ford, J., Wood, M., IHACC Research Team, et al. (2018). The hidden costs: Identification of indirect costs associated with acute gastrointestinal illness in an Inuit community. *PLoS ONE*, 13(5): e0196990.
- Lavoie, J. (2018). Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. *Health Economics, Policy and Law*, 13, 280-98.
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A.J., & O'Neil, J. (2016a). Managing Matajoosh: Determinants of First Nations' cancer care decisions. *BMC Health Services Research*, 16, 402.
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A., Mah, S., O'Neil, J.D., Sinclair, S., & BlueSky, K. (2015). Negotiating barriers, navigating the maze: First Nation peoples' experience of medical location. *Canadian Public Administration*, 58(2), 295-314.
- Lavoie, J. G., Kornelsen, D., Wylie L., Mignone, J., Dwyer, J., Boyer, Y., Boulton, A. et al. (2016b). Responding to health inequities: Indigenous health system innovations. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 1, e14.
- Lavoie, J.G., Wong, S.T., Chongo, M., Browne, A.J., MacLeod, M., & Ulrich, C. (2013). Group medical visits can deliver on patient-centred care objectives: Results from a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 155.
- Logan McCallum, M.J., & Perry, A. (2018). *Structures of indifference: An Indigenous life and death in a Canadian city*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Lux, M. (2016). *Separate beds: A history of Indian hospitals in Canada, 1920s-1980s*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

- Martens, P.J., Bartlett, J., Burland, E., Prior, H., Burchill, C., Huq, S., Romphf, L. et al. (2010). *Profile of Metis health status and healthcare utilization in Manitoba: A population-based study*. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy in collaboration with the Manitoba Metis Federation, Department of Community Health Sciences, University of Manitoba. Retrieved July 3, 2019 from http://www.mmf.mb.ca/docs/metis_health_status_report.pdf
- Martin, D., Miller, A.P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N.R., Vissandjée, B., & Marchildon, G.P. (2018). Canada's universal health-care system: Achieving its potential. *The Lancet*, *391*, 1718–35.
- Mew, E.J., Ritchie, S.D. VanderBurgh, D., Beardy, J.L., Gordon, J., Fortune, M., Mamakwa, S. et al. (2017). An environmental scan of emergency response systems and services in remote First Nations communities in Northern Ontario. *International Journal of Circumpolar Health*, *76*, 1.
- Nader, F., Kolhdooz, F., & Sharma, S. (2017). Assessing health care access and use among Indigenous peoples in Alberta: A systemic review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *28*, 1286-1303.
- Nelson, S.E., & Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, *218*, 21-7.
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2019a). *About NITHA: Our history*. Prince Albert, SK: Author, <http://www.nitha.com/our-history/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2019b). *1st, 2nd, 3rd level services*. Prince Albert, SK: Author, <http://www.nitha.com/1st-2nd-3rd-level-services/>
- Office of the Auditor General. (2015). *Report 4: Access to health services for remote First Nations Communities*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.
- Office of the Languages Commissioner of Nunavut. (2015). *If you cannot communicate with your patient, your patient is not safe – Final report – October 2015*. Iqaluit, NU: Author. Retrieved February 20, 2019 from <http://langcom.nu.ca/sites/langcom.nu.ca/files/QGH%20-%20Final%20Report%20EN.pdf>
- Oosterveer, T.M., & Young, T.K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, *74*, 29576.
- Patterson, M., Finn, S., & Barker, K. (2018). Addressing tuberculosis among Inuit in Canada. *Canada Communicable Disease Report*, *44*(3/4), 82-5.
- Ringer, J. (2017). Cultural safety and engagement: Keys to improving access to care. *Healthcare Management Forum*, *30*(4), 213-17.
- Shahid, S., Finn, L.D., & Thompson, S.C. (2009). Barriers to participation of Aboriginal people in cancer care: Communication in the hospital setting. *Communication, Culture and Health*, *190*(10), 574-79.
- Smylie, J., Firestone, M., Spiller, M.W., & Tungasuvvingat Inuit. (2018). Our health counts: Population-based measures of urban Inuit health determinants, health status, and health care access. *Canadian Journal of Public Health*, *109*, 662-70.
- Statistics Canada. (2017). Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census. The Daily, October 25. Retrieved January 15, 2019 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.pdf?st=-mTN2YR>
- Supreme Court of Canada. (2016). *Daniels v. Canada* (Indian Affairs and Northern Development). Supreme Court Judgements, 2016 SCC12, 35945. Ottawa, ON: Author, <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/15858/index.do>
- Tagalik, S. (2018). Inuit knowledge systems, Elders, and determinants of health: Harmony, balance, and the role of holistic thinking. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N. Lindsay (eds.), *Determinants of Indigenous Peoples' health: Beyond the social, 2nd edition* (pp. 93-101). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). (2015). *Final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada, Volume One: Summary. Honouring the truth, reconciling for the future*. Winnipeg, MB: Author.
- Vogel, L. (2019). Medical schools to boost numbers of Indigenous students, faculty. *Canadian Medical Association Journal*, *191*, E621. DOI: 10.1503/cmaj.109-5753.
- Wallace, S. (2014). *Inuit health: Selected findings from the 2012 Aboriginal Peoples Survey*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 89-653-X-No. 003. Retrieved January 15, 2019 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2014003-eng.pdf>

