

REGARDS SUR LA SANTÉ INDIGÈNE :

UNE ANALYSE ENVIRONNEMENTALE PAR

CENTRE NATIONAL DE COLLABORATION EN SANTÉ AUTOCHTONE

PRODUIT PAR LE

CENTRE NATIONAL DE COLLABORATION EN SANTÉ AUTOCHTONE

MARGO GREENWOOD, DIRECTRICE DE RECHERCHE

DÉCEMBRE 2006



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

T A B L E D E S M A T I È R E S

REMERCIEMENTS

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

III. MÉTHODOLOGIE

IV. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

A. ORGANISMES NATIONAUX ŒUVRANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES
PREMIÈRES NATIONS DES INUITS ET DES MÉTIS

1. ORGANISMES AUTOCHTONES
2. ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX
3. ORGANISMES PROFESSIONNELS

B. ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

1. RÉSUMÉ DES ENTREVUES
2. THÈMES CLÉS ÉMERGEANT DES ENTREVUES

C. ANALYSE DOCUMENTAIRE ET ANALYSE DES RECHERCHES COURANTES

1. DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS
2. ANALYSE DE LA LITTÉRATURE GRISE
3. FINANCEMENT DES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA

V. CONCLUSION: THÈMES CLÉS ET ORIENTATIONS FUTURES

ÉPILOGUE

RÉFÉRENCES

ANNEXES

A. EXEMPLAIRE DU FORMULAIRE D'ENTREVUE DES INFORMATEURS CLÉS

B. TABLEAU DES ORGANISMES NATIONAUX TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES COMMUNAUTÉS INUITES ET MÉTIS

NOTES DE BAS DE PAGE

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

REGARDS SUR LA SANTÉ INDIGÈNE EXAMINE le travail effectué par les différents intervenants dans le domaine de la santé des Autochtones au Canada. Ainsi, cette analyse environnementale servira d'une part à identifier les organismes nationaux concernés par la santé publique chez les Premières nations ainsi que les communautés inuites et métis au Canada ; d'autre part à examiner l'apport des informateurs clés à la recherche dans le domaine ; et finalement à proposer un compte-rendu de la documentation et des recherches existantes. Globalement, ce document se propose de structurer les thèmes centraux dans le domaine, suivant les objectifs du Centre national de collaboration en santé autochtone (CNCSA) qui sont d'établir des priorités, de proposer des orientations futures et de favoriser l'unification du travail des différents intervenants.

ORGANISMES NATIONAUX OEUVRANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES COMMUNAUTÉS INUITES ET MÉTIS AU CANADA

En tout, 19 organismes d'envergure nationale ont été identifiés. Ces organismes peuvent être classés suivant trois catégories : les organismes autochtones, les organismes gouvernementaux et les organismes professionnels.

Organisations autochtones

- Assemblée des Premières Nations (APN)
- Fondation autochtone de guérison (FAdG)
- Congrès des peuples autochtones (CPA)
- *Inuit Tapiriit Kanatami* (ITK)
- *Métis National Council* (MNC)
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)
- Association des femmes autochtones du Canada (AFAC)
- *Pauktuutit – Inuit women of Canada*

Organismes gouvernementaux

- Santé des Premières nations et des Inuits – Santé Canada (SPNI, SC)
- Institut de la santé des Autochtones – Instituts de recherche en santé du Canada (ISA, IRSC)
- Cadre de développement de la capacité autochtone de recherche en santé, Institut de la santé des Autochtones (CDCARS, ISA)
- Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)
- Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Organisations professionnelles

- *Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC)*
- Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS)
- *National Aboriginal Diabetes Association (NADA)*
- *National Association of Friendship Centres (NAFC)*
- *National Network for Aboriginal Mental Health Research (NAMHR)*
- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC)

ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Les entrevues furent menées avec des praticiens en santé publique, des chercheurs, des professionnels de la santé, et des conseillers en santé publique. L'objectif de ces entrevues était de favoriser l'émergence et faciliter l'accessibilité des connaissances de terrain sur des questions d'importance critique dans le domaine de la santé publique des communautés autochtones, tout en améliorant la structure, le mode de fonctionnement, et les relations du CNCSA avec les intervenants clés. De ces entrevues, cinq thèmes centraux ont émergé.

Comprendre la collaboration

Les informateurs clés notèrent l'importance pour le CNCSA de considérer la notion de collaboration en termes complexes. Alors que les relations entretenues avec le milieu académique, les praticiens, et les autres intervenants étaient considérés importants, c'est néanmoins la collaboration avec les communautés qui émergea comme élément central des entrevues – de fait, les interviewés soulignèrent l'importance pour le CNCSA de structurer son travail au travers d'actions à la fois efficaces et culturellement significatives pour les individus et les communautés. Les informateurs clés notèrent également l'importance des défis auxquels aura à se confronter le CNCSA, tout en précisant que les actions futures du Centre devraient être basées sur une approche permettant premièrement d'éviter la compétition et le cannibalisme d'autres organisations parallèles, deuxièmement de favoriser la collaboration avec l'Agence de Santé Publique du Canada et d'autres Centres de collaboration nationaux, troisièmement de porter attention aux collaborations multi-juridictionnelles, et quatrièmement de viser l'implantation pour les communautés autochtones du Canada d'un système de santé publique de la même qualité que celui dont disposent les autres Canadiens.

La géographie et la culture à l'avant-plan

Les informateurs interviewés présentèrent tant la culture que la géographie comme étant des éléments importants, tout comme la reconnaissance des processus inhérents aux communautés, les stratégies culturellement appropriées, l'influence des Premières nations sur les prises de décision, la prise en compte des connaissances autochtones traditionnelles, et finalement la facilitation du transfert des responsabilités de santé publique entre des mains autochtones. Les informateurs soulignèrent l'importance pour le CNCSA d'agir rapidement pour améliorer les échanges avec les communautés et favoriser leur active participation en son sein. Également, tant les différences que les similitudes entre les différents peuples autochtones du Canada émergèrent comme thèmes centraux des entrevues. Dans cette optique, une approche « panautochtone » fut déconseillée : la population autochtone du Canada vit à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, à l'intérieur et à l'extérieur des communautés, dans des milieux urbains et ruraux, le tout dans des régions aux caractéristiques diversifiées. Des stratégies

culturellement adaptées doivent ainsi équilibrer diversité et points communs, dans un cadre à échelle appropriée, ni trop régionale, ni trop nationale.

Un rôle précis et équilibré : orientations futures du CNCSA

Tant la précision que la pondération des actions émergent lorsque les informateurs clés furent interrogés sur le futur du CNCSA. Les interviewés mirent l'accent sur la nécessité pour le Centre de faire preuve de clarté et de précision dans la définition de ses mandat, rôle, et spécialisation, tout en s'assurant que ceux-ci n'empiètent pas sur les orientations d'autres organismes parallèles. Il a été estimé que les questions de santé et de transmission de connaissances aux communautés devraient être prioritaires. Globalement, les interviewés s'entendirent sur la nécessité d'une part d'augmenter la recherche sur le terrain (tant pour comprendre les mécanismes à l'oeuvre que pour appliquer les solutions), et d'autre part de se pencher davantage sur les déterminants sociaux de la santé. Des éléments comme la pauvreté, la violence conjugale, la gestion des soins de longue durée, les dépendances (incluant la gestion des impacts), les problèmes de santé mentale, et la consommation de produits du tabac furent tous pointés comme étant des facteurs clés sur lesquels le CNCSA aura à intervenir. Les informateurs clés mentionnèrent finalement la nécessité de vigilance pour le Centre : alors que le CNCSA devrait agir comme un acteur important dans l'analyse des orientations prises dans les domaines qui le concernent, il ne devrait jamais se substituer aux consultations avec des représentants ou des gouvernements autochtones.

Agir efficacement : application des connaissances, synthèse et échanges

L'application et la transmission des connaissances, suggèrent les informateurs clés, est cruciale : la capacité des communautés à communiquer les impacts sur le terrain des actions entreprises par le Centre est vitale, tout comme l'est la réintroduction de ces informations dans le cycle de recherches, établissement de principes directeurs, et pratiques. Le respect des connaissances autochtones devrait être mis à l'avant-scène dans le domaine de la santé publique au Canada. Pour les interviewés, le Centre devrait prendre en considération les organismes et chercheurs travaillant sur le problème de l'application des connaissances, et prendre part aux efforts de développement

d'amélioration des procédés, des modèles et des pratiques d'application et de transmission des connaissances autochtones en santé publique. L'obtention de résultats tangibles est une nécessité : trop souvent, selon les informateurs, l'application des connaissances n'a eu que très peu d'impacts.

L'importance d'une banque de données significative et les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé ont clairement émergé, pour les informateurs clés, comme une priorité sur laquelle il faudrait porter davantage d'attention. Il faut par contre comprendre les déterminants sociaux comme étant intimement liés à des questions de culture et d'équité : la race, le pouvoir, les inégalités systémiques, et la justice sociale sont tous des éléments jouant un rôle significatif à l'intérieur de la dynamique des déterminants sociaux en santé autochtone au Canada. La disponibilité des données, également, fut présentée comme une question d'importance : l'efficacité des actions entreprises dépend entre autres de l'accès à des données spécifiques aux populations visées. De plus, bien que l'évaluation de l'efficacité des mesures de santé publique puisse souvent être complexe, les projets devraient être analysés au travers de la grille de données indicatrices de l'état de santé des populations.

ANALYSE DOCUMENTAIRE ET ANALYSE DES RECHERCHES COURANTES

Cette recension comprend trois sections principales. Les deux premières traitent spécifiquement de la documentation : la documentation scientifique traditionnelle (écrits révisés par des pairs) est présentée en premier, suivie de la littérature grise. La troisième section est une analyse de la recherche en santé autochtone au Canada actuellement financée par les IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada). Ensemble, ces trois sections permettent de se familiariser avec les publications les plus récentes, la documentation pertinente produite par des organismes autochtones et gouvernementaux, offrant de ce fait un bref coup d'oeil à l'intérieur du « pipeline » de recherche.

Documentation révisée par des pairs

Au total, 649 documents furent révisés et groupés suivant une structure de codes mutuellement non exclusifs afin de couvrir les domaines de recherche suivants : dépendances ; maladies chroniques ; environnement et toxicologie ; génétique ; soins de santé (recherche, politiques, planification et application) ; maladies infectieuses ; blessures et violence ; santé des mères et de la petite enfance; santé mentale (incluant le suicide) ; et enfin les déterminants sociaux de la santé. En plus d’être structuré par domaine de recherche, chaque document fut associé à une série de mots clés (par ex. “diabète, prévention” ou “suicide, facteurs de risque”) dans l’optique de faire ressortir les thèmes centraux émergeant des recherches actuellement en cours sur chaque sujet. Le Tableau 1 expose les domaines de recherche examinés lors de la recension des écrits révisés par des pairs.

TABLEAU 1 DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS, TRIÉE PAR DOMAINE DE RECHERCHE n=649		
DOMAINE DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Soins de santé (recherche, politiques, planification et application)	208	32,0%
Déterminants sociaux de la santé	188	29,0%
Maladies chroniques	165	25,4%
Maladies infectieuses	101	15,6%
Maladie mentale (incluant le suicide)	79	12,2%
Santé des mères et de la petite enfance	74	11,4%
Environnement et toxicologie	65	10,0%
Dépendances	57	8,8%
Blessures and violence	29	4,5%
Génétique	25	3,9%

Comme le montre le Tableau 1, le cycle des soins de santé (recherche, politiques, planification et application) constitue le domaine recevant le plus d’attention (32,0%), suivi par les déterminants sociaux de la santé (29,0%). En ce qui concerne ceux-ci, les sujets du logement, de la pauvreté et de la colonisation sont irrégulièrement soulevés,

laissant généralement la place à des questions d'ordre général (aux ramifications souvent peu développées) traitant d'inclusion et d'exclusion sociale : la notion d'importance de la culture et des connaissances autochtones, par exemple, est souvent vaguement intégrée sans la présence d'une réflexion en profondeur. L'intérêt relativement élevé que suscite le domaine des déterminants sociaux ne suggère pas nécessairement une analyse adéquate des déterminants eux-mêmes, mais plutôt une reconnaissance tacite des efforts actuels de recherche sur l'importance de ces déterminants. Les maladies chroniques (25,4%), les maladies infectieuses (15,6%), la santé mentale (incluant le suicide) (12,2%), et la santé des mères et de la petite enfance (11,4%) apparaissent également très régulièrement dans la documentation révisée par des pairs, tout comme les questions d'environnement et de toxicologie (10,0%), les dépendances (8,8%), les blessures et la violence (4,5%), ainsi que le domaine de la génétique (3,9%).

En ce qui a trait à des sujets plus spécifiques, ce sont les questions de culture, de soins de santé, et de maladies chroniques qui furent le plus abondamment discutées dans les écrits recensés. Le Tableau 2 présente les dix sujets les plus fréquemment couverts par la documentation révisée par des pairs.

TABLEAU 2		
DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS, DIX SUJETS LES PLUS RENCONTRÉS		
n=649		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Connaissances traditionnelles et culture des communautés autochtones (incluant la participation des communautés et l'élaboration de stratégies culturellement adaptées)	153	23,6%
Diabète	82	12,6%
Planification et application des soins de santé	61	9,4%
Ressources humaines en santé (incluant l'éducation et l'amélioration des compétences)	46	7,1%
Contaminations environnementales (mercure, plomb, BPC, et/ou polluants organiques persistants)	43	6,6%

Promotion de la santé, incluant l'application et transmission des connaissances	41	6,3%
Équité de l'accès aux soins de santé	38	5,9%
Nutrition, forme physique, obésité, et maladies métaboliques	35	5,4%
Maladies cardiovasculaires	34	5,2%
Recherches en santé	34	5,2%

La question des connaissances traditionnelles et de la culture des communautés autochtones (incluant la participation des communautés et l'élaboration de stratégies culturellement adaptées) ont été régulièrement traitées au travers des écrits de cette section de la recension : 23,6% de tous les articles s'y penchent. Le diabète émerge également comme un thème important, avec plus d'un article sur 10 (12,6%) traitant spécifiquement de cette maladie chronique. Plusieurs questions cliniquement reliées au diabète ont également été couvertes : les maladies cardiovasculaires (5,2%) et le sujet de la nutrition, de la forme physique, de l'obésité et des maladies métaboliques (5,4%) ont tous deux été largement représentés dans la documentation révisée par des pairs. Les questions liées aux soins de santé constituaient également un thème récurrent dans la documentation : la planification et l'application des soins de santé (9,4%), les ressources humaines en santé (7,1%), la promotion de la santé et la transmission des connaissances (6,3%), l'équité de l'accès aux soins de santé (5,9%) et les recherches en santé (5,2%) firent toutes partie des dix sujets les plus souvent étudiés. Les questions de contamination environnementale, en particulier les études liées au mercure, plomb, BPC et autres polluants organiques persistants, étaient traitées dans 6,6% de la documentation recensée.

Analyse de la littérature grise

Un nombre total de 242 rapports, études et documents de discussion publiés depuis 2001 par des organisations autochtones, les gouvernements fédéral et provinciaux, des organismes de santé, des organisations professionnelles et d'autres ONG ont été analysés et regroupés par thèmes. En général, la littérature grise traite de questions significativement différentes de celles qui sont traitées dans les publications à comité de lecture : la littérature grise se concentre moins sur des maladies spécifiques mais porte

plutôt son attention sur la recherche en santé, les politiques, le bien-être des communautés et les déterminants sociaux de la santé. Les documents portant sur la recherche constituent la catégorie la plus représentée avec 61 documents (25,2%). Les services de santé (16,5%), les politiques en santé (12,8%), le système de santé (12,0%), l'éducation et la promotion de la santé (9,5%) et les programmes et les services reçoivent également une attention significative. Les données constituent également une question clé dans la littérature grise : les statistiques (12,8%), la surveillance de la santé (7,0%) et la démographie (7,4%) jouent un rôle clé dans la documentation recensée. Les ressources humaines sont au centre des soins de santé et bon nombre de documents abordent ce thème : les carrières en santé sont abordées dans 6,2% des documents alors que le renforcement des capacités est mentionné dans 6,6% des documents analysés. Le renforcement des capacités est un aspect des ressources humaines qui est intimement lié aux questions relatives à la communauté et à la culture. Les connaissances indigènes sont également présentes dans la documentation avec environ un document sur 20 (5,8%) abordant ce sujet. Le bien-être des communautés occupe une large place dans les documents recensés : 33 documents (13,0%) abordent cette question. De façon similaire, le développement communautaire reçoit une attention notable (8,7%).

La littérature grise s'adresse à un nombre varié de populations qui diffèrent par leur géographie, leur âge et leur genre. Les jeunes et les femmes sont l'objet spécifique d'un peu moins de 10% des publications (9,1% et 8,3%, respectivement). Des populations délimitées par la géographie sont également abordées : communautés nordiques (10,3%), communautés urbaines (9,9%), Inuits résidant dans des communautés inuites (5,4%) et la santé en régions rurales et éloignées sont bien représentés dans la documentation.

La démographie, tout comme d'autres thèmes qui jouent un rôle en santé, reçoit une attention notable dans la littérature grise. Les déterminants de la santé pris dans un sens général sont discutés dans 7,0% de la littérature. Plus spécifiquement, cette section de la littérature montre un intérêt clair pour une série de questions liées à la santé des peuples autochtones au Canada. Gouvernance, gouvernement, loi et législation sont abordés dans la documentation (5,4%, 7,0% et 6,2%, respectivement) comme le sont également des

sujets plus spécifiques faisant l'objet d'inquiétudes, incluant les suivants : l'héritage laissé par les pensionnats autochtones (5,8%), le logement (7,0%), le système d'éducation (5,8%) et les écoles (5,4%). Les thèmes de recherche qui émergent façon marquée dans la littérature révisée par des pairs (e.g. maladies chroniques et infectieuses) ne font que des apparitions mineures dans la littérature grise : la santé mentale (5,8%) reçoit une certaine attention, de la même façon que le VIH/SIDA (5,0%).

De façon générale, la littérature grise porte une plus grande attention aux préoccupations de toutes les populations autochtones au Canada tout en étant s'attardant moins sur les maladies que sur le bien-être. Par exemple le diabète, une question cruciale dans les publications révisées par des pairs, n'apparaît pas dans les 30 sous-thèmes de cette recension. La littérature grise s'intéresse d'avantage à des populations spécifiques, aux déterminants sociaux de la santé et au continuum de la santé, allant de la recherche à la prestation de services.

Financement des Instituts de recherche en santé du Canada

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRCS) constituent la principale source de financement des travaux portant sur les domaines liés à la santé. Conséquemment, une analyse de la base de données des projets financés présentement ou récemment par l'IRCS est cruciale au processus d'analyse des recherches pertinentes menées dans le domaine de la santé autochtone. Entre 1999 et aujourd'hui, 74 967 451\$ (23 projets) ont été alloués à l'étude de la santé autochtone. Des 243 projets, 138 (57%) ont été complétés alors que 105 (43%) sont toujours en cours.

La plupart des projets concerne les déterminants sociaux et sociétaux de la santé : 64 projets (26,3%) abordent cette question, avec près d'un quart de ces derniers (23,4%) s'intéressant spécifiquement aux questions de la diète, de la nutrition et ou de l'obésité. Les infrastructures de recherche en santé (36 projets ou 14,8%), les maladies chroniques (35 projets ou 14,4%) et les maladies infectieuses ou transmissibles (31 projets ou 13,2%) reçoivent également une attention marquée de la part de l'organisme de financement. Il est toutefois important de noter que les projets portant sur les maladies chroniques et sur

les maladies infectieuses et/ou transmissibles sont dominés par l'étude d'un nombre restreint de sujets : plus du deux tiers (71,4%) des projets portant sur les maladies chroniques portent spécifiquement sur le diabète et une proportion similaire (71,8%) des projets portant sur les maladies infectieuses/transmissibles ont pour objet le HIV/SIDA et l'hépatite C. Les autres domaines de recherche ont reçu moins de financement. Les projets portant sur la santé mentale et les dépendances représentent 7,8% (19) du nombre total de projets de recherche financés alors que les projets portant sur l'accessibilité et les services de soins de santé (6,2% ou 15 projets) et ceux portant sur l'environnement, la toxicologie et la sécurité alimentaire (4,5% ou 11 projets) sont encore moins fréquemment financés. Les autres domaines de recherche représentent 12,8% (31) du total.

Une proportion significative du nombre total de projets financés porte sur trois sujets spécifiques : diabète (10,3%), VIH/SIDA et hépatite C (9,5%) et diète, nutrition et obésité (6,2%).

L'inclusion d'une analyse des niveaux de financement complique en quelque sorte ce portrait. Bien que les projets portant sur des infrastructures de recherche ne représentent que 14,8% du nombre total de projets, ils reçoivent, en moyenne, une large proportion du financement : cette catégorie de projets représente 41,7% des dépenses totales (31 233 456\$). Le domaine qui est représenté par le plus grand nombre de projets financés, soit les déterminants sociaux et sociétaux de la santé (26,3% du nombre total de projets) reçoit relativement moins de financement. Pris conjointement, tous les projets de cette catégorie reçoivent 10 423 175\$ en financement, soit 13,9% du financement total. Les recherches portant sur les maladies infectieuses (13,2% du nombre total de projets), l'environnement, la toxicologie, la sécurité alimentaire (4,5% du nombre total de projets) et d'autres domaines (12,8% du nombre total de projets) sont similairement financées à un niveau relativement plus bas. Le domaine des maladies infectieuses reçoit 5,5% du financement total (4 160 257\$) alors que celui de l'environnement, de la toxicologie et de la sécurité alimentaire reçoit 1,8% (1 320 005\$). Les autres études reçoivent 6,5% (4 850 804\$). Les projets portant sur les maladies chroniques (14,4% du nombre total)

reçoivent en moyenne un financement plus important par projet (16,7% des dépenses totales sur des projets en santé autochtone, ou 12 492 853\$). Les projets portant sur l'accès et les services de soins de santé (6,2% du nombre total de projets) et sur la santé mentale et les dépendances (7,8% du nombre total de projets) reçoivent un financement qui est proportionnel au nombre de projets financés : le premier domaine représente 6,5% (4 882 009\$) des dépenses totales et le second 7,5% (5 604 892\$).

En résumé, les infrastructures de recherche en santé et les maladies chroniques reçoivent en moyenne le plus important niveau de financement par projet, alors que les déterminants sociaux et sociétaux de la santé représentent le plus grand nombre de projets de recherche financés. Tous les autres domaines de recherche reçoivent un financement soit comparable soit inférieur au financement moyen par projet. Ces données indiquent que les investissements en faveur des recherches futures (i.e. infrastructure de recherche en santé) ont été une priorité, tout comme l'a été le financement de vastes projets de recherche portant sur les maladies chroniques. De plus, puisque qu'une importante proportion des recherches sur les maladies chroniques porte spécifiquement sur le diabète (71,4%) et que le taux de financement moyen par projet touchant ce domaine est relativement élevé, il apparaît que les recherches portant sur le diabète constituent une véritable priorité.

CONCLUSION : THÈMES CLÉS ET ORIENTATIONS FUTURES

Un nombre de problèmes clés doivent être pris en considération par le CNCSA lors de la planification des activités futures du centre. *Regards sur la santé indigène* articule les leçons apprises par l'analyse des organisations existantes, par des entrevues avec des intervenants clés et par une analyse documentaire. Un certain nombre de thèmes et de directions possibles émergent de cette analyse; ceux-ci permettront au CNCSA de combler les manques existants tout en capitalisant simultanément sur les forces existantes.

Le continuum des soins de santé

Les recherches en santé, les politiques, la programmation, les ressources humaines et la prestation de service sont des thèmes bien représentés. L'intérêt général dans le continuum des soins de santé est clairement fonction des frontières discursives de l'analyse, mais signifie également plus : l'intérêt général porté à ces questions souligne la nature introspective du domaine de la santé autochtone à l'heure actuelle. Chercheurs, organisations autochtones, communautés autochtones, gouvernements et autres intervenants dans ces domaines placent en priorité les questions relatives au « comment » et au « pourquoi » en santé publique autochtone.

Communauté, culture et santé publique

Tous les aspects de cette analyse environnementale soulignent l'importance de la communauté et de la culture dans la santé publique des Autochtones au Canada. Des considérations relatives aux connaissances indigènes des communautés et aux cultures (incluant l'implication des communautés dans la recherche et l'utilisation de stratégies culturellement appropriées) sont présentées dans la littérature grise et dans les recherches. Des informateurs clés ont souligné des préoccupations similaires, mettant l'emphase sur la pauvreté relative, du point de vue intellectuel, des approches panautochtones (particulièrement notable au niveau de la communauté) tout en exprimant simultanément la nécessité d'améliorations dans ce domaine ainsi que d'une reconnaissance du nombre croissant de connaissances et de ressources pouvant être utilisées.

Application des connaissances indigènes, pratiques actuelles et pratiques exemplaires

L'objectif que s'est donné le CNCSA de travailler à l'application des connaissances constitue un véritable défi. Le CNCSA devrait être attentif aux préoccupations soulevées dans la littérature grise, qui montre l'existence d'intérêts spécifiques pour des populations en fonction de l'âge, du genre, de la communauté à laquelle ils appartiennent, de la géographie et de l'économie. L'emphase que met la littérature grise sur le bien-être des communautés devrait demeurer au centre des préoccupations, rappelant non seulement

l'importance d'avoir des communautés en santé mais également la vigilance nécessaire à la constitution de ces communautés.

Orientation future 1 : l'application des connaissances et les expériences des communautés autochtones

Alors que les questions relatives à l'application des connaissances, à la communauté et aux connaissances indigènes émergent comme étant des sujets d'importance dans cette analyse, les expériences vécues par les communautés demeurent méconnues. Le CNCSA pourrait planifier une meilleure documentation de ces expériences, identifier quel type de documentation les communautés reçoivent après avoir participé à des recherches en santé et quel type de documentation ces dernières aimeraient recevoir des communautés de recherche académique ainsi que des organisations autochtones, gouvernementales et professionnelles. Un tel effort permettrait au CNCSA d'obtenir une meilleure connaissance de ce que, au niveau communautaire, les peuples autochtones à travers le Canada perçoivent comme étant important. Cet effort constituerait une étape clé dans la stratégie d'action du CNCSA portant sur la mise en place d'activités efficaces d'application des connaissances indigènes.

Dans quelle mesure cette recherche se répercute-t-elle dans la communauté? Quelle forme le matériel ou la documentation devraient-ils prendre? Est-ce que ce matériel et/ou ces documents aident de façon tangible à améliorer l'état de santé? Existe-t-il une déconnection entre les communautés et la recherche? Du point de vue des communautés, quelle est la nature de cette déconnection? Quelles solutions les communautés entrevoient-elles afin de remédier à cette situation? Une meilleure connaissance des expériences communautaires face au projet d'application des connaissances fournirait une idée du type d'équilibre que doit atteindre le CNCSA entre les connaissances locales et communautaires et le partage des expériences de santé des populations autochtones au Canada.

Orientation future 2: Recherches existantes sur les connaissances autochtones et sur l'application des connaissances autochtones

Un nombre croissant de recherches portent sur les questions relatives aux connaissances autochtones et sur l'application des connaissances autochtones au Canada. Néanmoins, beaucoup peut être appris d'une analyse interdisciplinaire et internationale des publications sur ce sujet. Bien que les différents contextes qui se rattachent à ces thèmes impliquent qu'une attention particulière soit portée à l'interprétation des travaux provenant d'autres champs disciplinaires et d'autres contextes géopolitiques, les expériences internationales partagées de colonisation et d'exclusion sociale apparaissent à même de fournir des informations précieuses pour la poursuite du travail du CNCSA.

Orientation future 3 : lacunes et consensus dans les priorités générales sur des thèmes spécifiques en santé

Cette analyse environnementale a identifié les consensus et les lacunes dans les thèmes prioritaires relatifs à la santé publique autochtone au Canada. Dans sa planification des actions à mener sur des sujets spécifiques en santé, le CNCSA devrait prendre en compte aussi bien les consensus que les lacunes identifiés : le Centre aura besoin d'identifier la façon la plus appropriée de situer son travail, qu'il s'agisse de répondre aux lacunes dans la documentation existante et/ou de répondre aux besoins d'application des connaissances identifiés comme étant des priorités dans cette analyse. Ce qui émerge clairement est à quel point la santé mentale (incluant le suicide), la santé des mères et de la petite enfance (particulièrement le développement de la petite enfance et le SAF/ETCAF), les violences et les blessures, les dépendances (incluant le tabac et la réduction des méfaits) et les déterminants sociaux de la santé sont des priorités clés pour les organisations autochtones et les informateurs clés. Le niveau de recherche et de financement dans ces domaines demeure néanmoins relativement bas.

Orientation future 4 : déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé reçoivent de l'attention dans la littérature grise ainsi que dans les entrevues d'intervenants clés. Toutefois, alors que les documents révisés par des pairs discutent des ressources et des besoins impliqués dans la construction d'un continuum de santé culturellement approprié, impliquant par le fait même des

problématiques d'inclusion et d'exclusion sociale, peu de travail académique semble aborder les déterminants sociaux de la santé de façon plus spécifique. Le CNCSA devrait établir s'il est approprié de mener une analyse interdisciplinaire des déterminants sociaux de la santé tels qu'ils s'appliquent aux peuples autochtones. Une partie de la littérature portant sur les déterminants sociaux de la santé autochtone (e.g. logement, pauvreté ou racisme) risque de se retrouver dans des journaux spécialisés qui ne sont pas indexés dans les bases de données en santé. Une analyse documentaire interdisciplinaire des déterminants sociaux de la santé chez les peuples autochtones au Canada pourrait contribuer à combler cette lacune substantielle.

