

Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018

Division de la santé de la population et de la santé
publique,
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**Entrée en vigueur: le 1^{er} janvier 2018 ou à la date de
publication**

TABLE DES MATIÈRES

1.	Préambule	3
2.	Objet	3
3.	Normes applicables	4
4.	Contexte	4
5.	Définitions clés	5
6.	Introductions aux déterminants de la santé des Autochtones	7
7.	Organismes directeurs	8
7.1	Premières Nations	9
7.2	Communautés autochtones en milieu urbain	13
7.3	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) et centres de santé communautaire (CSC) autochtones	15
8.	Rôles et responsabilités	17
9.	Collaboration avec les communautés et les organismes autochtones	17
9.1	Principes directeurs régissant les relations	18
9.2	Types de modèles de relations.....	19
10.	Utilisation des renseignements sur la santé	24
	Postface	26
	Références	27

1. Préambule

Les Normes de santé publique de l'Ontario: exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation (les Normes) sont publiées par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée conformément à l'article 7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) afin de préciser les programmes et services de santé obligatoires fournis par les conseils de santé.^{1,2} Ces Normes définissent les attentes minimales auxquelles les programmes et services de santé publique doivent répondre. Les conseils de santé sont responsables de l'application des Normes, notamment des protocoles et des lignes directrices visés par celles-ci. Les lignes directrices, des documents liés à des programmes et sujets précis, indiquent comment les conseils de santé doivent mettre en œuvre les exigences particulières définies dans les Normes.

2. Objet

Les présentes lignes directrices visent à aider les conseils de santé à mettre en œuvre les exigences établies dans la norme sur l'*Équité en santé* et exigent des conseils de santé qu'ils favorisent une collaboration multisectorielle avec les municipalités, les RLISS et d'autres intervenants pertinents afin de diminuer les iniquités en santé. En outre, l'engagement des conseils de santé doit comprendre la promotion et l'établissement de relations sérieuses, en commençant par la mise en place de partenariats de collaboration avec les communautés et les organismes autochtones ainsi qu'avec les communautés des Premières Nations qui s'efforcent de régler les questions de compétence. Même si la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur) décrit les approches destinées à traiter la question de l'équité en santé dans l'évaluation, la planification, la prestation, la gestion et l'évaluation de tous les programmes et services de santé publique, les présentes lignes directrices fournissent aux conseils de santé les éléments fondamentaux pour commencer à établir des relations sérieuses avec les communautés autochtones dans un cadre de confiance, de respect mutuel, de compréhension et de réciprocité. Le contenu s'organise comme suit:

- Les sections 1 Préambule, 2 Objet et 3 Normes applicables fournissent une brève orientation sur ces lignes directrices.
- Les sections 4 Contexte, 5 Définitions clés, 6 Introductions aux déterminants de la santé des Autochtones et 7 Organismes directeurs fournissent de l'information de nature générale sur les communautés autochtones de l'Ontario. De plus amples renseignements sont fournis dans la Boîte à Outils pour les Relations avec les Communautés Autochtones.
- La section 8 Rôles et responsabilités précise les liens essentiels entre la nécessité de collaborer avec les communautés autochtones et les exigences connexes contenues dans les normes fondamentales et les normes relatives aux programmes. Elle résume les rôles et les responsabilités de l'Unité des relations avec les Autochtones et des relations intergouvernementales de la Division de la

santé de la population et de la santé publique (DSPSP), au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

- La section 9 Collaboration avec les communautés et les organismes autochtones décrit les approches possibles dont les conseils de santé doivent tenir compte lorsqu'ils interagissent avec les communautés et les organismes autochtones dans les réserves et hors réserve.
- La section 10 Utilisation des renseignements sur la santé fournit des renseignements de nature générale à propos de l'utilisation des données sur la santé des Autochtones et sur les exigences relatives aux approches définies et contrôlées par les Autochtones.

3. Normes applicables

La présente section porte sur les normes et les exigences auxquelles ces lignes directrices renvoient.

Norme sur l'Équité en santé

Exigence 3: Le conseil de santé doit favoriser une collaboration multisectorielle avec les municipalités, les RLISS et d'autres intervenants pertinents afin de diminuer les iniquités en santé, conformément à la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur). La collaboration avec les communautés et les organismes autochtones, ainsi qu'avec les communautés des Premières Nations qui s'efforcent de régler les questions de compétence, doit comprendre la promotion et l'établissement de relations significatives, en commençant par l'établissement de partenariats collaboratifs, conformément aux *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur).

4. Contexte

La présente section constitue une introduction générale pour que les conseils de santé établissent et renforcent leurs relations avec les communautés et les organismes autochtones en respectant les valeurs culturelles, en faisant preuve d'humilité et en tenant compte des traumatismes vécus.

La population autochtone de l'Ontario se compose de groupes des Premières Nations, de Métis et d'Inuits qui vivent dans les réserves et hors réserve, dans les régions urbaines, rurales et éloignées, chacun ayant son histoire, sa langue, sa culture, ses méthodes organisationnelles et ses compétences qui devront être prises en compte. Il faut souligner que, bien qu'il existe des termes généraux pour désigner les premiers habitants des Amériques (p. ex., Autochtones, Premières Nations, etc.), ces populations sont des entités ethnoculturelles uniques et distinctes.

Afin de respecter et de reconnaître la diversité au sein des populations autochtones, les présentes lignes directrices ont été élaborées en partenariat avec les Chiefs of Ontario (COO, en anglais seulement), qui donne le point de vue des Premières Nations, et avec

la Table de concertation sur la santé des Autochtones en milieu urbain (TCSAMU), qui fournit le point de vue des communautés autochtones en milieu urbain. En outre, le nouveau Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC, en anglais seulement) a fourni le point de vue des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) et des centres de santé communautaire (CSC) gérés par les Autochtones. Les CASSA et les CSC sont des organismes de soins de santé communautaires au service des communautés autochtones qui vivent dans les réserves et hors réserve, dans les régions rurales, urbaines et éloignées de l'ensemble de la province. Ces organismes sont des partenaires importants pour les conseils de santé lors de la planification et de la prestation de programmes de santé publique aux populations autochtones.

5. Définitions clés

Les conseils de santé devraient avoir une bonne compréhension de la terminologie et des définitions clés lorsqu'ils interagissent avec des personnes ou des communautés autochtones. Cette section ne fournit pas de liste exhaustive, mais il est important d'assurer une certaine cohérence et de communiquer avec la personne ou l'organisme autochtone concerné pour savoir quels termes il est préférable d'utiliser.³

Peuple autochtone

« Peuple autochtone » est un nom collectif utilisé pour désigner les premiers habitants du Canada et leurs descendants. La *Loi constitutionnelle de 1982* précise que le peuple autochtone du Canada se compose de trois groupes: les Indiens (Premières Nations), les Inuits et les Métis.³

Au Canada, le terme « autochtone » est largement privilégié au terme « aborigène ». L'usage en vigueur en Ontario est d'utiliser le terme « autochtone » lorsqu'il s'agit des Premières Nations, des Métis et des Inuits en tant que groupe, et à faire référence à des communautés particulières dans la mesure du possible.

Autochtone

« Autochtone » fait référence aux premiers habitants d'une région.³ Le terme désigne les premiers habitants du Canada et de leurs descendants. Il comprend les Premières Nations (inscrites et non inscrites), les Métis et les Inuits.

Il est important de se rappeler que chaque nation autochtone de la catégorie « Autochtone » a son propre nom pour sa communauté (p. ex., Cri, Ojibwa, Inuit).

Indien

Comme il est mentionné ci-dessus, les Indiens, ou « Amérindiens », sont des peuples des Premières Nations reconnus comme des Autochtones dans la *Loi constitutionnelle de 1982*. Au Canada, les Indiens sont classés en trois catégories: les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens des traités.³

Le terme « Indien » désigne l'identité juridique d'un membre des Premières Nations inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada. Le terme « Indien » ne devrait être

utilisé que lorsqu'il s'agit d'un membre des Premières nations inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens*, et seulement dans son contexte juridique. Outre ce contexte juridique particulier, le terme « Indien » au Canada est considéré comme désuet, voire offensant, en raison de son usage complexe et singulier durant la période coloniale pour désigner cette identité dans les lois et établir des distinctions (à savoir, « traité » et « non traité », etc.).

