

VERS UN AVENIR MEILLEUR :
SANTÉ PUBLIQUE ET POPULATIONNELLE
CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS, LES
INUITS ET LES MÉTIS



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SAVOIR(S) AUTOCHTONE(S) ET SANTÉ PUBLIQUE

© 2021 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

Référence bibliographique :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2021). *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *Visioning the Future: First Nations, Inuit, & Métis Population and Public Health*.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (Colombie-Britannique)
V2N 4Z9 Canada
Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-318-8

ISBN (format en ligne) :
978-1-77368-319-5



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks



TABLE DES MATIÈRES



LISTE DES CONTRIBUTEURS-----	5
INTRODUCTION-----	6
LA COLLECTE D'INFORMATION-----	7
LES VISIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ORGANISATIONS AUTOCHTONES NATIONALES : L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, LE RALLIEMENT NATIONAL DES MÉTIS ET L'INUIT TAPIRIIT KANATAMI-----	9
L'Assemblée des Premières Nations -----	9
Le Ralliement national des Métis-----	12
L'Inuit Tapiriit Kanatami -----	16
Les savoirs traditionnels inuits : une étude de cas du Qaujimajatuqangit inuit portant sur l'allaitement maternel-----	20
LE RACISME-----	25
LES MALADIES INFECTIEUSES -----	28
La réalité actuelle -----	28
En arriver à des changements -----	31
Les maladies infectieuses dans un climat en changement -----	33
L'AVENIR DE L'AUTODÉTERMINATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE-----	34
LES DONNÉES ET LA PERSPECTIVE GRAND-MÈRE -----	37
Qu'entend-on par données de santé populationnelle autochtones? -----	37
Comment les bases de données de santé populationnelle autochtones sont-elles créées et gérées? -----	38
Comment les données de santé populationnelle autochtones peuvent-elles contribuer à la santé et à la vitalité des Autochtones? -----	38
LA GOUVERNANCE PAR LES PREMIÈRES NATIONS, POUR LES PREMIÈRES NATIONS -----	39
Le colonialisme, le patriarcat et la santé autochtone -----	39
L'autodétermination et la gouvernance de la santé des Premières Nations : une source de conflit structurel dans la prise de décisions et la prestation de services? -----	39
Des modèles collaboratifs en prestation de services de santé publique--	40

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

ÉTUDE DE CAS : LE CONTRÔLE DES SERVICES À L'ENFANCE REDONNÉ À LA PREMIÈRE NATION DE COWESSESS-----	42
ENVIRONNEMENT : L'ÉCOSYSTÈME <i>EST</i> NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ-----	43
UNE VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR LES AUTOCHTONES URBAINS : RIEN POUR NOUS SANS NOUS LE BIEN-ÊTRE MENTAL-----	46 49
LES ÉVALUATIONS ET LES INTERVENTIONS RELATIVES AU BIEN-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS -----	52
Introduction : les systèmes de santé publique et d'information sur la santé des Autochtones et des non-Autochtones-----	52
La réalité actuelle -----	53
Les sept éléments centraux d'une vision des systèmes d'évaluation et d'intervention en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada -----	55
Trois stratégies pour en arriver à des changements-----	56
CONCLUSION -----	57
BIBLIOGRAPHIE-----	58

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Organisations autochtones nationales :

Assemblée des Premières Nations; Ralliement national des Métis; Inuit Tapiriit Kanatami

D^r Evan Adams, médecin-chef adjoint à Services aux Autochtones Canada

D^{re} Marcia Anderson, médecin hygiéniste à l'Office régional de la santé de Winnipeg

Donna Atkinson, directrice du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

D^{re} Danièle Behn Smith, médecin-chef adjointe et conseillère en santé des Autochtones au gouvernement de la Colombie-Britannique

D^{re} Sarah Funnell, médecin adjointe en santé publique à Santé publique Ottawa; directrice fondatrice du Centre de recherche et d'éducation en santé autochtone (CRÉSA) de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa; directrice du volet de la santé autochtone au Département de médecine familiale de l'Université Queen's

D^{re} Margo Greenwood, leader académique au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; vice-présidente de la Santé des Autochtones à la Northern Health Authority; professeure au programme d'études des Premières Nations à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique

Theresa Koonoo, ministère de la Santé du Nunavut, avec les contributions de :

Rebecca Lonsdale (infirmière inuite autorisée); **Sarah MacRury** (infirmière autorisée); **Igah Sanguya** (représentante en santé communautaire, Clyde River, Nunavut); **Meeka Kiguktak** (représentante en santé communautaire, Grise Fiord, Nunavut); **Janice Panimera**; **Jeanie Aulaqiaq**

D^{re} Shannon McDonald, médecin-chef intérimaire à la régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique

Mme Clara Morin Dal Col, ministre de la Santé au Ralliement national des Métis

D^r Christopher Mushquash, psychologue clinicien à la Chaire de recherche du Canada en santé mentale et toxicomanie chez les Autochtones; professeur au Département de psychologie à l'Université de Lakehead et à l'École de médecine du Nord de l'Ontario; psychologue à Dilico Anishinabek Family Care; directeur du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord; vice-président associé à la recherche du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay; scientifique en chef à l'Institut régional de recherche en santé de Thunder Bay

D^{re} Janet Smylie, directrice de Well Living House, un centre de recherche-action sur la santé et le bien-être des nourrissons, des enfants et des familles autochtones; médecin au département de médecine familiale et communautaire de l'hôpital St. Michael's; professeure à la Dalla Lana School of Public Health et au Département de médecine familiale et communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto; Chaire de recherche du Canada pour l'avancement des services de santé génératifs pour les populations autochtones au Canada (chaire de niveau 1)

D^{re} Shannon Waters, médecin hygiéniste pour la région de la vallée de Cowichan à la régie de la santé de l'île de Vancouver

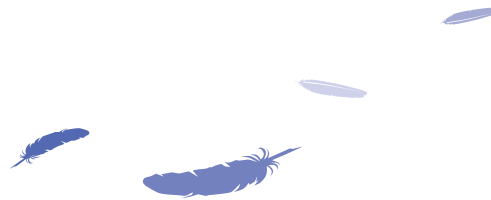
D^r Eduardo Vides, conseiller principal en politiques de santé au Ralliement national des Métis

Un remerciement tout particulier est adressé aux D^{res} Julie Sutherland, Noni MacDonald, Margaret Haworth-Brockman et Charuka Maheswaran pour leur contribution à l'élaboration de ce document.



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone
National Collaborating Centre for
Indigenous Health

INTRODUCTION



Au moment de concevoir son rapport annuel pour 2021, la directrice de la santé publique, consciente de l'importance d'y faire participer les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant au Canada, s'est assurée d'y inclure leurs points de vue et leurs voix. C'est dans cette optique qu'a été produit le présent rapport, intitulé *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Présentant une vision multidimensionnelle articulée par des Autochtones de partout au pays, ce rapport complémentaire vise à guider la position de la

directrice de la santé publique, mais aussi à mettre en valeur les savoirs autochtones et à définir une vision réalisable qui reconnaît les divers services de santé autochtones et assure une intégration de leurs savoirs au système public de santé du pays.

Tenir compte des déterminants de la santé permet de définir un cadre de référence pour s'attaquer aux iniquités qui sont décrites plus loin, iniquités auxquelles font face les peuples autochtones dans tout le spectre des enjeux de santé publique et populationnelle. Ce cadre holistique brosse ainsi un tableau bien plus complet et

inclusif des réalités quotidiennes des peuples autochtones. Chacun des thèmes abordés dans ce bref répertoire peut être défini comme un déterminant distinct (p. ex. le racisme), comme profondément influencé par de multiples déterminants, ou comme recoupant d'autres déterminants ayant une incidence encore plus grande sur le bien-être de ces populations (p. ex. le sexe, le statut d'emploi et la situation géographique). Dans cette perspective, les éléments du rapport mettent tous en lumière les inégalités vécues par les peuples autochtones.



LA COLLECTE D'INFORMATION

Le concept de savoirs autochtones se prête mal à la généralisation. Diversifié et propre au contexte, il est formé d'unités de base dont la production et la transmission sont « participatives, communautaires, expérientielles et [...] locales » (Smylie et al., 2004, p. 141; voir aussi Battiste & Henderson, 2000; Kovak, 2009; Kuptana, 2005; Little Bear, 2000; Wilson, 2008)*. Inscrits dans les récits, les savoirs naissent dans la narration, d'où sont extraites des leçons de sagesse issues de l'expérience, et sont transmis aux nouvelles générations par les gardiens des connaissances. Les concepts de cercle, de cycle

et de toile figurent abondamment dans les savoirs autochtones, et ces connaissances sont considérées avec respect comme une ressource communautaire. Ces savoirs découlent de l'expérience et du dialogue, de la réflexion et de la collaboration.

Dans cette optique, et afin de s'assurer que la vision autochtone en santé publique et le rapport important qui s'y rattache représentent véritablement à la fois les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ce document a été élaboré collectivement par les trois organisations autochtones

nationales (l'Assemblée des Premières Nations, le Ralliement national des Métis et l'Inuit Tapiriit Kanatami), ainsi que par des experts en santé publique de renom représentant les Premières Nations, les Inuits et les Métis de diverses régions au pays. Ces experts et ces organisations spécialisées se sont appuyés non seulement sur la recherche et les données, mais aussi sur les systèmes de savoirs touchant la santé publique dans lesquels les Autochtones puisent depuis des temps immémoriaux et qu'ils se sont transmis de génération en génération.

* Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.





LES VISIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ORGANISATIONS AUTOCHTONES NATIONALES : L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, LE RALLIEMENT NATIONAL DES MÉTIS ET L'INUIT TAPIRIIT KANATAMI

L'Assemblée des Premières Nations

Les priorités d'avenir en santé publique des Premières Nations : des soins sur sept générations

Les systèmes de santé des Premières Nations suivent un continuum de soins naturel basé sur le cycle de la vie, de la prégrossesse à la mort, qui intègre leurs enseignements et leurs remèdes traditionnels. Bien qu'il n'existe pas de définition unique de ce qu'est le bien-être autochtone, la notion que les facettes physique, mentale, émotionnelle et spirituelle de la personne sont interreliées est largement répandue, tout autant que l'idée que ces facettes sont influencées par l'environnement dans lequel on vit.

La question de la santé des Premières Nations est associée de près aux problèmes de santé mentale et de traumatisme intergénérationnel, à une incidence accrue de maladies contagieuses et à un fardeau élevé de maladies chroniques. Les difficultés en la matière sont aggravées par les manques qui persistent quant aux déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté, les logements surpeuplés, l'insécurité alimentaire, et une approche fragmentaire des programmes et services de santé qui rend l'accès difficile ou impossible, dans des lieux qui par surcroît sont inadéquats ou non respectueux des différences culturelles. Bien que ces questions fassent partie de notre réalité, notre histoire et notre parcours vers le mieux-être sont marqués par la résilience et la force. Même si les disparités se sont accrues durant la pandémie de COVID-19, cette crise a aussi montré que de

grandes réalisations sont possibles quand les Premières Nations prennent les devants pour protéger leurs communautés, avec l'aide des gouvernements provinciaux et territoriaux et du fédéral.

Même si de nombreux gouvernements fédéraux successifs et de multiples enquêtes publiques ont lancé des discussions nationales sur l'état de santé des Premières Nations, les solutions offertes à court terme sont embrouillées par les politiques et pratiques colonialistes et complexes qui maintiennent les disparités en santé. La participation des Premières Nations aux dialogues nationaux et régionaux a permis de faire valoir que les véritables systèmes de santé et de mieux-être sont centrés sur les forces et ancrés dans les pratiques culturelles, mais aussi de reconnaître que les droits inhérents à la santé et les droits issus de traités posent des bases qui favorisent la résilience. Le

racisme systémique des systèmes de santé ayant fait l'objet d'une attention accrue, il semble que des changements majeurs s'imposent, et que les Premières Nations sont les mieux placées pour mener ce changement. Comme le souligne l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones :

Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions (UN General Assembly, 2007, p. 18).