Orientation future 5: opportunités de collaboration

Plusieurs options de partenariat s'offrent au CNCSA : des groupes possédant de fortes connections dans les communautés, des organisations responsables de recherches, de l'élaboration de politiques, de la programmation et de la prestation de soins de santé et des associations dédiées à la défense, à la recherche et à l'offre de services spécifiques aux besoins des différents peuples autochtones au Canada. La mise en place d'un dialogue avec ces collaborateurs potentiels sera d'une grande utilité puisqu'un tel dialogue permettra d'aborder un certain nombre de préoccupations soulevées dans ce document, comme le besoin de partenariat dans les activités d'application des connaissances et la recherche de solutions dans des domaines spécifiques en santé autochtone. Les discussions avec les partenaires contribueront également au développement organisationnel du CNCSA lui-même. Le CNCSA est bien situé pour prendre appui sur les connaissances existantes et pour participer à la création de connaissances nouvelles, de concert avec les peuples et les communautés autochtones au Canada.

I

INTRODUCTION

LE CENTRE NATIONAL DE COLLABORATION EN SANTÉ AUTOCHTONES (CNCSA) a été mis sur pied dans le cadre de la création des six Centre nationaux de collaboration en santé publique (CNCSP), annoncée par Santé Canada au mois de mai 2004. Le CNCSA est :

- De portée nationale.
- Orienté en faveur d'une augmentation des capacités des communautés à agir sur les déterminants sociaux de la santé.
- Préoccupé par le développement de modèles basés sur les communautés permettant l'application d'approches orientées vers la population et l'accroissement des connaissances permettant le développement de programmes et de politiques portant sur un partenariat en santé des populations.
- Intéressé à mettre en place des collaborations intersectorielles de façon à répondre à des préoccupations portant sur des déterminants spécifiques de la santé et du bien-être autochtone, ou à une combinaison de ces déterminants.

Avec ces mandats en tête, le CNCSA a entrepris la présente étude, soit une analyse environnementale des entités, de la documentation et des informateurs clés qui évoluent dans le domaine de la santé des peuples indigènes. L'objectif de cette analyse environnementale est d'assurer la pertinence des orientations de recherche du centre et de bâtir les fondements d'une recherche basée sur des indices probants. Cette analyse environnementale comprend plusieurs couches, incluant un aperçu des organisations impliquées en recherche et dans le développement de politiques en santé autochtone, une évaluation détaillée des recherches et de la documentation (incluant la littérature grise, les

publications révisées par des pairs et les recherches présentement en cours), et une consultation avec des informateurs clés dans le domaine de la santé autochtone. Le résultat consiste en une compilation, une évaluation et une synthèse des connaissances existantes et des orientations en santé des peuples autochtones au Canada. Ce document fournit au CNCSA un aperçu du monde dynamique de la santé et du bien-être des peuples autochtones et ce dans une perspective principalement axée sur la santé des populations. En plus de fournir un compte-rendu des connaissances et des directions futures, *Regards sur la santé indigène* est également conçu de façon à fournir au lecteur une meilleure compréhension des lacunes et des déficits qui requièrent une attention particulière. Le document a également pour objectif de fournir des connaissances qui se traduiront concrètement dans l'amélioration de l'état de santé des peuples autochtones au Canada. En d'autres mots, en plus de constituer une analyse de ce qui est présent et disponible à l'heure actuelle, ce document est également conçu de façon à évaluer de façon critique les domaines qui nécessitent l'attention du CNCSA et de traduire ces résultats sous forme de suggestions pratiques.

L'année 2006 a marqué le 60e anniversaire de l'adoption de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, un document qui contient une des définitions modernes de la santé les plus influentes : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Bien que cette définition ait été qualifiée de rigide et d'utopique et bien qu'elle ait également été critiquée pour avoir failli de prendre en compte d'une part la responsabilité personnelle et d'autre part les questions de justice sociale, elle demeure instructive.¹ Cette définition peut nous suggérer que la santé n'est pas seulement l'absence d'une condition, mais qu'elle constitue le fondement de la liberté de participer pleinement à une culture. La santé n'est pas l'absence d'une condition négative, ni une condition neutre, il s'agit d'une forme de capital qui est crucial à l'avancement des individus, des communautés et des nations. Qu'elle soit utopique ou pas, la constitution adoptée par Organisation mondiale de la Santé demeure un moment clé pour les

¹ Pour un survol des débats entourant les définitions récentes de la santé liés à celle de l'Organisation mondiale de la Santé, voir Awofeso (2005).

personnes travaillant dans le domaine de la santé publique. Puisque le Centre national de collaboration en santé autochtone planifie son futur, il semble important de revisiter cette définition; la force de son héritage, sa vision, et ses objectifs continuent à se faire sentir. *Regards sur la santé indigène* débute sur cette même prémisse : la santé n'est pas une absence mais une présence.

Pour les peuples indigènes au Canada, cette présence est intimement liée à l'idée du bien-être holistique des communautés. En 1996, la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones a identifié la santé comme étant une question à la fois cruciale et complexe et a recommandé que les quatre points suivants fassent part d'une stratégie globale en santé :

- l'équité, c'est-à-dire un accès équitable aux moyens permettant de bénéficier d'un état de santé à peu près comparable au reste de la population;
- l'holisme, c'est-à-dire la prise en considération de tous les aspects de la vie d'une personne dans son environnement global;
- la prise en charge, c'est-à-dire la possibilité pour les Autochtones de choisir les modes de vie, les services institutionnels et les conditions environnementales susceptibles de favoriser leur santé;
- la diversité, c'est-à-dire la prise en compte des cultures et de l'histoire des Premières nations, des Inuits et des Métis, qui garantit à ces peuples une place distincte au sein de la société canadienne et qui les différencient les uns des autres.

La Commission note également que « les facteurs contribuant au mauvais état de santé des peuples autochtones ne proviennent pas de facteurs biomédicaux mais plutôt de facteurs sociaux, économiques et politiques » (3 :n.p.). Un autre document clé en santé publique tient un argument similaire : *La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986 qui est un document central dans les domaines de la politique et de la recherche en santé et qui a d'importantes implications pour le travail relatif à la santé mené auprès des communautés autochtones et avec celles-ci. La *Charte* soutient que « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » et définit la santé de façon

holistique comme «un état de bien-être mental et social complet » (p.1). La *Charte* suggère que les prérequis à l'atteinte d'un bon état de santé sont les suivants : la paix, un abri, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, l'équité et la justice sociale. Fondamentalement, la promotion de la santé est, d'après la *Charte*, « l'atteinte de l'équité en santé » à partir « d'une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, de l'information, des aptitudes et des possibilités permettant de faire des choix sains. » (p.2). Un argument central du document est le désir « de combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et de lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés» (p.4). Les objectifs de la *Charte d'Ottawa* établit la nécessité d'un travail culturellement approprié dans le domaine de la promotion de la santé : réduire les inégalités et offrir l'accès à de l'information aux Autochtones dans leurs communautés signifie respecter les différences culturelles, prendre les priorités et les besoins des peuples autochtones au sérieux *et* travailler à la collecte d'indices probants dans le domaine de la santé.

Regards sur la santé indigène prend note de plusieurs préoccupations telles que l'atteinte d'une équité en santé, l'importance des déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé et le rôle crucial qu'ont à jouer des modèles de recherche culturellement appropriés en vue de l'amélioration globale de la santé des peuples autochtones au Canada.

II

OBJECTIF

L'OBJECTIF PRINCIPAL DE CETTE analyse est de situer les stratégies et les orientations à prendre pour le Centre national de collaboration en santé autochtone à l'intérieur du cadre existant et du contexte général de la santé autochtone au Canada. En d'autres mots, le document répond à un nombre de questions générales :

- Quelles organisations au Canada travaillent dans le domaine de la santé autochtone? Que font ces organisations?
- Quelles sont les priorités actuelles dans le domaine de la santé autochtone?
- Les publications et les informateurs clés suggèrent-ils la présence d'un fossé entre les connaissances existantes en santé et les communautés autochtones?
- Comment le travail du Centre national de collaboration en santé autochtone peut-il remplir sa mission globale qui est d'accroître la capacité des Autochtones à agir sur les déterminants de leur santé?

Le CNCSA a entrepris cette analyse environnementale dans le but d'établir la fondation de sa planification institutionnelle. La mission générale du document sera accomplie par le fait que ce dernier servira de ressource et facilitera le développement d'idées et d'informations qui soutiendront et informeront des interventions publiques futures.

L'analyse environnementale a également pour objectif de supporter le développement de pratiques et de politiques par la synthèse, l'application et l'échange des connaissances. Le rôle fondamental du CNCSA sera de construire des ponts entre les approches des peuples autochtones en santé publique et les centres dépositaires d'informations relatives à la santé publique et aux agences de prestation de services existantes.

Le CNCSA collaborera également avec les autres Centres nationaux de collaboration (CNC) sur des projets et des initiatives communs. Les CNC font déjà les premiers pas de façon à assurer une collaboration entre les centres, incluant le partage de plans de travail afin de répondre aux priorités nationales de façon coordonnée. Le travail entrepris dans *Regards sur la santé indigène* aidera le processus de prise de décision présentement en cours au CNCSA.

III

MÉTHODOLOGIE

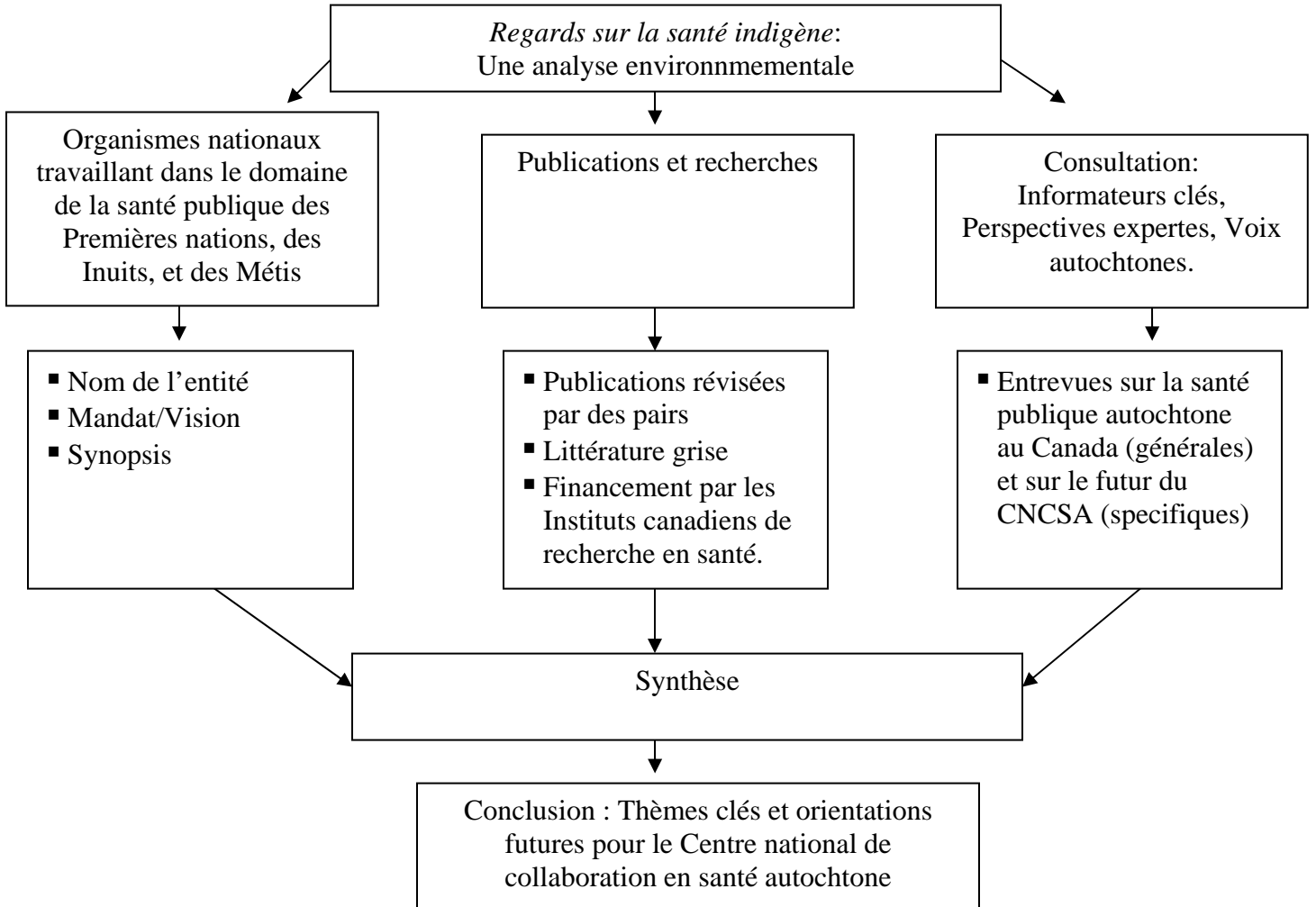
REGARDS SUR LA SANTÉ INDIGÈNE RÉUNIT les trois méthodologies suivantes de collecte de données : une analyse des organisations nationales travaillant dans le domaine de la santé publique des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada, des entrevues auprès d'informateurs clés et une analyse documentaire des recherches et publications. Le Tableau 1 offre un aperçu du processus de production de *Regards sur la santé indigène*, et la section portant sur la méthodologie fournit les détails concernant la façon dont chaque type d'information a été recueilli et comment les résultats ont été synthétisés lors de la production de ce document.

ORGANISMES NATIONAUX ŒUVRANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS AU CANADA

Un tableau présentant de façon détaillée les organisations qui effectuent un travail lié à la santé publique des Premières nations, des Inuits et de Métis au Canada a été produite. L'objectif de ce tableau est de fournir un aperçu des organisations nationales et de leurs

mandats. Son rôle est d'établir un document concis offrant de l'information sur la vision, le mandat et les objectifs de ces organisations. L'objectif plus général de ce document est d'identifier les projets et stratégies actuels des organisations travaillant dans le domaine de la santé publique au Canada. En termes de portée, le tableau est composé de brèves descriptions de chaque organisation nationale. Les organisations ont été divisées en trois catégories : organisations autochtones nationales, organisations gouvernementales et organisations professionnelles. Bien qu'il serait bénéfique d'élargir le tableau de façon à inclure les organisations provinciales et locales ainsi que d'autres types d'associations, en raison de ses objectifs actuels, le tableau est présentement limitée aux organisations nationales.

FIGURE 1: STRUCTURE DE L'ANALYSE ENVIRONNEMENTALE



En ce qui concerne la structure, l'information est fournie sous la forme d'un tableau synthèse, de façon à fournir un aperçu rapide des organisations et de leurs mandats. Les termes « Vision », « Mission », « Mandat » et « Objectifs » sont regroupés au sein d'une seule catégorie de façon à accommoder la terminologie variée utilisée par les organisations.

Lors de la préparation de la matrice, une recherche internet a été menée et l'information a été recueillie à partir des sites web des organisations. La matrice incluse dans le présent document (voir Annexe B) sera complétée par des informations additionnelles dans le futur, à la suite de contacts avec des représentants des organisations concernées. Le CNCSA recueillera de l'information plus spécifique et validera le contenu existant. Une copie du document de travail final sera partagée avec les organisations participantes et sera disponible sur le site web de CNCSA.

ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

Le CNCSA a mené une série d'entrevues de façon à recueillir les conseils et les points de vue de personnes informées et respectées, impliquées dans le domaine de la santé publique des populations des Premières nations, Inuits et Métis au Canada. *Regards sur la santé indigène* présente un résumé des informations obtenues lors de la tenue de ces entrevues. Ces entrevues sont au cœur de l'effort initial d'identification des priorités du CNCSA pour les trois à cinq prochaines années et jouent un rôle central dans le développement du plan stratégique du centre et dans l'élaboration de sa stratégie de consultation. Dix-huit répondants ont été retenus pour ces entrevues et des entrevues ont été complétées auprès de treize d'entre eux dans ces différentes catégories : praticiens de la santé publique, chercheurs et professionnels/défenseurs de la santé.

- Praticiens de la santé publique travaillant dans le système public de santé.
- Membres d'agences qui établissent les critères, offrent des programmes et/ou financent des recherches.

- Professionnels impliqués dans le développement et/ou la prestation de programmes et/ou d'outils répondant à des problématiques spécifiques de santé.
- Personnes qui travaillent à la direction de recherches et/ou au renforcement des capacités de recherche.
- Développeurs de processus de collecte et de diffusion d'informations, incluant des données de nature régionale.
- Défenseurs de la reconnaissance autochtone, de la participation informée et de la prise de décision dans le système général de santé et au sein de communautés ou de contextes nationaux spécifiques.

Les questions utilisées en entrevue ont été conçues de façon à générer des commentaires sur un certain nombre de domaines clés : santé publique autochtone, structure et opération du CNCSA et relations futures du centre avec les informateurs clés. Un questionnaire a été utilisé comme guide (voir Annexe A). Les entrevues ont été menées par téléphone et en personne, chacune d'entre elles a duré approximativement 90 minutes. Les réponses ont été regroupées dans un formulaire anonyme, et ces résultats codifiés, de concert avec les résumés des informations concernant chaque domaine discuté, ont été remis au CNCSA par la personne ayant mené les entrevues. Le CNCSA conserve, de façon confidentielle et en lieu sécuritaire, des copies de chaque entrevue.

ANALYSE DOCUMENTAIRE ET RECHERCHE

Publications révisées par des pairs sur la santé autochtone au Canada

Une analyse documentaire des publications révisées par des pairs portant sur la santé autochtone a été menée. Des recherches dans les bases de données suivantes ont été faites et les résultats ont été réunis dans un document général.

- Ovid MEDLINE, 1966 à aujourd'hui et Ovid MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations
- PubMed

- Native Health Database
- PsycINFO

Toutes les bases de données sont indexées en anglais bien que certaines incluent des traductions du français. Une recherche a été menée dans chaque base de données pour les années 2001 à 2006, utilisant un des termes de recherches suivants : « (*Aboriginal or Indigenous or Native or Indian or Inuit or Métis or First Nation or First Nations or Innu or Eskimo or Dene / Autochtone ou Indigène ou Native ou Indien ou Inuit ou Métis ou Première Nation ou Premières nations ou Innu ou Eskimo ou Dene*) et Canada ». Les références en plusieurs exemplaires et les références non liées aux peuples autochtones ou au domaine de la santé n'ont pas été conservées. Les articles d'opinion ont été exclus (e.g. lettres et éditoriaux). La presque totalité des articles examinés dans cette section ont été publiés dans des journaux à comité de lecture. Il existe toutefois quelques exceptions. La base de données PsycINFO indexe également des livres et des thèses de doctorat, et par conséquent, quelques documents de ces types, qui abordent principalement la question des problèmes de santé mentale, ont été inclus dans cette analyse documentaire.

Un code a été attribué à chacune des 649 références retenues, ce code reflète la population, le domaine de recherche principal et des descripteurs plus spécifiques. Des codes mutuellement non exclusifs ont été attribués à tous les documents dans chacune de ces catégories. Les informations relatives aux populations ont été obtenues à partir des titres et des résumés et sont aussi précises que possible. Lorsqu'une nation, réserve, communauté, ville, etc. est mentionnée, cette information est notée de façon à permettre la mise sur pied d'une base de données multi-échelle des informations démographiques relatives aux recherches actuelles.

Cette analyse documentaire a été conçue de façon à être inclusive : jusqu'à quatre domaines de recherche et six descripteurs qualitatifs ont été attribués à chaque document. Bien qu'un ou deux domaines de recherche principaux et le même nombre de descripteurs qualitatifs aient été assignés à la grande majorité des documents, la possibilité d'utiliser un grand nombre de codes multiples offre un meilleur aperçu de la

nature réelle de la recherche en santé autochtone au Canada. Cette méthode permet entre autres d'illustrer le fait que les recherches dans ce domaine se situent souvent à l'intersection de deux disciplines principales de recherche (e.g intersections entre le domaine des dépendances et celui des maladies infectieuses, entre le domaine de la santé des mères/de la petite enfance et celui de la santé environnementale, etc.). Les principaux domaines généraux de recherche attribués incluaient les suivants :

- Dépendances
- Maladies chroniques
- Environnement et toxicologie
- Génétique
- Politiques de recherche en santé, programmation et prestation de services
- Maladies infectieuses
- Blessures et violences
- Santé des mères/de la petite enfance
- Santé mentale incluant le suicide
- Déterminants sociaux de la santé

En plus de ces sujets principaux de recherche, un certain nombre de descripteurs a été attribué à chaque publication. Ces descripteurs ont été utilisés afin de regrouper des documents à l'intérieur d'un même domaine principal de recherche. Par exemple, un document peut avoir été codifié selon deux sujets principaux de recherche tels « Recherche en soins de santé, politique, ressources humaines, programmation et prestation de service » et « Maladies chroniques » et avoir reçu trois descripteurs qualitatifs tels « Diabète », « Programmes de prévention » et « Promotion de la santé ».

Littérature grise sur la santé autochtone au Canada

Une analyse des documents portant sur la santé autochtone au Canada a été menée dans cette portion de l'analyse documentaire. Les types de documents varient : les documents retenus consistent en des documents divers allant de rapports produits par Santé Canada jusqu'à des rapports communautaires sur les jeunes homosexuels (*Two Spirit Youth*). Un nombre total de 242 documents publiés entre 2001 et aujourd'hui ont été analysés. La base de données de l'Organisation nationale de la santé autochtone ainsi que le Centre

d'information sur la santé autochtone (CISA) ont servi de source documentaire. La base de données de l'ONSA constitue la meilleure source de littérature grise dans le domaine de la santé autochtone. Le CISA a indexé des rapports et des articles de discussion produits sous les auspices d'une grande variété d'organisations : organisations autochtones, gouvernements fédéral et provinciaux, centres de recherche, organisations professionnelles, etc. Chaque document y est indexé avec soin selon la population abordée ainsi que les sous-thèmes. Les données cataloguées par l'ONSA ont été utilisées afin d'établir un profil des principaux problèmes abordés dans la littérature grise récente.

Financement des Instituts de recherche en santé du Canada

Une recherche a été menée dans la base de données des projets financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRCS). L'objectif de cette recherche était de déterminer quels projets de recherche liés à la santé autochtone ont été financés depuis 1999 par les IRCS; elle offre un aperçu des sujets et thèmes recevant une attention significative et constitue un outil pour l'identification des lacunes existantes dans la recherche sur la santé autochtone au Canada. Cette analyse a pour objectifs spécifiques d'obtenir les informations suivantes dans la base de données :

- Le nombre total de projets de recherche acceptés et financés qui sont liés, d'une façon ou d'une autre, à la santé autochtone
- Le niveau de financement consacré à ces projets
- La proportion de recherches qui ont été complétées et qui sont toujours en cours
- Le nombre de projets financés par des prix, par des bourses ou par le financement d'essais cliniques
- La population cible des recherches (e.g. Premières nations, Inuits, Métis)
- Le domaine de recherche

Des recherches par mots clés ont été menées dans la base de données des IRCS de façon à obtenir le plus grand nombre possible de références liées à la santé autochtone. Sept recherches différentes ont été menées, quatre d'entre elles réfèrent directement à l'Institut de la santé des Autochtones alors que les trois autres recherches s'étendaient à l'ensemble des ressources de la base de données. Les mots clés utilisés, dans des

combinaisons variables, sont les suivants : *Aboriginal* (Autochtone), Inuit, Innu, Dene, *Indigenous* (Indigène), *Indian* (Indien), *First Nation* (Première Nation), *First Nations* (Premières nations), Métis et *Health* (Santé). Les résultats de toutes les recherches furent ensuite regroupés et les duplicats supprimés. Un nombre total de 243 références a été obtenu. Ces recherches ont été menées entre le 17 mai 2006 et le 5 juin 2006.² La base de données est mise à jour hebdomadairement.

La quantité d'information correspondant à chaque entrée dans la base de données varie. Pour chaque entrée, le ou les chercheurs, l'institution (i.e. lieu de recherche), le programme de financement, le titre du projet, et le montant octroyé sous forme de bourse ou de prix est fourni. Dans plusieurs cas, des mots clés descriptifs ainsi qu'un résumé est disponible, ces derniers fournissant des détails plus spécifiques relatifs à la portée et au contenu du projet de recherche. Cette information obtenue est représentée sous la forme d'une série de tableaux et de graphiques.

- Diagramme 1: Base de données des IRCS: Nombre de projets par catégories (bourses, prix, essais cliniques).
- Diagramme 2: Base de données des IRCS: Proportion des projets complétés et en cours.
- Graphique 3: Base de données des IRCS: Domaines de recherche, par nombre de projets et valeur monétaire.
- Tableau 30: Base de données des IRCS: Domaines de recherche, par sujets spécifiques.
- Diagramme 4: Base de données des IRCS: Populations cibles.

Le premier diagramme présente le nombre de projets selon le type et le niveau de financement attribué. Le diagramme 2 montre la proportion de projets portant sur la santé autochtone et financés par les ICRC qui ont été complétés et qui sont toujours en cours.

² La *Base de données des IRCS* est mise à jour hebdomadairement, et peut être accédé à l'adresse suivante: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/826.html>.

Le diagramme 3 et le tableau 30 offrent un aperçu des domaines de recherche présentement financés ou qui ont récemment reçu un financement des IRCS. Le diagramme 3 illustre le nombre de projets et le financement accordé à chaque grand domaine de recherche alors que le tableau 30 présente les domaines de recherche spécifiques (e.g. le diagramme 3 présente de l'information sur les recherches portant sur les maladies chroniques alors que le tableau 30 présente de l'information sur les recherches portant sur l'asthme et le diabète, deux sous-domaines du domaine des maladies chroniques.) Les titres, les mots clés et les résumés (lorsque ces derniers étaient disponibles) ont été utilisés afin de regrouper les résultats en catégories. Deux niveaux de catégorisation ont été utilisés. La catégorisation initiale regroupe des domaines de recherches bien représentés (e.g. VIH/SIDA, tabagisme, application des connaissances). Ces catégories furent ensuite regroupées dans huit catégories plus générales :

- Maladies chroniques
- Maladies infectieuses, maladies contagieuses
- Santé mentale et dépendances
- Déterminants sociaux et sociétaux
- Environnement, toxicologie et sécurité alimentaire (comprennant l'application des connaissances, et la préservation des sources alimentaires traditionnelles).
- Services et accès aux soins de santé
- Infrastructure de recherche en santé
- Autres

L'information résultante est présentée dans le diagramme 3 et le tableau 30.

L'information fournie par ces tableaux connaît cependant d'importantes limites. Chaque entrée de la base de données a reçu une classification mutuellement exclusive, et bien que l'information représentée dans les tableaux et les diagrammes offre un aperçu des domaines de recherches financés par l'IRCS, cette méthode de représentation peut en quelque sorte masquer des chevauchements existants entre les domaines.

Le diagramme 4 présente les informations disponibles concernant les populations cibles des projets de recherche financés par les IRCS. Dans le cadre de cette analyse, «Première Nation» réfère à des nations spécifiques (e.g. Moose Cree), à des communautés (e.g.

Vancouver Est), ou, de façon plus générale, à une région (e.g. Nord du Manitoba). Dans la plupart des cas, les noms « Inuit » et « Métis » ne réfèrent pas à des communautés spécifiques mais plutôt à des populations plus larges. « Indigène » est utilisé pour catégoriser les projets qui sont décrits de façon non spécifiques comme étant « Autochtones ». Ces projets peuvent être de portée nationale ou il se peut qu'aucune information n'indique si le projet porte sur une ou des communautés, ou Première Nation spécifique(s). Il existe des limites importantes à l'identification des populations cibles des projets de recherche financés par les IRCS. Presque tous les projets indiquent que les « Autochtones » constituent l'objet de recherche. Les termes utilisés dans le diagramme 4 devraient donc être compris comme étant des « descripteurs » plutôt que comme étant des « identificateurs » : il ne peut être établi, à partir de l'information disponible à l'heure actuelle, combien de projets portent spécifiquement sur des communautés des Premières nations, Inuits ou Métis ou combien de projets portent sur les populations « autochtones » en général.

IV

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS CLÉS du document *Regards sur la santé indigène*. L'analyse des organisations nationales travaillant dans le domaine de la santé publique des Premières nations, des Inuits et des Métis est abordée dans une première partie. Un résumé et une analyse des entrevues menées auprès des intervenants clés sont ensuite présentés. Une analyse documentaire des publications et recherches récentes termine cette section. Publications révisées par des pairs, littérature grise et modes de financement des Instituts de recherche en santé du Canada constituent les sections de cette analyse documentaire. Cette section du document établit des opportunités de collaboration, éclaire le paysage actuel de la recherche sur la santé autochtone au Canada et offre un aperçu des besoins auxquels le CNCSA pourrait répondre.