Première Nation

Ce terme s'applique généralement aux personnes avec ou sans statut en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada et devrait donc être utilisé avec prudence afin d'éviter toute confusion. Par exemple, lorsqu'on parle d'un programme qui ne s'applique qu'aux jeunes Indiens inscrits, il faut éviter d'utiliser le terme « Première Nation ». Le terme « Première Nation » ne devrait pas être utilisé comme synonyme d'« Autochtones » ou de « peuples autochtones », car qu'il n'englobe pas les Inuits ou les Métis. Certaines communautés ont adopté le terme « Première Nation » pour remplacer le terme « bande ». Malgré un usage répandu, ce terme ne comporte pas de définition juridique au Canada.

On compte 133 communautés des Premières Nations en Ontario, dont 127 sont reconnues par la *Loi sur les Indiens* du Canada.

Métis

Les Métis sont un peuple distinct, qui regroupe les personnes d'ascendance mixte européenne et indienne, possédant leurs propres coutumes et identité collective reconnaissable. Les organismes qui représentent les Métis peuvent avoir des critères différents pour déterminer qui est reconnu comme Métis en vertu de leurs mandats particuliers.

Inuit

Au Canada, le territoire des Inuits se situe dans le Grand Nord, notamment au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Yukon, dans le Nord du Québec et au Labrador. Il n'y a pas de territoire traditionnel inuit en Ontario. Les Inuits de la province vivent dans des centres urbains ou d'autres municipalités (comme la région d'Ottawa qui compte la population la plus importante) et peuvent être représentés par des organisations éducatives, sociales et politiques distinctes.

Communauté autochtone en milieu urbain

Ce terme désigne principalement les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui vivent en milieu urbain. Selon les données du recensement de 2016, la population autochtone en milieu urbain continue d'être l'un des segments démographiques qui augmente le plus rapidement au Canada.⁴

Il est important de préciser que certaines indications montrent que le recensement pourrait sous-dénombrer les populations autochtones en milieu urbain dans certaines régions de l'Ontario.⁵ En effet, ces populations risquent de ne pas participer au

recensement en raison de facteurs comme l'augmentation du taux de mobilité et la difficulté de retracer les personnes parce qu'elles n'ont pas d'adresse fixe, la méfiance historique à l'égard du gouvernement en raison des politiques coloniales passées et présentes et les déplacements entre différentes régions géographiques.⁵

6. Introductions aux déterminants de la santé des Autochtones

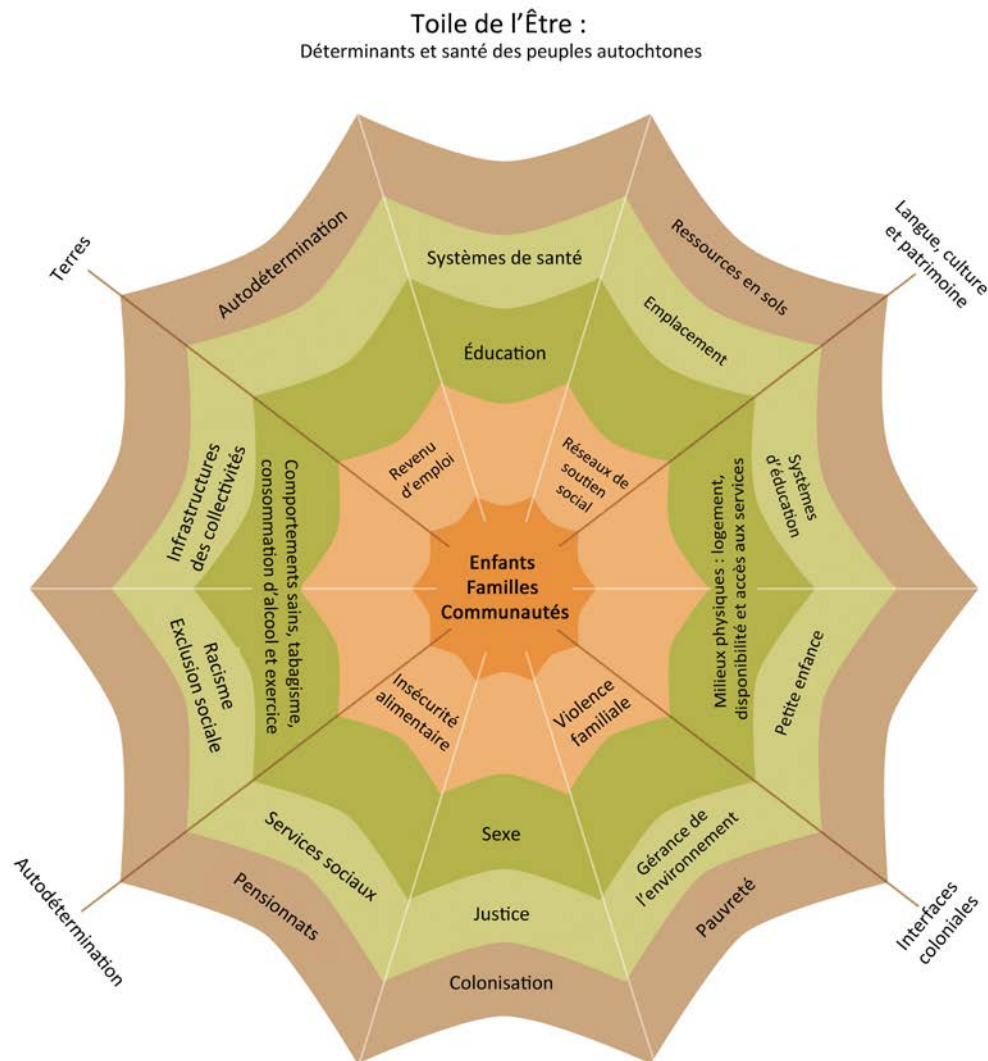
L'expérience des peuples autochtones avec le système de santé est grandement influencée par leur identité autochtone. Historiquement, les peuples autochtones ont pratiqué une approche collectiviste au sein de leurs institutions et de leurs processus sociaux, plus particulièrement en ce qui concerne les façons dont la santé est perçue et prise en considération.⁶ Les idéologies autochtones adoptent un concept holistique de la santé qui reflète les dimensions physiques, émotionnelles, spirituelles et mentales.⁶

La toile de l'Être (figure 1), élaborée par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, illustre les déterminants de la santé des peuples autochtones et la façon dont ces facteurs sont interreliés pour former un réseau solide qui influence la santé et le bien-être des personnes.⁷ Des facteurs comme le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale ont eu et continuent d'avoir des répercussions profondes sur la santé des communautés, des familles et des personnes, ce qui a entraîné un traumatisme intergénérationnel. Ces facteurs sont responsables des inégalités sociales et des inégalités en santé qui en résultent entre les peuples autochtones et la population générale de l'Ontario.

La résilience personnelle, familiale et communautaire, le rétablissement et la promotion de l'identité autochtone, le maintien des cultures et des langues vivantes et l'autonomie gouvernementale comptent parmi les facteurs qui ont eu des effets positifs sur la santé et le bien-être de la population autochtone.