Le projet de loi C-15, qui vise à rendre les lois canadiennes conformes à la Déclaration, a reçu la sanction royale en juin 2021. Des discussions exploratoires ont été engagées dans la foulée entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations sur leurs particularités au sein de la législation sur la santé des Autochtones, en mettant l'accent sur la nécessité de « rebâtir en mieux » après la pandémie. Les Premières Nations ont ainsi l'occasion d'évaluer les modèles actuels de programmes et services de santé, d'examiner les modes de financement et de faire revivre les solutions autochtones qui favorisent l'approche de continuum de soins et investissent dans ce qui contribue au mieux-être des individus et des collectivités. Le gouvernement du Canada s'étant engagé à établir des distinctions au sein de la législation sur la santé des Autochtones, il est essentiel de

fournir aux Premières Nations les outils et ressources nécessaires à la bonne marche des processus entourant les lois et la gouvernance de la santé. En outre, les Premières Nations sont appelées à définir les services qui répondent à leurs besoins particuliers en combinant leurs approches traditionnelles aux pratiques de santé occidentales. Notre vision pour l'avenir est celle d'un système en transformation qui puise dans la culture et où les Premières Nations servent d'inspiration et contribuent au mieux-être individuel et collectif.

Venant soutenir le mouvement de transfert de la responsabilité des soins de santé aux Premières Nations, l'Assemblée générale des chefs de l'Assemblée des Premières Nations (APN) a passé en 2019 la résolution n° 19/2019 intitulée *Élaboration d'un continuum de soins sur sept générations pour les Premières Nations et par les Premières Nations pour soutenir la santé et le développement économique et social*. Cette résolution



Notre vision pour l'avenir est celle d'un système en transformation qui puise dans la culture et où les Premières Nations servent d'inspiration et contribuent au mieux-être individuel et collectif.

© Credit: iStockPhoto.com, ID 471652619

incite Services aux Autochtones Canada à privilégier la formule du continuum de soins holistique afin d'accompagner, dans tous secteurs, les individus et les communautés des Premières Nations au fil des phases de leur vie, et ce, sur sept générations. Cette approche veille à coordonner et à intégrer les programmes et services de l'ensemble des secteurs et à appliquer une définition intégrale de la santé qui tient compte de la perspective des Premières Nations en favorisant un parcours holistique vers la guérison et le mieux-être qui s'inscrit dans la culture. Il s'agit ainsi de s'assurer que celles-ci participent à la gouvernance de la santé et au développement de systèmes de santé qui leur correspondent.

Le Programme de transformation de la santé des Premières Nations, un premier rapport de l'APN offrant de nombreuses recommandations pour mieux adapter les services de santé aux Premières Nations, définit trois grands objectifs en gouvernance de la santé et en prestation de services autodéterminée :

- Bien définir les relations :
 - Par exemple, éliminer toute incertitude quant aux compétences et s'assurer que, dans toutes les initiatives collaboratives, les Premières Nations participent comme partenaires à part entière dès le départ.

- Faire de la capacité des Premières Nations une priorité :
 - Par exemple, favoriser le recrutement de main-d'œuvre au sein des communautés afin d'abaisser le taux de rotation élevé du personnel (ce point concerne aussi les pratiques salariales équitables, l'accès au perfectionnement professionnel, l'agrément et l'accès aux technologies, ainsi que le soutien de la capacité et de la souveraineté en matière de données).
- Procéder à des investissements durables :
 - Par exemple, garantir un financement prévisible et continu pour répondre aux besoins de façon proactive et avec souplesse, en réduisant les exigences de présentation de rapports qui nuisent à l'application de solutions holistiques.

Ces trois objectifs visent globalement à surmonter les contraintes structurelles des accords de financement. La pandémie de COVID-19 a mis et met en évidence la nécessité de renforcer la capacité des Premières Nations, d'amoindrir les obstacles juridictionnels et de prévoir des investissements durables, tout en faisant valoir ce qu'il est possible d'accomplir quand les trois ordres de gouvernement font des Premières Nations leurs partenaires dans la gestion de crise.



© Credit: iStockPhoto.com, ID1299342476

Le fait d'aborder le bien-être par un continuum de soins qui s'étend sur sept générations offre une vision différente de la santé et du bien-être qui s'inscrit dans les modes de connaissance des Premières Nations. Pour arriver véritablement à mieux intégrer ces dernières à la législation sur la santé, il convient de reconnaître que des changements fondamentaux aux systèmes et pratiques occidentales s'imposent. Cette vision ne peut devenir une réalité qu'en satisfaisant aux objectifs premiers du *Programme de transformation de la santé des Premières Nations*, qui seront atteints grâce à une législation de la santé adéquate et dans le respect des droits inhérents et des droits issus de traités, ainsi que de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

Le Ralliement national des Métis

La vision des Métis en matière de santé publique

D^r Eduardo Vides, conseiller principal en politiques de santé au Ralliement national des Métis; **M^{me} Clara Morin Dal Col**, ministre de la Santé au Ralliement national des Métis

La santé et le bien-être des personnes et des communautés métisses sont tout aussi importants l'un que l'autre et dépendent l'un de l'autre. Pour dresser un portrait complet de la santé publique des Métis, il faut prendre en compte les aspects psychologiques, physiques, spirituels, émotionnels et sociaux (Allard, 2007), mais les données manquent pour en brosser un tableau exhaustif (nous y reviendrons plus loin). Malgré l'absence de données désagrégées, on sait que les populations métisses sont en

moins bonne santé que les Canadiens non autochtones. Par exemple, celles-ci comptent des taux nettement plus élevés de maladies chroniques comme le diabète, le cancer du poumon, les maladies cardiaques et l'accident vasculaire cérébral; les personnes métisses sont aussi plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale. En outre, de nombreux Métis connaissent la pauvreté : ils sont plus susceptibles de vivre dans des ménages à faible revenu et en situation d'insécurité alimentaire. Le coût élevé des médicaments d'ordonnance, ainsi que les frais de déplacement vers les centres médicaux éloignés où obtenir les ordonnances, empêchent également beaucoup de Métis, surtout ceux qui vivent en régions isolées, d'accéder aux médicaments requis (Métis National Council [MNC], 2016). Les causes premières des inégalités qu'ils vivent résident dans la nature défavorable de leurs déterminants sociaux de la santé, comme les logements surpeuplés et de mauvaise qualité, l'insécurité alimentaire et les obstacles à l'accès aux soins.

Un autre des défis de santé publique qui les touchent est qu'ils se trouvent, jusqu'à un certain point, exclus à la fois des services de santé grand public et de ceux destinés aux Autochtones en raison des conflits de compétence. Les Premières Nations et les Inuits accèdent à certains des programmes qui les concernent par l'entremise de la



© Credit: iStockPhoto.com, ID 115914953

Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits des Services aux Autochtones Canada; or, cet organisme n'est pas mandaté pour travailler auprès des Métis (Chartrand, 2011, p. 6). Ces derniers doivent dès lors s'en remettre aux services provinciaux destinés au grand public; toutefois, ceux-ci répondent rarement aux besoins culturels et géographiques particuliers des communautés métisses (Chartrand, 2011, p. 6). Par conséquent, de nombreux Métis sont exposés au racisme et à la discrimination, ainsi qu'à un manque de compassion ou de compréhension de la part des professionnels de la santé et des acteurs du système de santé qui servent la population générale. Bien que le lieu (la demeure, la communauté et la région) joue un rôle crucial dans le maintien de leur santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle (Allard, 2007, p. 22), les patients métis des zones rurales et nordiques sont souvent transportés vers des hôpitaux en milieu urbain dans le Sud pour les urgences médicales, les hospitalisations et les rendez-vous, ce qui est source de difficultés financières, de solitude et de stress émotionnel (Allard, 2007, p. 22). Les populations métisses risquent davantage de vivre des problèmes de santé mentale compte tenu de la perte de leurs racines traditionnelles et de leur langue, le métchif, de même que l'éclatement de la cellule familiale (Morin Dal Col, 2017). De fait, 1 Métis sur

5 (19,6 %) âgé de 18 ans ou plus affirme avoir eu des pensées suicidaires, comme le rapportait l'Enquête auprès des peuples autochtones en 2012 (Statistics Canada, 2016).

Même si le fait qui suit est connu depuis 50 ans, il est essentiel de répéter le message, car la situation n'a pas changé : on se trouve encore devant une absence générale de données complètes sur la santé des Métis. Les recherches qui reposent sur des données désagrégées sont souvent entravées par l'incertitude qui entoure l'identité exacte et le champ de compétence dont relèvent les personnes et les communautés métisses. Par conséquent, la législation, les politiques et les services gouvernementaux en santé méconnaissent les problèmes de santé des Métis et, dans certains cas, omettent totalement de fournir des données pertinentes (Allard, 2007). Leur absence de capacité de recherche (Allard, 2007) vient aggraver le problème; en effet, il existe actuellement très peu de chercheurs et de professionnels de la santé métis possédant les connaissances et la formation requises pour mener des recherches en santé. De même, les professionnels de la santé non autochtones n'ont généralement pas la possibilité d'acquérir une expertise ou une formation sur les modes de connaissance des Métis et les pratiques de soins qui les concernent. Un meilleur suivi des caractéristiques démographiques, sociales et de santé des

populations métisses représente aussi une mesure indispensable si l'on souhaite véritablement répondre aux besoins de santé de celles-ci.

Les iniquités décrites ci-dessus ne peuvent être comprises indépendamment des processus historiques de colonisation, d'assimilation forcée et d'exclusion sociale (Morin Dal Col, 2017). Dans le cadre des efforts actuellement déployés pour soutenir la santé des Métis, il importe de reconnaître leur histoire particulière et de s'intéresser de près aux déterminants sociaux de la santé qui les concernent. Le Ralliement national des Métis (RNM) définit les priorités suivantes en ce sens : favoriser l'abordabilité, l'accessibilité et l'utilisation adéquate des médicaments d'ordonnance; bonifier les soins en milieu communautaire, à domicile et en santé mentale; et faire progresser la recherche sur la santé de ces populations (MNC, 2016).

La vision de santé publique du RNM fait intervenir des programmes de santé holistiques et communautaires ainsi que des projets de recherche sur la prévention et l'amélioration des résultats de santé des populations métisses (Allard, 2007). Le Ralliement réclame que celles-ci bénéficient d'un meilleur accès à des médicaments d'ordonnance abordables et utilisés adéquatement, que l'accent soit mis non plus sur les soins

Adopter une vision en santé publique adaptée aux Métis nécessite également que des partenariats collaboratifs soient établis entre les communautés métisses et les agences et ministères de la Santé aux échelons fédéral, provincial et territorial pour définir des stratégies de recherche adaptées à leur culture ainsi que des interventions permettant de réduire les disparités en matière de santé.



en milieu hospitalier, mais plutôt sur les soins spécialisés offerts à domicile et dans la communauté (MNC, 2016), et qu'une attention particulière soit placée sur la santé mentale. D'ailleurs, il est essentiel que les politiques en la matière reconnaissent le rôle du colonialisme et de la discrimination persistante dans la crise de santé mentale qui touche les Métis. Les interventions dans ce domaine devraient également tenir compte des déterminants sociaux en s'attaquant, par exemple, aux problèmes de logement et d'insécurité alimentaire au sein des populations métisses (Morin Dal Col, 2017). Les programmes qui leur sont destinés devraient aussi tenir compte de leur contexte culturel (MNC, 2016). Dans

cette optique, il serait important d'accorder la priorité aux services de santé mentale à domicile.