A. ORGANISMES NATIONAUX TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS AU CANADA

Une analyse des organisations impliquées dans la santé publique des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada a été menée. La section suivante offre un aperçu des organisations autochtones, gouvernementales et professionnelles nationales qui travaillent dans le domaine. Pour des informations plus détaillées sur chaque organisation, voir l'annexe B.

1. ORGANISMES AUTOCHTONES

Huit organismes autochtones ayant une portée nationale ont été identifiés:

- Fondation autochtone de guérison (FAdG)
- Assemblée des Premières Nations (APN)
- Congrès des peuples autochtones (CPA)

- *Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)*
- *Métis National Council (MNC)*
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)
- Association des femmes autochtones du Canada (AFAC)
- *Pauktuutit – Femmes Inuites du Canada*

Presque toutes ces organisations autochtones nationales prennent part à des activités de défense, de représentation et de lobbying : la santé est pour ces organisations, incluant celles possédant un mandat étendu, une priorité bien établie.

Fondation autochtone de guérison

Le travail de la Fondation autochtone de guérison porte sur les effets qu'ont eus les pensionnats autochtones sur les personnes et les communautés autochtones. Puisque la mission de la FAdG est « d'encourager et d'offrir un soutien aux Autochtones leur permettant de construire et de renforcer les processus de guérison à la suite des abus physiques et sexuels survenus dans le système des pensionnats autochtones, incluant les impacts intergénérationnels. » (FAdG, 2004a). L'organisation perçoit son travail comme en étant un de facilitation de la guérison par l'utilisation d'approches holistiques. Les recherches financées et/ou complétées par la Fondation incluent les suivantes (FAdG, 2004c) :

- La violence familiale chez les Autochtones au Canada (2003)
- Violence contre les Aînés au Canada (2002)
- Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats (2003)
- La délinquance sexuelle chez les Autochtones du Canada, (2002)
- Examen de l'incidence du VIH/SIDA au sein de la population autochtone du Canada, période post-pensionnat (2003)
- Traumatisme historique et guérison autochtone (2004)
- Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats (2003)

- Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique ayant survécu au régime canadien des pensionnats (2003)

Le FAdG a des liens qui s'étendent à des communautés à travers tout le pays : en avril 2005, la fondation finançait 1 345 organisations menant un travail au sein des communautés; ces projets financés répondent à la mission du FAdG (FAdG, 2004b).

Assemblée des Premières Nations

L'Assemblée des Premières Nations (APN) est un groupe de représentation national pour les Premières nations au Canada et un membre de l'ONSA (discutée ci-après).

L'attention de l'APN porte sur une large gamme d'intérêts et de préoccupations, la santé étant l'une d'elles (APN, n.d. Description). Le travail de l'assemblée dans le domaine de la santé porte sur les domaines de la politique, de la représentation et de la défense.

L'APN, travaillant de concert avec d'autres organisations autochtones et les premiers ministres provinciaux, est impliquée dans la rédaction du *Plan directeur de la santé des Autochtones*. Au sein de l'APN, les questions de santé sont principalement la responsabilité du Secrétariat à la santé et au développement social dont le mandat est le suivant : «Nous sommes chargés de protéger, maintenir, promouvoir, soutenir et défendre nos droits inhérents constitutionnels et issus de traités, notre vision holistique de la santé et le bien-être de nos nations.» (APN, n.d., Secrétariat à la santé et au développement social). Dans le cadre de la mise en œuvre de son mandat, le travail du Secrétariat à la santé et au développement social inclut les activités suivantes, qui ont pour objectif de «s'assurer que les Premières nations bénéficient de programmes et de services convenablement financés, au même titre que tous les Canadiens.» (APN, n.d., Secrétariat à la santé et au développement social) :

- Analyse des politiques
- Communications
- Lobbying, représentation, soutien, et défense des peuples et des communautés des Premières nations

En soutien à ce travail, le Secrétariat à la santé et au développement social publie le Bulletin de santé des Premières nations, dont les parutions récentes incluent des articles sur le logement et la santé des Premières nations, sur le diabète, sur la prestation de services de santé, sur la gestion de l'information, sur le VIH/SIDA, sur le tabac, sur des programmes pour les jeunes des Premières nations, sur l'autisme et sur les modèles de financement en santé. Le Bulletin de santé des Premières nations diffuse de l'information sur les programmes et les initiatives politiques, il fournit également de l'information sur les besoins en santé et présente des récits de réussite.

Le Secrétariat à la santé et au développement social a identifié un certain nombre de domaines d'intervention en santé : (APN, n.d., Domaines d'intervention en santé)

- Diabète
- Développement de la petite enfance
- VIH/SIDA
- Gouvernance des Premières nations axée sur la recherche et l'information
- Renouveau de la santé
- Soins à domicile et en milieu communautaire
- Prévention des blessures
- Services de santé non assurés (SSNA)
- Conseiller en santé publique
- Prévention du suicide et santé mentale
- Stratégie de lutte contre le tabagisme
- Service de communication du Secrétariat à la santé et au développement social de l'APN

Le travail mené dans ces domaines d'intervention en santé est variable, l'APN a néanmoins produit des documents sur plusieurs de ces questions.

Congrès des peuples autochtones

Le Congrès des peuples autochtones (CPA) représente les Autochtones vivant hors réserve. La santé est une préoccupation à long terme du CPA et ce dernier a mené un travail considérable dans le domaine, incluant une participation à la création (en cours) du Plan directeur de la santé des Autochtones. Le Congrès publie également le *Bulletin sur le diabète du CPA* qui fournit de l'information éducationnelle et fait de la prévention en matière de santé en lien avec le diabète. Les sujets abordés par le bulletin d'information vont de la présentation de programmes communautaires à la publication de recettes.

Inuit Tapiriit Kanatami

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) représente les peuples autochtones de quatre régions au Canada : la région d'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Nunavik (nord du Québec) et le Nunatsiavut (Labrador). Le travail de l'ITK en est principalement un de défense et de représentation (ITK, 2005c). Le Comité sur la santé de l'ITK, nouvellement formé, a pour objectif principal de répondre au problème de l'accès à des soins de santé adéquats par les Inuits mais s'intéresse à une variété de questions : diabète, syndrome d'alcoolisation fœtal/effets de l'alcool sur les fœtus, soins à domicile, cancer, prévention des accidents, nutrition, services de santé non assurés, entre autres. L'ITK est engagé dans un travail collaboratif portant sur la planification et la mise en place de politiques qui amélioreraient l'accès à tous les soins de santé pour les Inuits (ITK, 2005c).

Le Département de la santé de l'ITK travaille présentement sur un certain nombre d'initiatives : l'Initiative d'information en santé inuite, qui fait partie du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (ITK, 2005b), l'Initiative autochtone sur le diabète, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, le Processus de renouvellement de la santé (en tant que membre du comité conjoint fédéral sur le renouvellement de la santé), une initiative de prévention des accidents, qui inclut une analyse environnementale, la production d'un manuel et des groupes de travail (2000a), une initiative en nutrition et le Programme canadien de nutrition prénatale/Syndrome de l'alcoolisation fœtale/Effets de l'alcool sur le fœtus des Premières nations et des Inuits.

Métis National Council et Métis women's Secretariat

La santé est une composante centrale du travail du *Métis National Council* (MNC – *Conseil national des Métis*). Le conseil participe à la création du *Plan directeur de la santé des Autochtones*. Le site web du MNC (en anglais seulement) fournit un grand nombre de liens vers des services et des ressources dans le domaine de la santé. Le Conseil publie également *Tawnshi-Kiya: Métis Nations Health Information Newsletter* (*Tawnshi-Kiya: Bulletin d'information sur la santé des nations métis*), qui a pour rôle principal de faire rapport des activités du MNC liées à la santé, de fournir de l'information concernant les politiques en santé, de présenter des récits de réussite et d'offrir des moyens d'accès à des ressources, nouvelles comme anciennes (*Métis National Council*, 2005). Des domaines de la santé recevant l'attention du MNC incluent : diabète, VIH/SIDA, hépatite C, développement de la petite enfance et politique en santé. Les activités liées à la santé menées au sein du MNC sont sous la responsabilité du *Métis Nation Health Committee*. Le *Métis Women's Secretariat* (*Secrétariat des femmes métis*) joue également un rôle de leader dans le travail en santé au sein de l'organisation (Morisseau, 2005).

Organisation nationale de la santé autochtone

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) est l'une des organisations les plus pertinentes dans le domaine de la santé autochtone au Canada. L'ONSA a pour objectif de remplir une variété de fonctions différentes en incluant la diversité des peuples autochtones et en maintenant un engagement d'unité. La structure de l'ONSA est reflète ce principe : en plus des cinq directeurs élus par des communautés autochtones, le comité directeur de l'ONSA comprend également des directeurs de cinq organisations : l'Assemblée des Premières Nations, le Congrès des peuples autochtones, *Inuit Tapiriit Kanatami*, le *Métis National Council*, et l'Association des femmes autochtones du Canada. L'ONSA est organisée de façon à être à la portée des organisations politiques et du gouvernement fédéral. Son mandat est « d'améliorer la santé physique, intellectuelle, émotionnelle et spirituelle des Autochtones. » («The National » 2002).

L'application des connaissances est une composante essentielle à l'atteinte des objectifs énoncés dans le mandat de l'ONSA. Dans ce but, l'organisation entreprend un nombre d'activités basées sur les connaissances, incluant les suivantes :

- Recueillir et produire des rapports de recherche
- Analyse des événements et développements
- Conférences nationales
- Rencontres régionales
- Séminaires et groupes de travail sur des sujets spécifiques
- Publication de bulletins
- Publication du Journal de santé autochtone
- Pages web
- Centre d'information

Les activités de l'ONSA (recueillir, créer, interpréter, diffuser et utiliser les connaissances [ONSA 2005, *À propos*]) soulignent l'importance des communautés dans leur vision. L'ONSA « perçoit la collectivité comme un élément primordial et les méthodes de recherche en tant qu'outils pour appuyer la gestion de la santé par les collectivités autochtones » (sic) [ONSA 2005, *À propos*]. L'organisation regroupe trois centres (Centre des Premières nations, Centre Métis et Centre Ajunnginiq pour la santé des Inuits), chacun possédant son programme de recherche et de diffusion spécifique. En termes de contenu, l'organisation place « une emphase particulière sur la santé et la guérison traditionnelle, la recherche en santé, l'information, les politiques de santé, le développement des capacités et l'éducation publique » (Canada. Santé Canada, 2000).

Association des femmes autochtones du Canada

Le Département de la santé de l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) se concentre sur une approche holistique de la santé, c'est-à-dire une approche qui porte « sur la santé spirituelle, émotionnelle, mentale et physique ainsi que sur le bien-être des femmes métis et des Premières nations et de leurs communautés » (AFAC n.d.). L'AFAC reçoit du financement pour son travail au sein de l'Initiative autochtone sur le diabète et sur le développement de la petite enfance. L'AFAC participe également à de nombreuses

autres activités en lien avec la santé et collabore avec d'autres organisations (AFAC, n.d.) :

- *Aboriginal Early Childhood Development Network and Clearinghouse* (FNCFCFS)
- L'Initiative autochtone sur le diabète (IAD)
- Fondation autochtone de guérison (FAdG)
- Cadre de rapports sur la santé des Autochtones (CRSA)
- Table ronde autochtone
- Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) (ASPC-Santé Canada)
- Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète (CC-SND)
- Le conseil de la fédération, Rencontre des premiers ministres sur les priorités en santé autochtone
- Développement de la petite enfance
- Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)
- Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains
- Le droit international à la santé des femmes indigènes (ONU)
- Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors-réserve et des Inuits en milieu urbain (SPNI – Santé Canada)
- Santé des mères et de la petite enfance (SPNI – Santé Canada)
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

En plus de ce travail, le département de la santé de l'AFAC fait la collecte et la distribution du plus grand nombre possible d'informations liées à la santé (allant de matériel éducatif à du matériel sur les politiques) auprès de ses treize organisations membres. Le cercle consultatif de l'AFAC, formé en juillet 2004, est constitué d'un groupe de femmes autochtones travaillant dans le domaine des services de santé ou en science de la santé qui conseille l'AFAC sur les questions relatives à la santé communautaire et tient l'organisation informée des préoccupations actuelles en santé (AFAC, n.d.).

Pauktuutit

Pauktuutit est une organisation qui représente les femmes inuites au Canada. La santé est l'une des principales préoccupations de *Pauktuutit*, la plupart des domaines d'intérêt de l'organisation touchant à la santé. Ces domaines incluent : abus, développement de la petite enfance, syndrome d'alcoolisation fœtale, les soignants communautaires et à domicile, les grossesses chez les adolescentes, la réduction du tabagisme et la santé sexuelle. L'organisation est aussi active dans d'autres domaines liés à la programmation et aux politiques qui ont un lien avec la santé tels que le développement économique, l'environnement et les droits des jeunes (*Pauktuutit*, 2004).

2. ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX

Six organisations ayant une portée nationale ont été identifiées dans le cadre de cette analyse environnementale :

- Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI, SC)
- Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)
- Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada (ISA, IRCS)
- Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé, Institut de la santé des Autochtones (CDCARS, ISA)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Santé Canada a la responsabilité de fournir des services de santé aux personnes des Premières nations vivant dans des réserves ainsi qu'aux Inuits. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada (Canada. Santé Canada. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2005.b) mène un large éventail d'activités à l'intérieur des catégories suivantes :

- Maladies et état de santé, particulièrement le diabète, les maladies cardiaques, le VIH/SIDA, la tuberculose et les infections par le virus du Nil occidental

- Santé familiale, incluant le développement sain des enfants, des grossesses saines et des enfants sains
- Services de soins de santé, incluant la santé en ligne, les soins à domicile et les soins communautaires, l'amélioration de l'accès aux services, les Pensionnats autochtones et les soins infirmiers
- Services de santé non-assurés
- Abus de substances et dépendances
- Financement
- Rapports et publications (incluant des survols de la santé des Premières nations et des Inuits, dans tous les domaines mentionnés ci-haut)

La Direction des programmes communautaires (Canada. Santé Canada. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. 2005a) offre des programmes regroupés au sein de trois rubriques générales :

- La Division de l'enfance et de la jeunesse inclut le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Syndrome d'alcoolisation fœtale et effets de l'alcool sur le fœtus et le Programme de santé maternelle.
- La Division de la prévention des maladies chroniques, qui comprend quatre secteurs d'intervention privilégiés, soit les initiatives de lutte contre le diabète chez les Autochtones, la prévention des blessures, la nutrition et la prévention des maladies chroniques.
- La Division de la santé mentale et des toxicomanies inclut le Programme de soutien en santé dans les pensionnats indiens, le programme de lutte contre l'alcool et les drogues chez les Autochtones et une stratégie de lutte contre le tabagisme.

Affaires indiennes et du Nord Canada

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) « est le principal ministère fédéral chargé d'assumer les responsabilités légales, politiques et constitutionnelles du gouvernement

fédéral dans le Nord ». L'AINC « détient les pouvoirs juridiques et politiques s'appliquant à la majorité des ressources naturelles dans le Nord » et « est le gardien et l'administrateur des ressources situées sur un territoire équivalent à 40 p. 100 des terres émergées du Canada » (Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2004a). La santé est centrale dans le mandat de l'AINC : « Au chapitre des Affaires indiennes et inuites, le principal rôle du ministère est d'aider les Premières nations et les Inuits à établir des collectivités saines et durables et à répondre à leurs aspirations économiques et sociales » (Canada, Affaires indiennes et du Nord, Mandat, 2004).

La Direction de la recherche stratégique et de l'analyse (DRSA) des Affaires indiennes et du Nord Canada a le mandat de remplir trois tâches principales (Canada. Affaires indiennes et du Nord Canada, Mandat, 2004) :

- Soutenir le gouvernement fédéral dans l'élaboration de ses politiques au moyen d'un programme de recherche, d'analyse et de conseils stratégiques
- Produire du matériel de recherche (recherches démographiques et socio-économiques sur les conditions de vie et les problématiques des Premières nations, des Inuits et des résidents du Nord canadien)
- Soutenir les processus d'élaboration de politiques fondés sur des indices probants (rapports de recherche, articles de revues spécialisées, monographies, ateliers et congrès) et l'expertise reliée à un vaste éventail de questions de recherche stratégiques

La DRSA a joué un rôle de premier plan dans l'organisation de *La conférence sur la recherche en matière de politiques autochtones* en 2006 à l'Université de Western Ontario. La DRSA a produit et diffuse une large gamme de recherches, certaines d'entre elles liées aux problématiques de santé. Récemment, un certain nombre d'études employant les indices de développement de l'ONU et les indices communautaires de bien-être pour la mesure du bien-être au sein des communautés autochtones et parmi les Autochtones ont été produites sous la gouverne de la DRSA.

- Cooke, M., Beavon, D., & McHardy, M. (2004, 25 octobre). *Mesure du bien-être des peuples autochtones : application de l'indicateur du développement humain des Nations Unies aux Indiens inscrits du Canada, 1981-2001.*
- McHardy, M. & O'Sullivan, E. (2004, 25 octobre). *Bien-être des collectivités des Premières nations du Canada : l'Indice du bien-être des collectivités (IBC), 2001 (CWB), 2001.*
- O'Sullivan, E. & McHardy, M. (2004, October 25). *L'indice du bien-être des collectivités (IBC) : évolution de la différence entre le bien-être des collectivités des Premières nations et celui d'autres collectivités canadiennes.*

D'autres recherches touchant à la santé ont été rendues publiques par la DRSA dont des travaux sur les politiques en santé au Canada ainsi que des recherches sur l'impact de la réforme de la sécurité sociale sur les peuples autochtones, et sur les indices signes de succès lors d'une transition de la sécurité sociale vers un travail rémunéré (Organisation nationale de la santé autochtone, 2002)

Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada

L'institut de la santé des Autochtones (ISA) finance des recherches en santé qui ont pour objectif d'améliorer la santé des Autochtones au Canada. L'ISA est conscient des inégalités en santé vécues par les Autochtones ainsi que des lacunes dans les connaissances relatives aux causes de ces inégalités. L'ISA ne se concentre pas uniquement sur les maladies mais également sur le bien-être. L'ISA se positionne de façon à jouer un rôle de meneur en recherche de pointe en santé. Ce positionnement se fait par l'application de sa vision qui est de « favoriser des programmes de recherche innovateurs basés sur l'excellence scientifique et sur la collaboration communautaire autochtone » (Canada. Instituts de recherche en santé du Canada du Canada, 2005).

Les valeurs de l'ISA sont basées sur l'équité, la collaboration, la transparence et l'application des connaissances (Canada. Instituts de recherche en santé du Canada, 2005). Avec ces valeurs et cette vision en tête, l'ISA entreprend des activités ayant les objectifs suivants :

- Mettre en place des capacités de recherche au sein des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis
- Offrir un soutien aux partenariats et alliances, à tous les niveaux, entre les communautés autochtones et les entités de recherche en santé non autochtones
- Offrir un soutien aux recherches en santé qui sont respectueuses des cultures autochtones et qui produisent des connaissances innovatrices qui contribueront à l'amélioration du bien-être et de la santé des Autochtones

Les domaines de recherche de l'ISA correspondent aux catégories suivantes³ :

- stratégies de promotion de la santé appropriées aux diverses cultures;
- détermination des avantages et des facteurs de risque pour la santé associés à l'interaction des environnements (culturel, social, psychologique, physique, génétique) chez les populations autochtones;
- déterminants de la santé - afin d'expliquer les facteurs multidimensionnels qui affectent la santé des populations et conduisent à une prévalence différentielle des problèmes de santé;
- stratégies de prévention de la maladie, des blessures et de l'invalidité;
- recherches sociales, culturelles et environnementales qui contribueront à l'élaboration de politiques de santé et au développement de systèmes de santé appropriés;
- stratégies allant de la prévention à l'intervention, puis à la conception de politiques en matière de toxicomanies et de santé mentale;
- enquêtes psychosociales, culturelles, épidémiologiques et génétiques pour déterminer les facteurs causals de la prévalence accrue de certaines maladies (p. ex. diabète, cardiopathies, cancer, maladies infectieuses);

³ La liste suivante provient de la documentation de l'ISA (Canada. Instituts canadiens de recherché en sante, 2005).

- essais cliniques et autres méthodologies pour déterminer les interventions les plus efficaces auprès des populations autochtones en vue de traiter une série de besoins en santé (p. ex. évaluation des médecines douces et non conventionnelles);
- recherche sur les services de santé afin de traiter des questions de prestation et d'accessibilité à caractère unique, telles que le financement et la continuité des soins, particulièrement en ce qui a trait aux soins des enfants et des aînés;
- recherche internationale reconnaissant et explorant les éléments communs au sein des populations autochtones à travers le monde en ce qui concerne les problèmes de santé;
- questions d'éthique liées à la recherche, aux stratégies de soins et à l'accès aux soins (p. ex. consentement de la collectivité, sensibilité à la culture).

Tous les programmes de recherches proposés sont révisés par des pairs.

De plus, une des activités clés de l'ISA a été la mise en place des Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS), discutée ci-après.

Cadres de développement de la capacité de recherche en santé, Institut de la santé des Autochtones

Tels que discuté précédemment, les Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS) ont été fondés à l'initiative de l'Institut de la santé des Autochtones. Les CDCARS remplissent deux fonctions importantes : améliorer les capacités de recherche de façon à ce que les recherches autochtones soient menées par des Autochtones, et mener à bien des recherches en santé. Chaque centre développe jusqu'à trois thèmes principaux de recherche et doivent entreprendre ce travail avec une rigueur scientifique et en partenariat avec la communauté. Les centres ont quatre objectifs principaux⁴ :

⁴ La liste suivante provient de la documentation de l'ISA: (Canada. Instituts canadiens de recherche en sante, 2005).

- faire progresser les connaissances scientifiques selon des normes internationales d'excellence en recherche;
- constituer des milieux appropriés où des scientifiques des quatre secteurs thématiques des IRSC pourront entreprendre des recherches en partenariat avec des communautés autochtones pour offrir aux communautés et aux organisations autochtones la possibilité de dégager les objectifs majeurs de recherche en santé, en collaboration avec des chercheurs en santé autochtone;
- faciliter l'application rapide des résultats de la recherche par des stratégies de communication et de diffusion efficaces;
- constituer des milieux appropriés, dotés des ressources nécessaires, pour encourager les étudiants autochtones et non autochtones à entreprendre des carrières de recherche en santé

Les huit centres CDCARS présentement financés par l'Institut de la santé des autochtones, ainsi que leurs domaines de recherche, sont les suivants :

- Programme national de formation en recherche sur la santé des Autochtones - Edmonton (Alberta) (« connaissances traditionnelles et éthique, communautés nordiques et santé environnementale, accès communautaire aux services de santé »)
- Anisnawbe Kekendazone, Ottawa (« santé périnatale, jeunes à risque et résilience, application des connaissances »)
- Programme de recherche en santé autochtone de l'Atlantique, Halifax (« recherches sur la prévention tels que réduction de la consommation de tabac, santé mentale et dépendances, améliorer la compréhension des déterminants sociaux de la santé tels que le logement, les revenus ainsi que les facteurs culturels et spirituels »)
- Programme CDCARS de la Colombie-Britannique, Vancouver (« développer des évaluations de santé éthiques et respectueuses des valeurs communautaires, s'assurer que les chercheurs en santé autochtone agissent de façon responsable,

- bien-être holistique en santé mentale et dépendances, thèmes de recherches motivés par les besoins des communautés »)
- Centre de recherche en santé autochtone, Winnipeg (« santé des populations, services de santé, santé et développement des enfants, questions éthiques en recherche en santé autochtone »)
 - Programme de développement de recherches en santé autochtone, Université de Toronto et Université McMaster (prévention et contrôle des maladies chroniques, santé mentale des femmes et des enfants et culture, santé et guérison »)
 - Centre de recherche en santé autochtone, Regina (« maladies chroniques, nutrition et modes de vie, méthodes indigènes et traditionnelles de guérison, prestation et contrôle des soins de santé »)
 - Centre Nasivvik pour la santé des Inuits et les changements environnementaux, ville de Québec (« changements environnementaux et impacts sur la santé des Inuits, surveillance et suivi de la santé environnementale, connaissances scientifiques inuites en recherche sur la santé environnementale ») (Canada. Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé autochtone, 2005).

Agence de la santé publique du Canada

Les différents centres et directions de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), bien qu'ils n'aient pas pour objet de recherche spécifique la santé autochtone, produisent des travaux qui sont liés à la santé des Autochtones ou qui ont un impact sur celle-ci. Les Centres et les directions de l'ASPC sont les suivants :

- Centre pour le contrôle et la prévention des maladies chroniques
- Centre de mesure et d'interventions d'urgence
- Centre pour la promotion de la santé
- Centre pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses
- Centre de coordination des suivis
- Intégration des entreprises et direction des services d'information
- Gestion et direction des programmes de service
- Direction des politiques stratégiques

En plus des Centres et des Directions affiliés à l'ASPC, l'*Approche de la santé de la population* de l'ASPC et ses initiatives associées (gérées par par les branches régionales de l'*Approche de la santé de la population* ainsi que par le Réseau canadien de la santé et le Fonds de la santé de la population) entreprennent un travail ayant pour objectif de «s'attarder à l'ensemble des conditions et des facteurs qui influencent la santé ainsi qu'aux interactions complexes entre ces derniers » (Canada. Agence de la santé publique du Canada, 2005).

3. ORGANISMES PROFESSIONNELS

Plusieurs d'organisations professionnelles ont été identifiées; chacune des six organisations suivantes mène des travaux dans le domaine de la santé autochtone au Canada :

- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIC)
- Réseau autochtone canadien du SIDA (RACS)
- *National Aboriginal Diabetes Association* (NADA)
- *National Association of Friendship Centres* (NAFC)
- *National Network for Aboriginal Mental Health Research* (NAMHR)
- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC)

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Affilié à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIAC), l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada constitue une ressource importante et ce à la fois en offrant des services culturellement appropriés et en contribuant, par l'apport de connaissances cruciales, aux services et politiques en santé. Afin de remplir sa mission qui consiste à améliorer la santé des Autochtones, l'AIIAC « promeut le développement et la pratique de soins infirmiers autochtones » (AIIAC, 2005) : éducation, recherche, recrutement et rétention, soutien aux membres et consultations sont les principaux axes de travail de l'AIIAC. À l'heure actuelle, les publications de l'AIIAC se concentrent sur

deux questions : l'éducation des infirmières et infirmiers et le tabac (AIIAC, 2005a). L'association organise une conférence nationale annuelle ainsi qu'un programme de bourses. L'AIIAC est en contact avec une variété d'organisations et d'initiatives.

Réseau canadien autochtone du SIDA

Le Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS) offre des services de soutien et de défense aux Autochtones qui vivent ou qui sont affectés par le VIH/SIDA. Le RCAS possède un nombre de projets actifs, incluant ceux-ci : (RCAS, n.d. Projets) :

- Anti-discrimination autochtone VIH/SIDA (ADAVS)
- Messages de prévention VIH/SIDA pour la jeunesse autochtone
- BiblioWeb
- Renforcer les capacités de recherche autochtones communautaires sur le VIH
- Diagnostic et soins des infections au VIH chez les jeunes autochtones
- « Joindre le cercle » : réductions des méfaits chez les Autochtones
- Stratégie autochtone sur le VIH/SIDA

En plus de ces projets, le RCAS maintient également le site *Connection : Un réseau autochtone d'information en ligne sur le VIH/SIDA*. La bibliothèque web mentionnée précédemment est hébergée sur ce site. Elle inclut une large gamme de matériel, de documents d'information éducationnels jusqu'à des documents politiques. Le site inclut également un forum de discussion qui permet aux organisations et aux individus d'établir des liens et de partager de l'information.

Association autochtone nationale du diabète (AANB)

La mission de l'Association autochtone nationale du diabète est « de faire en sorte que le diabète et les Autochtones soient des priorités en santé, en travaillant avec les personnes, les communautés autochtones et les organisations d'une façon culturellement respectueuse en faveur de la promotion de styles de vies sains, aujourd'hui et pour les générations futures » (NADA, 2005). L'association a cinq buts établis, ces derniers

s'inscrivent dans l'engagement de l'organisation qui est d'entreprendre du travail collaboratif (NADA, 2005).

- Offrir un soutien aux communautés, aux familles et aux individus pour la prévention du diabète, l'éducation, la recherche et la surveillance.
- Créer et maintenir des relations de travail avec des gens et des organisations qui travaillent dans le domaine du diabète.
- Faire la promotion de la santé dans les communautés avec l'objectif de réduire l'incidence et la prévalence du diabète.
- Mener une gestion efficace de l'organisation.
- Servir de porte-parole et de défenseur de façon à ce que le diabète et les Autochtones demeurent une priorité dans l'agenda de Santé Canada.

L'Association nationale des centres d'amitié

L'Association nationale des centres d'amitié (AIIAC) a pour principal objectif de fournir des services aux Autochtones vivant en milieu urbain. Les centres d'amitié offrent une large gamme de programmes allant des programmes garde d'enfants à des ateliers de développement d'habileté ou de nutrition (AIIAC, n.d., Friendship). Selon la documentation de l'AIIAC, les programmes liés à la santé de l'organisation portent sur les problématiques suivantes :

- Prévention (sexualité, nourriture et nutrition, tabac, violence familiale, santé mentale)
- Promotion (d'une meilleure santé en général, et de certaines questions spécifiques telles : grossesse en santé, santé des enfants, santé mentale, activité physique et santé des aînés).
- Accessibilité aux soins de santé primaires (pauvreté et accessibilité)
- Dépendances (programmes de traitement, suivi, et soins intensifs)

- Autres programmes (syndrome d'alcoolisation fœtale/effets de l'alcool sur le fœtus, la question des pensionnats autochtones, violence familiale et transition hors du système judiciaire).