On mentionne aussi l'autodétermination, qui représente le déterminant le plus important de la santé chez les populations autochtones.⁶ L'autodétermination influence tous les autres déterminants, notamment l'éducation, le logement, la sécurité et les possibilités en matière de santé. Des études ont montré que les initiatives communautaires, la fierté culturelle et la réhabilitation des approches traditionnelles en matière de santé et de guérison ont contribué à améliorer et à promouvoir la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle dans les communautés autochtones.⁸ La sensibilisation des professionnels de la santé aux pratiques culturelles, aux histoires et aux visions du monde des Autochtones, en particulier dans la région où ils travaillent, est essentielle pour combler les lacunes de l'incompréhension entre les praticiens de la santé publique et les peuples autochtones qu'ils servent.⁷

Figure 1: La toile de l'Être: Déterminants et santé des peuples autochtones



Source: D^{re}. Margo Greenwood. La toile de l'Être. Prince George, (Colombie-Britannique): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 2009. Utilisée avec permission.⁷

7. Organismes directeurs

La présente section donne un aperçu de certains des organismes directeurs avec lesquels les conseils de santé devraient se familiariser afin de mieux se préparer à collaborer avec les communautés et les organismes autochtones selon une approche

axée sur les forces. L'approche axée sur les forces suppose un effort conscient pour bâtir à partir des atouts, des réalisations et des structures d'une communauté qui peuvent permettre d'apporter des améliorations.⁹ Bien que les activités quotidiennes entre les conseils de santé ou leur personnel se déroulent principalement avec le personnel des centres de santé, comme les directeurs et les gestionnaires des services cliniques et des services de santé, il est essentiel de comprendre comment certaines décisions stratégiques sont prises pour veiller à ce que la participation se fasse de façon significative et respectueuse.

7.1 Premières Nations

Tel que décrit ci-dessus, le terme « Première Nation » a été utilisé couramment dans les années 1980 pour remplacer le terme « bande/réserve indienne ».

Le « conseil de bande » est un terme utilisé pour désigner l'autorité gouvernementale locale d'une communauté des Premières Nations qui est politiquement reconnue par le gouvernement fédéral. Chaque conseil de bande est composé d'un chef élu et de conseillers issus de la communauté. Certaines communautés ont même remplacé le nom « bande » par « élu » (p. ex., conseil élu des Six Nations). Il est important de se rappeler que, même si ces conseils de bande sont en place, il existe aussi des organismes directeurs traditionnels au sein d'une communauté des Premières Nations. Certaines communautés ont aussi leurs dirigeants traditionnels comme le chef ou les conseillers élus.

Organisations politiques et territoriales

En Ontario, la majorité des Premières Nations sont affiliées à des groupes régionaux plus importants appelés organisations politiques et territoriales (OPT). Les OPT représentent le principal soutien des services de représentation et de secrétariat pour les Premières Nations. Chaque OPT a un chef du Grand Conseil et un chef adjoint du Grand Conseil. En Ontario, il y a actuellement quatre OPT : Nishnawbe-Aski Nation, Grand Council Treaty N° 3, Anishnabek Nation (Union of Ontario Indians, en anglais seulement) et Association of Iroquois and Allied Indians (en anglais seulement).

Conseils tribaux

Les conseils tribaux sont des organismes qui représentent les intérêts d'un certain nombre de communautés des Premières Nations qui ont habituellement une région géographique définie ou qui sont fondées sur une affiliation politique, socioculturelle ou historique. Les conseils tribaux assurent la liaison entre les Premières Nations membres et les divers paliers de gouvernement représentant les aspirations politiques, sociales, culturelles et économiques des communautés membres. Les pouvoirs que les Premières Nations délèguent à leur conseil tribal varient et sont le plus souvent fondés sur des résolutions adoptées par les chefs ou les conseillers qui représentent leur communauté membre et, par extension, les intérêts de leurs membres. Grâce à ce processus, la plupart des conseils tribaux ont pour mandat de servir de porte-parole et d'organisme de défense de leurs membres. La plupart des organismes des conseils

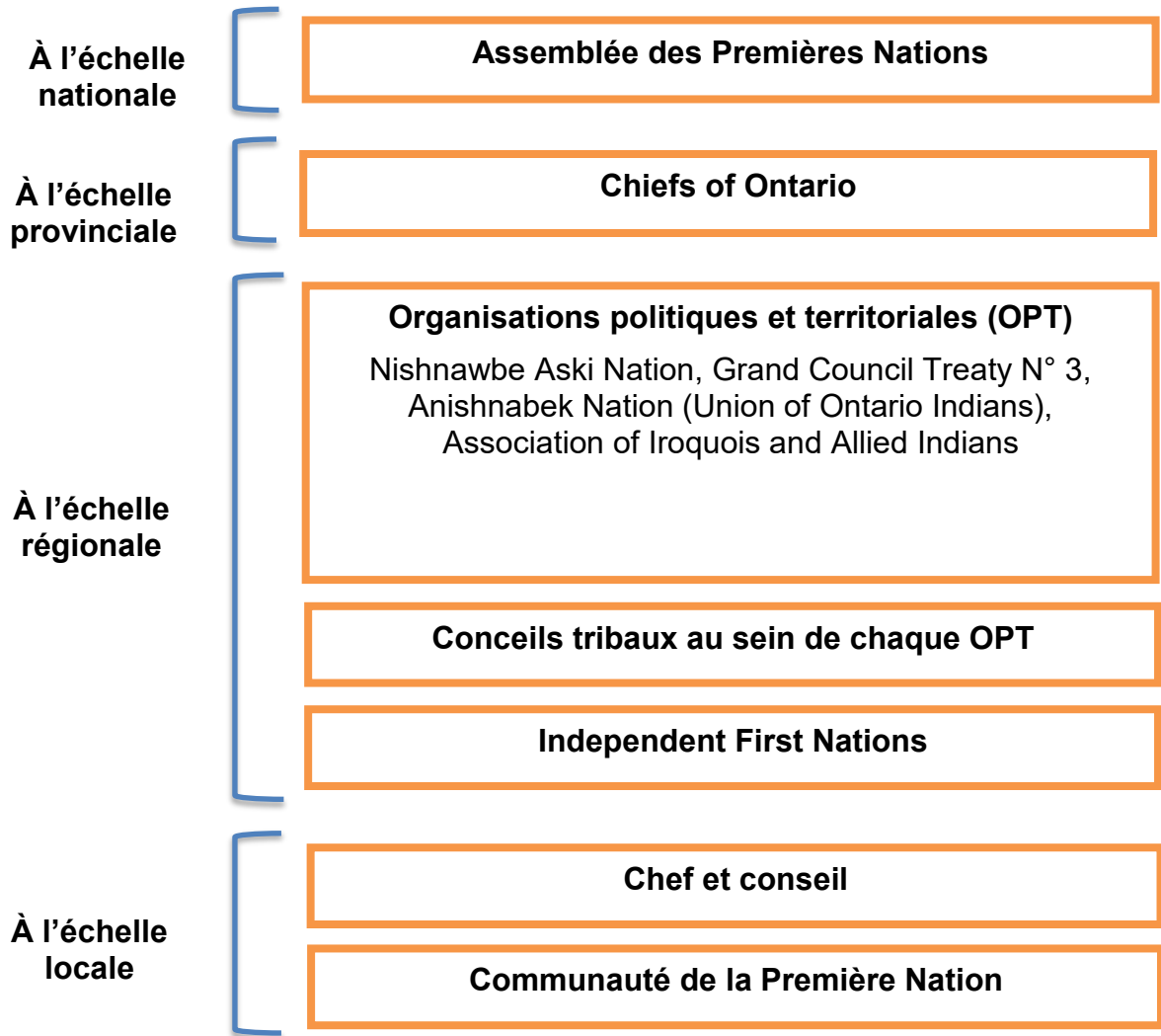
tribaux fournissent des services de planification, de coordination et de consultation, tandis que d'autres peuvent aussi offrir des programmes et des services selon les ententes particulières conclues avec le gouvernement.

Chiefs of Ontario

Les Chiefs of Ontario (COO, en anglais seulement) sont un forum politique et un secrétariat dont le rôle est de prendre des décisions collectives, de mener des actions collectives et de défendre les droits de 133 communautés des Premières Nations vivant dans la province de l'Ontario. Il est important de noter que plusieurs communautés et organismes des Premières Nations ne considèrent pas le COO comme leurs représentants politiques auprès du gouvernement provincial ou fédéral.

Guidé par l'Assemblée générale des chefs, le COO soutient les efforts d'autodétermination des peuples Anishinabek, Mushkegowuk, Onkwehonwe et Lenape dans la protection et l'exercice de leurs droits inhérents et issus de traités.