Adopter une vision en santé publique adaptée aux Métis nécessite également que des partenariats collaboratifs soient établis entre les communautés métisses et les agences et ministères de la Santé aux échelons fédéral, provincial et territorial pour définir des stratégies de recherche adaptées à leur culture ainsi que des interventions permettant de réduire les disparités en matière de santé (Allard, 2007). Plus particulièrement, le programme d'assurance-médicaments offert aux Métis nécessite des investissements ciblés en vue de financer les médicaments

d'ordonnance et l'innovation dans la prestation de services. Le programme de médicaments sur ordonnance de la Fédération des Métis du Manitoba représente un exemple de prestation de services novatrice qui cible les personnes âgées métisses et leurs pairs vulnérables ayant au quotidien des difficultés à se procurer des médicaments d'ordonnance. De même, les services de santé offerts à domicile ou dans la communauté doivent s'accompagner de ressources supplémentaires et d'une participation accrue des Métis (MNC, 2016). Il s'impose également d'accorder un financement particulier à l'hébergement des personnes sans-abri ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou

de santé mentale (MNC, 2016). Ces questions font l'objet de discussions depuis un demi-siècle, mais les changements peinent à se concrétiser. L'un des écueils consiste à déterminer quelle instance est responsable du financement et de la mise en œuvre des stratégies complexes et multidimensionnelles visant à pallier les besoins de logement, stratégies qui nécessitent des efforts coordonnés entre les secteurs et les échelons de gouvernement, y compris le gouvernement métis.

Des investissements considérables sont aussi requis en recherche et en infrastructures de surveillance afin de remédier au manque de données de santé sur les Métis. Le RNM aspire à un accroissement de cette capacité de recherche au moyen du financement des programmes de formation et de recherche communautaire en santé à l'intention des Métis. Alors que la Nation métisse renforce sa capacité de recherche, le Ralliement en appelle à ce que les données suivantes soient recueillies sur ses populations :

- la prévalence du diabète, du cancer, des maladies cardiovasculaires, de la maladie pulmonaire obstructive chronique, des troubles musculosquelettiques, de l'arthrite, de l'ostéoporose et de la santé mentale, ainsi que les taux de morbidité et d'autres indicateurs de santé;

- un ensemble de données basées sur des variables comme l'âge et le sexe, le revenu du ménage, la continuité des soins, la situation géographique et d'autres déterminants sociaux de la santé;
- un aperçu comparatif de la santé des populations métisses et non métisses d'une région à l'autre;
- l'utilisation des soins de santé.

Il convient également que les méthodes de collecte de données respectent les visions du monde des Métis et leurs différences culturelles, tout en reconnaissant les droits moraux, historiques et juridiques à l'autodétermination des peuples autochtones (Allard, 2007, p. 36). La Nation métisse devrait détenir la propriété et le contrôle de l'ensemble des renseignements de santé la concernant, conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession auxquels le Ralliement national des Métis souscrit. Le RNM soutient les accords d'application des connaissances conclus avec les divers échelons de gouvernement menant à des interventions éprouvées dans l'intérêt de la santé et du bien-être de ses populations.



L'Inuit Tapiriit Kanatami

Le porte-parole national des Inuits au Canada en matière de protection et de défense de leurs droits et intérêts

La vision de santé publique des Inuits au Canada

Introduction

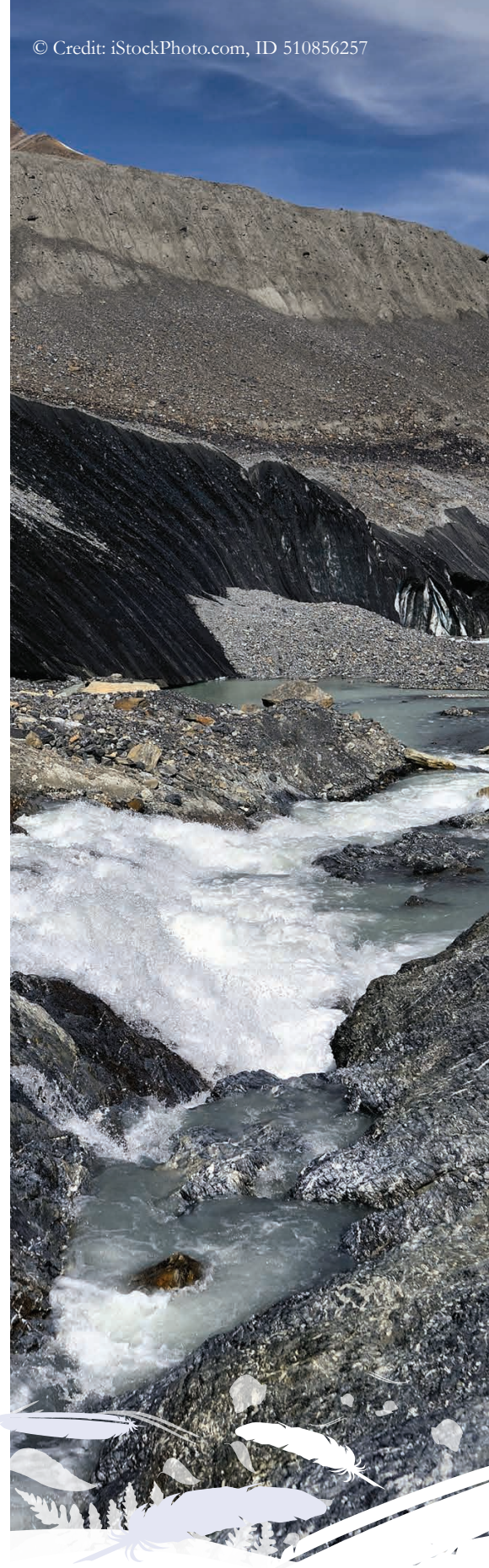
La vision d'avenir qu'envisage l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) est celle de peuples inuits incarnant la santé, le dynamisme et la prospérité par l'unité et l'autodétermination. Pour réaliser cette vision, il sera impératif de combler les fossés et les inégalités qui existent de longue date entre les Inuits et les autres Canadiens quant aux déterminants sociaux de la santé. L'autodétermination des Inuits sera essentielle dans les secteurs des programmes, services et politiques favorisant la santé et la prévention des blessures, ainsi que des maladies et des morts prématurées, afin de faire face à la discrimination et au racisme systémiques qui génèrent et perpétuent les inégalités inacceptables que vivent les Inuits dans le secteur de la santé.

Contexte

Le Canada compte 65 000 Inuits, qui vivent pour la plupart dans quatre régions : la région désignée des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest), le Nunavut, le Nunavik (Nord québécois) et le Nunatsiavut

(nord du Labrador). Ensemble, ces régions composent l'Inuit Nunangat, la terre des Inuits, qui comprend 51 communautés et couvre environ 35 % de la masse continentale du Canada et 50 % de son littoral. En dehors de la courte saison maritime estivale, les collectivités inuites ne sont accessibles que par avion. De façon générale, les gouvernements provinciaux et territoriaux gèrent la mise en œuvre des programmes et de la collecte de données de santé publique en régions inuites. Par ailleurs, des communautés inuites se développent rapidement dans certains centres urbains au pays.

Les résultats de santé des Inuits accusent souvent un retard sur ceux des autres Canadiens à plusieurs égards. Parmi les indicateurs couramment utilisés pour évaluer la santé des populations figurent l'espérance de vie, la mortalité infantile et la prévalence de certaines causes de mortalité. L'espérance de vie des Inuits qui habitent l'Inuit Nunangat est en moyenne 12,2 ans inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne, et la mortalité infantile y est près de 3 fois plus élevée; la mortalité due aux maladies respiratoires, aux blessures, aux cancers et aux suicides y est également supérieure (ITK, 2018a). À titre d'exemple, le taux d'infection active à la tuberculose des Inuits habitant l'Inuit Nunangat s'élève à plus de 300 fois celui de la population



non autochtone née au Canada (LaFreniere et al., 2019). Ces écarts et bien d'autres sont symptomatiques des conditions socioéconomiques dont ils découlent directement, la situation des communautés inuites étant notamment caractérisée par des taux élevés de pauvreté, un accès limité à des aliments abordables, nutritifs et adaptés à leur culture, des logements inadéquats, surpeuplés et dangereux, ainsi que des taux croissants de consommation problématique de substances intoxicantes.

Les conditions de vie des Inuits ont accentué les effets de la pandémie de COVID-19 sur leurs communautés, la propagation du virus s'étant accélérée dans les maisons surpeuplées et mal aérées qu'ils habitent. La pauvreté, l'insécurité alimentaire, le taux déjà élevé de maladies respiratoires (p. ex. la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme et la tuberculose) et la forte présence du tabagisme les ont rendus plus à risque que les autres populations de souffrir de la forme sévère de la maladie une fois infectés par le SARS-CoV-2. Alors que la pandémie progressait, les services de santé déjà fragiles de l'Inuit Nunangat ont plongé dans la précarité : le personnel de santé présent sur place en rotation a connu une diminution et les établissements de santé du Sud que fréquentaient les Inuits pour les soins tertiaires n'arrivaient plus à répondre à la demande.

Pour atténuer les risques posés par la pandémie, des ressources considérables ont été fournies par les organisations inuites et le gouvernement fédéral, lequel a injecté près de 200 millions de dollars dans la protection des communautés inuites contre les effets de la pandémie, notamment en leur accordant une priorité dans la vaccination. Outre cette somme, des dizaines de millions ont servi à aménager des installations d'isolement en milieu hôtelier pour les quarantaines obligatoires, en partie parce qu'il était impossible pour les résidents revenant chez eux (dans bien des cas, après un déplacement pour obtenir des soins de santé) d'effectuer la quarantaine à domicile du fait des conditions socioéconomiques mentionnées plus haut. Même si les intentions derrière la quarantaine obligatoire hors du domicile étaient louables, tout comme celles d'autres mesures de santé publique visant à protéger les Inuits, ces pratiques ont parfois causé des torts – surtout dans le cas des familles avec de jeunes enfants et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Dans un avenir où l'équité en santé sera une réalité, il ne sera plus nécessaire de faire de la protection des Inuits une priorité ou d'appliquer des mesures coûteuses et potentiellement risquées pour compenser les manques criants de l'infrastructure sociale de leurs communautés.

La pandémie de COVID-19 a mis bien en évidence le coût humain et économique des iniquités au sein des infrastructures médicales et sociales au pays. Le Canada ne peut plus se permettre d'ignorer les causes systémiques de ces iniquités. Il est temps de coopérer en vue d'offrir à l'ensemble des Canadiens les outils et les possibilités leur permettant de contribuer activement à leur propre santé, ainsi qu'à celle de leurs familles et de leurs communautés.

Les fondations d'un avenir sain pour les Inuits

L'équité

En 2014, la Commission canadienne des droits de la personne a défini la discrimination systémique comme « la création, le maintien ou le renforcement d'inégalités parmi des groupes défavorisés ». Ces inégalités sont « généralement imputables à des lois, des politiques, des procédures, des pratiques ou des structures organisationnelles que l'on croit objectives » (p. 4). La vision d'un avenir sain implique l'élimination des inégalités découlant de la législation, de politiques, de programmes ou de services qui perpétuent la discrimination raciale à l'encontre des Inuits, afin de permettre à ceux-ci de jouir d'un niveau de vie comparable à celui de la plupart des autres Canadiens.

L'autodétermination

Réaliser l'autodétermination signifie que les politiques, initiatives et programmes de santé publique qui sont destinés aux Inuits leur sont véritablement accessibles et correspondent aux priorités définies par les détenteurs de droits inuits au pays. La sous-représentation des Inuits dans les professions du domaine de la santé vient renforcer les obstacles culturels et linguistiques qui nuisent à la qualité des soins et augmenter les risques que ceux-ci subissent du racisme lors de leurs interactions avec les professionnels de la santé d'autres cultures. En soutenant l'autodétermination inuite en santé publique, on permet ainsi à ces populations de voir elles-mêmes au développement de la capacité, à la dotation en personnel, aux normes de qualité et à l'administration des soins de santé. Dans un avenir idéal sur le plan de la santé, l'inuktut serait utilisé dans tous les secteurs de la société inuite, y compris les services de santé publique, ce qui représenterait un indicateur important de l'autodétermination.

Les objectifs stratégiques dans l'atteinte d'une équité en santé et de l'autodétermination en santé publique

Le plan d'action stratégique de l'ITK pour 2020-2023 (ITK, 2020) expose les objectifs stratégiques et les

mesures particulières qui s'imposent pour réduire les inégalités en santé et parvenir à l'autodétermination. Quatre de ces objectifs – la réduction de la pauvreté, le développement des infrastructures, l'accès à la recherche et aux données, et l'avancée des initiatives de santé et de développement social – rejoignent directement la vision des Inuits en matière de protection et de promotion de la santé de leurs familles et de leurs communautés.