Réseau national pour la recherche en santé mentale autochtone

Le réseau national pour la recherche en santé mentale « développe des recherches et des formations qui répondent aux besoins dans le domaine de la santé mentale des Autochtones au Canada, et ce en milieu rural et urbain. » (RNRSMA, 2006b). Les objectifs du RNRSMA impliquent un travail de collaboration, d'application des connaissances et de développement des capacités. Le réseau « mène des recherches en partenariat avec des organisations et des communautés autochtones, et coordonne des collaborations de recherches entre les chercheurs à travers le Canada, il forme de nouveaux chercheurs au développement de capacités de recherche en santé mentale dans les communautés autochtones, diffuse des méthodes et des résultats de recherche à des groupes autochtones, des communautés, des praticiens de la santé et des planificateurs » (RNRSMA, 2006b).

Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire

Les représentants en santé des communautés autochtones au Canada sont représentés nationalement par l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC). Les projets entrepris par l'ONRIISC incluent une conférence autochtone sur la prévention des blessures, le Projet autochtone de sensibilisation à la contraception, la conception du Projet sur le tabac ainsi que le Projet du grand cercle (pour les aînés et les personnes malades) (ONRIISC, n.d., Projects). Des recherches récentes produites par l'organisation incluent le document de Karen McCulla (2004) *A Comparative Review of Community Health Representatives Scope of Practice in International Indigenous Communities (Une analyse comparative de l'étendue de la pratique des représentants en santé parmi des communautés indigènes internationales, en anglais seulement)*. L'ONRIISC publie également *In Touch*, un magazine ayant pour principal intérêt la santé autochtone, ainsi que du matériel éducatif sur le VIH/SIDA (ONRIISC, 2004).

B. ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Le CNCSA a entrepris une série de treize entrevues avec des informateurs clés tels des praticiens en santé publique, des chercheurs, des professionnels de la santé et des défenseurs de la santé. L'objectif de ces entrevues était d'obtenir des connaissances sur des questions critiques dans le domaine de la santé publique autochtone, sur le design et le mode d'opération du CNCSA ainsi que sur les relations du Centre avec ses collaborateurs. La section suivante résume les réponses obtenues pour chaque question posée à l'entrevue. Une analyse des thèmes clés soulevés lors des entrevues suit.

1. RÉSUMÉ DES ENTREVUES

Antécédents et pratiques professionnelles des participants

Les personnes interviewées travaillent dans une vaste gamme de contextes institutionnels:

- Praticiens de la santé travaillant dans le système de santé publique.
- Membres d'agences qui établissent les barèmes, fournissent les programmes et/ou financent la recherche.
- Professionnels impliqués dans le développement ou la livraison de programmes ou d'outils conçus pour répondre à des problématiques spécifiques en santé.
- Personnes dont le rôle est de guider des recherches ou la construction de capacités de recherche.
- Personnes qui font la collecte d'informations et mettent en place des processus de diffusion, incluant des données au niveau régional.
- Défenseurs de la reconnaissance autochtone, de la participation informée et de la prise de décisions à l'intérieur du système de santé global, au sein des communautés ou dans des contextes nationaux spécifiques.

Lors de la collecte de cette information, un thème important a émergé : plusieurs interviewés ont exprimé leur engagement envers les pratiques de travail collaboratives

mais ont également noté le défi que représente la collaboration, et ce à l'intérieur même de leur organisations ou avec d'autres intervenants. Les défis qu'engendrent la collaboration, bien que cette dernière représente une stratégie cruciale à l'amélioration de la santé publique autochtone, ont été identifiés comme étant multiples. Les personnes interviewées ont cité la rareté du soutien (e.g. temps, mandat, ressources humaines et financières, etc.) ainsi que les limites suivantes : attitude défensive lors de l'identification des manques et des inefficacités à l'intérieur du système, manque de données précises sur la population et manques relatifs à la compréhension de ce qu'est la santé publique au niveau communautaire.

Questions clés dans le contexte de la santé publique autochtone

Cette section de chaque entrevue concerne le contexte général de la santé publique au Canada et les questions que les personnes interviewées considèrent comme devant être étudiées par le CNCSA. Les personnes interviewées ont soulignées l'importance des questions suivantes :

- Respecter la diversité existant à l'intérieur de la population autochtone plutôt que d'aborder une approche « panautochtone ». Comprendre que l'application de la définition de la santé publique revêt des aspects distincts pour les Premières nations, les Inuits et les Métis (e.g. voir le cadre de travail émergent des Premières nations, des Inuits et des Métis).
- Trouver des façons de s'assurer que le système canadien de santé publique reconnaisse et respecte les connaissances indigènes locales.
- Se concentrer sur des approches qui sont holistiques, aborder les déterminants de la santé et mettre l'emphase sur un cadre de travail en justice sociale ainsi que sur d'autres cadres de support (e.g. droits de l'homme).
- Soutenir le développement d'infrastructures (e.g. législation, capital, expertise) nécessaires afin que les différents peuples autochtones puissent participer à un système de santé publique unifié, coordonné et complet.
- Il est critique de déterminer à quel degré le CNCSA sera impliqué dans les questions relatives aux juridictions. Les réponses aux entrevues suggèrent que les

- questions de juridiction doivent être abordées de façon à soutenir les capacités de tous les gouvernements (i.e. fédéral, provincial, territorial et autochtone) à travailler en collaboration afin d'identifier les manques (e.g. les capacités et la maîtrise d'une épidémie), de créer un système de santé publique complet, et d'offrir un soutien au transfert des responsabilités et juridictions aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis (e.g. offrir un soutien aux autorités en santé des Premières nations, mettre sur pieds des capacités d'intervention en santé).
- Offrir un soutien à tous les intervenants de façon à ce qu'ils puissent récolter des données fiables, applicables et de qualité permettant le développement d'un système, d'institutions et d'interventions en santé publique sous responsabilité des Premières nations, des Inuits et des Métis.
 - S'assurer que les différentes organisations (e.g. santé, recherche, éducation, politique, etc.) impliquées en santé publique autochtone ne soient pas trop compétitives.
 - Comprendre que les comparaisons internationales offrent un soutien à de nouvelles idées et de nouvelles approches (e.g. des approches mieux appropriées culturellement) et un moyen de trouver des façons d'appliquer les leçons apprises dans le contexte canadien.

Les préoccupations soulevées dans cette section de l'entrevue concernaient la question du développement de l'organisation. La culture et les forces existantes sont des questions clés pour les personnes interviewées. Le besoin de diversité, de respect pour les connaissances autochtones, le besoin d'un système culturellement approprié et équitable et la question de l'utilisation des connaissances existantes au Canada et à l'international ont été soulignés. Des questions relatives au développement des capacités au sein des populations autochtones et à la transformation du système de façon à accroître les responsabilités autochtones en santé publique ont également émergé. D'autres problématiques abordées incluent l'importance du développement de relations entre les organisations concernées par la santé publique autochtone et des collaborations interjuridictionnelles (si nécessaires), et l'importance d'éviter la compétition entre les organisations et les disciplines.

Synthèse, échange et application des connaissances

Les personnes interviewées comprennent le concept d'application des connaissances dans un sens large, soit regroupant une large gamme d'interventions par lesquelles de l'information est communiquée entre des communautés, des praticiens et des chercheurs. L'échange est vu comme étant la clé du processus, les activités d'application des connaissances créent des connaissances nouvelles et culturellement adaptées qui peuvent être utilisées lors du développement de politiques, de programmes de recherche et de pratiques. Les personnes interviewées ont parlé de façon claire des besoins actuels dans ces domaines, notant en particulier :

- Plus de participation par les communautés, ainsi qu'une plus grande collaboration entre les organisations. Obtention de résultats montrant de vrais changements dans la façon dont on rejoint les personnes et change leurs perceptions des interventions/activités en santé publique.
- S'assurer que la contribution des connaissances/pratiques traditionnelles soit reconnue et incorporée dans les connaissances et les pratiques courantes (e.g. déterminants holistiques de la santé).
- Contribuer au lien entre les chercheurs/agences de recherche et le niveau communautaire (partenariat, développement de capacités).
- Générer de l'information scientifique et communautaire accroissant la capacité des résultats obtenus à être appliqués sous forme de politiques, de programmes et de services.
- Se concentrer sur des approches communautaires ayant un impact au sein des communautés (e.g. changement de comportements).
- Approches en faveur d'un système de santé publique communautaire suffisamment flexible pour pouvoir être adapté aux différences entre les communautés des Premières nations, des Inuits ou des Métis.
- Besoin de construire des modèles qui sont ancrés dans des systèmes locaux, qui soutiennent l'existence des cadres et des approches autochtones et qui conservent ce qui est le meilleur dans les connaissances en santé publique actuelles.

- Besoin de faire de la traduction linguistique.

La prémisse à la base de tous ces commentaires est liée au besoin d'améliorer les relations entre ceux qui produisent les recherches et les communautés qui sont étudiées. Les personnes interviewées ont demandé à ce que plus d'attention soit portée aux intérêts et aux connaissances des communautés : rechercher plus de participation des communautés, mettre en valeur des échanges constructifs de connaissances, respecter la diversité par l'adoption de pratiques flexibles et intégrer les connaissances indigènes à l'intérieur des cadres de pratique exemplaires en santé autochtone sont des thèmes jugés comme étant des priorités. En ce qui concerne le design des recherches et la diffusion des résultats, les personnes interviewées ont soutenu que des traductions linguistiques devraient être une priorité et que les designs de recherche devraient prendre en compte l'application et l'échange de connaissances. Un autre thème clé qui a émergé est celui de l'importance d'obtenir des résultats tangibles au niveau communautaire. Une personne interviewée a articulé cette question : appliquer les connaissances d'une façon à créer de vrais résultats au niveau de la communauté est important en soi mais ceci permettra également d'augmenter la volonté des communautés à participer à la santé publique. Les personnes interviewées ont également exprimé leurs opinions sur les processus efficaces d'application des connaissances. Un certain nombre de suggestions, d'inquiétudes et de limitations ont été exprimées :

- Il est important que les preneurs de décisions dans les institutions soient les défenseurs de ces processus.
- Les différences liées aux messages multiples ainsi qu'au public ciblé (e.g. il peut être plus facile de rejoindre un médecin qu'un acteur politique par voie électronique).
- La nécessité d'offrir un soutien sur le plan communautaire (langue appropriée, manuels, personnel de support régional).
- La compréhension communautaire et la participation de la communauté. Offrir plusieurs méthodes de prestation des interventions.

- Un rôle pour les groupes établis et les méthodes de prestation de l'information déjà présentes dans les communautés (e.g. ONRIISC).
- L'expérience néo-zélandaise dans l'utilisation du concept de sécurité culturelle de façon à répondre aux différents niveaux de pouvoirs entre les fournisseurs et les clients.
- Le processus d'application des connaissances et l'offre de formats alternatifs à un coût contrôlé.

Les discussions sur ces thèmes ont porté sur les façons efficaces de fonctionner en tenant compte des contraintes existantes. L'utilisation des structures existantes a été un point d'intérêt. Une personne interviewée a demandé à ce que les organisations et les individus qui possèdent du pouvoir dans le domaine de la santé publique autochtone prennent un rôle de leader dans la défense et le soutien à l'amélioration des activités d'application des connaissances, alors qu'une autre personne a suggéré qu'il serait sage d'utiliser des méthodes, réseaux et organisations existants afin de diffuser les connaissances. D'autres personnes interviewées ont abordé les contraintes matérielles inhérentes aux activités d'application des connaissances : les limites financières ont été soulevées comme étant un problème éventuel puisqu'il existe des besoins spécifiques à chaque audience.

Recherches actuelles en santé publique

Au cours des entrevues, plusieurs défis liés au processus de recherche et à la qualité des résultats ont été mentionnés. Les personnes interviewées ont noté des situations où les chercheurs étaient insuffisamment connectés avec les communautés, des recherches et des données compromises par leur politisation, des problèmes à la source considérés de façon inadéquate ou l'utilisation de méthodologies géographiquement ou culturellement inappropriées. Des exemples de bonnes recherches dans le domaine de la santé publique autochtone ont également été mentionnés :

- L'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations est vue comme un exemple de qualité en surveillance de la santé, en ce qui a trait à la construction de capacités et en implication dans la prise de décisions;

- Kahnawake Diabetes Initiative (Alex McComber and Anne McCauley);
- Le travail de l'Université McGill avec les Dene et les communautés nordiques;
- ACADRE à l'Université Laval;
- Prince Albert Tribal Council (Bonnie Jeffries); et
- Sandy Lake Diabetes project

Les personnes interviewées ont noté que lorsque les recherches vont au-delà d'un domaine spécifique de santé, celles-ci sont le plus souvent présentées comme des recherches sur la santé des populations ou sur les déterminants de la santé plutôt que comme des recherches spécifiques sur la santé publique des populations autochtones. Un répondant a suggéré que cela souligne le besoin d'encourager les aptitudes à la pensée critique de façon à accroître l'impact des recherches qui sont menées. Des références à des recherches et des chercheurs internationaux, particulièrement de Nouvelle-Zélande et d'Australie, ont été faites. Les chercheurs mentionnés incluent Pappaarangi Reed, Sue Cringle, Reese Jones, Mason Drurie et Sonia Crandall (É.-U.).

Utilisation des résultats de recherche en politique et en pratique

Les répondants n'ont pas exprimé de préférences quant au processus ou au format optimal pour l'utilisation des recherches à des fins de développement de politiques et de pratiques. Ils ont néanmoins suggéré que les résultats soient appliqués à une variété d'objectifs, et ce par différentes méthodes, de façon à appuyer des recommandations et des changements de politiques et de décisions de programmation. Les exemples qui ont été mentionnés incluent :

- L'utilisation de recherches internationales portant sur le développement de politiques et sur la formation de compétences culturelles
- Développer des barèmes à partir des meilleures pratiques existantes
- Impliquer les législateurs au cours du processus
- Nécessité d'impliquer la communauté et d'assurer une présence au sein de la communauté
- Établir des groupes de travail avec des intervenants clés

- Tenir des forums de façon à générer des opinions et à diffuser les résultats

Au-delà d'un tableau général des processus impliqués, aucune des personnes interviewées n'a proposé de format ou de processus spécifique permettant d'appliquer efficacement les connaissances en politiques et en pratiques. Plusieurs répondants ont toutefois noté qu'une plus grande attention devrait être portée au travail existant sur l'application des connaissances. En même temps, l'absence de consensus sur cette question indique que plus de travail doit être mené dans ce domaine : certains participants ont noté qu'il n'y a pas assez de recherches disponibles pour pouvoir établir des conclusions fermes sur les tactiques efficaces d'application des connaissances, particulièrement dans le contexte de la santé indigène.

Manques en recherche sur les politiques et les pratiques

Les participants ont mentionné que les professionnels de la santé sont mieux informés des programmes de santé publique affectant les personnes autochtones que ne le sont les individus plus étroitement liés à la communauté. Il existe des différences réelles entre les régions et les communautés; alors que les communautés se concentrent principalement sur les soins de santé de base, les provinces possèdent des ressources plus importantes.

Les défis mentionnés sont :

- Absences qui résultent du manque d'emphase mis sur les composantes autochtones du système public de santé;
- Se concentrer sur les activités qui ne sont pas appuyées par la recherche;
- Manque de données spécifiques relatives aux populations;
- Extrapolation de données provenant de petits échantillons pour des analyses au niveau national;
- Manque de volonté d'adapter et d'appliquer les recherches non autochtones;
- Nécessité pour les chercheurs de s'impliquer davantage dans les communautés, particulièrement dans l'environnement universitaire;
- Autonomie/conditions pour les comités d'éthique universitaires;
- Offrir un soutien qui permet au principe d'implication des communautés d'être mis en place;

- Développer et tester un (des) modèle(s) ou procédé(s) servant de « barème d'application des connaissances autochtones »;
- Impact limité des connaissances auprès des communautés;
- Difficulté de mesurer l'impact des activités de santé publique (e.g. les personnes font-elles les meilleurs choix alimentaires).

Les défis notés par les participants sont multiples. Dans le contexte de la pratique communautaire, les personnes interviewées ont noté la relative marginalisation de la composante spécifiquement autochtone du système de santé publique ainsi que la prévalence d'activités qui ne sont pas soutenues par des recherches appropriées. Des difficultés relatives aux données sont un thème clé : les participants ont noté leurs inquiétudes vis-à-vis de la mesure de l'impact des programmes et face aux nombreux défis causés par le manque de données spécifiques aux populations. En ce qui concerne la recherche institutionnelle, les personnes interviewées ont noté les contraintes posées sur les chercheurs par les comités d'éthique et le manque de soutien en vue de l'atteinte d'une participation communautaire significative. Le développement d'une stratégie autochtone d'application des connaissances a été défendu tout comme l'a été le besoin d'augmenter l'impact communautaire des activités d'applications des connaissances, deux questions intimement liées. Une personne interviewée a soutenu que la politisation continue à jouer un rôle dans cette question : il existe un refus persistant d'utiliser les connaissances développées dans des contextes non autochtones et de les rendre culturellement et géographiquement appropriées pour les Autochtones.

Les questions relatives à l'identification des manques en recherche sur les politiques et les pratiques ainsi que celles relatives à l'identification des domaines où les besoins de recherche en santé publique autochtone sont les plus grands ont mené à des observations similaires. Plusieurs répondants ont exprimé l'opinion que développer le système de santé publique des Premières nations, Inuits et Métis (e.g. surmonter les frontières des juridictions et mettre en place des méthodes de prestation des services) constitue un pré-requis afin de faire des progrès sur des questions spécifiques en santé publique. Certains répondants ont fait une distinction entre les domaines de la recherche, de la pratique et de

la mise en place de politiques alors que la plupart n'ont pas fait cette distinction. Les domaines où des recherches plus poussées sont nécessaire incluent :

- Obtenir de meilleures données (e.g. dénombrement) relatives aux populations autochtones de façon à fournir des soins plus efficaces, développer et mettre en place des programmes, et mieux comprendre les différences;
- Comprendre l'effet du racisme individuel et institutionnel sur la santé;
- Développer des pratiques dans le domaine des compétences culturelles et de la sécurité culturelle ainsi que les habiletés à influencer les prises de décisions;
- Prendre en compte les disparités;
- Bâtir les capacités communautaires;
- Développer des capacités communautaires;
- Participer à des partenariats;
- Partager les recherches;
- Développer les lignes directrices des pratiques exemplaires et développer ces mêmes pratiques dans les domaines des dépendances, du tabac, de la maladie mentale et des déterminants sociaux;
- Offrir un support aux infrastructures;
- Accroître le nombre de praticiens du domaine de la santé publique dans les communautés autochtones;
- Répondre aux problématiques générales (e.g. habitation, nutrition et sécurité alimentaire, éducation et emploi) qui mènent aux causes sous-jacentes et qui ont un effet positif sur les problèmes tels le suicide, la prévention des accidents, la consommation de tabac, etc.
- Explorer la prémisse voulant que les modèles qui fonctionnent dans des contextes non autochtones fonctionnent en contexte autochtone. (i.e. comprendre pourquoi les interventions communautaires non autochtones ne fonctionnent pas en communauté autochtone);
- Déterminer les niveaux de préférences pour les pratiques traditionnelles versus les pratiques « occidentales » en santé et en guérison auprès des communautés;
- Déterminer ce qui est nécessaire pour s'assurer qu'un processus communautaire soit efficace;

- Valider les résultats utilisés à des fins politiques et législatifs (e.g. faire payer des praticiens traditionnels par Santé Canada, excès de confiance dans les approches panautochtones).

Une série de suggestions, qui s'inscrivent de façon générale dans la rubrique des préoccupations culturelles dans les politiques de recherche, a été faite : aborder l'impact du racisme, évaluer le désir des communautés à avoir accès à des pratiques traditionnelles et occidentales de la médecine, s'assurer que les processus de recherche s'inscrivent dans les communautés, répondre aux disparités en santé et employer des approches qui respectent la diversité des peuples autochtones qui vivent au Canada. Les informateurs clés ont également suggéré les pré- et co-requis pour l'atteinte de tels changements : des données fiables sur les populations constituent une priorité, comme le sont les partenariats, le développement des capacités au niveau des communautés, le partage des recherches, le support aux infrastructures et le développement de pratiques exemplaires dans des domaines clés de la santé publique. Un intervenant a suggéré que les ressources humaines avaient besoin d'être revues, et qu'il devrait y avoir une augmentation du nombre de praticiens de la santé publique dans les communautés autochtones. Un autre intervenant souligne le besoin d'action dans le domaine des déterminants de la santé.

Priorités initiales du CNCSA

En réponse à la question portant sur la liste des huit priorités initiales (e.g. santé des enfants, suicide, prévention des accidents, bien-être et résilience, pratiques autochtones, incluant la guérison/médecine traditionnelle, tabac, femmes et déterminants sociaux), les personnes interviewées ont vu de véritables chevauchements avec les priorités énoncées par d'autres organisations et ont demandé si ces questions représentent une véritable priorité du CNCSA étant donné ses ressources et son mandat. Les réponses suggèrent que les priorités du CNCSA ont besoin d'être redéfinies et précisées. Plusieurs répondants ont noté que les déterminants sociaux sont critiques en regard des pratiques traditionnelles et des circonstances relatives aux communautés et que la question des déterminants sociaux semble refléter les objectifs des sept autres priorités.

Pour ce qui des domaines prioritaires, le CNCSA doit établir comment équilibrer ses activités dans les domaines des problèmes spécifiques de santé, dans l'amélioration du processus et de l'environnement d'application des connaissances et dans son travail de développement et de soutien aux actions collaboratives. Alors que certaines suggestions peuvent être prises en compte à l'intérieur d'activités et de projets spécifiques au cours des 3-5 prochaines années, d'un point de vue des priorités, il peut être plus important de se concentrer sur la façon dont le CNCSA peut servir de facilitateur dans l'amélioration du processus d'application des connaissances et ce à l'intérieur de la question des déterminants sociaux.

Les réponses comprenaient également des conseils généraux relatifs au développement des priorités ainsi que des suggestions spécifiques relatives aux questions prioritaires telles que :

- Les priorités vont varier en fonction des régions – besoin d'établir celles-ci au niveau régional en appliquant des données fiables;
- Le CNCSA doit reconnaître les multiples besoins et priorités et peut avoir à choisir ce qui sera traité en premier et ce qui le sera en second et ce, même si tous ne seront pas heureux du choix fait (e.g. tabagisme);
- Il est probablement préférable de choisir celle qui correspond le mieux au mandat et qui ne chevauche pas le travail mené par d'autres;
- Peut-être s'agit-il de manques en terme d'efforts, de réseaux et de travail innovateur;
- Se concentrer sur la mise en place de relations d'échange avec l'ASPC et les autres CNC;
- Prendre garde à ne pas uniquement se concentrer sur la recherche mais plutôt déterminer des problématiques et s'y attaquer concrètement.
- Quelle est votre priorité en application des connaissances par rapport à cette liste de priorités de santé;
- Un point clé consiste à vraiment comprendre les visions des cinq principales organisations ainsi que les espoirs et les problèmes auxquels elles font face de

façon à ce que lorsqu'il y aura une possibilité d'apporter des changements, cela ne soit pas fait selon les seules aspirations du CNCSA;

- Développer un cadre de travail concernant la façon dont les institutions académiques peuvent entreprendre des recherches (qualitatives);
- Répondre aux besoins des Premières nations en dehors de leurs communautés;
- Améliorer la définition des soins culturellement sensibles, la gestion des soins chroniques et travailler sur la question des dépendances (problèmes et comportement face aux drogues, alcool) qui constituent le principal facteur de risque de maladie et de décès;
- Chercher les besoins communs aux différentes communautés – i.e. les fondations d'un système;
- Déterminer des indicateurs tels que le nombre d'années de vie perdues;
- D'autres domaines pourraient inclure les dépendances, la réduction des dommages, la violence domestique, la santé mentale et la pauvreté.

Plan de travail

Une des questions clés concernant le plan de travail consiste à s'assurer de la bonne communication avec les communautés ainsi que de l'implication de celles-ci durant toutes les étapes du processus. Ceci est nécessaire afin que les efforts du CNCSA soient utiles, utilisables et efficaces. La prudence a été conseillée vis-à-vis du projet pilote sur le SAF, de façon à s'assurer qu'un objectif de santé publique soit bien établi et que le travail constitue une contribution significative aux nombreuses recherches menées dans ce domaine. Le réseautage et la création de réseaux régionaux et nationaux sont perçus positivement par les répondants, ceux-ci insistant sur l'importance d'impliquer de multiples intervenants (e.g. chercheurs, responsables du développement de politiques et consommateurs/bénéficiaires).

Ceci est particulièrement important de façon à ce que les cinq autres CNC incluent la participation des Autochtones et contribuent au travail du CNCSA plutôt que cette responsabilité ne revienne uniquement au CNCSA. D'une certaine façon, la collaboration

et les échanges entre le CNCSA et les autres CNCs peuvent être vus comme contribuant à la participation autochtone à un système de santé publique évolutif et intégré.

Au fur et à mesure que le CNCSA développe son plan multi-annuel, il devra également déterminer si, et le cas échéant comment, il répondra aux autres questions importantes mentionnées durant les entrevues. Par exemple :

- Développer un système de santé publique autochtone (juridiction vs infrastructure pour un système intégré);
- Contribuer à augmenter le nombre de praticiens autochtones en santé publique;
- Renforcer la sensibilité des milieux académiques;
- Comment le plan incorpore-t-il les approches spécifiques des Premières nations, des Métis et des Inuits;
- Comment répondre aux besoins de santé publique des Autochtones en environnement urbain/hors-réserve;
- Procéder à l'analyse de ce qui constitue la « pratique la plus appropriée » « culturellement sensible »;
- Travailler avec des groupes tels le groupe sur les maladies infectieuses qui n'a pas nécessairement l'expertise nécessaire;
- Trouver une pratique appropriée concernant le besoin de surveillance de la qualité des données;
- Développer des outils de planification (e.g. planification d'une pandémie de la grippe) afin de répondre aux manques d'expertise en santé publique existant dans la communauté;
- Réunir les informations relatives à la santé publique des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis;
- Encourager l'ASP à créer des objectifs pour la formation de professionnels en santé publique (niveaux maîtrise et doctorat);
- Développer un partenariat avec les CDCARS afin de devenir leur agence officielle d'application des connaissances

Développer des politiques et des pratiques

Le CNCSA pourrait contribuer au développement des politiques en santé publique en se positionnant de façon stratégique afin d'être perçu comme une ressource « prête à emporter » pour l'analyse politique. Le CNCSA ne doit cependant pas être perçu comme un outil permettant d'éviter les consultations avec les représentants des organisations autochtones lors du développement de politiques. Le CNCSA peut également s'assurer que les protocoles autochtones font partie de ce processus et qu'il existe une communication efficace pour l'ensemble de la population autochtone. Le CNCSA peut de plus impliquer une variété d'intervenants communautaires ou académiques, de praticiens et autres dans ce processus.

En travaillant avec l'ASPC sur une stratégie nationale de santé publique, le CNCSA doit s'assurer de ne pas être perçu comme fournissant des conseils et des consultations sur les politiques que l'ASPC pourrait utiliser de façon à éviter les consultations avec les gouvernements autochtones et les organisations représentatives. L'implication du CNCSA devrait se limiter à offrir les enseignements issus de ses travaux, à appliquer des perspectives spécifiques aux Autochtones, à encourager une participation plus large et directe des Autochtones dans le processus et devrait mettre l'emphase sur la nécessité d'une participation autochtone se reflétant à l'intérieur des politiques.

Rôle des épidémiologistes

Lorsque des questions ont été posées par rapport au travail avec des épidémiologistes, les réponses ont suggéré qu'il est probablement plus important d'impliquer une vaste gamme de professionnels de la santé plutôt que seulement des épidémiologistes. En ce qui a trait à ces derniers, il est important de reconnaître qu'ils ont différents rôles en fonction de leur place à l'intérieur du système santé publique (niveau national, provincial, local). Les entrevues suggèrent différentes manières de les impliquer dans le travail du CNCSA (e.g. dans le personnel, dans les groupes de travail selon le besoin, à l'intérieur de comités scientifiques, dans l'évaluation des informations relatives à la santé) ainsi que des façons dont le CNCSA pourrait contribuer à l'augmentation du nombre d'épidémiologistes

possédant une connaissance du contexte autochtone (en créant des réseaux ou en se liant à des réseaux existant, en encourageant l'emploi de personnes autochtones et en encourageant les institutions académiques à établir des objectifs/programmes de développement de carrière).

Opportunités de collaboration

Les répondants ont exprimé une volonté de collaborer avec le centre, bien que certains aient exprimé le désir que les problèmes relatifs au mandat du CNCSA soient clarifiés rapidement, ou avant même qu'une collaboration ne soit mise en place. Il est conseillé au CNCSA de commencer à contribuer aux opportunités de collaborations existantes dans le domaine de la santé publique.