Structure politique des Premières Nations*



*La figure vise uniquement à fournir une représentation visuelle des relations entre les différents groupes. Elle ne décrit pas une structure hiérarchique ou organisationnelle et peut ne pas s'appliquer à certaines communautés des Premières Nations qui travaillent directement avec les gouvernements.

Responsabilités fédérales et provinciales en matière de santé des Autochtones

Les gouvernements provincial et fédéral fournissent des services de santé aux peuples autochtones de l'Ontario, y compris aux Premières Nations.

L'Ontario offre des services provinciaux aux résidents de l'Ontario, y compris aux peuples autochtones vivant en Ontario (peu importe que ce soit dans une réserve ou hors réserve), sur une base qui ne fait pas de discrimination. Ceci inclut l'application du principe de Jordan, le principe de l'enfant d'abord qui vise à empêcher que les enfants des Premières Nations se voient refuser des services essentiels ou subissent des retards en raison de conflits de compétence.

Cette démarche est conforme à la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, qui comprend une reconnaissance dans le préambule proposé par le gouvernement de l'Ontario selon lequel « Lorsqu'un enfant inuit, métis ou de Premières Nations a normalement droit à un service sous le régime de la présente loi, les conflits de compétence ne doivent pas nuire à la prestation de ce service en temps opportun, conformément au principe de Jordan ». ¹⁰

Elle tient compte également d'un élément clé de la définition du principe de Jordan du Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) présentée en 2016, c'est-à-dire lorsqu'un service gouvernemental est offert à tous les autres enfants et qu'un différend de compétence survient entre le Canada et une province ou un territoire, ou entre des ministères du même gouvernement concernant des services offerts à un enfant des Premières Nations, le ministère du premier contact paie le service et peut demander un remboursement à l'autre gouvernement ou ministère après que l'enfant a reçu le service.

Depuis 2016, les décisions du TCDP ont élargi la portée du principe de Jordan pour le gouvernement fédéral au-delà de l'élaboration d'un mécanisme officiel de règlement des conflits de compétence afin de combler les lacunes dans les services gouvernementaux et d'assurer une égalité réelle dans la prestation de services à l'enfant.

Pour de nombreuses communautés des Premières Nations vivant dans des réserves en Ontario, les services de santé fédéraux et les services de santé communautaires des Premières Nations (p. ex., les postes de soins infirmiers des Premières Nations ou les centres de santé communautaire situés dans les collectivités rurales ou éloignées) constituent le premier point de service, quoique les patients atteints de maladies graves ou nécessitant des soins d'urgence ou de longue durée sont généralement orientés vers le système de santé provincial. Les services financés par le gouvernement fédéral peuvent comprendre les services d'hygiène du milieu (comme les inspections sanitaires et la surveillance de la qualité de l'eau potable), les programmes communautaires, y compris la santé mentale et la toxicomanie, le développement de la petite enfance, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Il est important de noter que les services offerts à chaque communauté des Premières Nations diffèrent entre les Premières Nations locales et celles des autres régions. Les populations autochtones vivant hors réserve, en milieu urbain ainsi que les Métis sont desservis par les systèmes

de santé provinciaux, tout comme les membres des Premières Nations vivant dans les réserves proches des centres urbains ou nécessitant des soins complexes.

Les services de santé dans les réserves sont habituellement fournis par le centre de santé communautaire, qui offre une gamme de programmes et de services de soins primaires et de promotion de la santé aux membres de la communauté et qui est supervisé par le directeur des services de santé. Le directeur des services de santé devient un partenaire important lorsqu'il commence à établir une relation avec une communauté vivant dans une réserve.

7.2 Communautés autochtones en milieu urbain

L'Ontario compte la plus importante population autochtone au Canada, ce qui représente 374 395 personnes.⁴ La population autochtone vivant en milieu urbain continue de croître dans la province, reflétant ainsi la tendance nationale. Environ 85,5 % de la population autochtone vit hors réserve en Ontario, comparativement à 79,7 % au Canada. En 2016, l'Ontario comptait la plus importante population métisse du Canada, soit 120 585 personnes, une hausse de 64,3 % par rapport à 2006, ce qui représente un cinquième de la population métisse totale. En Ontario, environ 40,9 % de la population autochtone a moins de 24 ans. Ce contexte démographique définit l'environnement dans lequel œuvrent les organismes autochtones en milieu urbain. Même si les organismes autochtones en milieu urbain s'adaptent constamment à l'environnement changeant des besoins des communautés, la croissance et la demande de plus en plus fortes posent des défis complexes et exercent des pressions sur la prestation des services et les infrastructures nécessaires pour répondre aux besoins des communautés autochtones en milieu urbain.¹¹

Métis Nation of Ontario

Créé en Ontario en 1993, l'organisme Métis Nation of Ontario (MNO, en anglais seulement) est une structure provinciale autonome reconnue destinée aux Métis, qui représente les intérêts collectifs de vingt-neuf conseils communautaires métis locaux agréés dans neuf collectivités régionales de la province. Le MNO offre aux Métis et à l'ensemble de la communauté autochtone de l'Ontario des programmes et des services généraux adaptés à la communauté, coordonnés de façon centralisée et axés sur les clients et la famille. Le MNO offre ces services complets par l'entremise de sept bureaux, en utilisant une approche culturellement distincte conçue pour répondre aux besoins et réalités spécifiques des Métis.

Le secrétariat du MNO a pour mandat, en tant que structure autonome du MNO dont les membres ont été élus, d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des programmes et des services pour la population métisse de l'Ontario qui répondent à des objectifs précis énoncés dans la déclaration d'intention principale du MNO, notamment les objectifs suivants:

- Fournir les soins et le soutien nécessaires pour répondre aux besoins fondamentaux des citoyens de la nation métisse.

- Promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants, des jeunes, des familles et de toute la communauté métisse.
- Représenter l'autorité et la source pour la culture et les traditions métisses en Ontario qui diffèrent à certains égards de celles des Métis des Prairies.
- Promouvoir la reconnaissance et le respect des droits des Métis et des Métis en tant que nation et peuple distinct.

Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres

L'Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres (OFIFC, en anglais seulement) est un organisme autochtone provincial qui représente les intérêts collectifs de 28 centres d'amitié membres présents dans différentes villes de l'Ontario. L'OFIFC gère plus de 20 initiatives et programmes généraux adaptés à la culture qui sont offerts par les centres d'amitié locaux dans des domaines comme la justice, les enfants et les jeunes, la santé, la santé mentale et la toxicomanie, le soutien familial, la guérison et le bien-être, l'éducation, l'emploi et la formation avec des soutiens culturels directs.

La vision du mouvement des centres d'amitié consiste à améliorer la qualité de vie des membres de peuples autochtones vivant en milieu urbain, en soutenant des activités d'autodétermination qui favorisent l'accès et la participation à la société canadienne en tant qu'égaux et qui respectent le caractère distinct de la culture autochtone. Les centres d'amitié représentent l'infrastructure de prestation de services aux Autochtones hors réserve la plus importante de l'Ontario et sont déterminés à accroître la participation de tous les membres de peuples autochtones vivant en milieu urbain à toutes les facettes de la société, y compris les membres des Premières Nations – Indiens inscrits/non inscrits, les Métis, les Inuits et toutes les autres personnes qui s'identifient comme Autochtones de l'île de la Tortue. Chaque jour, les centres d'amitié répondent aux besoins de dizaines de milliers de membres de la communauté qui ont besoin de services adaptés à la culture.

Ontario Native Women's Association

Ontario Native Women's Association (ONWA, en anglais seulement) est un organisme sans but lucratif qui a été créé en 1971 dans le but de rendre autonomes et de soutenir les femmes autochtones ainsi que leurs familles partout dans la province. La vision de l'ONWA est de parler d'une seule voix au nom des femmes autochtones en défendant l'équité, l'égalité et la justice par le rétablissement de la culture au sein des nations et entre elles. L'ONWA a pour mandat de rendre autonomes et de soutenir toutes les femmes autochtones et leur famille par la recherche, la défense des droits, l'élaboration de politiques et de programmes axés sur les activités locales, régionales et provinciales.