Pour en finir avec les inégalités : la réduction de la pauvreté et le développement des infrastructures

La pauvreté et le surpeuplement des logements constituent des problèmes complexes qui viennent interférer avec les politiques et programmes de santé publique. Un engagement concret à réduire la pauvreté et à effectuer une sensibilisation efficace en la matière passe par l'application d'une stratégie de sécurité alimentaire pour l'Inuit Nunangat (ITK, 2021) et l'élaboration d'outils mesurant la pauvreté et quantifiant les coûts sociaux qui s'y rapportent. Des investissements majeurs dans la Stratégie nationale sur le logement des Inuits¹ sont encore nécessaires afin de s'assurer que ces derniers ont tous accès à des logements adéquats et salubres. Mettre fin aux inégalités demeure une condition essentielle pour garantir la santé et la satisfaction

des besoins essentiels de nombreuses familles inuites.

Renforcer l'autodétermination : l'accès à la recherche et aux données et l'avancée des initiatives de santé publique ciblant les Inuits

Afin d'évaluer si le racisme et la discrimination systémiques décroissent bien et de réduire les iniquités socioéconomiques auxquelles font face de nombreux Inuits, il est impératif de recueillir de l'information et des données nationales sur leur état de santé. Les protocoles et systèmes de collecte et de gestion des données variant d'une province et d'un territoire à l'autre, on assiste souvent à des lacunes statistiques ou même, à certains endroits, à l'absence complète de données désagrégées portant sur les Inuits. Ce manque de données de santé publique, qui touche de multiples secteurs dont celui des maladies transmissibles, oblige les Inuits à revendiquer de meilleures mesures de santé pour leurs communautés sans pour autant disposer des preuves empiriques pertinentes attestant des réalités qu'ils observent. En outre, les Inuits se voient refuser la chance de contribuer à l'élaboration de solutions inspirées de leurs valeurs sociales et de leurs propres expériences. Les gouvernements doivent donc, tant à l'échelle fédérale que provinciale et territoriale, travailler de près avec ces communautés afin de

¹ Sera lancée ultérieurement.

Dans un avenir idéal sur le plan de la santé, l'inuktitut serait utilisé dans tous les secteurs de la société inuite, y compris les services de santé publique, ce qui représenterait un indicateur important de l'autodétermination.



© Credit: iStockPhoto.com, ID 173027907

combler le vide qui existe en matière de données de santé utiles sur leur situation au pays.

L'ITK a voulu faire en sorte que les politiques et investissements fédéraux en santé correspondent aux priorités des Inuits afin de remédier à leurs piètres résultats de santé. À cette fin, les initiatives récentes de santé publique de l'ITK comprenaient la publication du rapport *Social Determinants of Inuit Health* (ITK, 2014) ainsi que des ressources *National Inuit Suicide Prevention Strategy* (ITK, 2016), *Inuit Tuberculosis Elimination Framework* (ITK, 2018b) et *Inuit Nunangat Food Security Strategy* (ITK, 2021). Exposant les positions stratégiques communes fondées sur les priorités énoncées par les détenteurs de droits inuits, ces documents décrivent le travail que les régions inuites entendent mener avec les

gouvernements afin de renforcer et de protéger la santé de leurs populations. Beaucoup de travail et d'investissements restent à faire pour s'assurer que les Inuits jouissent d'un niveau de santé comparable à la majorité des autres Canadiens.

Conclusion

S'il y a encore beaucoup à faire pour s'attaquer aux causes profondes des déterminants influençant la santé des Inuits, le succès des démarches entreprises dépendra du rehaussement de l'autodétermination en régions inuites. Ainsi, les Inuits seront en mesure de diriger les efforts de raffermissement de leurs cultures, de leurs langues, de leur économie et de leur santé. En participant à l'élaboration des politiques et à la conception puis à la mise en œuvre des

programmes, ils veilleront à l'application holistique de mesures coordonnées, durables, novatrices et pertinentes, non seulement dans une perspective de gestion de crise, mais en vue d'édifier les bases de leur mieux-être.

S'inspirant de la vision de l'Inuit Tapiriit Kantami décrite plus haut, l'étude de cas suivante examine comment créer des ponts entre les savoirs traditionnels inuits et les pratiques de santé occidentales en vue de fortifier la santé des populations habitant le Nunavut.

Les savoirs traditionnels inuits : une étude de cas du Qaujimajatuqangit inuit portant sur l'allaitement maternel

Des Nunavutois en meilleure santé : concilier les pratiques de santé traditionnelles et les savoirs autochtones avec les pratiques de santé occidentales

Auteure principale : **Theresa Koonoo**, ministère de la Santé du Nunavut

Autres contributrices : **Rebecca Lonsdale** – infirmière inuite autorisée, Iqaluit, Nunavut; **Sarah MacRury** – infirmière autorisée, Iqaluit, Nunavut; **Igah Sanguya** – représentante

en santé communautaire, Clyde River, Nunavut; **Meeka Kiguktak** – représentante en santé communautaire, Grise Fiord, Igloolik; **Janice Panimera** – Igloolik, Nunavut; **Jeanie Aulqiaq** – Qikiqtarjuaq, Nunavut

Contexte

Les efforts du ministère de la Santé du Nunavut en promotion de la santé et en prévention des maladies et des blessures ont été un facteur crucial dans l'obtention de meilleurs résultats de santé chez les Nunavutois. La santé des populations est grandement tributaire des déterminants sociaux de la santé; la présence de piètres résultats témoigne donc du manque d'intérêt porté en amont aux interventions de santé

publique axées sur la prévention, ainsi que la protection et la promotion de la santé.

Au Nunavut, les représentants en santé communautaire (RSC) sont les seuls intervenants de première ligne attirés qui incorporent les savoirs traditionnels à leur pratique. Les attentes à leur égard sont très élevées : les RSC servent de gardiens des savoirs traditionnels capables d'associer ces notions aux pratiques de santé actuelles, incorporant ainsi la culture inuite au système de santé moderne. Le territoire se heurtant à de nombreux obstacles en santé, les autorités ont le devoir de veiller à ce que les ressources qu'elles élaborent reflètent bien la nature et les besoins des populations locales. Pour assurer la prestation de soins adaptés, le ministère de la Santé veille à ce que les connaissances traditionnelles en santé et les principes du *Qaujimajatuqangit* inuit (QI) y soient intégrés afin de soutenir les professionnels de la santé dans la sécurisation culturelle et l'adaptation de leur pratique professionnelle à la population qu'ils servent. Le QI compte huit grands principes, et chacun d'eux joue un rôle majeur en promotion de la santé dans la culture inuite :

1. *Inuuqatigiitsiarniq* : Respecter les autres et avoir de bons rapports avec eux.
2. *Tunnganarniq* : Promouvoir un bon état d'esprit en



© Credit: iStockPhoto.com, ID 1296687613

étant ouvert, accueillant et favorable à l'inclusion.

3. *Pijitsirniq* : Servir la famille et la communauté, et assurer sa subsistance.
4. *Aajiiqatigiinniq* : Discuter et forger des consensus pour la prise de décisions.
5. *Pilikmaksarniq/pijariqsaniq* : Développer des compétences par la pratique, l'effort et l'action.
6. *Piliriqatigiinniq/ikajuqtigiinniq* : Travailler ensemble dans un but commun.
7. *Qanuqtuurniq* : Faire preuve d'innovation et d'ingéniosité.
8. *Avatittinnik Kamatsiarniq* : Respecter la terre, la faune et l'environnement, et en prendre soin. (Nunavut, n.d.a)

Le *Qaujimajatuqangit* inuit guide la conduite des Inuits de nombreuses façons, en faisant par exemple la promotion du respect de la dignité humaine, des droits fondamentaux, de la serviabilité, de la coopération, de l'individualité et de l'équité sociale.

L'allaitement : l'analyse d'une question de santé publique dans l'optique du Qaujimajatuqangit inuit (QI)

La *Loi sur la santé publique* du Nunavut (Nunavut, n.d.b) prévoit parmi ses priorités essentielles l'établissement de bases solides pour favoriser la santé et le bien-être des familles

et des enfants nunavutois. La question de l'allaitement offre un exemple éloquent d'intégration des principes du QI et des savoir-faire traditionnels aux pratiques de santé occidentales. La *Loi sur la santé publique* du Nunavut abonde tout à fait dans le sens des recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : favoriser l'allaitement maternel exclusif de la naissance à six mois, puis le maintenir en partie jusqu'à deux ans après avoir introduit d'autres liquides et des aliments solides (Health and Social Services Department, n.d.; Green, 2021; WHO, 2014). Cette pratique était fortement encouragée dans les familles inuites avant le contact avec les colons.

Après les débuts de la colonisation, le personnel de santé occidental a préconisé le biberon, une pratique qui a plutôt desservi les Inuits. Heureusement, la collaboration établie entre les détenteurs des savoirs traditionnels et les agents des programmes gouvernementaux a depuis mieux fait connaître les bienfaits de l'allaitement maternel et a influencé favorablement la santé maternelle et infantile ainsi que d'autres secteurs de la santé au Nunavut.

L'information traditionnelle sur l'allaitement décrite ci-dessous est diffusée surtout par la tradition orale et est transmise au sein des familles et des communautés

inuites durant la période prénatale (R. Lonsdale, personal communication, July 2014). Même si l'allaitement concerne la période postnatale, la plupart des femmes inuites au Nunavut commencent à se préparer le plus tôt possible, généralement pendant la grossesse. Les femmes qui attendent leur premier enfant tirent des enseignements de leur propre mère ou de la sage-femme traditionnelle de la communauté; l'une et l'autre (ou l'une ou l'autre) continuent ensuite de la soutenir dans l'allaitement pendant la période postnatale et après. Ces enseignements transmis tôt pendant la grossesse sensibilisaient la future mère à l'importance de l'allaitement et des liens affectifs.

Le *Qaujimajatuqangit* inuit prénatal et le contexte culturel

Pendant ma première grossesse, je me souviens que ma mère adoptive – qui était une sage-femme traditionnelle – m'a fait manger plus d'aliments ancestraux et m'a incitée à consommer plus de bouillon. C'était sa façon de me montrer comment j'allais pouvoir produire du lait. Ça m'a aussi aidée à m'habituer à ces aliments avant l'accouchement.

[traduction] (Theresa Koonoo)

L'allaitement maternel prolongé, qui était la norme chez les Inuits par le passé, venait soutenir leur mode de vie. Habitude saine attestée dans la culture depuis de nombreuses générations, elle s'appuie sur le *Qaujimajatuqangit* inuit prénatal. Servant de mesure de base pour assurer la survie des nourrissons, l'allaitement véhiculait aussi une image positive de l'identité culturelle pour les femmes et leurs familles en leur confirmant qu'elles avaient adopté une pratique saine et positive, et qu'elles assuraient la subsistance de leurs nourrissons de la même façon que l'avaient fait leurs ancêtres (Health and Social Services Department, 2005).

Le soutien à l'allaitement et les principes du QI

- Les traditions inuites perçoivent l'allaitement comme une pratique maternelle saine que les mères sont encouragées à adopter, quel que soit le moment ou le lieu (*pilimmaksarniq/pijariuqsarniq*); cette pratique traditionnelle vient aussi souligner l'importance du contact peau contre peau avec le bébé dès la naissance.
- Dans les familles et les communautés, les femmes qui allaitent sont encouragées, soutenues et traitées avec ouverture. Les Inuits voient l'allaitement comme un processus naturel qui répond aux besoins

immédiats et essentiels des nourrissons (*tunnganarniq/pijitsirniq*).

- L'allaitement resserre les liens familiaux, car la femme qui allaite reçoit le soutien de sa famille proche et étendue, comme son conjoint, ses parents, ses grands-parents, ses tantes, sa fratrie et ses cousins (*innuqatigitsiarniq*).
- L'allaitement renforce la confiance en soi des femmes qui allaitent, mais aussi celle des partenaires et des familles, car il stimule le sens des responsabilités, l'estime de soi et un sentiment d'accomplissement chez la nouvelle mère et chez ceux qui la soutiennent; cette pratique offre aussi des modèles de comportement positifs et tisse des liens serrés entre la mère et son enfant (*innuqatigiitsiarniq*).
- Le soutien fourni aux femmes qui allaitent joue un rôle essentiel dans la santé ultérieure du bébé (*qanuqtuurniq*).