Des collaborations possibles ont été suggérées dans les domaines de :

- Visions de la santé publique;
- *Sommet sur l'application des connaissances* - 2-5 mars 2006;
- Instituts d'apprentissage;
- Planification de stratégies collaboratives;
- Identifications de manques dans la recherche et dans l'efficacité des réponses actuelles;
- Identification des priorités de recherche;
- Mener les recherches (sécurité culturelle, dépendances, déterminants sociaux);
- Exploration des questions relatives aux juridictions; qui est responsable de la santé publique?;
- Santé environnementale/évaluation du développement économique;
- Travailler avec des organisations régionales et les communautés locales afin d'identifier les besoins en santé publique;
- Formation de chercheurs en santé publique;
- Améliorer les environnements de recherche universitaire;
- S'assurer que tous soient informés sur le travail du CNCSA;
- Influencer l'ASPC et le travail des autres CNC;

- Créer des réseaux de recherche;
- Utiliser internet afin de tenir les gens au courant des opportunités de collaboration de recherche.

Autres défis

Alors que la plupart des défis ont été identifiés durant les entrevues, plusieurs répondants ont, en fin d'entrevue, jugé bon d'en reformuler certains :

- Essayer de satisfaire certains groupes sur la question de la crédibilité du CNCSA;
- Surmonter les problèmes découlant du processus par lequel le CNCSA a été créé;
- Tous les problèmes de chevauchement, particulièrement avec l'ONSA;
- Créer les liens initiaux qui permettront au travail de progresser;
- Bâtir des relations et travailler avec l'incroyable diversité présente dans les groupes/communautés autochtones;
- Travailler sur les processus et les contraintes liés à un environnement universitaire;
- S'assurer d'un mandat et d'un rôle dans lequel les conseils sont pris en compte;
- Trouver une niche où les efforts consacrés se traduiront en effets concrets et mesurables;
- Conserver une capacité de communication qui transmet le transfert de l'information dans la langue appropriée;
- Travailler avec la sensibilité culturelle et promouvoir celle-ci;
- Réfléter et respecter les contributions provenant de traditions communautaires;
- Déterminer son rôle en rapport avec la surveillance des données;
- Être réaliste par rapport à ce qui peut être fait avec les ressources disponibles.

2. THÈMES CLÉS ÉMERGEANT DES ENTREVUES

Un certain nombre de thèmes clés ont émergé des entrevues auprès des informateurs clés. Ces thèmes représentent des opportunités et des défis pour le CNCSA, alors qu'il établit

sa planification pour les années à venir. Les thèmes suivant ont émergé de façon particulière :

- Comprendre la collaboration
- Mettre la communauté, la géographie et la culture à l'avant-plan
- Équilibre et vision : le futur du CNCSA
- Devoir de réussite : application, synthèse et échange des connaissances
- L'importance des données fiables et des déterminants sociaux de la santé

Comprendre la collaboration

L'importance de développer des collaborations significatives est ressortie comme étant un élément clé. Malgré les multiples défis que représentent la collaboration, les personnes interviewées ont noté l'importance d'impliquer de nombreux partenaires dans le travail du CNCSA, incluant les communautés, les établissements de recherche et d'enseignement, les praticiens et autres, au besoin. Des collaborations plus étroites avec les communautés sont vues comme étant absolument cruciales : les recherches sont trop souvent détachées des communautés, ou géographiquement et/ou culturellement inappropriées. Pour les personnes interviewées, les collaborations sont également liées au développement organisationnel du CNCSA. La compétition et les chevauchements devraient être évités. Les stratégies suggérées pour assurer des collaborations productives incluaient les suivantes : partager les recherches, créer des partenariats, s'impliquer avec les établissements d'enseignement et de recherche pour les questions de revues éthiques et de cibles éducationnelles (par exemple, les intervenants ont noté qu'il pourrait y avoir plus de praticiens de la santé publique au niveau des communautés et qu'il pourrait y avoir plus de praticiens autochtones), permettre le développement de travail culturellement approprié. Tel que discuté précédemment, les intervenants ont notés des sites de collaboration potentiels (e.g. organisations, initiatives et chercheurs). Les personnes interviewées ont également souligné le rôle des collaborations dans le contexte du développement d'un système de santé intégré pour les Autochtones au Canada; des collaborations multi-juridictionnelles sont requises afin d'atteindre un tel objectif. De plus, une collaboration entre le CNCSA, l'ASPC et d'autres Centres nationaux de collaboration a été souhaitée; le CNCSA est situé de façon à jouer un rôle clé dans la

défense des questions autochtones dans le contexte plus large de la santé publique au Canada.

Mettre la communauté, la géographie et la culture à l'avant

Les intervenants ont recommandé que le CNCSA entreprenne un processus orienté vers les communautés et engage les celles-ci tout au long de ce processus : l'influence autochtone dans le processus de prise de décision devrait être mis de l'avant de façon vigilante, et la facilitation de la transition de responsabilités en santé publique aux Autochtones devrait être une prémisse au travail mené. La diversité des populations autochtones au Canada constitue une préoccupation des personnes interviewées. Selon les intervenants, une santé publique efficace doit considérer la culture et la géographie de façon à répondre aux besoins des Autochtones vivant sur des réserves et hors de celles-ci, à l'intérieur ou hors de leur communauté, en milieu urbain ou rural. La diversité régionale doit servir de critère et les approches panautochtones qui rassemblent les populations métis, inuites et des Premières nations devraient être évitées. Il a toutefois été souligné qu'un respect pour la diversité devrait être compensé par des considérations relatives aux ressemblances entre les régions et les communautés.

L'importance des cultures autochtones dans le travail du CNCSA a été clairement soulignée par les intervenants. Les connaissances indigènes doivent être incluses; les systèmes locaux de connaissances, les sensibilités holistiques et les méthodologies traditionnelles forment une part importante de ce que les personnes interviewées ont perçues comme ce que pourrait être un programme plus large portant sur une santé publique culturellement appropriée. Les compétences culturelles, la sécurité culturelle et les pratiques culturellement appropriées ont été mentionnées dans toutes les sections des entrevues. Il a été mentionné que le travail en santé publique risque de ne pas réussir sans efforts concertés dans ces domaines : un intervenant a mentionné qu'il est assumé que les recherches, politiques et pratiques non autochtones sont trop souvent appliquées de façon inefficace à des contextes autochtones. Dans les communautés autochtones, une santé publique basée sur des données probantes devrait prôner l'analyse contextuelle des recherches non autochtones. De plus, le nombre croissant de recherches nationales et

internationales devrait être consulté et adapté pour les contextes autochtones diversifiés existant au Canada.

Équilibre et vision : le futur du CNCSA

Dans les discussions concernant le futur du CNCSA, les personnes interviewées ont le besoin d'établir un équilibre et une vision. L'établissement d'un mandat clair et d'un rôle dans le domaine plus large de la santé publique autochtone semble être central. Certaines personnes interviewées ont proposé que le CNCSA définisse une vision bien précise de façon à éviter les chevauchements entre les organisations et entités existantes et également de façon à assurer des résultats tangibles, compte tenu des ressources disponibles. Défendant la nécessité de recherches évaluatives et appliquées accrues, des informateurs ont cité plusieurs domaines possibles sur lesquels le CNCSA pourrait se concentrer :

- Déterminants sociaux de la santé
- Pauvreté
- Violence familiale
- Gestion des soins de longue durée
- Dépendances (incluant la réduction des méfaits)
- Santé mentale
- Tabac

Les déterminants sociaux de la santé, a soutenu un intervenant, sont les plus critiques compte tenu de leur impact sur des problématiques de santé plus spécifiques.

Le besoin d'établir une vision claire doit s'accorder avec le besoin d'équilibre. Il a été recommandé que le CNCSA trouve un équilibre entre le travail sur des questions de santé incluant un processus d'application des connaissances et/ou un processus de facilitation et le développement de compétences et de collaborations. L'établissement de priorités claires dans les domaines de la santé et de l'application des connaissances a été recommandé; il a été proposé par certains intervenants que le CNCSA devrait moins se concentrer sur la recherche et jouer un plus grand rôle de facilitateur dans les activités

d'application des connaissances. Une personne interviewée a suggéré que le CNCSA pourrait peut-être collaborer avec le réseau CDCARS de façon à faciliter le travail d'application des connaissances issues des recherches menées sous les auspices du réseau CDCARS.

Les considérations sur le futur du CNCSA ont également mené les intervenants à noter ce qu'ils perçoivent comme étant des défis importants pour la réduction des disparités en santé. Alors que plusieurs voient la recherche, la politique et la pratique partageant une relation holistique, certains intervenants ont soutenu que la prestation de services constitue un pré-requis à l'amélioration de la santé publique. De plus, certaines inquiétudes portant sur la nature du rôle que jouera le CNCSA dans le domaine de la santé publique autochtone ont été soulevées : plus d'un intervenant ont exprimé le besoin de vigilance de la part du CNCSA de façon à s'assurer que le centre joue un rôle clé de ressource pour l'analyse politique, mais jamais comme un lieu de substitut pour des consultations avec des représentants de groupes autochtones ou des gouvernements autochtones.

Devoir de réussite : application, synthèse et échange des connaissances

Un certain nombre d'intervenants a suggéré qu'un mandat portant sur l'échange de connaissances est crucial. Les apports communautaires dans tous les processus du CNCSA sont centraux, comme le sont également les « leçons acquises » par ces communautés dans le continuum de la recherche, de la politique et de la pratique. Les connaissances indigènes devraient être mises de l'avant. Par exemple, une personne interviewée a parlé du besoin d'augmenter les connaissances autochtones des chercheurs dans le domaine de l'épidémiologie. Les outils servant de leviers et les investissements sont vus comme étant importants dans le travail d'application des connaissances du CNCSA; la recherche étendue, les organisations et les chercheurs produisant du travail d'application des connaissances devraient être consultés. Il existe également un besoin pour le développement de processus, de modèles et de pratiques exemplaires dans le domaine de l'application des connaissances en santé publique autochtone. Il a été

demandé que des résultats tangibles doivent émerger de ces activités; un intervenant a suggéré que trop souvent, les connaissances qui rejoignent les communautés n'ont pas l'impact désiré.

Les personnes interviewées ont également mentionné des défis et fait des suggestions : certaines recherches qui sont significatives pour les Autochtones sont produites et diffusées en dehors du domaine de la santé publique autochtone, des activités d'application des connaissances, a-t-il été souligné, peuvent être dispendieuses. L'importance de maintenir des services de traduction linguistiques appropriés a également été mentionnée.

L'importance des données fiables et des déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé ont été mentionnés plusieurs fois par les participants. Les fondements des dysfonctionnements sont souvent ignorés, et ces derniers nécessitent une plus grande attention. Ce domaine est intimement lié à la culture et à l'équité : le travail dans le domaine de la santé publique autochtone doit prendre en compte le rôle complexe joué par les questions raciales, les questions de pouvoir, les inégalités et la justice sociale dans l'état de santé des individus et des communautés. L'importance de données fiables émerge également comme étant une question clé pour les intervenants. Il existe un besoin pour des données spécifiques aux populations afin que le travail puisse être planifié avec la plus grande efficacité. Les informateurs ont également souligné d'autres défis relatifs aux données, il a été mentionné que malgré les difficultés existantes dans la mesure de l'efficacité des activités en santé publique, un indicateur de santé devrait, idéalement, être lié au travail mené.

C. ANALYSE DOCUMENTAIRE ET ANALYSE DES RECHERCHES COURANTES

Une analyse des publications et des recherches actuelles dans le domaine de la santé autochtone a été menée. Cette analyse comprend trois sections principales. Les deux premières sections font l'analyse spécifique de la documentation; les travaux révisés par des pairs sont abordés dans un premier temps et la « littérature grise » dans un second temps. La troisième section de cette analyse est un recensement des recherches sur la santé autochtone menées au Canada qui sont présentement financées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRCS). Conjointement, ces trois sections dressent un portrait précis des travaux publiés récemment, de la documentation produite par les gouvernements et les organisations autochtones ainsi qu'un aperçu des travaux de recherche financés dans le domaine de la santé autochtone.

1. DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS

Une analyse des travaux portant sur la santé autochtone au Canada révisés par des comités de lecture et publiés dans la période 2001-octobre 2006 a été menée. La section suivante présente les détails des recherches recensées, incluant des informations démographiques pour chacune des sections, un examen des liens existant entre les principaux thèmes de recherche (e.g. maladies infectieuses et dépendances), et une discussion des thèmes clés émergeant de cet examen de la documentation. Au total, 649 documents ont été analysés et regroupés, utilisant des codes mutuellement non exclusifs, selon les thèmes de recherche généraux suivants : dépendances, maladies chroniques, environnement et toxicologie, génétique, recherche en santé, politique, ressources humaines, planification/programmation et prestation, santé mentale incluant le suicide et déterminants sociaux de la santé. En plus de regrouper ces documents par principaux domaines de recherche, un mot clé descriptif a été attribué à chaque document (e.g. « prévention du diabète » ou « suicide, facteur de risque ») de façon à clarifier les termes clés émergeant des domaines. Des descripteurs démographiques ont également été attribués à chaque document. Ces descripteurs, bien qu'aussi précis que possible, doivent

être interprétés avec prudence, ces informations démographiques étant entièrement dépendantes des termes utilisés par les auteurs des documents publiés.

En général le groupe démographique faisant l'objet des études retenues est celui des « Autochtones ». Souvent le groupe démographique était plus précis, le tableau 3 montre les principales catégories démographiques faisant l'objet des études retenues dans cette analyse.

TABLEAU 3 DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS, DIVISION PAR GROUPE DÉMOGRAPHIQUE n=649		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	357	55,0%
Premières nations	207	31,9%
Inuits	112	17,3%
Métis	20	3,1%

Tel que le montre le Tableau 3, 357 (55.0%) des articles retenus portent sur les Autochtones. Dans certains cas, ce descripteur est utilisé parce que le document aborde des questions d'intérêt pour l'ensemble des peuples autochtones au Canada. Dans d'autres cas cependant, le descripteur démographique autochtone signifie simplement que la communauté ou la nation sur laquelle portait l'étude n'est pas nommée. Les Premières nations reçoivent également beaucoup d'attention dans la documentation, avec 207 documents (31.9%). Viennent ensuite les Inuits avec 112 documents (17.3%); la population métis est rarement mentionnée dans la documentation avec seulement 20 documents (3.1%) portant sur cette population en particulier.

En termes de couverture par principaux sujets de recherche, les recherches sur la santé/politique/programmation/prestation, les déterminants sociaux de la santé, les maladies chroniques et les maladies infectieuses reçoivent la plus grande part de l'attention alors que les travaux portant sur les blessures et la violence, ainsi que les

travaux portant sur la génétique sont moins souvent publiés. Le tableau 4 montre les principaux domaines de recherches traités dans les publications révisées par des pairs.

TABLEAU 4 DOCUMENTATION RÉVISÉE PAR DES PAIRS, PAR PRINCIPAUX DOMAINES DE RECHERCHE n=649		
DOMAINE DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Recherche en soins de santé, politique, ressources humaines, programmation et prestation	208	32,0%
Déterminants sociaux de la santé	188	29,0%
Maladies chroniques	165	25,4%
Maladies infectieuses	101	15,6%
Santé mentale, incluant le suicide	79	12,2%
Soins aux mères et à la petite enfance	74	11,4%
Environnement et toxicologie	65	10,0%
Dépendances	57	8,8%
Blessures et violence	29	4,5%
Génétique	25	3,9%

Recherche en soins de santé, politique, ressources humaines, programmation et prestation

Sans surprise, les soins de santé sont bien représentés dans l'ensemble des publications, avec 208 (32,0%) articles publiés portant sur un aspect de ce thème. Parmi les autres thèmes traités qui sont liés au continuum des soins de santé, on retrouve les suivants: ressources humaines, politiques en santé, prestation de service, promotion de la santé, équité dans l'accès, la qualité, l'usage et les coûts des services de santé.

La prestation de services est une question centrale dans cette section de la documentation (29,3%). Les ressources humaines prennent également une place considérable, avec 22,1% des articles portant sur cette question. Les questions portant sur le contenu autochtone dans l'éducation du personnel infirmier, des médecins et des autres professionnels de la santé, ainsi que la question du développement des capacités au sein

des communautés autochtones sont apparues comme étant des thèmes clés. La promotion de la santé, ainsi que les activités d'application des connaissances ont reçu une certaine attention (19,7%), tout comme les études portant sur l'équité dans l'accès aux services de santé (18,3%). Les recherches en santé (16,3%) et les politiques (12,5%) ont été abordées fréquemment, alors que les questions relatives à la qualité, l'utilisation et les coûts l'ont été dans une moindre mesure (7,7%). De façon générale, cette sous-section de la documentation prête attention aux questions liées à la participation communautaire, aux méthodes culturellement appropriées, et aux connaissances autochtones dans le continuum de la santé, appliquées aux méthodologies de recherche et aux questions éthiques ainsi qu'aux questions relatives à la prestation de services.

Les thèmes de la recherche en santé, des politiques, de la programmation et de la prestation recoupent d'autres thèmes. Les tableaux 5, 6 et 7 montrent les domaines et les sujets de recherches qui sont associés à la recherche en santé, aux politiques, à la programmation et à la prestation, ainsi que les informations relatives aux populations traitées par les publications dans ce domaine.

TABLEAU 5		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, RECHERCHES EN SOINS DE SANTÉ, POLITIQUES, RESSOURCES HUMAINES, PROGRAMMATION ET PRESTATION, PAR SUJET		
n=208		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Soins de santé et programmation	61	29,3%
Ressources humaines	46	22,1%
Éducation	12	5,8%
Développement des capacités	11	5,3%
Promotion de la santé, incluant l'application des connaissances	41	19,7%
Équité dans l'accès	38	18,3%
Recherche en santé	34	16,3%
Politiques de santé	26	12,5%
Qualité, utilisation, coûts des soins de santé	16	7,7%

TABLEAU 6 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, RECHERCHE EN SOINS DE SANTÉ, RESSOURCES HUMAINES, PROGRAMMATION ET PRESTATION ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE n=208		
DOMAINE PRINCIPAL DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Maladies chroniques	37	17,8%
Diabète	17	8,2%
Cancer	8	3,8%
Maladie rénales	6	2,9%
Maladies infectieuses	18	8,7%
VIH/SIDA	9	4,3%
Soins aux mères et à la petite enfance	11	5,3%
Santé mentale	10	4,8%
Dépendances	8	3,8%

TABLEAU 7 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, RECHERCHE EN SOINS DE SANTÉ, POLITIQUE, RESSOURCES HUMAINES, PROGRAMMATION ET PRESTATION, PAR POPULATION n=208		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	143	68,8%
Premières nations	60	28,8%
Inuits	17	8,2%
Métis	5	2,4%

Déterminants sociaux de la santé

Un nombre total de 188 (29,0%) publications révisées par des pairs touchent à la question des déterminants sociaux de la santé. La grande majorité des documents de cette section (153, ou 81,4%) portent sur un certain nombre de problématiques qui sont difficiles à isoler les unes des autres : communautés autochtones, connaissances indigènes et cultures indigènes. Dans le domaine de la santé, les questions relatives à la communauté, à la connaissance et à la culture ne peuvent être isolées les unes des autres puisqu'il s'agit de

concepts interconnectés. Un nombre important de documents plaide en faveur d'une plus grande attention à ces problématiques (e.g. les ressources humaines, les méthodologies de recherche, la promotion de la santé et la santé mentale). Alors que cette large sous-section de la documentation sur les déterminants sociaux de la santé peut être regroupée dans la rubrique générale de l'inclusion et de l'exclusion sociale, les questions liées à la colonisation, à la discrimination, aux inégalités et aux pensionnats autochtones sont abordées dans les publications; cette rubrique ne correspond pas exactement aux courants actuels en recherche. Les appels pour une amélioration de la participation communautaire et en faveur de la création de programmes de recherche culturellement appropriés (des sujets portant, parfois de façon indirecte, sur l'exclusion sociale des Autochtones) sont nombreux, et ces documents identifiant les besoins sont souvent accompagnés de publications portant sur le bien-être, la résilience, la force et la guérison. La documentation portant sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones au Canada offre un aperçu des besoins et des manques dans le paysage actuel de la recherche sur les DSS mais constitue également une source précieuse de renseignements sur les ressources culturelles que possèdent les peuples autochtones dans le domaine de la santé.

D'autres déterminants sociaux de la santé ont récemment fait leur apparition dans la documentation. Plus particulièrement, le logement (incluant la question des sans-abris) a reçu de l'attention dans 9 (4,8%) articles recensés dans le domaine. Les questions économiques, incluant la pauvreté, font une apparition discrète, tout comme les études générales sur les relations complexes entre la santé et les autres inégalités avec lesquelles les Autochtones au Canada doivent composer. De façon générale, ces déterminants sociaux de la santé font une apparition mineure dans la documentation.

La documentation portant sur les déterminants sociaux de la santé contient des considérations plus générales (et parfois plus superficielles) sur les questions relatives à l'inclusion et l'exclusion sociale. Le niveau relativement élevé de l'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé ne signifie pas qu'il existe un nombre adéquat d'études sur les déterminants sociaux eux-mêmes, mais plutôt une reconnaissance de l'importance

de ce thème ainsi que l'importance des déterminants eux-mêmes. Les discussions sur les déterminants sociaux de la santé recourent un certain nombre d'autres domaines. Les documents traitant de la question portent également sur une large gamme de populations. Les tableaux 8 et 9 décrivent ces données.

TABLEAU 8 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET AUTRES DOMAINES DE RECHERCHE n=188		
DOMAINE DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Santé mentale	44	23,4%
Prestation des soins de santé	32	17,0%
Maladies chroniques	26	13,8%
Ressources humaines dans le domaine de la santé, incluant l'éducation	23	12,2%
Promotion de la santé	18	9,6%
Maladies infectieuses	16	8,5%
Méthodologies et éthique en recherche en santé	16	8,5%
Dépendances	15	8,0%
Soins aux mères et à la petite enfance	13	6,9%
Développement des capacités	9	4,8%
Accès équitable aux soins de santé	9	4,8%
Politiques de santé	9	4,8%

TABLEAU 9 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, PAR POPULATION n=188		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	111	59,0%
Premières nations	66	35,1%
Inuits	24	12,8%
Métis	15	8,0%

Maladies chroniques

Un nombre total de 165 (24,4%), ou environ un quart des recherches abordent la question des maladies chroniques. Le diabète de type 2 est largement représenté, avec 82 études (49,7%) abordant cette question. Les maladies cardiovasculaires reçoivent également beaucoup d'attention (20,6% des articles), tout comme la nutrition, l'activité physique, l'obésité et le syndrome métabolique (21,2%). Il existe un certain chevauchement entre ces trois catégories étant donné leurs interconnexions cliniques. Des considérations sur le diabète recourent également d'autres thèmes clés émergeant des publications sur les maladies chroniques, en particulier les thèmes de la génétique, des maladies rénales et des problématiques relatives aux transplantations. Les tableaux 10,11 et 12 décrivent le paysage des recherches récentes dans le domaine des maladies chroniques.

TABLEAU 10		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES CHRONIQUES, PAR SUJET		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Diabète	82	49,7%
Nutrition, forme physique, obésité, syndrome métabolique	35	21,2%
Maladies cardiovasculaires	34	20,6%
Cancer	20	12,1%
Cancer cervical	8	4,8%
Maladies rénales	15	9,1%
Tabagisme	7	4,2%
Problèmes liés à la transplantation d'organes	7	4,2%

TABLEAU 11		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES CHRONIQUES ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE		
n=165		
DOMAINES DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Recherche en soins de santé, politique, programmation et prestation	42	25,5%
Promotion de la santé	13	7,9%
Prestation des soins de santé	11	6,7%
	10	6,1%

Accès équitable aux soins de santé		
Soins aux mères et à la petite enfance	12	7,3%
Génétique	11	6,7%
Maladies infectieuses	6	3,6%

TABLEAU 12 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES CHRONIQUES, PAR POPULATIONS n=165		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	90	54,5%
Premières nations	66	40,6%
Inuits	20	12,1%
Métis	3	1,8%

Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont abordées dans 101 (15,6%) publications révisées par des pairs. Les thèmes VIH/SIDA, tuberculose et hépatites sont bien représentés. Sans surprise, étant donné les modes de transmission de ces maladies, la question des dépendances (et de l'utilisation de drogues injectables) et celle de la vaccination jouent un rôle important dans le domaine. En termes de chevauchements avec d'autres domaines principaux de recherche, les dépendances sont très présentes avec 19 documents (18,8%) tout comme le sont les questions relatives à la prestation, à l'accès, au coût, à l'utilisation ainsi qu'aux ressources humaines en santé (15 documents ou 14,9%). Les questions relatives à la santé des mères et de la petite enfance sont également présentes dans les documents traitant des maladies infectieuses. Les documents classés dans ce domaine incluent des considérations sur la vaccination, sur le dépistage prénatal des maladies infectieuses et sur les relations entre les déterminants sociaux de la santé (e.g. logement) et la santé des mères et de la petite enfance.

TABLEAU 13		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES INFECTIEUSES, PAR SUJET		
n=101		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
VIH/SIDA	23	22,8%
Tuberculose	21	20,8%
Consommation de drogues, incluant la prise de drogues par injection	13	12,9%
Vaccination	11	10,9%
Hépatite C	9	8,9%
Maladies respiratoires de la petite enfance	8	7,9%
Hépatite A	7	6,9%
Logement	7	6,9%
Infections transmissibles sexuellement (n'inclut pas le VIH/SIDA et les hépatites)	7	6,9%

TABLEAU 14		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES INFECTIEUSES ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE		
n=101		
PRINCIPAUX DOMAINES DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Dépendances	19	18,8%
Prestation, accès, coût, utilisation et ressources humaines dans le domaine des soins de santé	15	14,9%
Santé des mères et de la petite enfance	9	8,9%

TABLEAU 15		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, MALADIES INFECTIEUSES, PAR POPULATION		
n=101		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	62	61,4%
Premières nations	26	25,7%
Inuits	24	23,8%
Métis	3	3,0%

Santé mentale, incluant le suicide

Un total de 79 documents (12,2%) traitant de questions relatives à la santé mentale ont été recensés parmi les publications révisées par des pairs. Ce sujet regroupe une large gamme de préoccupations dans laquelle quelques thèmes clés peuvent être identifiés. Un chevauchement a toutefois été identifié entre les thèmes de la santé mentale et des dépendances, des maladies chroniques ainsi qu'avec le thème des soins de santé. Un des thèmes clés les plus représentés est celui du suicide; la question des soins culturellement appropriés est également explorée par un grand nombre d'articles, ces derniers abordant des questions diverses telles que les retraites de guérison pour les délinquants autochtones ou l'importance des connaissances autochtones dans la prestation des services de counseling inuits. De plus, un grand nombre d'articles porte sur les concepts de force, de bien-être et de résilience. Bien que les histoires coloniales ne soient pas souvent mentionnées dans les résumés des articles dans ce domaine, l'emphase portée sur la culture et le bien-être témoigne de ces histoires. Les tableaux 16, 17 et 18 montrent les sujets de recherche les plus fréquents dans le domaine de la recherche en santé mentale.

TABLEAU 16		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, SANTÉ MENTALE, PAR SUJET		
n=79		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Soins culturellement appropriés, implication communautaire et connaissances autochtones	20	25,3%
Suicide	14	17,7%
Force, bien-être et résilience	6	7,6%

TABLEAU 17		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, SANTÉ MENTALE ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE		
n=79		
DOMAINE PRINCIPAL DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Dépendances	7	8,9%
Prestation, accès, coût, utilisation et ressources humaines dans le domaine des soins de santé	6	7,6%

Maladies chroniques	5	6,3%
---------------------	---	------

TABLEAU 18 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, SANTÉ MENTALE, PAR POPULATION n=79		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	48	60,8%
Premières nations	22	27,8%
Inuits	11	13,9%
Métis	7	8,9%

Soins aux mères et à la petite enfance

Environ un dixième (74 ou 11,4%) des publications révisées par des pairs abordent la question de la santé des mères et de la petite enfance. De façon générale, ce domaine de recherche comprend des articles chevauchant d'autres domaines de recherche; quelques thèmes émergent de ces publications. En particulier, les questions relatives à l'environnement et la toxicologie sont les plus courantes, surtout dans des études portant sur des contaminants environnementaux tels les BPC, le plomb ou le mercure. Les maladies chroniques, la prestation, l'accès et la promotion des soins de santé, les maladies infectieuses et les dépendances reçoivent également de l'attention. Il est à noter qu'une part relativement large de ces études réfèrent aux populations inuites (21 documents ou 28,4% par comparaison à 17,3% dans l'ensemble des publications). Les tableaux 19 et 20 décrivent les publications sur la santé des mères et de la petite enfance.