L'ONWA compte cinquante-deux (52) organismes membres locaux qui offrent aux femmes autochtones du soutien, des moyens de renforcer les capacités et la visibilité dont elles ont besoin pour améliorer leur vie. En tant que membres de l'organisme, les femmes autochtones de l'Ontario peuvent influencer les politiques et les lois nationales et provinciales puisqu'elles concernent leur propre vie. Le conseil d'administration de l'ONWA se compose de seize membres, notamment de quatre administrateurs, dont un

directeur jeunesse, représentant chacune des quatre régions. L'ONWA compte un Grandmothers Council (en anglais seulement) comprenant une grand-mère représentant chacune des régions. Le siège social de l'ONWA est situé au sein de la Première Nation de Fort William et compte neuf bureaux satellites répartis dans l'ensemble de la province. Ces bureaux offrent des services généraux, éprouvés et adaptés à la culture par l'intermédiaire de ses nombreux programmes afin de répondre aux besoins des femmes autochtones et de leurs familles. L'ONWA a créé un service de recherche et de politiques qui s'efforce d'influer sur les modifications législatives afin d'éliminer les obstacles systémiques auxquels sont confrontées les femmes autochtones.

L'ONWA s'engage à offrir des programmes et des services enrichis sur le plan culturel aux femmes autochtones et à leurs familles, peu importe leur statut ou leur localité, qui renforcent les communautés et garantissent la préservation de la culture, de l'identité, de l'art, de la langue et du patrimoine autochtones. Mettre un terme à la violence contre les femmes autochtones et leurs familles et assurer l'égalité d'accès à la justice, à l'éducation, aux services de santé, à la gestion de l'environnement et au développement économique constituent le fondement même de l'organisme. L'ONWA concentre ses efforts sur le bien-être social et culturel des femmes autochtones et de leurs familles, afin que toutes les femmes, peu importe leur patrimoine autochtone, puissent vivre pleinement leur vie.

7.3 Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) et centres de santé communautaire (CSC) autochtones

Uniques au Canada et créés en Ontario, les CASSA et les CSC sont des organismes de soins de santé primaires dirigés par la communauté. Ces centres offrent aux peuples autochtones de toute la province une gamme complète de services de santé et de services sociaux respectueux des valeurs culturelles. Ces services comprennent les soins primaires, la guérison traditionnelle, la santé mentale et le bien-être, la toxicomanie, les programmes culturels, les programmes de promotion de la santé, les initiatives de développement communautaire et les services de soutien social. Qu'il s'agisse des soins cliniques, de la prévention et de la prise en charge intégrées des maladies chroniques, des soins de santé maternelle et infantile axés sur la famille, du counseling en matière de toxicomanie, de la guérison traditionnelle, des soins de santé mentale, de l'autonomisation des jeunes et d'autres programmes, les CASSA et les CSC continuent d'être un point d'accès essentiel à la santé et au développement de la famille et de la communauté.

Occasions de travailler avec les centres

De nombreux conseils de santé travaillent déjà avec les CASSA et les CSC, et ces relations se sont développées depuis l'établissement des CASSA en 1995 et des CSC gérés par les Autochtones, comme le Anishnawbe Health Toronto (en anglais seulement) une décennie plus tard. Les centres fonctionnent maintenant depuis plus de

deux décennies, de sorte que les possibilités de collaboration entre les services de santé et les CASSA et les CSC se sont souvent présentées dans le cadre normal des activités. Les CASSA et les CSC offrent des programmes de santé publique éclairés intégrant des approches tant occidentales qu'autochtones, ainsi que des soins de santé primaires, parallèlement aux approches traditionnelles du bien-être.

Les CASSA et les CSC fonctionnent selon le Modèle de santé et de bien-être holistique axé sur le caractère complet et continu des soins, allant de la promotion de la santé à la réadaptation, et ce, tout au long de la vie. Outre les services de soins primaires (c.-à-d. le type de services offerts par les médecins et les infirmières praticiennes), ce modèle intègre la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que les fonctions de santé publique pour la population.¹² De plus, la plupart des CASSA et des CSC fournissent des soins de santé primaires (une combinaison de services de santé publique et de soins primaires). La collaboration avec les CASSA et les CSC devrait reposer sur l'idée que les CASSA et les CSC offrent déjà de nombreux programmes de santé publique pertinents et respectueux sur le plan culturel. Il s'agira donc de trouver des possibilités de collaboration respectueuse et égalitaire avec les conseils de santé.

Il existe un certain nombre d'activités où les conseils de santé et les CASSA et les CSC peuvent collaborer. Quelques exemples:

- Activités communautaires: engagement communautaire, développement communautaire et participation multisectorielle;
- Initiatives conjointes en matière de promotion de la santé, d'éducation en santé et de prévention;
- Services de santé: prise en charge des maladies chroniques, dépistage, vaccination et préparation aux interventions d'urgence. Travail de sensibilisation ciblant des populations spécifiques et renforcement des liens entre les fournisseurs de soins de santé et les services;
- Systèmes d'information: élaboration et gestion de systèmes d'information; partage de l'information et collecte de données sur la population aux fins d'analyse;
- Pratique fondée sur des données probantes: élaboration et mise en œuvre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires;
- Évaluation des besoins: évaluations des besoins de la communauté et des besoins en matière de santé, et planification des programmes;
- Assurance de la qualité et évaluation: principalement autour de la mesure du rendement des fournisseurs et des programmes;
- Travail d'équipe et gestion: réunions d'équipe conjointes axées sur les préoccupations des clients et la gouvernance de la pratique;
- Formation professionnelle: programmes universitaires des professionnels de la santé et diverses activités de formation du personnel;
- Fonctions de conseil et de direction: participation aux conseils et comités consultatifs;
- Marketing social et communication: information du public sur des questions de santé précises.

8. Rôles et responsabilités

Le Cadre de responsabilisation pour la santé publique décrit dans les Normes énonce la portée des rapports de responsabilisation entre les conseils de santé et le ministère et établit les attentes à l'égard des conseils de santé en ce qui a trait à la prestation des programmes et des services, aux obligations fiduciaires, aux bonnes pratiques de gouvernance et de gestion et à la pratique de santé publique. Les exigences organisationnelles précisent les obligations des conseils de santé en matière de surveillance ou de production de rapports afin de démontrer leur responsabilité au ministère. La *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur) souligne les exigences organisationnelles selon lesquelles les conseils de santé doivent envisager d'intégrer des principes et des approches en matière d'équité en santé afin d'assurer leur efficacité pour atteindre l'équité en santé et mettre en œuvre les exigences de la norme sur l'*Équité en santé*.

Les conseils de santé doivent s'engager dans une pratique de santé publique qui permet de diminuer les iniquités en santé de façon à ce que chacun ait des chances égales d'acquiescer un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux.

Lorsque l'on travaille avec les communautés et les organismes autochtones, l'application des Normes et de leurs protocoles doit se faire selon les approches décrites dans les présentes lignes directrices. Les stratégies de mise en œuvre varieront d'un conseil à l'autre et dépendront de la façon dont une communauté ou un organisme autochtone souhaite participer. Pour assurer le meilleur résultat possible, les conseils de santé devraient utiliser l'expertise et l'expérience des communautés et des organismes autochtones pour faire avancer le processus.

Unité des relations avec les Autochtones et des relations intergouvernementales, DSPSP, MSSLD

L'Unité des relations avec les Autochtones et des relations intergouvernementales travaille avec des partenaires autochtones pour améliorer la planification, l'évaluation et la prestation de programmes et de services de santé publique en fonction des besoins de la communauté. L'équipe peut faciliter la collaboration entre les conseils de santé et les communautés autochtones.

9. Collaboration avec les communautés et les organismes autochtones

La présente section donne un aperçu d'un certain nombre de principes et d'approches clés qui peuvent être utiles aux conseils de santé en ce qui a trait à l'établissement de partenariats et à la collaboration avec les communautés et les organismes autochtones.