Le rapport entre l'allaitement, la nutrition et les liens sociaux

Tous les membres de la communauté se mobilisent pour veiller à ce que les besoins alimentaires soient satisfaits, notamment en fournissant des aliments inuits traditionnels (*inuksiuuti*).

- Le *natiminiq* (viande de phoque) contient plusieurs nutriments essentiels qui contribuent à la santé et au développement sain de ceux qui le consomment sous forme de viande ou de bouillon. Le *natiminiq* est une excellente source de protéines, de fer, de vitamines A et D, d'acides gras oméga-3, de zinc et de sélénium. Le *qajuq* (bouillon chaud) fait à partir de viande de phoque ou d'autres aliments traditionnels, comme le *tuktu* (caribou), l'*iqalu* (poisson), l'*aqiggiq* (lagopède), le *mitiq* (canard) ou le *kangok* (oie), rehausse la quantité et la qualité du lait maternel.
- Les conjoints, les pères et les autres hommes qui approvisionnent en nourriture traditionnelle leurs familles étendues et leurs communautés projettent une image de santé et d'estime de soi, offrant ainsi des modèles de comportement à travers leurs rôles de pères, de chasseurs et de pourvoyeurs. Les hommes inuits qui obtiennent la viande de phoque pour leur entourage contribuent directement à l'allaitement, ainsi qu'à la santé et au développement de leurs familles et communautés.
- Fondées sur les principes du QI et les valeurs sociétales inuites, les habitudes de chasse contribuent non seulement à l'allaitement, mais aussi à la sécurité

alimentaire des familles et communautés au Nunavut.

- Étant gratuit et commode, l'allaitement offre un moyen de réduire le stress financier et émotionnel vécu par les parents et les familles.
- La consommation de *qajuq* (bouillon chaud) et d'*nujuq* (viande cuite) est particulièrement recommandée pendant les périodes où la femme qui allaite souffre de fatigue, d'un malaise ou d'une autre source de stress. Dans les moments éprouvants, ces aliments viennent soutenir la production optimale d'un lait maternel sain.

Les interventions en santé publique liées à l'allaitement maternel

Il convient d'établir des ressources et services de soutien communautaire adaptés à la culture – ou de maintenir et bonifier les ressources existantes – afin de garantir les retombées positives de l'allaitement (*qanuqtuurniq/qilik.maks.sarniq/inuuqatigiitsiarnik*).

- Le fait d'offrir du *qajuq* et de l'*nujuq* dans les communautés par l'entremise d'établissements de santé ou de programmes communautaires ou de nutrition a le potentiel d'enrichir considérablement l'expérience d'allaitement, améliorant ainsi le bilan de santé des femmes enceintes,

des nourrissons et des familles. Un exemple : les RSC peuvent collaborer avec le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), qui se veut une bonne source d'information tant en savoirs inuits traditionnels qu'en connaissances médicales occidentales, pour fournir des cours sur la préparation du *qajuq* et de l'*nujuq* (*piliriqatigiingniq*).

- Il serait utile de rendre accessibles à la communauté les enseignements d'une personne gardienne des savoirs traditionnels prénataux pour répondre de façon plus officielle aux besoins des femmes enceintes, de leurs conjoints et de leurs familles. Un exemple : les RSC peuvent inviter une Aînée à parler d'allaitement à une activité du PCNP ou lors d'une émission de radio abordant le sujet (*pilimmaks.sarniq*).

- Il convient ici de noter que cette question devient urgente, car bon nombre des personnes au Nunavut qui détiennent des savoirs prénataux traditionnels et les enseignent arrivent à un âge vénérable ou nous ont déjà quittés.
- La collecte et la diffusion des connaissances prénatales essentielles issues du QI faciliteront la préservation et la transmission de ces conceptions cruciales. Un exemple : Les RSC

peuvent s'efforcer dans leurs enseignements de replacer chaque fois l'allaitement dans son contexte culturel (*pijitsirniq*).

Au Nunavut, le soutien des pairs s'effectue dans certaines communautés par le biais du PCNP et des programmes d'aide aux femmes enceintes et aux parents. Le Défi allaitement qui se tient annuellement a joué un rôle dans la promotion de cette pratique. Des ressources éducatives axées sur la promotion des initiatives d'allaitement et sur l'importance d'un allaitement optimal sont proposées sur les sites Web de l'Agence de la santé publique du Canada (Green, 2021), de Santé Canada (Canada, 2020) et du ministère de la Santé du Nunavut (Nunavut, 2017).

Conclusion

Il est important d'associer les savoirs traditionnels aux pratiques occidentales dans les démarches de santé publique, car, dans les deux cas, ces systèmes considèrent les causes profondes des maladies. L'idée de favoriser la prévention en santé, tout comme les approches inclusives et novatrices des questions de santé publique, concorde parfaitement avec le *Qaujimajatuqangit* inuit. En offrant de l'information et une sensibilisation adéquate, on renforcera la capacité des individus, des familles et des communautés à prendre des décisions éclairées sur leur santé et leur bien-être.



LE RACISME

D^{re} Margo Greenwood, leader académique au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, vice-présidente de la Santé des Autochtones à la Northern Health Authority et professeure au programme d'études des Premières Nations à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique

La société canadienne est imprégnée d'un racisme alarmant qui se manifeste tout particulièrement dans le système de santé. Il suffit d'évoquer l'exemple du traitement horrible qu'a subi Joyce Echaquan, une mère atikamekw de 37 ans qui est morte à l'hôpital, ou celui des allégations de racisme liées aux « jeux » cruels rapportés dans le système de santé de la Colombie-Britannique, ou encore ceux de la négligence extrême ayant causé la mort de Brian Sinclair, un Autochtone de 45 ans, et de la stérilisation forcée de filles et de femmes autochtones. Toutefois, une prise de conscience est en cours, et on reconnaît l'urgence de s'attaquer au racisme insidieux qui prévaut dans les institutions canadiennes, notamment dans les services de santé. Le 26 février 2021, le D^r Alika Lafontaine, le futur président de l'Association médicale canadienne (AMC) et le premier Autochtone à occuper ce poste, a déclaré : « Il est [...] temps d'éliminer la discrimination fondée sur la race, le sexe, la capacité physique, la classe sociale ou toute autre forme de discrimination qui imprègne la culture du système de santé » (CMA, 2021, para. 8). Ancrées dans un passé colonial, ces réalités quotidiennes sont bien celles des Premières Nations, des

Inuits et des Métis, qui réclament des changements de société devant forcément comprendre une transformation du système de santé.

Dans la société canadienne actuelle, il existe un lien direct entre les expériences issues de l'histoire et du colonialisme d'une part, et la question du racisme ciblant les Autochtones dans le système de santé d'autre part (Turpel-Lafond, 2020). Que la colonisation soit définie comme une série d'événements ou comme un déterminant de la santé, elle laisse dans son sillage des conséquences désastreuses et durables dans la vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La colonisation était et demeure une attaque délibérée à l'essence même des Autochtones, aussi bien en tant qu'individus, que communautés et que nations. La langue et la religion ayant jusque-là servi d'attributs distinctifs, le concept de race s'est formé au 16^e siècle pour identifier les populations et s'est largement imposé pour justifier la colonisation européenne des autres continents. Alors que se développaient les idées fondées sur la race, la notion que les États coloniaux représentaient la « civilisation » et que les

peuples autochtones incarnaient la « sauvagerie » s'est bientôt imposée. Cette perspective odieuse se justifiait, dans l'esprit des colonisateurs, par le fait qu'ils avaient découvert des terres et affirmaient leurs droits sur elles, commettant dans la foulée des violations extrêmes des droits de la personne et des saisies illégales de territoires et de ressources (PAHO, 2019).

Les conséquences intergénérationnelles du colonialisme et du racisme sur la santé et le bien-être des peuples autochtones ne peuvent être plus criants que dans les iniquités qu'ils vivent dans tout le spectre des déterminants de la santé (PAHO, 2019) : leurs indicateurs de santé et de bien-être comptent presque tous un écart avec ceux de la population canadienne générale (de Leeuw et al., 2021). Ce legs bien concret de la colonialité ne se limite pas aux expériences individuelles des peuples autochtones, mais se retrouve aussi dans les fondements mêmes du système de santé. Malgré ces faits troublants, « beaucoup de Canadiens n'ont pas encore compris que la société dans laquelle ils vivent est injuste et que les institutions coloniales dans lesquelles ils travaillent

renforcent systématiquement la marginalisation et l'exclusion des Premières Nations, des Inuits et des Métis » [traduction] (Greenwood, 2021, p. 2458). De nombreux Autochtones attendent le plus longtemps possible avant d'accéder à des services pour éviter de s'exposer au racisme présent dans le système de santé (Turpel-Lafond, 2020).

Comme les faits ci-dessus l'illustrent, le racisme ne se limite pas aux individus : il imprègne aussi les systèmes, les structures et les institutions. Les travaux d'Allan et de Smylie (2015) présentent « l'accès inégal aux ressources et aux services de santé créés par le biais du [programme des services de santé non assurés] et d'autres politiques fondées sur la race » [traduction] (p. 9) comme un exemple de racisme systémique dans le système de santé; cette discrimination étant inscrite dans la structure même du système, il est très difficile d'opérer des changements. Les stratégies anticoloniales qui contestent et perturbent les structures actuelles représentent toutefois des bases importantes sur lesquelles fonder un milieu de soins de santé plus juste. Parmi ces stratégies figurent la refonte de l'enseignement médical et des formations obligatoires en sécurisation culturelle et en lutte contre le racisme, mais aussi l'inclusion et la valorisation des Autochtones dans toutes les sphères du système.

Bâtir un système de santé publique et populationnelle

exempt de racisme et de discrimination dans lequel les Autochtones ont la possibilité d'accéder à des services de santé qui reposent tant sur les savoirs traditionnels que les modèles occidentaux, voilà un rêve qu'il s'impose de réaliser, à force d'efforts et de volonté. Ce rêve nécessite aussi que les Autochtones assument leur droit inhérent à l'autodétermination et fassent l'expérience des relations harmonieuses et égalitaires qui auraient dû exister depuis toujours. La bonne nouvelle, c'est qu'il n'est pas nécessaire de partir de zéro : les savoirs traditionnels ont permis aux peuples autochtones de subsister depuis des temps immémoriaux.

Cela dit, pour en arriver à des changements fondamentaux, il reste encore à établir diverses stratégies parallèles fondées sur les particularités des Autochtones qui s'adressent aux individus, aux politiques et aux structures des services de santé (Greenwood, 2019). Fort heureusement, des démarches, programmes et processus novateurs sont en cours de préparation pour orienter les efforts anticoloniaux. Exemple notable, la création d'une régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, la First Nations Health Authority (FNHA), a permis d'apporter un changement systémique et structurel au système de santé actuel. Bien qu'il lui reste à atteindre son plein potentiel, la FNHA représente un indicateur

structurel des changements à venir. Autre exemple : dans un document d'évaluation intitulé *Cultural Safety and System Change: An Assessment Tool* (Northern Health, 2020), la Northern Health Authority plaide pour que les politiques de prestation de services en santé accordent une place accrue à l'inclusion des peuples autochtones et à l'équité dans l'accès aux services.