TABLEAU 19 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, SOINS AUX MÈRES ET À LA PETITE ENFANCE ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE n=74		
DOMAINE PRINCIPAL DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Environnement et toxicologie	16	21,6%
Maladies chroniques	12	16,2%
Prestation, promotion et accès aux soins de santé	11	14,9%

Maladies infectieuses	9	12,3%
Dépendances	5	6,8%

TABLEAU 20		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, SOINS AUX MÈRES ET À LA PETITE ENFANCE, PAR POPULATION		
n=74		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	36	48,6%
Premières nations	23	31,1%
Inuits	21	28,4%
Métis	4	5,4%

Environnement et toxicologie

Un total de 65 articles, ou 10% du nombre total de publications révisées par des pairs, traitent des liens entre l'environnement, la toxicologie et la santé. Le seul autre thème retrouvé dans les articles classés dans cette catégorie est celui de la santé des mères et de la petite enfance. Près d'un quart des articles (16 ou 24,6%) classés sous le thème Environnement et toxicologie traitent du thème de la santé des mères et de la petite enfance. Bien que des sujets tels que la qualité des eaux et la gestion des bassins-versants soient traités dans cette section de la documentation, le thème émergeant est celui de la contamination environnementale (principalement par le mercure, le plomb, les BPC et autres polluants organiques persistants). Les deux tiers des articles (43, ou 66,2%) recensés dans ce domaine touchent à ces questions. La question de la contamination des sources alimentaires traditionnelles est également bien représentée : 19 études (29,2%) abordent cette question. Le tableau 21 présente la couverture démographique de ce domaine de recherche. Il y est à noter qu'un nombre relativement restreint d'articles portent sur les populations autochtones en général (27,7%) et qu'un nombre relativement important (38,5%) porte sur les Inuits.

TABLEAU 21		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, ENVIRONNEMENT ET TOXICOLOGIE, PAR POPULATION		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE

Autochtones	18	27,7%
Premières nations	25	38,5%
Inuits	25	38,5%
Métis	4	6,2%

Dépendances

Un nombre total de 57 articles, ou 8,8% du nombre total de publications révisées par des pairs, portent sur les questions des dépendances, incluant celle au tabac. Les thèmes clés qui émergent de ce domaine de recherche incluent des considérations sur l'usage du tabac (16 documents ou 28,1%), sur le VIH/SIDA et sur l'utilisation de drogues injectables en lien avec les dépendances : 15 documents, ou 26,3%, font mention spécifique du VIH/SIDA alors que 11, ou 19,3%, discutent de l'utilisation de drogues injectables. Le thème de l'utilisation de stratégies culturellement appropriées ou impliquant les communautés reçoit l'attention de 15,8% (9 documents) des publications recensés. L'alcool reçoit une certaine couverture (7 documents ou 7,3%), tout comme les hépatites B et C (5 documents sur 8,8%). La programmation des traitements reçoit une couverture mineure : seulement 8,8% des documents portent sur les traitements. Le chevauchement avec d'autres domaines de recherche le plus évident est celui avec le domaine des maladies infectieuses. Les thèmes des soins de santé, de la santé mentale, de la santé des mères et de la petite enfance et des maladies chroniques sont également présents dans la documentation sur les dépendances. Les informations relatives à la démographie reflètent l'intérêt porté aux questions du VIH/SIDA et de l'utilisation de drogues injectables. Une large proportion des documents (75,4% ou 43 documents) spécifient qu'ils portent sur les populations autochtones, dont 19,3% portant spécifiquement sur les Autochtones habitant Vancouver en C.-B. Les populations inuites reçoivent très peu d'attention avec seulement deux articles ou 3,5%. Les tableaux 22, 23 et 24 précisent le paysage des publications relatives aux dépendances.

TABLEAU 22		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, DÉPENDANCES PAR SUJET		
n=57		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Tabac	16	28,1%
VIH/SIDA	15	26,3%
Utilisation de drogues injectables	11	19,3%
Soins culturellement appropriés, implication communautaire et/ou pratiques traditionnelles.	9	15,8%
Alcool	7	12,3%
Hépatites B et C	5	8,8%
Programmation des traitements	5	8,8%

TABLEAU 23		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, DÉPENDANCES ET AUTRES DOMAINES PRINCIPAUX DE RECHERCHE		
n=57		
DOMAINE PRINCIPAL DE RECHERCHE	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Maladies infectieuses	19	13,3%
Accès, prestation, politique, et programmation des soins de santé	8	14,0%
Santé mentale	7	12,3%
Soins aux mères et à la petite enfance	5	8,8%
Maladies chroniques	4	7,0%

TABLEAU 24		
PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, DÉPENDANCES, PAR POPULATION		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	43	75,4%
Vancouver, C.-B.	11	19,3%
Premières nations	14	24,6%
Inuits	2	3,5%
Métis	2	3,5%

Violence et blessures

Environ un article sur 20 (4,5 ou 29) traite de la question des blessures et de la violence. Quelques thèmes clés émergent de cette section de la littérature. Les blessures forment le thème principal de ce domaine, avec 18 (62,1%) des documents référants à ce thème. La question de la violence apparaît dans un peu plus d'un tiers des documents (34,5 % ou 10 documents). La presque totalité des articles portant sur la violence traitent de violence domestique. La santé mentale, les dépendances et les accidents de véhicules motorisés sont également des thèmes importants dans cette section de la documentation. Le tableau 25 montre les sujets spécifiques ainsi que les chevauchements alors que les informations démographiques sont présentées dans le tableau 26.

TABLEAU 25 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, BLESSURES ET VIOLENCE, PAR SUJET ET PAR DOMAINE PRINCIPAL DE RECHERCHE n=29		
SUJET	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Blessures	18	62,1%
Violence	10	34,5%
Santé mentale	8	27,6%
Accidents de véhicules motorisés	5	17,2%
Dépendances	4	13,8%

TABLEAU 26 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, BLESSURES ET VIOLENCE, PAR POPULATION n=29		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	22	75,9%
Premières nations	5	17,2%
Inuits	2	6,9%

Génétique

Les 25 études portant sur la génétique (3,9% de la documentation) abordent une variété de sujets, qui vont de la génétique des encéphalites chez les populations criées jusqu'à la cirrhose infantile des Indiens d'Amérique du nord. Les thèmes les plus communs sont ceux du diabète (9 documents ou 36,0%) et de l'histoire génétique des ancêtres des peuples autochtones (8 documents ou 32,0%). Le tableau 27 présente les populations qui sont abordées dans ce domaine de recherche.

TABLEAU 27 PUBLICATIONS RÉVISÉES PAR DES PAIRS, GÉNÉTIQUE, PAR POPULATION n=25		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Autochtones	13	52,0%
Premières nations	10	40,0%
Inuits	3	12,0%

2. ANALYSE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Un nombre total de 242 rapports, études et documents de discussions qui ont été publiés depuis 2001 par des organisations autochtones, les gouvernements fédéral et provinciaux, les différentes juridictions en santé, des organisations professionnelles et d'autres ONG a été analysé et regroupé par sous-thèmes. De façon générale, la documentation porte sur des thèmes significativement différents de ceux traités dans les publications révisées par des pairs : dans la littérature grise, moins d'emphase est portée à des maladies spécifiques et alors que la recherche en santé, les politiques, la prestation de services, le bien-être communautaire, et les déterminants sociaux de la santé y sont plus représentés. Le tableau 28 présente une liste des 30 sous-thèmes qui apparaissent le plus souvent dans la littérature grise.

TABLEAU 28 LITTÉRATURE GRISE, 30 SOUS-DOMAINES LES PLUS FRÉQUENTS n=242		
SOUS-DOMAINES	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Recherche	61	25,2%
Services de santé	40	16,5%
Bien-être communautaire	33	13,6%
Politiques de santé	31	12,8%
Statistiques	31	12,8%
Systèmes de santé	29	12,0%
Communautés nordiques	25	10,3%
Autochtones vivant en région urbaine	24	9,9%
Promotion de la santé et éducation en santé	23	9,5%
Programmes et services	23	9,5%
Jeunes	22	9,1%
Développement communautaire	21	8,7%
Femmes	20	8,3%
Démographie	18	7,4%
Gouvernement	17	7,0%
Déterminants de la santé	17	7,0%
Surveillance en santé	17	7,0%
Habitation	17	7,0%
Développement des capacités	16	6,6%
Carrières en santé	15	6,2%
Lois et législations	15	6,2%
Systèmes d'éducation	14	5,8%
Connaissances autochtones	14	5,8%
Santé mentale	14	5,8%
Effet des pensionnats autochtones	14	5,8%
Gouvernance	13	5,4%
Inuits vivant dans une communauté inuite	13	5,4%
Santé en régions éloignées et rurales	13	5,4%
Écoles	13	5,4%
VIH/SIDA	12	5,0%

Tel que le montre le Tableau 28, la littérature grise portant sur la santé autochtone au Canada démontre un intérêt dans le continuum des soins de santé, de la recherche à la prestation de services. Les publications portant sur la recherche forment la catégorie la plus importante, avec 61 documents (25,2%) s'y rapportant. Les services de santé (16,5%), les politiques de santé (12,8%), les systèmes de santé (12,0%), la promotion de la santé et l'éducation (9,5%), ainsi que les programmes et services (9,5%) reçoivent tous une attention importante. La question des données est également centrale dans la littérature grise : les statistiques (12,8%), la surveillance en santé (7,0%) et la démographie (7,4%) y sont présents. Les ressources humaines consistent une question

clé dans le continuum des soins de santé et un certain nombre de documents traitent de la question; les carrières en santé sont abordées dans 6,2% des documents alors que le développement des capacités est présent dans 6,6% des publications. Le développement des capacités est un aspect des ressources humaines qui est intimement lié aux questions de communauté et de culture. Les connaissances indigènes sont présentes dans un peu plus d'un document sur vingt (5,8%). Le bien-être des communautés constitue un sujet traité dans 33 documents (13,6%) alors que le développement des communautés est présent dans 8,7% des documents.

La littérature grise s'adresse de façon générale à des populations bien définies en fonction de leur âge, de leur sexe et de leur géographie. Les jeunes et les femmes sont traités spécifiquement dans un peu moins de 10% des publications (9,1% et 8,3% respectivement). Des populations spécifiques définies par leur géographie sont également traitées dans la littérature grise : communautés nordiques (10,3%), communautés urbaines (9,9%), Inuits résidant dans des communautés inuites (5,4%) et régions éloignées et rurales (5,4%) y sont bien représentés.

Alors que la démographie constitue un thème privilégié de la littérature grise, d'autres sujets qui sont liés à la santé sont également présents. Les déterminants de la santé, pris dans leur sens large, sont discutés dans 7,0% de la documentation. Les questions liées à la gouvernance, à la loi et aux législations (5,4%, 7,0% et 6,2% respectivement) ainsi qu'une série de sujets plus spécifiques incluant les impacts des pensionnats autochtones, (5,8%), le logement (7,0%), les systèmes d'éducation (5,8%) et les écoles (5,4%) sont également représentés. Les domaines de recherche qui émergent de façon marquée de l'ensemble des publications révisées par des pairs (e.g. maladies chroniques et infectieuses) ne font ici qu'une apparition mineure; la santé mentale (5,8%) et le VIH/SIDA (5,0%) reçoivent toutefois une certaine attention.

Les populations auxquelles s'adresse la littérature grise témoignent des différences entre la littérature grise et les publications révisées par des pairs. Tel que discuté précédemment, la documentation révisée par des pairs est plus à même de traiter de

populations très spécifiques (e.g. les Métis en Alberta) alors que la littérature grise inclut tous les Autochtones vivant au Canada. Le tableau 29 montre la portée démographique de la littérature grise.

TABLEAU 29		
LITTÉRATURE GRISE, PAR POPULATION		
n=242		
POPULATION	NOMBRE DE DOCUMENTS	POURCENTAGE
Premières nations	223	92,1%
Inuits	179	74,0%
Métis	182	75,2%

Presque toute la littérature grise a un lien avec les Premières nations (92,1%), alors que les trois quarts sont liés aux populations inuites et métis (74,0% et 75,2% respectivement).

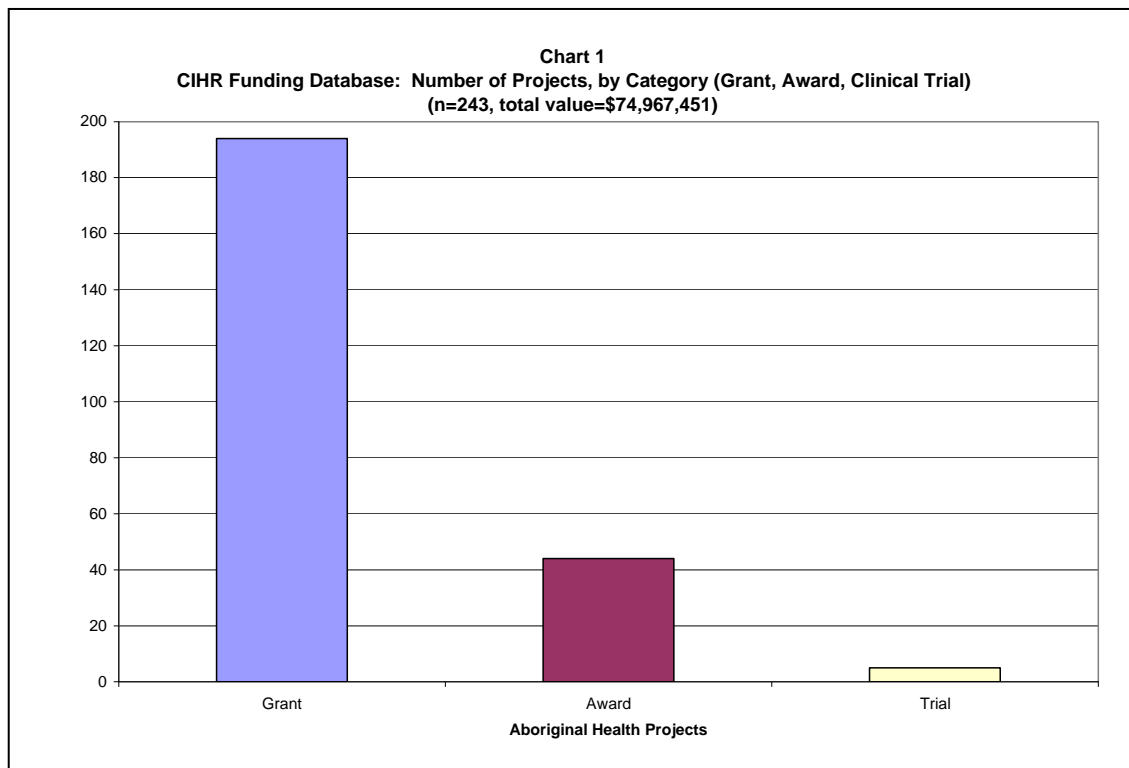
En général, la littérature semble aborder des questions d'intérêt pour toutes les populations autochtones au Canada et est moins portée à traiter des maladies que de bien-être. Par exemple, le diabète, une question très bien représentée dans les publications révisées par des pairs, ne fait pas partie des 30 sous-thèmes les plus abordés dans la littérature grise. La littérature grise s'intéresse à des populations spécifiques, aux déterminants sociaux de la santé et au continuum des soins de santé, de la recherche à la prestation de services.

3. FINANCEMENT DES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA

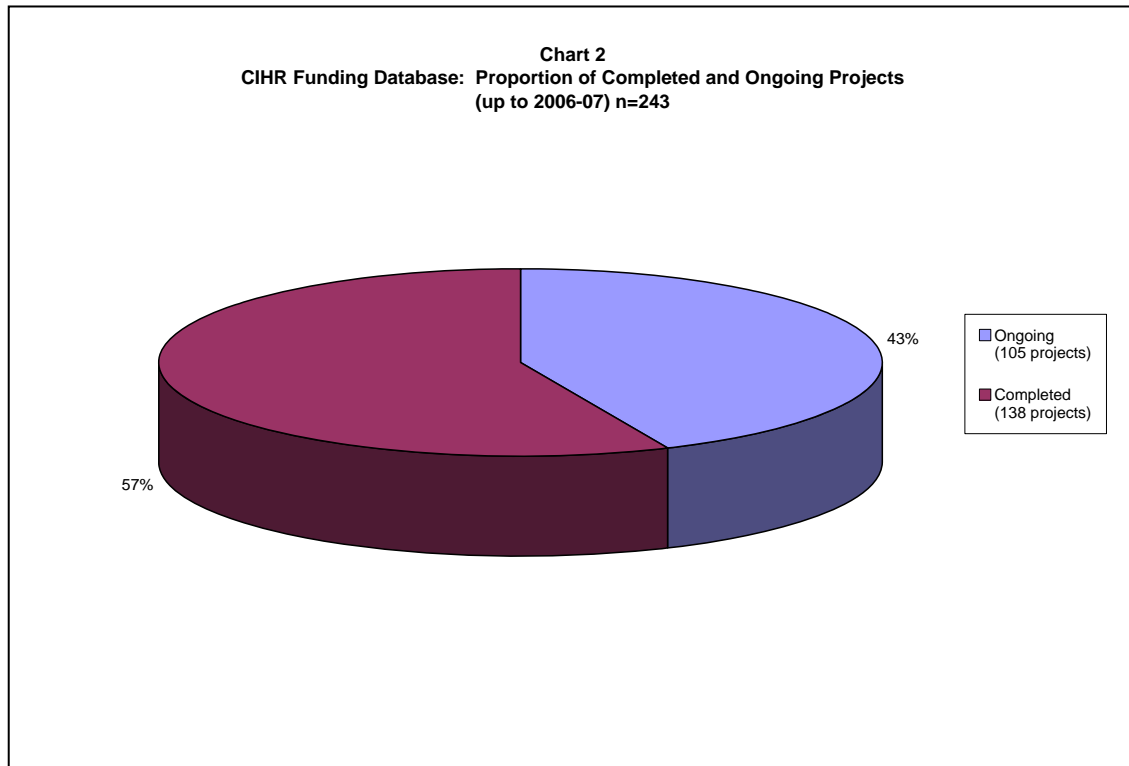
Les Instituts de recherche en santé du Canada constituent la principale source de financement fédérale dans le domaine de la santé. Conséquemment, une analyse de la base de données des financements octroyés par les IRCS, présentant les recherches en cours et les recherches récemment financées, est cruciale au processus d'analyse des recherches menées en santé autochtone. Entre 1999 et aujourd'hui, 74 967 451\$ ont été octroyés par les IRCS pour des recherches en lien avec la santé autochtone au Canada. La

section suivante présente les résultats de l'analyse de la base de données des recherches financées par les IRCS depuis 1999.

Le diagramme 1, *CIHR Funding Database: Number of Projects, by Category (Grant, Award, Clinical Trial)* (*Base de données des financements octroyés par les IRCS : nombre de projets, par catégorie (subventions, prix, recherches cliniques)*), présente les projets par catégories. D'un nombre total de 243 entrées dans la base de données, 194 (79,8%) réfèrent à des subventions de recherche, 44 à des prix (18,1%), et cinq à des essais cliniques (2,1%). Les subventions de recherche sont généralement octroyées à des chercheurs établis (i.e. des professeurs dans des établissements d'enseignement post-secondaires) alors que les bourses sont le plus souvent octroyées à des étudiants gradués, la prochaine génération de chercheurs dans le domaine.



Le diagramme 2, *CIHR Funding Database: Proportion of Completed and Ongoing Projects (Base de données des financements octroyés par les IRCS : proportion des projets complétés et en cours)*, illustre la proportion de recherches financées par les IRCS dans le domaine de la santé autochtone qui a été complétée. Des 243 entrées dans la base de données, 138 (57%) réfèrent à des projets complétés alors que 105 (43%) réfèrent à des projets toujours en cours.



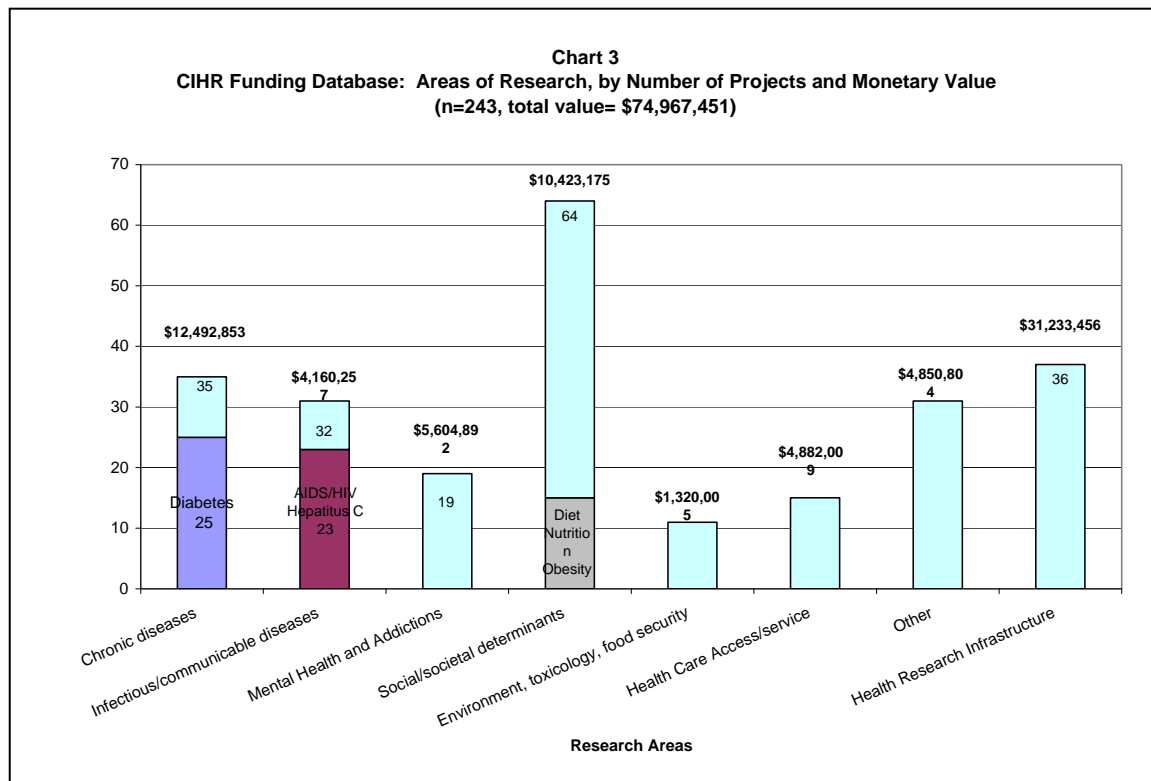
Ces données montrent que bien qu'une proportion significative des recherches menées dans le domaine de la santé autochtone depuis 1999 aient été complétées, une proportion importante d'entre elles est toujours en cours, ce qui implique que des recherches et publications significatives sont attendues à court et moyen termes.

Ces informations montrent un intérêt manifeste pour les recherches liées à la santé des Autochtones vivant au Canada. Une analyse plus spécifique des recherches par domaines et thèmes offre un aperçu plus détaillé des forces et des besoins dans le domaine. Le diagramme 3, *CIHR Funding Database: Areas of Research, by Number of Projects and Monetary Value (Base de données des financements octroyés par les IRCS : domaines de*

recherche, par nombre de projets et par montants octroyés), présente les sept domaines clés dans lesquels des recherches ont été récemment entreprises. Ces domaines incluent :

- Maladies chroniques
- Maladies infectieuses et transmissibles
- Santé mentale et dépendances
- Déterminants sociaux et sociétaux de la santé
- Environnement, toxicologie et sécurité alimentaire (incluant les connaissances et la préservation de l'alimentation traditionnelle)
- Accès aux soins de santé et/ou services
- Infrastructures de recherche en santé

De plus, ce diagramme montre la proportion de projets portant sur les trois thèmes spécifiques les plus courants, soit diabète, VIH/SIDA et hépatite C et diète/nutrition/obésité. Un nombre total de 25 entrées (10,3%) réfèrent au diabète, le VIH/SIDA et l'hépatite C reçoivent 9,5% de l'attention (23 projets) alors que 15 projets portent sur la diète/nutrition/obésité. Pris dans leur ensemble, un peu plus du quart (26,0%) du nombre total de projets portent sur ces thèmes.



Le plus grand nombre de projets financés portent sur les déterminants sociaux/sociétaux de la santé, 34 projets (26,3%) portant sur ce thème et près de 23,4% de ces derniers abordant de façon spécifique la question de la diète/nutrition/obésité. Les infrastructures de recherche (36 projets ou 14,8%), les maladies chroniques (35 projets ou 14,4%) et les maladies infectieuses/transmissibles (31 projets ou 13,2%) reçoivent également une attention marquée de la part de l'organisme subventionnaire. Il est important de prendre note que les projets portant sur les maladies chroniques et sur les maladies infectieuses/transmissibles sont dominés par un nombre restreint de thèmes : plus des deux tiers des projets (71,4%) sur les maladies chroniques portent sur le diabète et une proportion similaire de projets (71,8%) liés aux maladies infectieuses/transmissibles touchent la question du VIH/SIDA et de l'hépatite C. Un financement relativement moins important a été octroyé aux autres catégories. Les projets portant sur les maladies mentales et les dépendances ne représentent que 7,8% (19) de l'ensemble des projets financés⁵ alors que les projets portant sur les services et l'accès aux soins de santé (6,2% ou 15 projets) et l'environnement/toxicologie/sécurité alimentaire (4,5% ou 11 projets) sont encore moins couramment financés. Les autres types de recherches représentent 12,8% (31) de l'ensemble des projets financés.

L'inclusion d'une analyse des niveaux de financement vient compliquer ce portrait. Bien que le financement des infrastructures de recherche ne représente que 14,8% du nombre total de projets, ces projets reçoivent, en moyenne, une large proportion du financement. Cette catégorie représente 41,7% des dépenses totales (31 233 456\$). Le domaine de recherche le plus courant, celui des déterminants sociaux/sociétaux de la santé (26,3% du nombre total de projets), reçoit une proportion significativement plus petite de financement. Les projets dans cette catégorie reçoivent un total de 10 423 175\$ en financement, ou 13,9% des dépenses totales. Les recherches sur les maladies infectieuses

⁵ Cette information ne reflète pas l'ensemble de la situation: les IRCS ne sont qu'un des organismes fédéraux finançant des recherches sur la santé mentale et les dépendances. Des recherches dans ce domaine peuvent également être financées par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

(13,2% du nombre total de projets), l'environnement/toxicologie/sécurité alimentaire (4,5% du nombre total de projets) et les autres études (12,8% du nombre total de projets) sont également financés à des niveaux relativement plus faibles. Les maladies infectieuses reçoivent 5,5% du financement total (4 160 257\$) alors que l'environnement/toxicologie/sécurité alimentaire en reçoit 1,8% (1 320 005\$) et les autres études en reçoivent 6,5% (4 850 804\$). Les maladies chroniques (14,4% du nombre total de projets) reçoivent un montant proportionnel à la proportion de projets menés dans ce domaine (16,7% des dépenses totales en santé autochtone ou 12 492 853\$). L'accès aux soins de santé et les services de santé (6,2% du nombre total de projets) ainsi que la santé mentale et les dépendances (7,8% du nombre total de projets) reçoivent également un financement proportionnel au nombre de projets menés, le premier thème recevant 6,5% du financement (4 882 009\$) et le second 7,5% (5 604 892\$).

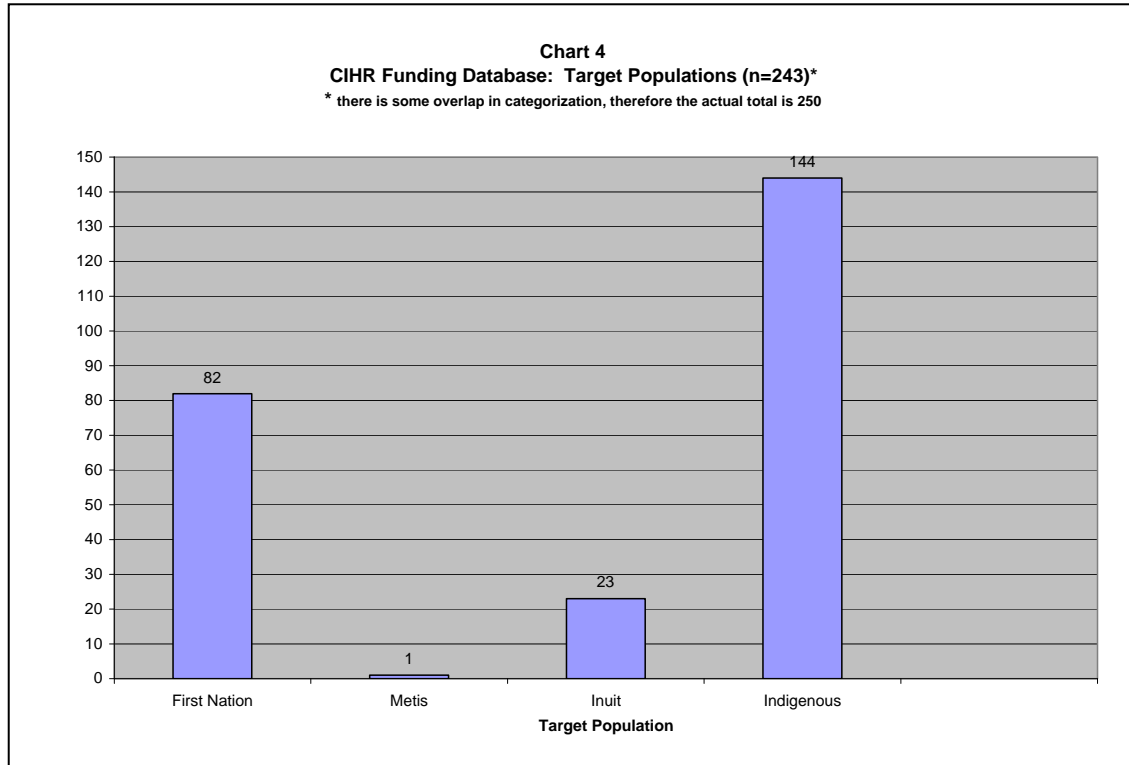
En résumé, les infrastructures de recherche et les maladies chroniques reçoivent le niveau le plus élevé de financement alors que les déterminants sociaux/sociétaux de la santé représentent le plus grand nombre de projets financés. Toutes les autres catégories reçoivent un financement proportionnel ou moindre au nombre de projets financés. Ces données indiquent que les investissements dans les recherches futures (i.e. infrastructures de recherche) sont une priorité tout comme le sont les projets à grande échelle sur les maladies chroniques. De plus, puisque qu'une importante proportion des recherches sur les maladies chroniques porte spécifiquement sur le diabète (71,4%), le financement par projet relativement élevé indique à quel point les recherches sur le diabète constituent une priorité claire.