L'efficacité des Normes sera déterminée par leur capacité à mobiliser et à soutenir les communautés et les organismes autochtones. Pour être efficaces, les modèles de soins et de promotion de la santé publique doivent être façonnés différemment pour et avec les organismes et les peuples autochtones. Une collaboration directe avec les communautés et les organismes autochtones dans le cadre de carrefours communautaires d'expérience en matière de santé, de services sociaux et de culture permettra de fournir des renseignements essentiels, des partenariats et des réseaux, ainsi que des ressources communautaires pour l'élaboration de processus adaptés à la culture visant à appuyer la promotion de la santé et la prévention des maladies. Grâce aux commentaires et aux recommandations des Autochtones, les conseils de santé peuvent créer des occasions d'adapter, d'améliorer et de mettre en place des services adaptés à la culture dans les services de santé publique, que les Autochtones seront portés à fréquenter, ce qui aura des répercussions positives sur la santé.

Les partenaires autochtones recommandent fortement que les conseils de santé et leurs employés se familiarisent avec le document intitulé « Nouvelles directions: La politique ontarienne de santé applicable aux Autochtones » (New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario). Élaborée en 1994, la politique ontarienne de santé applicable aux Autochtones est le fruit d'une collaboration entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des organismes autochtones et des Premières Nations. Il s'agit d'une orientation générale sur la participation des Autochtones à la planification, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et des services destinés aux communautés autochtones.

9.1 Principes directeurs régissant les relations

En Ontario, il existe de nombreux exemples de collaboration efficace entre les conseils de santé et les communautés autochtones. La collaboration est définie comme un processus de participation dans le cadre d'une relation respectueuse. La participation des Autochtones est un processus soutenu où la confiance est établie en s'assurant que les Autochtones ont la possibilité de prendre part activement à la prise de décisions dès la première étape.¹³ L'approche visant la participation des Autochtones variera à l'échelle de la province et au sein des communautés, selon la culture et la démographie locales, les initiatives proposées et les relations existantes. Lorsqu'on applique concrètement les Normes aux communautés autochtones, les approches adoptées doivent reconnaître et appuyer les principes suivants:

1. Établissement de liens

Renforcer les relations existantes et nouvelles avec les communautés autochtones, sur la base de la confiance et de la reconnaissance des droits des Premières Nations, des Métis et des Inuits. S'assurer de toujours inviter et d'inclure les organismes autochtones au début de toute nouvelle initiative.

2. Reconnaissance, respect et réciprocité

Reconnaître la diversité des histoires, des cultures, des langues, des besoins, des priorités et des protocoles au sein des communautés autochtones des

Premières Nations, des Métis et des Inuits et entre celles-ci. Reconnaître, soutenir et respecter la capacité, les besoins et les réalités uniques des organismes autochtones et de leurs structures de gouvernance dont les membres sont des élus locaux, régionaux ou provinciaux. La relation doit être fondée sur la réciprocité, qui est comprise comme reconnaissance mutuelle, respect mutuel, partage et responsabilité mutuelle.

3. Autodétermination

L'autodétermination reconnaît le droit inhérent des peuples autochtones de déterminer librement leurs propres voies et de prendre des décisions sur toutes les activités de leurs communautés et leurs moyens de subsistance.¹³ Pour appuyer ce principe dans le contexte des présentes lignes directrices, les organismes autochtones communautaires doivent avoir la possibilité de diriger ou d'influencer les processus décisionnels pertinents qui auront une incidence sur les peuples et les communautés autochtones, et de promouvoir davantage les possibilités offertes aux Autochtones d'exercer un contrôle sur la santé.

4. Communication et échange de connaissances en temps opportun

Les processus doivent promouvoir un engagement significatif et un échange de connaissances fondé sur un dialogue ouvert et réciproque avec les organismes autochtones, reconnaissant que les résultats acceptables pour toutes les parties dépendent de communications claires, ouvertes et transparentes, et ce, à chaque étape du processus.

5. Coordination

Les conseils de santé doivent travailler en collaboration avec les organismes autochtones et les intervenants non autochtones pour déterminer les processus appropriés en matière de consultation, de participation et de concertation afin d'éviter les dédoublements et de maximiser l'intégration avec d'autres initiatives de politiques et de programmes de soins de santé.

9.2 Types de modèles de relations

Les principes directeurs ci-dessus sont des suggestions utiles visant à orienter les activités de consultation et les processus connexes avec les organismes autochtones. Ces principes aideront à élaborer des processus de communication, de participation et de concertation qui appuient l'établissement de relations et améliorent les résultats. Toutefois, en raison des liens historiques et des contextes communautaires, les communautés et les organismes autochtones ne sont peut-être pas disposés à collaborer immédiatement avec les conseils de santé et leurs employés. La mise en place de ces processus peut donc prendre du temps et nécessiter de la souplesse de la part des conseils de santé. Les présentes lignes directrices fournissent des options en matière de participation qui adoptent une approche progressive tenant compte des différentes étapes que les conseils de santé et les communautés autochtones peuvent franchir pour établir leur relation.

Communication

Les communications ouvertes et respectueuses sont au premier plan des stratégies de communication efficaces. Le dialogue face à face est une approche jugée efficace pour favoriser la confiance. Les rencontres peuvent prendre la forme de visites dans la communauté, de séances d'accueil, d'échanges informels et de réunions.

Outre l'adoption d'un style de communication approprié, il est essentiel d'être franc et honnête au sujet des attentes, des intentions, des ressources ou des limites pour établir la confiance. Pour y parvenir, il faut fournir régulièrement des mises à jour sur les projets, en communiquant les résultats et en rendant compte des progrès à la communauté autochtone, sous forme de courriels, d'appels téléphoniques, d'envois postaux et de réunions de routine. On montre ainsi que le partenariat est important et que les réponses données par les membres de la communauté sont entendues et prises en compte.¹³

Les problèmes passés, les points de vue conflictuels ou les capacités et les ressources limitées peuvent amener les communautés et les organismes autochtones à ne pas souhaiter s'engager davantage, auquel cas la communication régulière est une autre solution pratique pour maintenir et renforcer une relation positive avec la communauté autochtone.

9.2.1 Modèles de relations avec les communautés des Premières Nations

Renforcer les relations entre les communautés autochtones et les conseils de santé

Renforcer les relations à l'échelle locale entre les communautés autochtones et les conseils de santé permet d'améliorer les programmes et les services de santé publique et par conséquent les résultats en matière de santé. On peut notamment y parvenir comme suit:

- Offrir une formation sur les compétences culturelles pour aider le personnel de santé publique à mieux connaître les coutumes et les traditions des communautés autochtones vivant dans leur secteur. Ainsi, les services de santé et les communautés autochtones peuvent engager un dialogue afin de mieux comprendre les besoins et les attentes de chaque partie en matière de santé publique.
- Mettre en place des séances de dialogue sur la santé publique avec les communautés des Premières Nations et les conseils de santé, ce qui permet de tisser des liens et d'offrir des occasions de discuter des priorités en santé publique.
- Inviter les fournisseurs de services de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis à des séances de formation ou à des ateliers, échanger des renseignements pertinents concernant la santé publique ainsi que de l'information sur les données régionales relatives à la santé publique.

Services de santé publique conjoints

Le partage des ressources ou des infrastructures de programmes à l'échelle fédérale, provinciale ou locale peut améliorer l'accès aux services de santé publique pour les communautés autochtones. Dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves, les services de santé sont financés par les gouvernements provincial et fédéral (voir ci-dessus: Responsabilités fédérales et provinciales en matière de santé des Autochtones). Le directeur des services de santé peut fournir de l'information sur les services de santé fédéraux et, grâce à la collaboration, il est possible d'élaborer un programme intégré.

Quelques pratiques prometteuses:

- Explorer les possibilités de partenariats avec le gouvernement fédéral et les communautés des Premières Nations pour élaborer des modèles d'intégration de programmes de santé publique fédéraux et provinciaux (p. ex., pour améliorer l'accès aux services de santé buccodentaire dans les communautés du Nord).
- Réfléchir à des façons d'établir des partenariats avec un organisme des Premières Nations pour répondre aux priorités urgentes en santé publique (p. ex., gestion de la population de chiens dans les régions éloignées afin de promouvoir des communautés plus sûres).