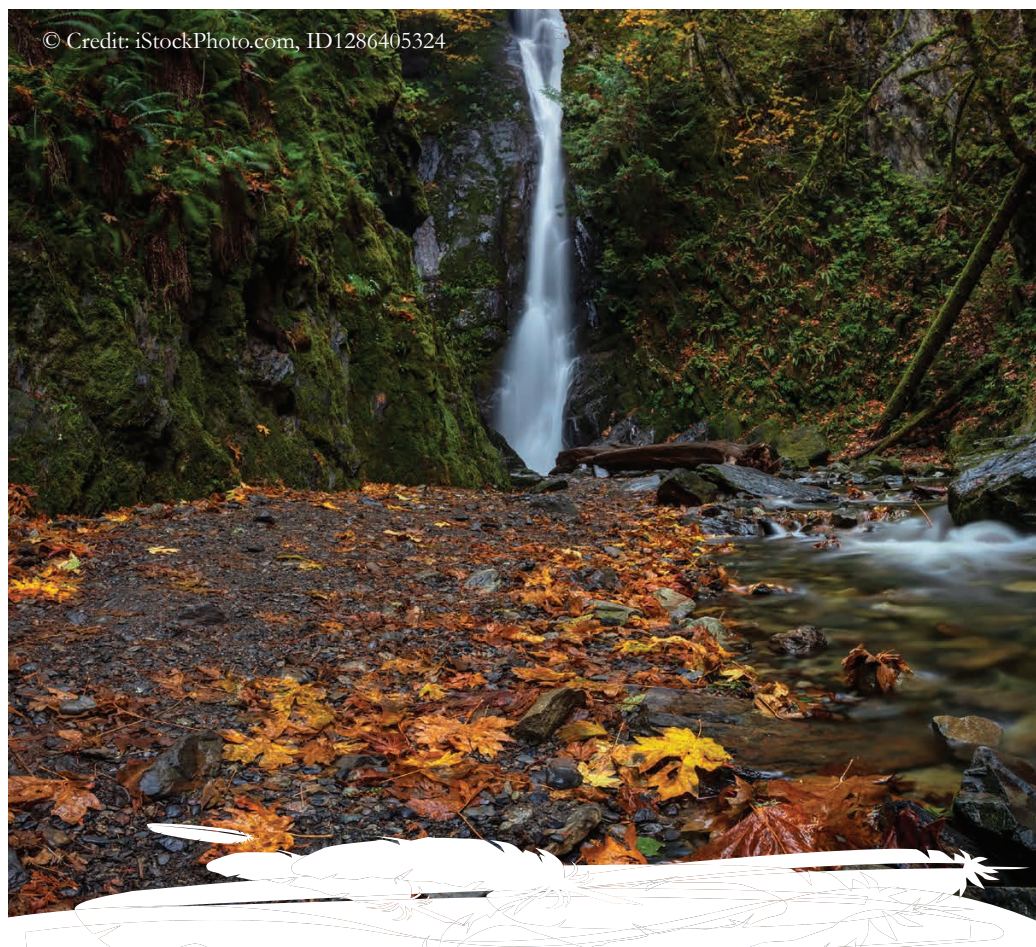
D'autres indicateurs de racisme et de discrimination en santé publique sont ressortis de l'expérience vécue pendant la crise de la COVID-19. Souvent qualifiée de « grand révélateur », la pandémie a fait remonter à la surface les iniquités pourtant flagrantes vécues au quotidien par de nombreux Autochtones, iniquités qui ont appelé des efforts redoublés pour réagir à la pandémie. De tels efforts doivent être accompagnés d'innovations, qu'il s'agisse d'élaborer des politiques pour la mise en œuvre de cliniques de vaccination de masse cocrées avec les Premières Nations et les Métis et qui serviront de modèles à des collaborations ultérieures. Une autre stratégie introduisant le changement dans le système de santé consiste à concevoir des programmes d'adaptation à la culture anticoloniaux et antiracistes qui facilitent et encadrent les relations respectueuses de la culture, comme le programme Respectful Relationships, qui est déjà en place à la Northern Health Authority.

Les milieux qui inspirent la confiance sur le plan culturel se définissent comme « des lieux où règne le respect des questions spirituelles, sociales et émotionnelles, et qui sont sécuritaires pour les gens qui s’y trouvent » (Williams, 1999, p. 213); ce sont des endroits « exempts d’agression où l’on s’abstient de mettre en doute ou de nier les identités et les besoins. Il est plutôt question de respect mutuel du sens et des connaissances, et d’une expérience d’apprentissage en commun » [traduction] (Williams, 1999, p. 213). En apprenant à connaître des cultures autres que la nôtre, nous réalisons que bien des Canadiens évoluent dans une culture d’oppression dont ils se rendent complices. Cette prise de conscience sert de pilier à l’édification de milieux anticoloniaux et antiracistes respectueux des différences où les individus, les structures et les systèmes sont ouverts à la diversité et capables d’empathie.

La vision idéale d’une santé publique adaptée aux Autochtones repose sur l’un des défis humains les plus fondamentaux, un défi qui ne cesse de se poser depuis des générations : comment pouvons-nous, en tant qu’êtres humains, vivre dans la paix et l’harmonie en respectant mutuellement

nos différents savoirs et savoir-être? Comme l’ont souligné en 1996 les auteurs du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, « [l]e Canada est le terrain d’essai d’une noble idée – l’idée selon laquelle des peuples différents peuvent partager des terres, des ressources, des pouvoirs

et des rêves tout en respectant leurs différences. L’histoire du Canada est celle de beaucoup de ces peuples qui, après bien des tentatives et des échecs, s’efforcent encore de vivre côte à côte dans la paix et l’harmonie » (Government of Canada, 1996, para. 2). Il revient à nous tous de relever ce défi.



Bâtir un système de santé publique et populationnelle exempt de racisme et de discrimination dans lequel les Autochtones ont la possibilité d’accéder à des services de santé qui reposent tant sur les savoirs traditionnels que les modèles occidentaux, voilà un rêve qu’il s’impose de réaliser, à force d’efforts et de volonté.

LES MALADIES INFECTIEUSES

D^{re} Margo Greenwood, leader académique au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, vice-présidente de la Santé des Autochtones à la Northern Health Authority et professeure au programme d'études des Premières Nations à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique; **Donna Atkinson**, directrice du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Les peuples et communautés autochtones ont subi, « depuis l'arrivée des Européens il y a plus de 500 ans, des vagues de maladies infectieuses » [*traduction*], notamment de variole, de grippe A (grippe espagnole, H1N1) et de tuberculose, sans oublier la pandémie actuelle de coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (COVID-19) (Richardson & Crawford, 2020, p. E1098). Hier et aujourd'hui, les éclosions de maladies infectieuses touchent les Autochtones plus que nulle autre population canadienne, ce qui projette à l'avant-plan les questions de la colonisation (historique et actuelle), des iniquités, de la souveraineté et de la relationnalité dans les mesures de santé publique visant les Autochtones (Mashford-Pringle et al., 2021; Richmond et al., 2020). Nous verrons plus loin certaines des plus inquiétantes maladies infectieuses qui continuent de compromettre la santé et le bien-être des peuples autochtones². Ce faisant, nous mettrons en lumière les déficiences des données et des systèmes de surveillance actuels – dont une absence de données désagrégées sur les peuples

autochtones – et l'incapacité des politiques et programmes de santé publique à comprendre véritablement le vécu et les réalités des Autochtones et à s'y accorder. En conclusion, il sera question des moyens de rehausser les efforts de prévention, de contrôle et de gestion des maladies infectieuses.

La réalité actuelle

Divers facteurs de risque personnels et déterminants de la santé entrent en ligne de compte dans l'exposition et la résistance aux infections, la progression de la maladie, le traitement et la gestion de la maladie après le diagnostic (CPHO, 2013, 2018). Pour les Autochtones, les déterminants des maladies infectieuses – tels que les logements inadéquats ou surpeuplés, la pauvreté, l'insécurité quant à l'accès aux aliments et à l'eau potable, l'accès limité à des soins de santé de qualité et l'existence de maladies chroniques – se trouvent exacerbés par les expériences historiques et actuelles de violence coloniale, de stigmatisation, de racisme systémique et de discrimination tant dans le système de santé

qu'ailleurs dans la société (CPHO, 2013, 2018; Ward & MacDonald, 2021). Par conséquent, les peuples autochtones enregistrent des taux plus élevés de prévalence de certaines maladies infectieuses que les non-Autochtones, même s'ils ne constituent que 4,9 % de la population canadienne. Étant donné les problèmes qui persistent en information de surveillance de la santé au Canada, en particulier quant aux données liées à la race ou à l'ethnicité, il est probable que le poids des maladies infectieuses chez les populations autochtones soit sous-estimé (House of Commons, 2021; Mashford-Pringle et al. 2021; Office of the Auditor General of Canada, 2021b).

La tuberculose

« Véritable symbole d'iniquité dans la santé publique » (CPHO, 2018), la tuberculose est souvent qualifiée de maladie sociale qui comporte un aspect médical. Cette maladie, qu'on peut très bien prévenir et guérir, touche de façon disproportionnée les populations vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables (CPHO, 2018;

² Il serait toutefois possible d'en présenter de nombreuses autres, telles que la rougeole, les oreillons, la varicelle et la méningococcie invasive (Indigenous Services Canada, 2020).



© Credit: iStockPhoto.com, ID1308501564

PHAC, 2018a). La présence d'une maladie chronique (p. ex. le diabète ou le VIH), de mauvaises conditions de vie (comme le surpeuplement ou la mauvaise qualité de l'air) et certains comportements personnels (p. ex. le tabagisme ou la toxicomanie) représentent aussi des facteurs de risque d'infection tuberculeuse (PHAC, 2018a). Les taux de tuberculose varient sensiblement parmi les Autochtones : en 2016, ce taux était près de 300 fois plus élevé (196,6 par 100 000 habitants) chez les Inuits que dans les populations non autochtones nées au Canada (ITK, 2018b; PHAC, 2018a). Chez les Premières Nations, le taux de tuberculose s'élevait alors à 32 fois (21,5 par 100 000 habitants) celui des populations non autochtones nées au Canada, ce taux étant 48 % supérieur (15,5 par 100 000 habitants) pour les Premières Nations vivant dans une réserve que pour celles vivant

hors réserve (PHAC, 2018a). Les Métis comptaient un taux de beaucoup inférieur en 2016, même s'il s'élevait à 6,5 fois (3,7 par 100 000 habitants) celui des non-Autochtones nés au pays (PHAC, 2018a).

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – qui comprennent le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B et C, la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le virus du papillome humain (VPH) – représentent une préoccupation de santé croissante au Canada, bien qu'elles soient évitables, traitables et dans bien des cas guérissables (CPHO, 2013; PHAC 2018b). Ces infections ne frappent pas la population de manière égale.

En 2019, des 880 nouveaux cas de VIH pour lesquels la race ou l'ethnicité³ des patients était connue (41,5 %), environ 217 (24,7 %) concernaient des Autochtones (Haddad et al. 2021). De ces 217 cas, 92 (10,5 %) touchaient des membres des Premières Nations, 4 (0,5 %) des Métis et 2 (0,2 %) des Inuits; quant aux 119 (13,5 %) autres cas, l'appartenance exacte n'était pas précisée (Haddad et al., 2021). La distribution géographique des ITSS au Canada varie aussi considérablement. Par exemple, au Nunavut, où 85,9 % de la population est autochtone, la chlamydia et la gonorrhée affichaient en 2018 les taux les plus importants au pays, avec respectivement 3 965,9 cas par 100 000 habitants et 1 911,1 cas par 100 000 habitants (PHAC, 2021; Statistics Canada, 2017). En outre, le Nunavut comporte le taux le plus élevé au Canada de syphilis infectieuse chaque année depuis 2012, celui de 2018 atteignant 263,7 cas par 100 000 habitants (PHAC, 2021). Par ailleurs, « les peuples autochtones au Canada comptent des taux supérieurs d'infection au virus du papillome humain (VPH), des taux inférieurs de dépistage du cancer du col de l'utérus et des taux supérieurs de cancers invasifs, exposant ainsi les femmes autochtones à des séquelles plus importantes que

³ Dans le cadre du système de surveillance du VIH, les données sont présentées à titre volontaire à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par les autorités sanitaires des provinces ou des territoires, et ces dernières ne fournissent pas toutes des données complètes sur la race ou l'ethnicité; par exemple, aucune donnée en ce sens n'a été fournie par la Colombie-Britannique et le Québec en 2019. Par conséquent, sur les 2 122 nouveaux cas rapportés en 2019, l'appartenance ethnique ou la race était inconnue dans 58,5 % des cas, soit pour 1 242 malades (Haddad et al. 2021).



les non-Autochtones pour ce qui est du cancer du col de l'utérus » [traduction] (Henderson et al., 2018, Abstract, p. 93).