Une analyse plus précise des projets dans chaque domaine de recherche révèle des informations supplémentaires sur la nature des recherches menées présentement et récemment sous les auspices des IRCS. Le tableau 30 présente une analyse plus détaillée de chaque domaine de recherche, par thèmes spécifiques. Tel que discuté précédemment, les thèmes du diabète, du VIH/SIDA et de l'hépatite C, et de la diète/nutrition/obésité, représentent la plus grande proportion des projets financés par les IRCS.

Tableau 30	
Base de données des projets financés par les IRCS: Domaines de recherche, par sujets spécifiques	
Maladies chroniques: asthme (1); cancers (1); autres (8); <i>diabète (25)*</i>	35
Maladies infectieuses/transmissibles: tuberculose (5); <i>VIH/SIDA/Hépatite C (23)*</i> ; ITS (4)	32
Maladies mentales et dépendances: général (7); drogues et alcool (abus de substances) (2); usage/réduction du tabac (4); suicide (6)	19
Déterminants sociaux et sociétaux: santé sociale et environnementale (10); disparités en santé (3); culture (4); connaissances autochtones (5); santé et guérison (1); sans-abris (2); mobilité géographique (1); logement (3); santé des femmes - (gén) (3); santé des femmes - (soins aux mères/naissance) (8) santé des femmes - (problèmes corporels) (1); violence and abus (4); trauma (2); risques de santé à l'adolescence (2); <i>diète/nutrition/obésité* (15)</i>	64
Environnement, toxicologie, sécurité alimentaire (incl. Alimentation traditionnelle)	11
Accès aux services et soins de santé	15
Autres: problèmes de santé spécifiques – i.e. anémie (2), santé orale (3); santé des os (3); sclérose en plaques (1); arthrite (2); épilepsie (1); infection intestinales parasitaires (1); prévention des blessures (3); génétique (8); vieillissement (3); santé sexuelle (4)	31
Infrastructures de recherche en santé: CDCARS (8); application des connaissances (3); programmes de formation (6); autres (incl. sondages en santé) (19)	36
Nombre total de projets:	243
<i>*Ces problèmes représentent une large partie de la catégorie.</i>	

Les informations relatives aux populations cibles des recherches financées par les IRCS sont limitées. Le diagramme 4 présente le détail des informations disponibles mais doit être interprété avec prudence.⁶

⁶ Voir la section Méthodologie pour de plus amples renseignements sur le diagramme 4.



Tel que l'indique le diagramme 4, la plupart des recherches financées par les IRCS ne spécifient pas de populations indigènes particulières, mais un tiers des études (33,7%) portent spécifiquement sur les Premières nations. Les recherches portant sur les Inuits représentent 9,5% des études, alors que le travail portant sur les populations métis représente 0,4% du nombre total de projets.

V

CONCLUSION: THÈMES CLÉS ET ORIENTATIONS FUTURES

DE NOMBREUSES QUESTIONS DOIVENT être prises en considération lors de la planification des activités futures du CNCSA. Cette dernière section de *Regards sur la santé indigène* articule les leçons apprises lors de l'analyse des activités des organisations impliquées dans la santé autochtone, lors des entrevues menées auprès des informateurs clés et lors de l'analyse des publications et des recherches. Un certain nombre de thèmes clés émergent de cette analyse, tout comme ressort un certain nombre d'orientations futures potentielles. Ces thèmes clés et ces orientations permettront aux CNCSA de répondre aux besoins identifiés tout en capitalisant sur les forces existantes.

LE CONTINUUM DES SOINS DE SANTE

La recherche en santé, les politiques, la programmation, les ressources humaines et la prestation de services émergent comme étant des thèmes forts tout au long de cette analyse environnementale. Dans les publications révisées par des pairs, ces questions sont abordées plus que toutes les autres, 32% de publications étant liées à ces thèmes. De façon similaire, une place importante est donnée à ces thèmes dans la littérature grise; six des 30 sous-thèmes les plus discutés dans la littérature grise correspondent à cette catégorie plus large. Le degré de financement octroyé présentement et récemment à des projets d'infrastructures de recherche par les IRSC témoigne d'une réalité similaire: 14% des projets (représentant 41,7% des dépenses totales) correspondent à cette rubrique. Les informateurs clés ont également fourni de l'information sur ces sujets. L'intérêt général pour le continuum de la santé est fonction des frontières discursives de l'analyse environnementale mais l'intérêt général pour ces questions témoigne également de la

nature introspective du domaine de la santé autochtone à l'heure actuelle. Les chercheurs, les organisations autochtones, les communautés autochtones, les gouvernements et d'autres intervenants dans le domaine de la santé autochtone abordent de façon prioritaire les questions relatives au « comment » et au « pourquoi » en santé publique autochtone. Ce sont les informateurs clés qui ont présenté de la façon la plus explicite le lien entre une préoccupation générale pour la question des soins de santé et les questions plus spécifiques relatives aux prémisses et aux pratiques : communauté et culture sont cruciales, argumentent-ils.

COMMUNAUTÉ, CULTURE ET SANTÉ PUBLIQUE

Toutes les facettes de cette analyse environnementale témoignent de l'importance de la culture et de la communauté dans le domaine de la santé publique autochtone au Canada. Pour les organismes autochtones, professionnels et gouvernementaux, les concepts de communauté et de culture sont fondateurs. Les publications révisées par des pairs établissent, au sein du cadre de la recherche académique, l'importance et la nécessité même des concepts de communauté et de culture lors de la mise en œuvre de recherches en santé. Les considérations sur les communautés indigènes, les connaissances et les cultures (incluant l'implication communautaire et l'utilisation de stratégies culturellement appropriées) se retrouvent mentionnées dans un grand nombre de documents traitants de thèmes divers; il s'agit des questions les plus fréquemment abordées avec près d'un quart des articles y faisant référence. De façon similaire, la littérature grise montre un intérêt marqué pour ces questions : le bien-être communautaire, le développement des communautés et les connaissances indigènes sont des thèmes présents dans respectivement 13,6%, 8,7% et 5,8% des documents analysés. Les informateurs clés ont également mentionné des préoccupations similaires, mettant l'accent sur la pauvreté intellectuelle des approches « panautochtones » tout en exprimant le besoin de travail supplémentaire dans ce domaine ainsi que le besoin de prendre en compte le nombre croissant de connaissances et de ressources présentement en développement sur ces questions.

APPLICATIONS DES CONNAISSANCES INDIGÈNES, PRATIQUES ACTUELLES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES

Étant donné que ni les approches « panautochtones » ou « non autochtones » ne sont appropriées culturellement aux diverses populations autochtones au Canada, le mandat que s'est donné le CNCSA de produire des stratégies d'application des connaissances représente un défi de taille. Le CNCSA devrait être attentif aux inquiétudes soulevées dans la littérature grise, qui montrent un intérêt pour des populations spécifiques caractérisées par leur âge, leur sexe, leur contexte communautaire, géographique et économique. L'emphase mise dans la littérature grise sur le bien-être communautaire doit nous permettre de nous rappeler l'importance non seulement de la santé communautaire, mais également celle d'être attentif au développement des communautés elles-mêmes.

ORIENTATION FUTURE 1: L'APPLICATION DES CONNAISSANCES ET LES EXPÉRIENCES DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Alors que les questions d'application des connaissances, de culture, de communauté et de connaissances indigènes ressortent clairement comme étant des sujets d'importance dans cette analyse, les connaissances sur les expériences des communautés sont insuffisantes. Le CNCSA pourrait par conséquent planifier de clarifier ces expériences, en identifiant quel type de matériel ou d'information les communautés reçoivent après leur participation aux recherches sur la santé, et quel type de matériel ou d'information ils aimeraient recevoir des chercheurs académiques et des organisations autochtones, gouvernementales et professionnelles. Un tel travail permettrait au CNCSA de mieux comprendre ce que les peuples autochtones à travers le Canada considèrent comme étant important. Un tel projet pourrait également servir à brosser le portrait de l'état des connaissances indigènes dans le domaine de la santé publique, en identifiant les points de vue qui sont partagés ou qui divergent, d'une communauté à une autre. Cela constituerait une étape clé pour le CNCSA dans ses efforts vers une stratégie générale de mise en œuvre d'activités efficaces d'application des connaissances indigènes.

Par exemple, bien que plus d'un document révisé par des pairs portant sur la santé autochtone au Canada sur dix (12.6%) aborde spécifiquement le diabète, et bien que le financement actuel des IRCS montre clairement que le diabète demeure une priorité, quel est l'impact de ces recherches sur les communautés? Sous quelle forme le retour aux communautés se fait-il? Est-ce que les connaissances transmises aux communautés aident ces dernières à obtenir des changements tangibles en santé? S'il existe une déconnexion entre la communauté et la recherche, comment les communautés perçoivent-elles la nature de cette déconnexion, et qu'entrevoient-elles comme solution afin de mettre fin à cette déconnexion. Brosser le portrait des connaissances indigènes au Canada signifie prendre en compte les ressemblances et les différences: une étude, peut-être sous la forme d'une enquête, recueillant des données qualitatives et quantitatives sur les expériences des communautés autochtones avec l'application des connaissances fournirait une base théorique cruciale à l'équilibre que doit atteindre le CNCSA entre les connaissances locales/communautaires et les expériences en santé partagées par les populations autochtones au Canada.

ORIENTATION FUTURE 2: RECHERCHES EXISTANTES SUR LES CONNAISSANCES AUTOCHTONES ET APPLICATION DES CONNAISSANCES AUTOCHTONES

Tel que discuté précédemment, il existe un nombre croissant de recherches portant sur les connaissances autochtones et sur les pratiques d'application des connaissances indigènes au Canada (voir, par exemple, Smylie *et al*, 2003 et Chandler & Lalonde, 2004). Il y aurait néanmoins beaucoup à apprendre d'une analyse interdisciplinaire et internationale du sujet. Alors que certains travaux sur ces questions ont été menés dans le domaine de la santé, une proportion de la documentation portant sur ce thème, autant au sein des publications révisées par des pairs que dans la littérature grise, est publiée dans d'autres disciplines (voir, par exemple, Lavis *et al*, 2003). Il serait utile d'inclure une analyse internationale des pratiques d'application des connaissances indigènes ainsi qu'une

analyse des pratiques générales d'application des connaissances auprès des populations marginalisées. Bien que les contextes variés qui se retrouvent dans les publications internationales requièrent une attention particulière, des histoires partagées d'expérience de colonisation et d'exclusion sociale sont à même d'informer de façon utile le travail futur du CNCSA.

ORIENTATION FUTURE 3: LACUNES ET CONCENSUS DANS LES PRIORITÉS GÉNÉRALES SUR DES THÈMES SPÉCIFIQUES EN SANTÉ

Cette analyse environnementale a identifié à la fois des consensus et des besoins en ce qui a trait aux priorités spécifiques dans le domaine de la santé publique autochtone au Canada. Prises dans leur ensemble, les priorités exprimées par les organisations autochtones nationales, dans la documentation et dans la recherche, et par les informateurs clés, montre à la fois des besoins et des consensus sur les points spécifiques reliés à la santé. Les organisations autochtones nationales ont défini les domaines de santé suivants comme étant des priorités clés pour leurs communautés:

- Maladies chroniques, particulièrement le diabète, le cancer et la nutrition
- Maladies infectieuses, particulièrement le VIH/SIDA et l'hépatite C
- Blessures et violence, particulièrement la prévention des accidents et des blessures, les abus (incluant les abus domestiques et des aînés), crimes sexuels
- Santé des mères et de la petite enfance, particulièrement le développement de la petite enfance et le SAF/ETCAF
- Santé mentale, incluant la résilience et la prévention du suicide
- Santé reproductive, incluant les grossesses chez les adolescentes
- Héritage des pensionnats autochtones
- Tabagisme

Les publications révisées par des pairs montrent à la fois une convergence et une divergence des priorités des organisations autochtones nationales. Les principaux domaines de cette documentation sont les suivants:

- Déterminants sociaux de la santé, en particulier les communautés, la culture et les connaissances indigènes (29,0%)
- Maladies chroniques (25,4%)
- Maladies infectieuses (15,6%)
- Santé mentale, incluant le suicide (12,2%)
- Santé des mères et de la petite enfance (11,4%)
- Environnement et toxicologie (10,0%)
- Dépendances, incluant le tabagisme (8,8%)
- Blessures et violence (4,5%)
- Génétique (3,9%)

La recherche récemment et actuellement financée par les IRCS montre des priorités similaires à celles de la documentation révisée par des pairs : l'emphase mise sur les maladies chroniques, les maladies infectieuses/transmissibles, les déterminants sociaux/sociétaux de la santé et la sécurité dans les domaines de l'environnement, de la toxicologie et de l'alimentation (incluant les connaissances et la préservation de l'alimentation traditionnelle) y est marquée.

La littérature grise révèle par contre un autre ensemble de priorités, mettant cette fois l'emphase sur les déterminants sociaux de la santé (incluant le logement, la pauvreté et l'héritage des pensionnats autochtones), l'importance de la communauté, de l'âge, du sexe et de la géographie, ainsi que des considérations sur les données (incluant des statistiques, la surveillance de la santé, et des données démographiques). Alors qu'autant les publications des organisations autochtones nationales que les publications révisées par des pairs suggèrent les maladies chroniques et infectieuses comme priorités claires, aucun de ces domaines n'apparaît de façon substantielle dans la littérature grise. La santé mentale et le VIH/SIDA, cependant, émergent de cet ensemble documentaire.

Il existe de nombreuses priorités de recherche partagées par les différents ensembles documentaires analysés dans ce document; par exemple, les maladies chroniques et

infectieuses (ex., diabète et VIH/SIDA) sont des thèmes qui ressortent. Ce que les priorités des organisations autochtones peuvent nous apprendre sur les besoins est cependant instructif. Alors que pratiquement toutes les autres priorités de ces organisations apparaissent dans la documentation et la recherche, elles le font de façon beaucoup marquée que ne le fait la priorité de recherche sur les maladies chroniques et infectieuses: la santé mentale, les blessures et la violence, ainsi que les dépendances sont abordées de façon limitée dans la documentation. Il existe également un fossé clairement établi entre les types de recherches entreprises dans le domaine de la santé maternelle et de la santé de la petite enfance et les priorités énoncées par les organisations autochtones. Alors que les organisations autochtones nationales mettent presque unanimement le développement de la petite enfance et le Syndrome d'Alcoolisation fœtale/Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (SAF/ETCAF) sur leur liste de priorités dans le domaine de la santé, ces questions ne reçoivent que peu d'attention dans la documentation et la recherche.

Un examen de la littérature grise révèle d'autres besoins. Les données, les statistiques et la surveillance apparaissent de façon marquée dans la littérature grise (également dans les entrevues auprès des informateurs clés), et moins souvent dans la documentation révisée par des pairs. Les déterminants sociaux de la santé, par contre, apparaissent bien dans la documentation révisée par des pairs, mais uniquement en tant que considérations générales sur l'implication communautaire et sur les approches culturellement appropriées. Les préoccupations pour la communauté et la culture retrouvées dans les publications révisées par des pairs suggèrent une compréhension de l'existence des déterminants sociaux de la part des chercheurs; cependant, ces préoccupations n'indiquent en rien que les déterminants sociaux de la santé eux-mêmes aient été examinés spécifiquement par les chercheurs. La littérature grise démontre néanmoins un intérêt pour plusieurs sous-thèmes spécifiques liés à la question des déterminants sociaux de la santé.

- Systèmes d'éducation et écoles (respectivement 5,8% et 5,4%)

- Gouvernance, gouvernement, droit et législation (respectivement 5,4%, 7,0%, and 6,2%)
- Logement (7,0%)
- Héritage des pensionnats autochtones (5,8%)

Ces questions apparaissent peu dans la documentation à comité de lecture liée à la santé, mais elles sont clairement des priorités aux yeux de ceux publiant de la littérature grise (i.e. les organisations communautaires et les organisations présentes dans le continuum des soins de santé).

Les informateurs clés, eux aussi, soulignent l'importance des déterminants sociaux de la santé parmi de nombreuses autres priorités:

- Dépendances (incluant la réduction des méfaits)
- Gestion des soins chroniques
- Violence familiale
- Santé mentale
- Pauvreté
- Déterminants sociaux de la santé (général)
- Tabagisme

La documentation révisée par des pairs rejoint en quelque sorte les inquiétudes soulevées par les informateurs clés, les organisations produisant la littérature grise, et les organisations autochtones nationales, mais elle le fait de façon imparfaite. Le paysage des recherches et des publications diverses indique que toutes les priorités des organisations autochtones ainsi que celles des informateurs clés ne sont pas mises en pratique dans le domaine de la recherche en santé.

En établissant ses orientations futures sur des thèmes spécifiques de santé, le CNCSA doit prendre en considération les consensus et les besoins identifiés dans la littérature : le Centre va devoir évaluer la façon la plus adéquate de situer son travail, en décidant de

s'attaquer aux écarts entre la documentation existante et/ou à l'application des connaissances dans des domaines de la santé ressortant clairement comme des priorités à travers cette analyse. Cependant, ce qui ressort clairement est dans quelle mesure la santé mentale (incluant le suicide), la santé des mères et de la petite enfance (particulièrement le développement de la petite enfance et le SAF/ETCAF), les blessures et la violence, les dépendances (incluant le tabagisme et la réduction des méfaits), ainsi que les déterminants sociaux de la santé sont des priorités claires pour les organisations autochtones et les informateurs clés, alors qu'il n'y a toujours que relativement peu de recherches abordant ces priorités.

ORIENTATION FUTURE 4: DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Tel que discuté précédemment, les déterminants sociaux de la santé sont étudiés à la fois par la littérature grise et par les entrevues des informateurs clés. Alors qu'une grande part de la documentation révisée par des pairs discute des ressources et des besoins impliqués dans la construction d'un continuum de santé approprié du point de vue culturel, et donc implique les questions d'inclusion et d'exclusion sociales, très peu de travaux académiques semblent porter sur des déterminants de la santé plus spécifiques.

Cependant, on devrait considérer s'il est approprié d'entreprendre une analyse : parce que la documentation révisée par des pairs provient pratiquement exclusivement de milieux universitaires, les chercheurs académiques impliqués sont souvent limités par les contraintes disciplinaires des universités. Malgré une tendance récente vers l'interdisciplinarité dans les établissements d'enseignement post-secondaires, les frontières entre les disciplines ont toujours un certain impact sur les programmes de recherche – il est à noter que ceci n'est pas une critique des chercheurs académiques, dont il est attendu qu'ils publient dans des journaux spécifiques à leurs disciplines, mais plutôt une constatation des conditions qui structurent la réalité de la recherche académique. Conséquemment, les documents portant sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones (ex., logement, pauvreté, ou racisme) ont de fortes chances de se retrouver dans des revues disciplinaires n'étant pas traditionnellement indexées dans les bases de

données liées à la santé. Par exemple, des travaux académiques sur la pauvreté ont plus de chances d'être publiés dans des index de sociologie ou de sciences politiques, plutôt que dans ceux portant sur la santé et la médecine. Une revue interdisciplinaire des déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones du Canada pourrait ainsi contribuer à corriger ce fossé substantiel dans les connaissances.

ORIENTATION FUTURE 5: OPPORTUNITÉS DE COLLABORATION

Le CNCSA dispose d'un certain nombre de collaborateurs potentiels significatifs : des groupes fortement connectés aux communautés, des organisations responsables des recherches sur la santé, des politiques, de la programmation et de la prestation, et des organisations vouées à la défense, à la recherche et aux services spécifiques aux besoins des diverses populations autochtones au Canada. La mise en place de dialogues avec des collaborateurs potentiels sera très utile, puisque ceux-ci permettront d'aborder une vaste gamme de préoccupations mentionnées dans ce document telles la mise en place de partenariats dans des activités de transfert des connaissances, l'analyse de questions spécifiques dans le domaine de la santé autochtone et le développement organisationnel du CNCSA lui-même. Assurément, la position du CNCSA lui permet de tirer avantage des connaissances existantes et de participer à la création de nouvelles connaissances avec les peuples et communautés autochtones du Canada.

ÉPILOGUE

REGARDS SUR LA SANTE AUTOCHTONE A DEBUTÉ par l'évocation d'une étape fondamentale dans l'histoire de la santé publique : le 60^{ème} anniversaire de la *Constitution* de l'Organisation mondiale de la Santé et sa redéfinition de la santé comme la présence de potentiel plutôt que l'absence de maladie. Il semble donc indiqué de conclure par un autre bref retour historique. L'année 2006 a marqué les dix années passées depuis la publication de la *Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones*, un document qui a mis l'emphase sur les forces et les inégalités, et qui a reconnu le concept de guérison holistique et de santé des communautés et des individus comme étant primordiaux. Dans son allocution à l'occasion du lancement de la *Commission royale sur les peuples autochtones*, le co-président de la Commission, Georges Erasmus, commença par les mots suivants :

La réalité autochtone au Canada est devenue un cercle vicieux où la cause et l'effet se définissent l'un par l'autre. Si l'on veut que ce cercle vicieux devienne cercle de guérison, il faut s'attaquer aux racines de l'injustice. Au lieu de problèmes qui engendrent des problèmes, il faut des solutions qui engendrent des solutions. (Erasmus & Dussault, 1996)

Les thèmes clés et les orientations futures de *Regards sur la santé indigène* montrent que l'objectif que représente l'atteinte de ces buts est toujours d'actualité : les communautés indigènes, les cultures, et les connaissances sont cruciales à la transformation du cercle vicieux en un cercle de guérison, tel qu'évoqué par Erasmus. De même le sont ce qu'Erasmus appelle les « racines de l'injustice ». Une plus grande attention aux déterminants sociaux de la santé, ce thème qui possède des liens intimes avec les histoires d'inégalités systémiques, constitue une façon dont le CNCSA pourrait poursuivre le travail entrepris par Erasmus, c'est-à-dire de donner de la substance aux solutions.

RÉFÉRENCES

- Fondation autochtone de guérison. (2004a). Renseignements: Mission, Vision, Valeurs. Accédé le 30 aout, 2005, <http://www.fadg.ca/renseignements/mission-vision-valeurs>
- Fondation autochtone de guérison. (2004b). Projets financé. Accédé le 30 aout, 2005, <http://www.fadg.ca/projets-finances>
- Fondation autochtone de guérison (2004c). Publications: Collection recherche. Accédé le 30 aout, 2005 <http://www.fadg.ca/publications/collection-recherche>
- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2005a). A.N.A.C. Publications. Accédé le 30 aout (anglais seulement) <http://www.anac.on.ca/publications.html>
- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2005b). Our Mission. Accédé le 30 aout 2005 (anglais seulement), <http://www.anac.on.ca/mission.html>
- Assemblée des Premières nations. (n.d.). Description de l'APN. Accédé le 30 aout 2005, <http://www.afn.ca/article.asp?id=94>
- Assemblée des Premières nations. (n.d.). Secrétariat à la santé et au développement social. Accédé le 30 aout 2005, <http://www.afn.ca/article.asp?id=104>
- Assemblée des Premières nations. (n.d.). Secrétariat a la santé et au développement social. Accédé le 30 aout 2005, from <http://www.afn.ca/article.asp?id=1647>
- Awofeso, N. (2005). Re-défining 'Health'. *Bulletin of the World Health Organization*. Accédé le 15 octobre 2006, (en anglais seulement) http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/index.html
- Canada. Canadian Institutes of Health Research. (2005, July 20). Description des catégories de programme. Accédé le 8 septembre 2005, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27071.html>
- Canada. Instituts de recherche en santé du Canada. Institut de la santé des Autochtones. Cadre de developpement de la capacite autochtone de recherche en santé (CDCARS) Accédé le 8 septembre 2005, from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27071.html>
- Canada. Instituts de recherche en santé du Canada. Institut de la santé des Autochtones. (2005b, March 4). Institut de la santé des Autochtones: recherche. Accédé le 8 septembre 2005, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27069.html>

- Canada. Instituts de recherche en santé du Canada. Institut de la santé des Autochtones. (2005c, March 4). Institut de la santé des Autochtones: qui nous sommes. Accédé le 8 septembre 2005, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27062.html>
- Canada. Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2005a). Accédé le 8 septembre 2005, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/cpd-dpc/index_f.html
- Canada. Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2005b). Santé des Premières nations et des Inuits. Accédé le 15 septembre 2005, http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index_f.html
- Canada. Health Canada. Program Policy Transfer Secretariat and Planning. (2000). *Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits 1999-2000*. Accédé le 18 septembre 2005, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H35-4-2-2000F.pdf>
- Canada. Affaires indiennes et du Nord Canada. Mandat, rôle et responsabilités. (2004). Accédé le 10 novembre 2006, from http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mrr_f.html
- Canada. Affaires indiennes et du Nord Canada. Direction de la recherche stratégique et de l'analyse (2005, 21 juin). Évolution du bien-être des Autochtones : l'indicateur du développement humain (IDH) et de l'indice du bien-être des collectivités (IBC). Accédé le 8 septembre 2005, from http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/pub4_f.html
- Canada. Affaires indiennes et du Nord Canada. Direction de la recherche stratégique et de l'analyse (2004, 29 octobre). Mandat de la DRSA. Accédé le 8 septembre 2005, from http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/abus/mis_f.html
- Canada. Agence de santé publique du Canada. (2005, 14 avril). La santé de la population. Accédé le 8 septembre 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/index.html>
- Canada. Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996). *Rapport de la commission royale d'enquête sur les peuples autochtones*. 5 Vols. Ottawa, ON: La commission. Accédé le 6 septembre 2005, http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/301/inac-ainc/royal_comm_aboriginal_peoples-f/biblio92.html
- Réseau canadien autochtone du sida. (n.d.). Projets/Recherche. Accédé le 30 août 2005, from <http://www.caan.ca/french/projects.htm>
- Chandler, M. & Lalonde, C. (2004). Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices?: On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide. *Aboriginal Policy Research: Setting the Agenda for Change*. Eds. J.P. White, P. Maxim, & Dan Beavon. Vol. 2. Toronto: Thompson Educational Publishing.

- Erasmus, G. & Dussault, R. (1996). Allocution à l'occasion de la parution du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Accédé le 21 novembre 2005, from http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/spch_f.html
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2005a). Injury Prévention. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.itk.ca/health/initiatives-injury.php>
- Inuit Tapiriit Kanatami, (2005b). Inuit Health Information Initiative. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.itk.ca/health/infostructure.php>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2005c). Policy and Issues. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.itk.ca/corporate/policies.php>
- Lavis, J.N., Robertson, D., Woodside, J., McLeod, C.B., Abelson, J. & Knowledge Transfer Study Group. (2003). How Can Research Organizations More Effectively Transfer Research Knowledge for Decision Makers?" *The Millbank Quarterly*, 81(2), 221-48.
- Métis National Council. (2005, January). *Tawnshi-Kiya: Métis Nations Health Information Newsletter*. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.Métisnation.ca/mnc/Health%20document.pdf>
- Morrisseau, D. (2005, January). Métis Women's Secretariat. *Tawnshi-Kiya: Métis Nations Health Information Newsletter*, 5.
- National Aboriginal Diabetes Association. (2005). About NADA. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.nada.ca/aboutus/index.php>
- Organisation de nationale de la santé autochtone. (n.d.). A propos de l'ONSA. Accédé le 30 aout 2005 http://www.naho.ca/french/about_naho.php
- National Association of Friendship Centres. (n.d.). Friendship Centre Programming Overview. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), from <http://www.nafc-aboriginal.com/programs.html>
- National Association of Friendship Centres. (n.d.). *National Association of Friendship Centres Health Policy Statement*. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement) <http://www.nafc-aboriginal.com/PDF/NAFC%20-%20Policy%20Statement%20-%20Health.pdf>
- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire.. (2005, 14 janvier). CHRs Scope of Practice. Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement) <http://www.niichro.com/2004/?page=reports&lang=fr>
- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire. (2004). Bienvenue à l'Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC). Accédé le 30 aout 2005 (en anglais seulement), <http://www.niichro.com/Contents.html>

- Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire. (n.d.). Programs. Accédé le 30 août 2005 (en anglais seulement), <http://www.niichro.com/projects.html>
- National Network for Aboriginal Mental Health Research. (2006a, August 22). Objectives. Accédé en juillet 2005 (en anglais seulement), <http://www.mcgill.ca/namhr/about/mission/>.
- National Network for Aboriginal Mental Health Research. (2006b, August 22). Welcome to the NAHR Website. Accédé en juillet 2005 (en anglais seulement), www.mcgill.ca/namhr/.
- Native Women's Association of Canada. (n.d.). Health. Accédé le 30 août 2005 (en anglais seulement), <http://www.nwac-hq.org/health.htm>
- Pauktuutit. (2004). Programs. Accédé le 30 août 2005 (en anglais seulement) http://www.pauktuutit.ca/programs_f.asp
- Smylie, J., Martin, C.M., Kaplan-Myrth, N., Stéele, L., Tait, C., and Hogg, W. (2003). Knowledge Translation and Indigenous Knowledge. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(Supplement 2), 139-43.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Accédé le 15 octobre 2005 (en anglais seulement), from http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={21}&softpage=Document42.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE POUR LES INTERVENANTS CLÉS

Définition de la santé publique

La santé publique se définit comme la science et l'art de promouvoir la santé en général, prévenir l'occurrence des maladies, prolonger l'espérance de vie et améliorer la qualité de vie à l'aide d'un effort concerté de tous les pans de la société. Regroupant science, compétences et convictions, elle constitue un ensemble visant à maintenir et améliorer la santé de tous par le biais d'actions collectives. Les programmes, services et institutions impliqués tendent à mettre l'emphase sur deux éléments : la prévention des maladies et les besoins en santé des populations en général. (Source – *Objectifs de santé publique au Canada – Un engagement fédéral, provincial et territorial pour les Canadiens – Éléments pour une discussion*)

- 1) Quelles principales questions doivent être abordées lorsqu'il est nécessaire d'appliquer cette définition de santé publique dans le contexte des Premières nations? (ex. quelle est votre compréhension de la notion de santé publique dans le contexte des Premières nations)?
- 2) Quelles sont vos attentes par rapport aux questions de synthèse, application et échanges des connaissances en santé publique autochtone?