Ententes non officielles ou protocoles d'entente (PE)

Une fois qu'une relation a été établie, une entente non officielle ou un protocole d'entente peut être négocié entre les communautés autochtones et les conseils de santé afin de définir un processus qui permettrait d'offrir de façon plus efficace des services de santé publique aux communautés d'une région.

Quelques pratiques prometteuses:

- Collaborer avec un organisme des Premières Nations à l'établissement d'un accord-cadre sur les relations visant à améliorer les services de santé publique offerts aux communautés autochtones et au conseil de santé. Le cadre peut comprendre une analyse contextuelle des services actuels et une formation sur les compétences culturelles à l'intention du personnel des services de santé publique.
- Collaborer avec une communauté des Premières Nations à l'établissement d'un protocole d'entente pour la prestation de programmes et de services de santé publique précis par les conseils de santé à la communauté.

Ententes officielles

Une entente officielle sur les services de santé publique et la prestation de ces services peut être négociée entre les communautés des Premières Nations et les conseils de santé. Dans ce contexte, il faudrait examiner la possibilité d'établir une entente en vertu de l'article 50 (en vertu de l'article 50 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*) qui permet aux communautés des Premières Nations de conclure des ententes officielles avec les conseils de santé dans le cadre desquelles:¹⁴

- le conseil convient de fournir des programmes et des services de santé aux membres de la Première Nation;
- le conseil de la Première Nation accepte d'assumer les responsabilités d'une municipalité au sein du service de santé;
- le conseil de la Première Nation peut nommer un membre de la communauté pour siéger au conseil de santé.

L'entente en vertu de l'article 50 peut prendre plusieurs formes, allant d'une entente pour un ou plusieurs services particuliers à une entente pour tous les services de santé publique. Le type d'entente négociée dépendra des besoins de la communauté de la Première Nation.

Intégration de modèles de services de santé publique

L'élaboration et la mise en œuvre de modèles de prestation de services de santé publique intégrés à l'échelle fédérale et provinciale au profit des communautés des Premières Nations constituent une approche à long terme pour résoudre les problèmes de compétence, améliorer les partenariats et améliorer l'accès aux services de santé publique. Ce processus doit être conçu et mené par un organisme dirigé par les Autochtones, car les programmes et les services seraient offerts par les Premières Nations et nécessiteraient la participation de tous les partenaires, notamment les conseils de santé, le MSSLD, le gouvernement fédéral et les dirigeants des Premières Nations. Cette approche exige un sentiment d'appartenance et un engagement forts de la part de la communauté, ainsi qu'un plan approuvé par les dirigeants des Premières Nations, le cas échéant.

De plus amples renseignements sur la possibilité d'intégrer des modèles de services de santé publique sont fournis dans la Boîte à Outils pour les Relations avec les Communautés Autochtones.

9.2.2 Modèles de relations avec les Autochtones vivant en milieu urbain et les organismes et les communautés autochtones

Accord informel

À mesure que les relations établies avec les organismes autochtones en milieu urbain se développent, il est probable que les ententes et les engagements évolueront sans modalités, objectifs ou responsabilités clairs. Les accords informels conclus avec les organismes autochtones ne sont pas définis selon un calendrier, des résultats ou le partage des ressources, mais ils reposent sur le respect mutuel. Aux premiers stades de la relation, les accords informels permettent d'instaurer une confiance mutuelle et de fixer des objectifs, ce qui donne la possibilité d'établir des rapports formels.

Quelques pratiques prometteuses:

- Déterminer un processus approprié fondé sur la portée et l'incidence de la relation, de la démarche et des résultats proposés.

- Assister à des événements organisés par des organismes autochtones et la communauté et inviter les organismes autochtones et les membres de la communauté à des événements liés à la santé publique.
- Organiser des rencontres où les membres de conseils de santé et d'organismes autochtones pourront faire connaissance et en apprendre davantage sur les mandats et les services organisationnels.

Relation de référence

Les organismes autochtones en milieu urbain peuvent être le principal point de contact pour les membres des communautés autochtones vivant en milieu urbain. Faire appel aux organismes autochtones communautaires permet de s'assurer que les personnes et les familles ont accès à des approches adaptées à la culture qui reconnaissent l'importance et l'incidence des déterminants sociaux de la santé.

Quelques pratiques prometteuses:

- Comprendre les programmes et services autochtones offerts localement et établir des relations avec le personnel.
- Établir une communication ouverte continue sur les activités organisationnelles et la communauté autochtone locale.
- Établir un processus de référence, idéalement officiel, entre les organismes.
- Comprendre la diversité des fournisseurs de services et des organismes au sein des communautés autochtones en milieu urbain.

Collaboration

Les organismes autochtones en milieu urbain doivent participer à l'élaboration des initiatives qui toucheront leurs communautés, car ils aideront à orienter les processus en vue d'assurer une mobilisation et un développement adéquats.

Il peut également s'agir d'un processus particulier de mobilisation des Autochtones dans le cadre duquel, au nom du conseil de santé, les organismes autochtones peuvent être chargés de coordonner et d'encourager la participation des membres et des représentants des communautés autochtones.

Quelques pratiques prometteuses:

- Inviter les organismes autochtones à participer aux initiatives de santé publique dès le début et préciser les priorités communautaires.
- Faire preuve de souplesse quant à la participation, aux échéanciers, aux ressources et aux limites de capacité.
- Inviter les organismes autochtones à présenter leurs points de vue aux conseils et aux comités locaux responsables de la planification.

Partenariat officiel

Les processus de collaboration donnent souvent lieu à l'élaboration d'un mécanisme officiel pour le suivi et la gestion des processus, dans certains cas, sur une période pluriannuelle; ils sont guidés par une entente officielle. Cela s'accompagne souvent d'un

plan de travail détaillé qui décrit les principales activités à entreprendre et les livrables à produire pour appuyer le processus. Cette approche favorise la responsabilisation et la transparence et, par conséquent, offre de meilleures chances d'obtenir des résultats acceptables pour toutes les parties.

Les protocoles d'entente, les lettres d'entente ou d'intention et d'autres types d'ententes écrites peuvent définir les modalités d'une relation de travail entre les conseils de santé et les organismes autochtones en milieu urbain. Les ententes écrites aident à définir les rôles, les responsabilités et les façons dont chaque fournisseur de services, organisme ou organisation doit interagir les uns avec les autres. Elles sont utiles pour communiquer les attentes relatives aux protocoles organisationnels et culturels que les signataires doivent respecter.

Quelques pratiques prometteuses:

- Établir une entente officielle qui décrit les principales activités, les livrables et les attentes pour promouvoir la prise de décision fondée sur la collaboration.
- Assurer une participation constante tout au long du processus – détermination du problème, élaboration, conception, mise en œuvre et évaluation.

Relations avec Métis Nation of Ontario (MNO)

La nation métisse est actuellement sous-représentée dans la recherche en santé. Étant donné que les Métis représentent environ le tiers de la population autochtone totale de l'Ontario, la mobilisation devient essentielle pour influencer et mettre en œuvre des politiques qui reflètent leurs points de vue et qui répondent aux difficultés qu'ils rencontrent – politiques qui ne sont pas seulement rédigées sous le couvert d'un cadre autochtone; mais plutôt un cadre propre aux Métis.¹⁵

Communication: Toutes les demandes de participation doivent être communiquées à la directrice générale des opérations de MNO qui, à titre d'interlocutrice directe pour le processus de mobilisation, fera suivre la demande en conséquence. Comptant plus de 200 employés et plusieurs bureaux, MNO est en mesure d'assurer les missions les plus fructueuses sous la responsabilité de la directrice générale des opérations qui déterminera efficacement le personnel, le programme, l'emplacement et les participants les plus appropriés pour la mission.

10. Utilisation des renseignements sur la santé

Le contexte entourant l'information sur la santé chez les communautés autochtones évolue rapidement; on constate une évolution notable vers des approches définies et contrôlées par les Autochtones. La réalisation de recherches sur les questions de santé des Autochtones est complexe et nécessite des connaissances et une formation particulières en matière de santé des Autochtones, de méthodes de recherche favorisant la participation et d'éthique de la recherche.