La COVID-19 (SARS-CoV-2)

Depuis des siècles, les peuples autochtones savent très bien comment s'isoler en cas de maladie. Les histoires transmises ainsi que le leadership des communautés ont aidé les Autochtones à traverser la première vague de la pandémie de COVID-19 avec des taux d'infection et de décès inférieurs aux non-Autochtones, malgré le risque accru d'infection dû au fait que les inégalités présentes en santé et les iniquités systémiques qui perdurent rendent difficile le respect des mesures de santé publique (p. ex. la distanciation physique et le lavage des mains) (House of Commons, 2021; Richardson & Crawford, 2020). Les leaders autochtones ont pris les mesures suivantes pendant la première vague de COVID-19 : imposition de couvre-feux; restriction de l'accès aux personnes n'appartenant pas à la communauté; communication de santé publique novatrice et prestation de programmes pertinents (Mashford-Pringle, 2021; Richardson & Crawford, 2020; Richmond et al., 2020). Les taux d'infection ont connu une hausse marquée durant la deuxième vague dans les communautés autochtones, une pointe alarmante ayant été enregistrée au Nunavut, qui n'avait rapporté aucun cas

auparavant (House of Commons, 2021). Au 21 juillet 2021, 32 808 cas de COVID-19 étaient confirmés dans les réserves des Premières Nations, dont 260 cas actifs, 1 589 hospitalisations, 32 162 personnes rétablies et 379 morts, ce qui équivaut à 52,9 cas par 100 000 habitants, soit 4 fois le taux de la population générale canadienne (Indigenous Services Canada, 2021a).

Les affections buccales

Les taux de caries dentaires sont bien plus élevés chez les peuples autochtones que dans le reste de la population au pays, un fait qu'on a tendance à négliger (Canadian Academy of Health Sciences, 2014, Appendix C). En effet, les Autochtones « auraient la plus mauvaise santé buccale au Canada » (Canadian Academy of Health Sciences, 2014, Appendix C, p. 2). Divers déterminants de la santé figurent parmi les principaux facteurs contribuant à la santé buccale des peuples autochtones, notamment l'accès limité aux soins buccaux préventifs en raison du fait qu'ils vivent souvent en régions isolées (Canadian Academy of Health Sciences, 2014, Appendix C, p. 3). Étonnamment, « plus de 90 % des adolescents inuits et des Premières Nations avaient une ou plusieurs dents cariées, comparativement à 58 % des adolescents qui ne font pas partie de ces populations » (Office of the Auditor General of Canada, 2017, 4.27).

En arriver à des changements

Les maladies infectieuses sont des phénomènes complexes, qui font intervenir des considérations physiques, historiques et morales extraordinaires, et nous obligent à revoir notre façon d'entrer en relation avec les gens qui nous entourent, avec la Terre et avec les autres êtres. « Se butant depuis longtemps à un sous-financement et à des barrières systémiques, les communautés autochtones se trouvent vulnérables aux maladies infectieuses et aux pandémies [et il (...)] est impensable de revenir au statu quo une fois celles-ci terminées », concluait un rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord (House of Commons, 2021, p. 2). Les peuples et organisations autochtones ont à maintes reprises proposé des approches et des mesures susceptibles d'enclencher des changements en santé publique autochtone (AFN, 2017; ITK, 2020; Richardson & Crawford, 2020; Mashford-Pringle et al., 2021). Ces mesures sont présentées brièvement ci-dessous.

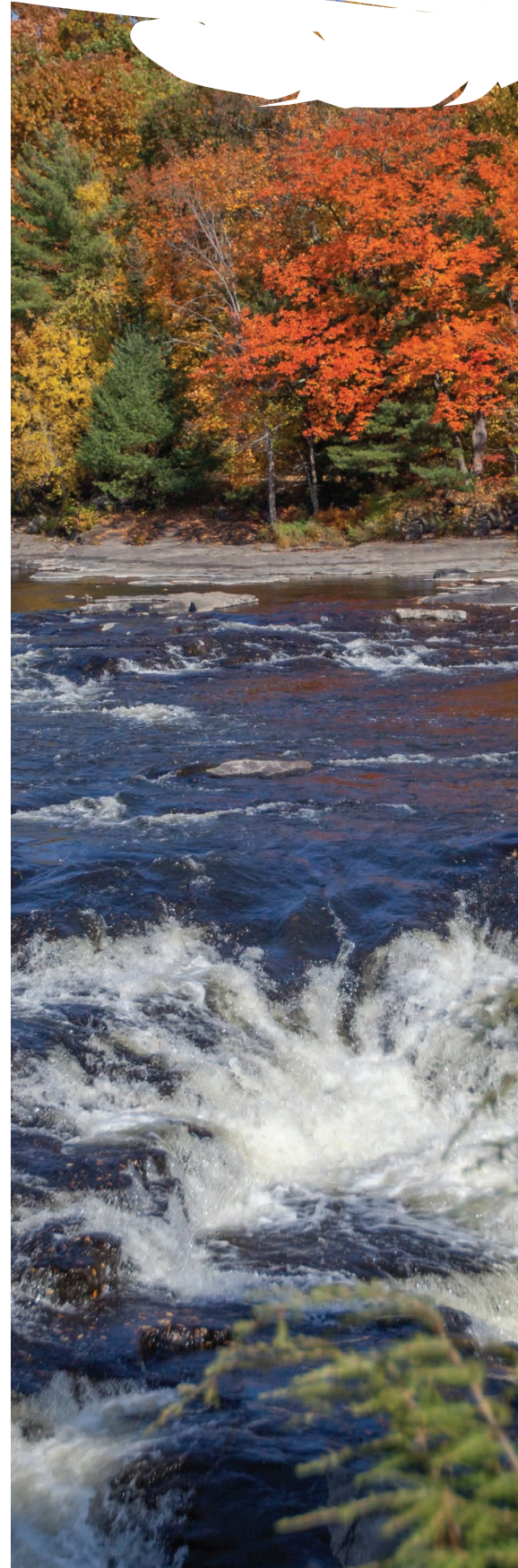
S'attaquer aux déterminants de la santé

Réaliser des progrès dans le secteur des déterminants de la santé : voilà une composante essentielle de toute stratégie à long terme de gestion des maladies infectieuses (CPHO, 2013; House of Commons, 2021). Pour y arriver, il convient de mettre en œuvre et de financer

durablement des mesures d'amélioration des conditions socioéconomiques qui auront été élaborées avec la collaboration des Autochtones et en tenant compte de leurs diverses particularités. Qu'elles soient nouvelles ou déjà en place, les mesures à soutenir devront s'attaquer à la réduction de la pauvreté (Canada, 2021a, chapitre 7; ITK, 2021), à l'itinérance et aux problèmes de logement, à l'insécurité alimentaire, et à l'amélioration des installations sanitaires et de l'accès de l'eau, tout en favorisant l'accès à des services de santé et de soins dentaires préventifs de haute qualité et respectueux de la culture (Canadian Dental Association, 2010).

Améliorer la collecte de données et les systèmes de surveillance

Smylie et Firestone (2015) ont fait remarquer que « les données essentielles d'évaluation et de suivi de la santé que tient pour acquises la vaste majorité des Canadiens, notamment celles du suivi populationnel de l'évolution des cas et des facteurs de risque des maladies aiguës et chroniques, ne sont tout simplement pas disponibles ou laissent grandement à désirer pour ce qui est des peuples autochtones » [*traduction*] (p. 2). L'Association dentaire canadienne (2010) fait référence à ces lacunes quand elle recommande l'« élaboration de mesures précises pour déterminer les taux d'atteinte et permettre la surveillance des résultats



des programmes » (paragraphe 31) pour les populations autochtones. Sans de meilleurs systèmes de collecte de données et de surveillance, des écarts importants se maintiendront dans les connaissances, en particulier dans le cas des Autochtones vivant dans des centres urbains, mais aussi des Métis et des Indiens non inscrits. Ce manque de données permet difficilement d'estimer l'ampleur véritable des maladies et de mettre en place des programmes, ressources et outils adaptés aux divers groupes autochtones en vue de prévenir, contrôler et gérer les maladies infectieuses.

Assurer la reddition de comptes et la communication continue des données

Pour améliorer la santé des peuples autochtones, il s'impose d'élaborer et de mettre en branle des plans d'action et des stratégies durables de lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi de communiquer les progrès dans l'atteinte des cibles et le respect des échéanciers. Le Canada s'est déjà engagé à passer à l'action, notamment :

- à limiter les séquelles sanitaires des ITSS d'ici 2030 grâce aux objectifs 90-90-90 pour le VIH/SIDA qui visent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement

antirétroviral et 90 % des patients en traitement atteignent la suppression virale (PHAC, 2018b, 2020);

- à réduire ou à éliminer le cancer du col utérin (découlant d'une ITSS), un objectif qui pourrait prendre des décennies, mais qui est atteignable (Canadian Partnership Against Cancer, 2020);
- à éliminer la tuberculose sur le territoire de l'Inuit Nunangat d'ici 2030 et à réduire les cas actifs de tuberculose d'au moins 50 % d'ici 2025 (ITK, 2018b);
- à supprimer d'ici le 31 mars 2021 la nécessité d'émettre des avis à long terme d'ébullition de l'eau pour les réseaux publics servant les réserves des Premières Nations. Bien que des progrès en la matière aient été réalisés en décembre 2020, Services aux Autochtones Canada a reconnu ne pas pouvoir atteindre sa cible (Office of the Auditor General of Canada, 2021a).

Surmonter la réticence à la vaccination

La réticence à la vaccination au sein des populations autochtones est une question particulièrement complexe, compte tenu de la relation directe existant entre

cette pratique, le système de santé et la colonialité. Leur foi en la valeur et en la sécurité des vaccins souffre sans contredit des expériences historiques et actuelles vécues dans le système de santé et du souvenir des violations des droits de la personne qui y sont associées (Greenwood & MacDonald, 2021). Les legs du racisme sont exacerbés par la crise de la COVID-19 et permettent de contextualiser la réticence à la vaccination; la confiance ne pourra donc s'établir qu'en reconnaissant et en réparant les injustices actuelles et passées. Pour dissiper la méfiance à l'égard du vaccin contre la COVID-19, il convient d'abord de garantir le droit à l'autodétermination. Parallèlement, les stratégies à adopter à court terme devraient associer les messages sur l'efficacité scientifique du vaccin à de l'information puisant dans les forces et la sagesse des enseignements traditionnels. Les messages efficaces sur les vaccins ne se limitent pas à imposer des faits; ils sont plutôt conçus en collaboration avec les intéressés dans la reconnaissance et le respect des relations intergénérationnelles et des orientations collectives des cultures autochtones. De telles façons de faire contribueront à tempérer la méfiance que bien des Autochtones ressentent après avoir reçu des messages qui ne prennent pas ces réalités en considération.

Les maladies infectieuses dans un climat en changement

L'émergence et la résurgence des maladies infectieuses résultant du changement des conditions météorologiques (p. ex. températures plus chaudes, augmentation des sécheresses et des feux de forêt, et précipitations accrues) influenceront vraisemblablement l'incidence et la distribution des maladies hydriques, des maladies d'origine alimentaire, des maladies à vecteurs et des zoonoses (Berry et al., 2014; Berry & Schnitter, 2022). Dépendant fortement des aliments traditionnels et étant davantage touchés par les iniquités et les inégalités en santé, les Autochtones se trouvent plus à risque de souffrir de maladies infectieuses associées aux changements climatiques (NCCIH, 2022). Pour prévenir, contrôler et gérer les maladies infectieuses dans un climat en changement, il convient de prévoir des stratégies d'atténuation et d'adaptation qui tiennent compte des particularités des divers groupes autochtones (TTK, 2019).

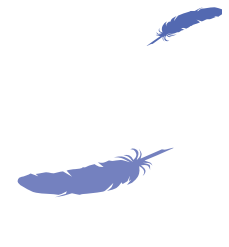
Pour conclure, l'histoire a montré que la prévention des maladies infectieuses se révèle une mesure essentielle contribuant à la santé, au bien-être et à la prospérité

économique. Pour maximiser la durée de vie, deux éléments ont une efficacité reconnue : la salubrité (dont l'accès à de l'eau pure) et des taux de vaccination élevés. L'accès à ces services a rehaussé de plus de 25 ans l'espérance de vie de la population canadienne au cours du siècle

dernier, mais les communautés autochtones n'ont pas profité de ce progrès. S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qui contribuent aux maladies infectieuses est la mesure qui s'impose pour corriger cette iniquité. Les données sont criantes; il ne nous reste qu'à agir.