Sources d'information existantes à partir desquelles travailler

- 3) Dans quels services et programmes de santé publique votre organisme est-il impliqué?
- 4) Quels problèmes limitent votre capacité à contribuer aux initiatives de santé publique?
- 5) En ce qui a trait aux recherches en santé publique autochtone, vous pouvez déterminer :
 - a) Lesquelles, à votre avis, sont bien fondées?

b) Lesquelles soutiennent-elles le développement de compétences parmi les membres des communautés et les preneurs de décision?

- 6) Comment utilisez-vous les conclusions des recherches dans la détermination des règles et pratiques?
- 7) Pouvez-vous décrire un procédé ou un format qui permet une utilisation efficace des conclusions des recherches dans la détermination des règles et pratiques?

Déficits en recherche, lignes de conduite et pratiques

- 8) Comment décririez-vous l'état actuel des connaissances en ce qui a trait aux programmes et services de santé publique touchant les Autochtones? (connaissances inexistantes, minimales, adéquates, bonnes, exceptionnelles)
- 9) Quels manquements pouvez-vous identifier en recherche, lignes de conduite, et pratiques?
- 10) Sur quels domaines devrait se concentrer la recherche en santé publique autochtone?

Rôle du Centre

- 11) Quelles réflexions ou conseils le projet du CNCSA vous suggère-t-il?

“Le projet du Centre national de collaboration en santé autochtone est d’assurer la santé et le bien-être des populations autochtones partout au Canada, dans l’immédiat et dans le futur.”

- 12) Quelles réflexions ou conseils la mission globale du CNCSA vous suggère-t-elle?

“... pour augmenter la capacité des Autochtones à agir eux-mêmes sur les déterminants de leur santé. Ceci pourra être accompli en : 1) constituant un outil et présentant des idées et de l’information de manière à soutenir et encadrer de futures interventions publiques et en 2) produisant et présentant des suggestions de politiques et de pratiques grâce à la synthèse, l’application et l’échange des connaissances dans un contexte de relations positives et productives entre les milieux de recherche et de terrain.”

- 13) La liste préliminaire suivante présente les “priorités” telles que définies à partir des conclusions de la consultation de juin 2005 ainsi que d’un survol environnemental initial. Comment conseillerez-vous le CNCSA sur ces priorités?
- Santé des enfants
 - Suicide
 - Prévention des blessures
 - Bien-être et résilience
 - Pratiques autochtones (incluant la médecine traditionnelle)
 - Tabac
 - Femmes
 - Déterminants sociaux
- 14) Considérant que les activités projetées pour le reste de l’année visent le développement interne du Centre (planification, communications, évaluations, etc.), celui-ci cherche à profiter de vos conseils concernant les activités anticipées suivantes :
- Implantation de projets pilotes en synthèse, application et échange des connaissances.
 - Développement d’un réseau pour l’application des connaissances en vue de soutenir l’augmentation de l’utilisation de conclusions de recherches.
 - Coordination avec les autres centres nationaux de collaboration.
- 15) Comment le CNCSA pourrait-il contribuer au développement de politiques reliées à des questions de santé publique autochtone?
- 16) Comment le CNCSA pourrait-il contribuer au développement de pratiques de santé publique autochtone?

Structure et modes d’opération du centre

- 17) Le CNCSA disposera de deux comités consultatifs (un national et un international) constitués de responsables, praticiens, et chercheurs de différentes disciplines. Qui serait à votre avis le plus à même de conseiller le CNCSA?
- 18) Comment le CNCSA peut-il efficacement travailler avec les épidémiologistes?

- 19) Les Instituts de Recherche en Santé du Canada prendront en considération le travail du CNCSA et d'autres CNC pour l'établissement d'une stratégie nationale en santé publique. Quel conseil donneriez-vous au CNCSA alors qu'il se prépare à contribuer à cette initiative (tant sur le processus que sur la stratégie)?

Intervenants clés avec lequel le Centre devrait communiquer

- 20) Le CNCSA développera également une stratégie de consultation pour s'assurer d'avoir une vue d'ensemble de ses activités de terrain. Que devrions-nous inclure dans notre stratégie de consultation?
- 21) Quels autres organismes ou individus devrions-nous contacter?
- 22) Seriez-vous intéressé à collaborer avec le CNCSA?
Si tel est le cas, à quelles questions nous conseilleriez-vous de nous attarder pour le reste de cette année fiscale ou pour la prochaine, de manière à :
- a) nous aider à rencontrer nos objectifs d'application, partage et échange de connaissances?
 - b) identifier et traiter les déficits de connaissances?
- 23) Voyez-vous des collaborations multipartites que nous pourrions envisager?

Défis potentiels et solutions envisageables

- 24) À quels défis le CNCSA doit-il s'attendre à se trouver confronté?
- a) Pouvez-vous suggérer d'éventuelles solutions afin de surmonter ces défis?
- 25) Quelles difficultés voyez-vous dans l'application des fruits de la recherche à des questions de santé publique autochtone?
- a) Pouvez-vous suggérer d'éventuelles solutions afin de surmonter ces difficultés?

26) Quels sont les défis liés au développement de lignes directrices pour aborder les questions de santé publique autochtone?

a) Pouvez-vous suggérer d'éventuelles solutions afin de surmonter ces défis?

27) Quels défis entrevoyez-vous dans le développement de pratiques de santé publique autochtone?

a) Pouvez-vous suggérer d'éventuelles solutions afin de surmonter ces défis?

28) Avez-vous d'autres conseils à donner au CNCSA sur la manière la plus efficace de soutenir la synthèse, l'application et l'échange des connaissances?

ANNEXE B

ORGANISMES NATIONAUX TRAVAILLANT EN SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES COMMUNAUTÉS INUITES ET MÉTIS AU CANADA

ORGANISMES AUTOCHTONES	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Assemblée des Premières Nations (APN)</p> <p>Édifice Trebla, 473 Rue Albert, Ottawa ON K1R 5B4 Tél: 613-241-6789 Sans frais: 1-866-869-6789 Fax: 613-241-5808 Site: www.afn.ca</p>	<p><i>Mandat du Secrétariat à la santé et au développement social :</i> “Nous sommes chargés de protéger, maintenir, promouvoir, soutenir et défendre nos droits inhérents constitutionnels et issus de traités, notre vision holistique de la santé et le bien-être de nos nations.”</p> <p>“Nous y parviendrons en analysant les politiques, en communiquant et par-dessus tout, en faisant pression au nom des membres et des collectivités des Premières nations et en les représentant, les appuyant et les défendant pour s’assurer que les Premières nations bénéficient de programmes et de services convenablement financés, au même titre que tous les Canadiens.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lobbying ▪ Analyse de politiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation dans l’élaboration de plans en santé autochtone ▪ Ébauche pour une nouvelle structure de réseau de santé publique pour les Premières nations
<p>Fondation autochtone de guérison (FAdG)</p> <p>75 Rue Albert, Suite 801 Ottawa, ON K1P 5E7 Tél: 613-237-4441 Sans-Frais: 1-888-725-8886 Site: www.ahf.ca</p>	<p><i>Vision:</i> Pour ceux ayant subi des abus dans des écoles résidentielles : aborder les impacts des traumatismes non résolus, briser le cycle d’abus, et améliorer leur capacité à maintenir leur bien-être et assurer celui des générations futures.</p> <p><i>Mission:</i> “Encourager et soutenir les populations autochtones dans la construction et le renforcement de processus durables de guérison qui traitent du cercle vicieux des abus physiques et sexuels dans le système des écoles résidentielles, incluant les impacts intergénérationnels.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitation ▪ Fournir des outils : “investissements stratégiques,” i.e. financement ▪ Conscientiser la population 	
<p>Congrès des peuples autochtones (CPA)</p> <p>867 Boul. St-Laurent Ottawa, ON K1K 3B1 Tél: 613-747-6022 Fax: 613-747-8834 Courriel: info@abo-peoples.org Site: www.abo-peoples.org</p>	<p>Le CPA est un organisme national de chapeautage qui représente les intérêts, au niveau national, de ses organisations affiliées provinciales et territoriales à travers le Canada.</p> <p>L’organisme représente les populations indiennes et métis situées en dehors des réserves (en milieu rural, urbain et en régions éloignées à travers le Canada), et ce peu importe leur statut désigné par la Loi sur les Indiens.ⁱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentation ▪ Soutien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation dans l’élaboration de plans en santé autochtone

ORGANISMES AUTOCHTONES	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)</p> <p>Tél: 613-238-8181 Sans-Frais: 1-866-262-8181 Courriel: info@itk.ca Site: www.itk.ca</p>	<p><i>Département de santé:</i> Représenter nationalement les intérêts inuits en santé, incluant l'identification des priorités ; favoriser une coordination nationale dans l'élaboration de programmes et de politiques de santé inuit ; surveiller, diriger, et assurer la pertinence des choix de programmes et de politiques en regard des priorités déterminées par les communautés inuits, le tout en reconnaissant la nécessité de protéger et de promouvoir la culture, la langue, la santé, l'éducation et la justice inuits.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentation ▪ Promouvoir /faciliter la coordination et la coopération avec d'autres organismes parallèles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation dans l'élaboration de plans en santé autochtone
<p>Métis National Council (MNC)</p> <p>350 Rue Sparks, Suite 201 Ottawa, ON K1R 7S8 Tél: 613-232-3216 Fax: 613-232-4262 Sans-Frais: 800-928-6330 Site: www.metisnation.ca</p>	<p>Globalement, l'objectif central du <i>MNC</i> est de garantir une place, aujourd'hui et dans l'avenir, pour la Nation Métis à l'intérieur de la fédération Canadienne.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation dans l'élaboration de plans en santé autochtone
<p>Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)</p> <p>220 Avenue Laurier O., Suite 1200 Ottawa, ON K1P 5Z9 Tél: 613-237-9462 Sans-Frais: 877-602-4445 Fax: 613-237-1810 Courriel: naho@naho.ca Site: www.naho.ca</p>	<p><i>Vision:</i> ONSA, "un organisme conçu et contrôlé par des Autochtones, influencera et fera avancer la santé et le mieux-être des peuples autochtones en exécutant ses stratégies fondées sur la connaissance."ⁱⁱⁱ</p> <p>"Améliorer et promouvoir la santé par des activités fondées sur la connaissance ; favoriser une bonne compréhension des enjeux touchant les peuples autochtones ; faciliter et promouvoir la recherche, développer des partenariats de recherche ; encourager la participation des peuples autochtones à la prestation des soins de santé ; affirmer et protéger les pratiques traditionnelles autochtones en matière de guérison."ⁱⁱⁱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation ▪ Établissement de politiques ▪ Renforcement des capacités ▪ Recherche ▪ Activités fondées sur les connaissances ▪ Éducation publique ▪ Soutien 	

ORGANISMES AUTOCHTONES	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Association des femmes autochtones du Canada (NWAC)</p> <p><i>Six Nations of the Grand River</i> Boîte postale 331, Ohsweken, ON N0A 1M0 Tél: 519-445-0990 Fax: 519-445-0909 Site: www.nwac-hq.org</p>	<p><i>Vision:</i> Nous avons une vision de communautés autochtones dans laquelle tous les individus ont l'opportunité d'accroître leurs talents afin de développer leur plein potentiel. Nous voyons des communautés à l'intérieur desquelles toute personne peut mener une existence saine en maintenant un équilibre spirituel, émotionnel, mental et physique.</p> <p><i>Mission:</i> Favoriser la participation des femmes dans le développement et l'amélioration des législations qui les affectent, ainsi que dans le développement et la prestation de programmes favorisant l'égalité des chances pour les femmes autochtones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien ▪ Prestation de services ▪ Éducation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation dans l'élaboration de plans en santé autochtone
<p>Pauktuutit – Inuit Women of Canada</p> <p>56 Rue Sparks, Suite 400 Ottawa, ON K1P 5A9 Tél: 613-238-3977 Sans-Frais: 1-800-667-0749 Fax: 613-238-1787 Courriel: info@pauktuutit.ca Site: www.pauktuutit.ca</p>	<p><i>Vision:</i> être une organisation dynamique, visible, influente, prospère et indépendante, représentant les femmes inuits en proposant une voix et un leadership fort favorisant l'excellence et l'amélioration des conditions de vie des femmes inuits, de leurs familles et de leurs communautés.</p> <p><i>Mission:</i> Pauktuutit dirige et soutient les femmes inuites canadiennes dans le développement de politiques et de projets communautaires... pour l'amélioration des conditions sociales, culturelles, politiques et économiques de ces femmes, de leurs familles et de leurs communautés.</p> <p>Le mandat de Pauktuutit est étendu, mais l'extrait suivant est directement relié aux questions de santé :</p> <p>Travailler pour l'amélioration de l'état de santé des individus, familles et communautés grâce au soutien direct et à l'application de programmes d'aide.</p>		

ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada) (SPNI, SC)</p> <p>Site: www.hc-sc.gc.ca</p>	<p><i>Mission et vision (Santé Canada en général):</i> “Santé Canada est le ministère fédéral responsable d’aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé ; SC s’est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l’un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l’utilisation efficace du système public de soins de santé.”^{iv}</p> <p><i>Mandat (spécifique à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits):</i> “faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès ; aider les Premières nations et les Inuits à s’occuper des obstacles en matière de santé et des menaces de maladie, et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables ; établir des partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits afin d’améliorer le système de santé”.^v</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement ▪ Prestation de service 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé : Commission de l’OMS sur les déterminants sociaux de la santé
<p>Institut de la santé des Autochtones (Instituts de recherche en santé du Canada) (ISA, IRSC)</p> <p>160 Rue Elgin, 9^{ème} étage Localisateur d’adresse 4809A Ottawa, ON K1A 0W9 Informations générales: 613-941-2672 Sans-Frais: 1-888-603-4178 Fax: 613-954-1800 Courriel: info@cihr-irsc.gc.ca Site: www.cihr-irsc.gc.ca/f/8668.html</p>	<p><i>Vision:</i> “L’ISA des IRSC a pour but d’améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis en soutenant des programmes de recherche novateurs axés sur l’excellence scientifique et la collaboration des collectivités autochtones”^{vi}</p> <p><i>Mission:</i> “L’ISA des IRSC jouera un rôle de leader pour renforcer les capacités de recherche des Premières nations, des Inuits et des Métis, et il soutiendra les partenariats et les alliances entre les collectivités autochtones et les instituts et organismes non autochtones de recherche en santé aux échelons local, régional, national et international.”^{vii}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement ▪ Soutenir la recherche ▪ Recherche accomplie en collaboration ▪ Amélioration des capacités de recherche ▪ Application des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accord de collaboration international (Canada/Nouvelle-Zélande/Australie ; Canada/ÉU) ▪ Politiques d’eau potable

ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (Institut de la santé des autochtones) (CDCARS, ISA)</p> <p>Réseau CDCARS de l'Alberta, Edmonton Tél: 1-780-492-1827</p> <p>Anisnawbe Kekendazone, Ottawa Tél: 1-613-241-2081</p> <p>Atlantic Aboriginal Health Research Program, Halifax Tél: 1-866-867-9616</p> <p>Réseau des CDCARS de Colombie-Britannique, Vancouver Tél: 1-866-880-5464</p> <p>Centre for Aboriginal Health Research, Winnipeg Tél: 1-204-789-3250</p> <p>Indigenous Health Research Development Program, U. de Toronto, McMaster Tél: Toronto 1-416-978-0298 Ohsweken 1-519-445-0023 ext. 236</p> <p>Indigenous Peoples' Health Research Centre, Régina Tél: 306-337-2461</p> <p>Centre Nasivvik pour la santé des Inuits et les changements environnementaux, Québec Tél: 1-418-650-5115 ext 5248</p>	<p><i>Mission:</i> Développer les connaissances scientifiques dans le respect des standards internationaux d'excellence en recherche ; fournir aux scientifiques un environnement de recherche convenable... de manière à faciliter, en collaboration avec les communautés autochtones, la possibilité pour ces communautés et les organismes en leur sein d'identifier les principaux objectifs de recherche en santé, le tout en étroite relation avec les chercheurs autochtones en santé ; faciliter l'assimilation et l'application rapide des résultats de recherches ; proposer un environnement et des outils appropriés de manière à encourager les étudiants (autochtones ou non) à envisager une carrière en recherche en santé autochtone.^{viii}</p> <p>1. Réseau CDCARS de l'Alberta, Edmonton – Thèmes de recherche (T/R): connaissances ancestrale et questions d'éthique ; communautés nordiques et santé environnementale ; accès des communautés aux services de santé.</p> <p>2. Anisnawbe Kekendazone, Ottawa – T/R: santé périnatale ; jeunesse à risque et résilience ; application des connaissances</p> <p>3. Atlantic Aboriginal Health Research Program, Halifax – T/R: recherche en prévention ; santé mentale et dépendances ; déterminants de la santé.</p> <p>4. Réseau CDCARS de Colombie-Britannique, Vancouver – T/R: développement de techniques d'évaluation de santé éthiquement acceptables ; garantir des techniques de recherche responsables en santé autochtone ; traitement holistique des problèmes de santé mentale et de dépendances ; thèmes de recherche motivés par les besoins des communautés.</p> <p>5. Centre for Aboriginal Health Research, Winnipeg – T/R: santé des populations ; services de santé ; santé et développement des enfants ; questions éthiques en recherche en santé autochtone ; questions de santé mentale/physique; dentisterie.</p> <p>6. Indigenous Health Research Development Program, U of Toronto, McMaster – T/R: prévention et contrôle des maladies chroniques ; santé mentale des femmes et enfants; culture, santé et guérison.</p> <p>7. Indigenous Peoples' Health Research Centre, Régina - T/R: maladies chroniques ; nutrition et style de vie; techniques de médecine indigène/ancestrale ; prestation et contrôle des soins de santé ; santé</p>		

	environnementale. 8. Centre Nasivvik pour la santé des Inuits et les changements environnementaux, Québec – T/R: changements environnementaux et leurs influences sur la santé inuite ; surveillance et contrôle environnementaux en santé publique ; connaissances scientifiques inuites en recherche en santé environnementale.		
--	---	--	--

ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC)</p> <p>Site: www.ainc-inac.gc.ca</p>	<p>“Au chapitre des Affaires indiennes et inuites, le principal rôle du ministère est d’aider les Premières nations et les Inuits à établir des collectivités saines et durables et à répondre à leurs aspirations économiques et sociales.”^{ix}</p> <p>“En ce qui concerne les Affaires du Nord, le MAINC est le principal ministère fédéral chargé d’assumer les responsabilités légales, politiques et constitutionnelles du gouvernement fédéral dans le Nord. Le ministère est le gardien et l’administrateur des ressources situées sur un territoire équivalent à 40 p. 100 des terres émergées du Canada, et il détient les pouvoirs juridiques et politiques s’appliquant à la majorité des ressources naturelles dans le Nord.”^x</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement ▪ Application de programmes et prestation de services ▪ Politiques et programmes sociaux (i.e. éducation, services aux enfants et familles, assistance sociale, santé axée sur la communauté, services de santé non assurés) 	
<p>Centre national de collaboration en santé autochtone (CNCSA)</p> <p>Université du Nord de la Colombie-Britannique 3333 University Way Prince George, CB V2N 4Z9 Tél: 250-960-5986 Site: www.unbc.ca/nccah</p>	<p><i>Mission:</i> augmenter la capacité des Autochtones à agir sur les déterminants de leur propre santé.</p> <p>Construire des ponts entre les approches autochtones en santé publique et les centres de recherche, les centres de documentation relatifs aux questions de santé publique, et les agences de prestation de services de santé. Le CNCSA collaborera également avec les autres centres nationaux de collaboration (CNC) sur des projets et initiatives communs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration ▪ Recherche ▪ Application des connaissances 	
<p>Agence de la santé publique du Canada (ASPC)</p> <p>Site: www.phac-aspc.gc.ca</p>	<p><i>Mission:</i> “Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l’innovation et aux interventions en matière de santé publique.”^{xi}</p> <p><i>Vision:</i> “Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.”^{xii}</p> <p><i>Mandat:</i> “La nouvelle Agence multipliera ses efforts pour prévenir les blessures et les maladies chroniques, comme le cancer et les maladies coronariennes, et intervenir dans des situations d’urgence en matière de santé publique et d’éclosion de maladies infectieuses. En outre, l’ASPC travaillera étroitement avec les provinces et les territoires afin d’aider les Canadiens à vivre en santé et de réduire les</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application de programmes ▪ Recherche et développement des connaissances ▪ Développement et analyse de politiques ▪ Renforcement des capacités des communautés ▪ Formations publiques et professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres nationaux de collaboration

	pressions exercées sur notre système de soins de santé. ^{xiii}		
--	---	--	--

ORGANISMES PROFESSIONNELS	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC)</p> <p>56 Rue Sparks, Suite 502 Ottawa, ON K1P5A9 Tél: 613-724-4677 Sans-Frais: 1-866-724-3049 Fax: 613-724-4718 Site: www.anac.on.ca</p>	<p><i>Vision:</i> L'ANAC cherche à être reconnue comme un outil vital dans l'amélioration de l'état de santé des communautés autochtones, au travers de son travail en conjonction avec, et au nom des, infirmières autochtones.</p> <p><i>Mission:</i> améliorer l'état de santé des populations autochtones en soutenant les infirmières autochtones et encourageant le développement et l'application de soins infirmiers autochtones.</p> <p>Au travers de la réalisation de cette mission, l'Association prendra part à des activités reliées au recrutement, à la rétention, au soutien des membres, à la consultation, à la recherche et à l'éducation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien ▪ Consultation ▪ Recherche ▪ Recrutement ▪ Éducation 	
<p>Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS)</p> <p>602-251 Rue Bank Ottawa, ON K2P 1X3 Tél: 613-567-1817 Sans-Frais: 1-888-285-2226 Fax: 613-567-4652 Courriel: info@caan.ca Site: www.caan.ca</p>	<p><i>Mandat et mission:</i> “...(RCAS) est un organisme sans but lucratif qui regroupe des personnes et des organismes afin d’assurer le leadership, un soutien et la défense des intérêts des Autochtones qui sont atteints du VIH / SIDA ou sont touchés par cette maladie et ce, sans égard au lieu où ils habitent.”^{xiv}</p> <p><i>Buts et objectifs:</i> Fournir des informations sur le VIH ; offrir aux leaders, conseillers et tous les individus concernés par le SIDA la chance de partager leurs connaissances et expériences à l'échelle nationale ; faciliter la création et le développement d'agences régionales de services aux Autochtones affectés par le SIDA ; élaborer, à l'échelle nationale, des outils éducatifs et de conscientisation visant spécifiquement les Autochtones ; représenter les Autochtones vivant avec le VIH /SIDA et défendre leurs intérêts ; développer des partenariats avec des agences autochtones et non-autochtones qui traitent des questions autochtones au travers des différentes juridictions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation ▪ Conseil ▪ Soutien ▪ Recherche 	
<p>National Aboriginal Diabetes Association (NADA)</p> <p>174 Rue Hargrave Winnipeg, MB R3C 3N2 Tél: 204-27-1220</p>	<p><i>Vision:</i> Traiter le problème du diabète à l'intérieur des populations autochtones par la création de réseaux et d'opportunités pour des individus et communautés dans le respect du cadre de leurs croyances, traditions, et valeurs.</p> <p><i>Mission:</i> La mission du NADA est de traiter efficacement de la question du diabète à l'intérieur des populations autochtones en tant</p>		

<p>Sans frais: 1-877-232-6232 Fax: 204-927-1222 Courriel: diabetes@nada.ca Site: www.nada.ca</p>	<p>que problème de santé prioritaire, et ce en travaillant en collaboration avec les gens et les communautés et organisations autochtones d'une manière culturellement respectueuse, le tout encourageant un style de vie sain pour les populations autochtones d'aujourd'hui et de demain.</p>		
ORGANISMES PROFESSIONNELS	MISSION/VISION/MANDAT/OBJECTIFS	RÔLE	STRATÉGIES ET PRIORITÉS ACTUELLES PERTINENTES
<p>National Association of Friendship Centres (NAFC)</p> <p>275 Rue MacLaren Ottawa, ON K2P 0L9 Tél: 613-563-4844 Fax: 613-594-3428 or 563-1819 Courriel: nafcgen@nafc.ca Site: www.nafc-aboriginal.com</p>	<p><i>Mission:</i> Notre mission est d'améliorer la qualité de vie des Autochtones résidant en milieu urbain par le soutien d'activités autodéterminées qui encouragent un accès et une participation équitables pour tous dans la société canadienne, et qui respectent et renforcent l'accent qui de plus en plus est mis sur le caractère distinctif de la culture autochtone.</p> <p><i>Mandat :</i> Les principaux objectifs sont les suivants : agir comme corps fédérateur pour le <i>Friendship Centre Movement</i> : promouvoir et représenter les préoccupations des peuples autochtones ; représenter les besoins des <i>Friendship Centres</i> locaux au travers du Canada auprès du gouvernement fédéral et du public en général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application de programmes et prestation de services 	
<p>National Network for Aboriginal Mental Health Research (NAMHR)</p> <p>c/o Unité de recherche en culture et santé mentale ; Sir Mortimer B. Davis – Hôpital Général Juif 4333 chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, QC H3T 1E4 Tél: 514-340-8222 ext. 2192/5246 Fax: 514-340-7503 Site: www.mcgill.ca/namhr</p>	<p><i>Mission:</i> le but du NAMHR est de développer la recherche et la formation pour traiter adéquatement les problèmes de santé mentale des populations autochtones au Canada, tant en milieu urbain que rural.</p> <p><i>Mission et objectifs :</i> faire de la recherche en partenariat avec les organismes et communautés autochtones, et coordonner la collaboration entre les chercheurs d'un bout à l'autre du Canada ; former de nouveaux chercheurs pour développer les capacités de recherche en santé mentale dans les communautés autochtones ; améliorer la disponibilité des méthodes et résultats de recherche pour les groupes et communautés autochtones, ainsi que pour les praticiens et planificateurs du domaine de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer les capacités de recherche 	
<p>Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC)</p>	<p><i>Mission:</i> améliorer les services de santé disponibles aux Inuits de manière à ce qu'ils soient de qualité comparable à ceux offerts au reste de la population du Canada ; fournir un forum pour les CHR de manière à ce qu'ils puissent</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échange d'informations ▪ Rôle consultatif 	

<p>Boîte postale 1019 Roy Montour Lane Kahnewake, QC J0L 1B0 Tél: 450-632-0892 Fax: 450-632-2111 Courriel: niichro@niichro.com Site: www.niichro.com</p>	<p>communiquer et échanger des informations entre eux sur diverses initiatives de santé de la communauté inuite ainsi que sur les moyens d'améliorer le programme de CHR à l'échelle nationale ; créer et favoriser la conscientisation et la compréhension du fonctionnement du système des CHR au Canada ; fournir un mécanisme et les moyens pour conseiller les communautés inuites et des Premières nations, la direction générale des services médicaux, et d'autres organismes sur tous les sujets concernant les CHR.^{xv}</p>		
---	--	--	--

NOTES DE BAS DE PAGE

-
- ⁱ www.abo-peoples.org
ⁱⁱ www.naho.ca/french/about_naho.php
ⁱⁱⁱ www.naho.ca/french/about_naho.php
^{iv} http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/about-apropos/index_f.html
^v www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat_e.html
^{vi} www.cihr-irsc.gc.ca/f/27062.html
^{vii} Ibid.
^{viii} www.cihr-irsc.gc.ca/f/27071.html
^{ix} www.ainc-inac.gc.ca/ai/mrr_f.html
^x Ibid.
^{xi} www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index.html
^{xii} Ibid.
^{xiii} Ibid.
^{xiv} www.caan.ca/English/org_policies.htm
^{xv} www.niichro.com/OurHistory.html