Plusieurs initiatives sont en cours pour aider les Autochtones à mieux comprendre la santé de leurs communautés et les répercussions des programmes et des services de santé publique. Ces initiatives sont menées par les communautés autochtones et comprennent notamment la participation et le soutien de leur conseil santé respectif et d'autres organismes d'information. À titre d'exemple, mentionnons l'élaboration d'un système de collecte de données sur la santé de la population ainsi que des possibilités d'échange de connaissances et d'information sur des maladies particulières.

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est une source d'information sur la santé des Premières Nations. Il s'agit d'une enquête nationale sur la santé dirigée par les Premières Nations au Canada qui recueille de l'information sur les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves et dans le Nord, faisant appel à des approches tant occidentales que traditionnelles de la santé et du bien-être. La phase 2 de l'ERS menée à l'échelle nationale a débuté en 2008 et s'est terminée à l'automne 2010, et comprenait dix régions participantes au Canada, dont l'Ontario.¹⁶ Elle a aussi été adaptée par certaines Premières Nations pour servir de base aux évaluations de la santé de la population dans leurs communautés.

Par le passé, les peuples autochtones n'ont pas toujours été consultés sur la nature de l'information à recueillir, sur devrait recueillir cette information, sur qui devrait la conserver ni sur qui devrait y avoir accès. L'information recueillie n'était peut-être pas pertinente aux questions, aux priorités et aux préoccupations des peuples autochtones. Comme la collecte de données a souvent été imposée par des autorités externes, elle a rencontré de la résistance dans de nombreux milieux.¹⁷

Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) ont vu le jour pour répondre aux préoccupations des Premières Nations concernant les aspects négatifs d'une étude menée de l'extérieur. Les principes de PCAP® s'appliquent à toutes les initiatives de recherche, de données ou d'information auxquelles participent les Premières Nations. Ces principes sont également utilisés par d'autres communautés autochtones, mais ils ne visent pas à limiter ou à empêcher l'élaboration de données et de recherches sur la santé de la population.

Les principes de PCAP® représentent l'autodétermination appliquée à la recherche et sont définis comme suit:

Propriété: Il s'agit de la relation qu'une communauté des Premières Nations entretient avec son savoir culturel et les données et renseignements la concernant. Selon ce principe, une communauté ou un groupe est propriétaire de l'information à titre collectif, de la même façon qu'une personne est propriétaire de ses renseignements personnels.

Contrôle: Les aspirations et les droits des Premières Nations de maintenir et de reprendre le contrôle de tous les aspects de leur vie et de leurs institutions comprennent la recherche, l'information et les données. Le principe du contrôle affirme que les peuples des Premières Nations, leurs communautés et les organismes qui les représentent ont le droit de contrôler tous les aspects des processus de recherche et de

gestion de l'information qui les touchent. Le contrôle peut s'effectuer à tous les stades d'un projet de recherche, depuis la conception jusqu'à son achèvement.

Accès: Les peuples des Premières Nations doivent avoir accès à l'information et aux données sur eux et leurs communautés, peu importe où elles sont conservées. Ce principe confirme également le droit des communautés et des organismes des Premières Nations de prendre des décisions concernant l'accès à leur information collective et la gestion de cet accès. Concrètement, ce droit peut être exercé au moyen de protocoles officiels normalisés.

Possession: Même si le principe de propriété définit la relation qui existe entre un peuple et les données qui le concernent, la possession ou la gestion est, quant à elle, un principe plus concret. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une condition de propriété, la possession (de données) est un mécanisme permettant de faire valoir et de protéger la propriété. Lorsque des données détenues par une partie sont en la possession d'une autre, il y a un risque de détournement ou de mauvaise utilisation.¹⁸

Pour obtenir un contexte détaillé et des lignes directrices concernant l'information sur la santé chez les Premières Nations et les communautés autochtones, veuillez consulter les ressources suivantes:

- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations – www.fnigc.ca
- Instituts de recherche en santé du Canada; Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie; Conseil de recherches en sciences humaines. Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC): Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa (Ontario): Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2014. Chapitre 9, Recherche visant les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter9-chapitre9>
- Centre des Premières Nations. Health information, research and planning: une source d'information pour les planificateurs des services de santé des Premières Nations. Ottawa (Ontario): Organisation nationale de la santé autochtone, 2009. Centre des Premières Nations. Principes de la propriété, du contrôle, de l'accès et de la possession (PCAP): « Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: a critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities ». Ottawa (Ontario): Organisation nationale de la santé autochtone, 2005.

Postface

Les *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur) donnent un aperçu des communautés et des organismes autochtones de l'Ontario et des approches possibles en matière de participation, sachant qu'il n'existe pas d'approche universelle. Ces lignes directrices sont un outil adaptable

qui sera mis à jour au besoin. D'autres renseignements et ressources sont fournis dans la Boîte à Outils pour les Relations avec les Communautés Autochtones.

Références

1. Ontario. Ministère de la Santé et Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario: exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation, 2018. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Accessible à l'adresse suivante: http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx
2. Loi sur l'éducation, L.R.O. 1990, chap. E.2. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90e02>
3. International Journal of Indigenous Health. Defining Aboriginal peoples within Canada [Internet]. Toronto (Ontario): Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health; 2016 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <http://jips.library.utoronto.ca/index.php/ijih/about/submissions#authorGuidelines>
4. Statistique Canada. Peuples autochtones – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016 [Internet]. Ottawa (Ontario): Gouvernement du Canada, 2017 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/abo-aut/index-fra.cfm>
5. Rotondi MA, O'Campo P, O'Brien K, Firestone M, Wolfe SH, Bourgeois C, et al. Our Health Counts Toronto: using respondent-driven sampling to unmask census undercounts of an urban indigenous population in Toronto, Canada. *BMJ Open*. 2017;7(12):e018936,2017-018936. Accessible à l'adresse suivante: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e018936.long>
6. Reading CL, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Prince George, (Colombie-Britannique): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Université du nord de la Colombie-Britannique, 2009. Accessible à l'adresse suivante: https://www.cnsa-nccah.ca/525/Voir_publication.nccah?id=46
7. Greenwood M. La toile de l'Être. Prince George, (Colombie-Britannique): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.
8. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Revue des compétences essentielles pour la santé publique: Une perspective de santé publique autochtone Prince George, (Colombie-Britannique): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Université du nord de la Colombie-Britannique, 2015. Accessible à l'adresse suivante: https://www.cnsa-nccah.ca/525/Voir_publication.nccah?id=145

9. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annual Review of Public Health. 1998;19:173-202. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
10. Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille, L.O. 2017, chap. 14, Annexe 1. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/17c14>
11. Groupe consultatif de la première ministre chargé du cadre pour les carrefours communautaires. Les carrefours communautaires en Ontario: un cadre stratégique et plan d'action [Internet]. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ontario.ca/fr/page/les-carrefours-communautaires-en-ontario-un-cadre-strategique-et-plan-daction>
12. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. American Journal of Public Health. 2002;92(11):1748-55. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221479/>
13. Équipe de recherche pour le renforcement des liens entre les Premières Nations et la santé publique Research Team. Renforcement des liens entre les Premières Nations et la santé publique: exploration des principes et pratiques d'engagement visant à améliorer la santé communautaire – analyse documentaire [Internet]. Sudbury (Ontario): Projets locaux, 2017 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/LDCP/Pages/First-Nations.aspx>
14. Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
15. Statistique Canada. Guide de référence sur les peuples autochtones, Enquête nationale auprès des ménages, 2011 [Internet]. Ottawa (Ontario): Gouvernement du Canada, 2013 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/guides/99-011-x/99-011-x2011006-fra.cfm>
16. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/2010: rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations [Internet]. Ottawa (Ontario): Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN); 2012 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <http://fnigc.ca/fr/resources.html>
17. Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Volume 3 – Vers un Ressourcement

[Internet]. Ottawa (Ontario): Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 1996 [cité le 6 avril 2018]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>

18. Centre des Premières Nations. Health information, research and planning: une source d'information pour les planificateurs des services de santé des Premières Nations. Ottawa (Ontario): Organisation nationale de la santé autochtone, 2009.