L'AVENIR DE L'AUTODÉTERMINATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE



D^{re} **Marcia Anderson**, médecin hygiéniste à l'Office régional de la santé de Winnipeg

« Les gouvernements doivent s'engager résolument et juridiquement à respecter les droits des Autochtones, notamment sur le plan de l'autodétermination et de la souveraineté de leurs territoires, ainsi qu'à faire en sorte d'éradiquer la discrimination et de réparer les injustices passées et présentes. »
[traduction] (*Self-determination and Indigenous health*, 2020)

La citation ci-dessus, extraite d'un éditorial de 2020 de *The Lancet*, témoigne de l'importance des droits à l'autodétermination en santé des peuples autochtones. Lorsque nous considérons les défis de santé publique auxquels nous faisons face (la COVID-19, les surdoses, les taux élevés de maladies transmises sexuellement et d'infections transmises par le sang), nous comprenons que les peuples autochtones y sont surreprésentés en raison des conséquences du colonialisme d'hier et d'aujourd'hui. Il est aussi évident que, à bien des égards, les mesures de santé publique se sont montrées et se montrent

insuffisantes pour combler ces lacunes. Toutefois, les succès et les écueils observés durant la pandémie de COVID-19 ont permis de tirer des leçons sur la façon dont l'autodétermination autochtone vient soutenir les services et les interventions de santé publique.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones énonce aux articles 3 et 4 que les peuples autochtones ont le droit à l'autodétermination et que, dans l'exercice de celui-ci, ils ont le droit d'être autonomes et de s'administrer eux-mêmes pour tout ce qui touche à leurs affaires intérieures et locales (UN General Assembly, 2007). L'article 18 précise que les peuples autochtones ont le droit de participer à la prise de décisions sur les questions qui peuvent concerner leurs droits, notamment celui de jouir en toute égalité du meilleur état de santé possible. Quand on examine comment ces droits sont appliqués à l'organisation et à la pratique de la santé publique, on

constate qu'une approche souple s'impose pour tenir compte de l'ensemble complexe de nations et d'identités autochtones présent au Canada. Une telle approche exige des organisations en santé publique qu'elles se questionnent sur leur collaboration et leurs rapports avec les individus, communautés et aux nations autochtones. Les considérations ci-dessous offrent matière à réflexion en ce sens.

La pandémie de COVID-19 a fourni une occasion de s'intéresser au leadership autochtone en santé publique. Un exemple éclairant des multiples facettes du droit à l'autodétermination se trouve dans l'Équipe de coordination de l'intervention des Premières Nations du Manitoba en cas de pandémie, qui a été créée à la demande de l'Assemblée des chefs du Manitoba. Cette structure déploie des équipes d'intervention rapide capables, en cas de besoin, de fournir un soutien d'urgence aux communautés, mais fait aussi rapport sur la situation



© Credit: iStockPhoto.com, ID155359995

Ces données viennent mettre fin à la suprématie des Blancs en information de santé en adoptant les épistémologies et les visions du mieux-être prônées par les Autochtones.



des Premières Nations quant aux infections à la COVID-19 et à la vaccination, et fournit un soutien en défense des intérêts autochtones auprès du gouvernement provincial. Cette opération a permis de mobiliser le leadership des Premières Nations et de soutenir le droit à l'autodétermination à l'échelle communautaire, où les dirigeants ont su limiter la propagation du virus en optant pour des mesures de santé publique telles que les points de contrôle, un isolement plus strict ou le confinement. Ce modèle se heurte cependant à des écueils en milieu urbain, où vivent de 40 à 60 % des Premières Nations, des Inuits et des Métis, car il est plus difficile d'y réaliser l'autonomie gouvernementale. Le droit à l'autodétermination ne cesse pas d'exister pour autant : les organisations communautaires autochtones ont aussi un rôle capital à jouer en régions urbaines.

Qu'un membre des Premières Nations habite une collectivité autochtone distincte (p. ex. une réserve) ou un milieu urbain ou semi-urbain peuplé surtout de non-Autochtones, les décisions qui sont prises au provincial et au fédéral auront une incidence sur sa santé et son bien-être. En reprenant l'exemple de la COVID-19, analysons les consignes provinciales de santé publique pour les populations qui vivent dans une réserve ou hors réserve et les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur l'ordre de priorité pour la vaccination. Les recommandations initiales du CCNI pour les populations autochtones formulées en décembre 2020 portaient sur les communautés isolées, bien que les données alors disponibles montraient que le risque était au moins équivalent pour les Premières Nations vivant hors réserve (NACI, 2020). Par

exemple, au 4 décembre 2020, 1 137 cas de COVID-19 touchaient les membres des Premières Nations des réserves au Manitoba, alors que l'on comptait 2 273 cas parmi ceux vivant à l'extérieur des réserves (Assembly of Manitoba Chiefs, n.d.). Cet écart s'est maintenu alors que l'on continuait de se concentrer sur les communautés isolées sans accorder la priorité aux Premières Nations vivant hors réserve. Même si, au Manitoba, les membres des Premières Nations habitent en majorité une réserve, c'est hors réserve que ces populations ont connu le plus grand nombre de cas, d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de morts. Au 16 août 2021, on avait enregistré 154 morts chez les Premières Nations vivant hors réserve et 89 morts dans les réserves. Ces données montrant un risque au moins équivalent hors réserve ont-elles été prises

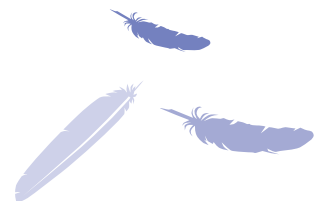


en considération? La liste des membres, des agents de liaison et des représentants d'office du CCNI ne comprenait alors aucun spécialiste autochtone. Reconnaisant son manque d'expertise, le CCNI a depuis convié à ses discussions des infirmières et des médecins autochtones.

Les questions suivantes offrent aux organismes de santé publique des pistes de réflexion sur l'intégration des droits autochtones à leurs pratiques :

- Dans le cas des initiatives locales :
 - Existe-t-il une organisation communautaire autochtone capable de mettre en œuvre l'initiative ou le programme en question?
 - Quels supports, ressources et outils lui faut-il pour mettre en œuvre l'initiative ou le programme en question?
- Quelles responsabilités continuent de porter les organismes de santé publique?
- Quels changements doit-on apporter aux relations de travail entre les organismes de santé publique et les organisations communautaires autochtones en vue de respecter pleinement leur droit à l'autodétermination?
- Dans le cas des comités et des organismes de santé publique régionaux, provinciaux et nationaux :
 - Sur quelle expertise autochtone en santé faut-il s'appuyer pour prendre des décisions respectant le droit des Autochtones à jouir en toute égalité du meilleur état de santé possible?
 - Comment avons-nous contribué à développer cette expertise au sein de notre personnel et par des stratégies de recrutement?
- Quels organismes représentatifs devraient participer à la prise de décisions? Ces organismes disposent-ils d'autres experts capables de contribuer à la tâche?
- Quelles ententes sur l'échange de renseignements et quels protocoles de gouvernance des données devraient être en place pour dresser un portrait exact de la situation des Autochtones afin d'éclairer la prise de décisions?

Le leadership autochtone et l'autodétermination ne sont pas que des droits : ils ont aussi le potentiel de contribuer à des décisions et à des programmes plus adaptés aux besoins des Autochtones.



LES DONNÉES ET LA PERSPECTIVE GRAND-MÈRE



D^{re} **Danièle Behn Smith**, médecin-chef adjointe et conseillère en santé des Autochtones au gouvernement de la Colombie-Britannique

« Les gouvernements des Premières Nations ne veulent pas agir selon la mentalité Big Brother qu'on nous a tous inculquée selon laquelle l'interprétation des données est néfaste. Ils veulent plutôt adopter une perspective grand-mère : nous avons besoin de savoir parce que nous nous soucions des membres de notre communauté. » Gwen Phillips, Nation Ktunaxa, telle que citée dans British Columbia Office of the Human Rights Commissioner, 2020, p. 14)

Afin d'atteindre notre objectif commun d'assurer la santé et la vitalité des populations autochtones, des données autochtones sur la santé seront nécessaires pour tracer le portrait de la situation actuelle et définir la direction à prendre.

Les données de santé populationnelle *autochtones* représentent un changement de paradigme par rapport aux données de santé habituelles *sur* les populations autochtones. Ce chapitre d'une vision idéale de la santé publique autochtone comprend trois sections : la première décrit ce qu'on entend par « données de santé populationnelle autochtones », la deuxième porte sur la façon dont ces bases de données sont créées et gérées, et la troisième décrit comment ces données peuvent orienter les actions permettant de réaliser notre vision en matière de santé.

Qu'entend-on par données de santé populationnelle autochtones?

Les données de santé populationnelle autochtones (DSPA) diffèrent des données de santé *sur* les populations autochtones en cela qu'elles brisent le statu quo, mettent en lumière les forces des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et respectent ce qui fait leurs particularités.

Ces données viennent mettre fin à la suprématie des Blancs en information de santé en adoptant les épistémologies et les visions du mieux-être prônées par les Autochtones. Cette approche accepte une définition holistique de ce qu'est une « donnée » et, tout en y reconnaissant une valeur, fait fi du concept de hiérarchie de la preuve. Des sources de données diverses, comme les statistiques quantitatives, l'expérience vécue et les connaissances ancestrales liées au territoire, se voient attribuer une valeur égale. Réflétant les expériences diverses et distinctes et les particularités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, les DSPA représentent l'ensemble de la communauté et suivent les liens de descendance au lieu de s'appuyer sur les définitions coloniales de l'appartenance autochtone.

Fondées sur les forces, ces données jettent un éclairage sur les racines profondes du bien-être des peuples autochtones et sur les aspects de la vie, des histoires, des récits et du vécu qui font les particularités des personnes



© Credit: iStockPhoto.com, ID481031511

inuites, métisses et des Premières Nations. Cette approche aborde avec respect les cultures, les langues, les territoires, les nations et l'autodétermination autochtones.

Enfin, les DSPA tissent des relations et contextualisent les données quantitatives. Elles décrivent avec exactitude les manques observés non pas pour montrer que les Autochtones comportent des déficiences intrinsèques, mais plutôt pour prendre une mesure du racisme systémique persistant qui porte atteinte à leur santé.

Comment les bases de données de santé populationnelle autochtones sont-elles créées et gérées?

Les banques de données de santé populationnelle autochtones sont créées par les communautés autochtones elles-mêmes, indépendamment ou en partenariat véritable avec les agences officielles d'information sur la santé. L'approche de la double perspective (*Two-Eyed Seeing*) brise le statu quo en alliant les forces des épistémologies autochtones et de leurs modes de connaissance sur la santé à des éléments des pratiques habituelles de communication des données sur la santé. La double

perspective vient mettre en évidence l'« immense dimension invisible » [*traduction*] (McIntosh, 1998, tel que cité dans Ermine, 2007, p. 198) de la suprématie des Blancs et facilite la création d'un espace éthique où les bases de données sont créées en partenariat avec les organismes officiels de santé publique.

Les DSPA sont gérées conformément aux principes de gouvernance des données spécifiques aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, principes qui reconnaissent leur autodétermination et leur autonomie gouvernementale. Cette pratique veille à ce que les données et les expériences des peuples autochtones demeurent sous leur propre gestion, tout en travaillant à l'avancée de leurs droits, de leurs champs de compétence et de leurs intérêts.

Comment les données de santé populationnelle autochtones peuvent-elles contribuer à la santé et à la vitalité des Autochtones?

Les DSPA contribuent à la santé et à la vitalité des Autochtones de deux grandes façons : d'abord, elles soulignent leurs nombreuses forces et célèbrent leur résilience; ensuite, elles exigent une reddition de comptes de la part des systèmes

colonialistes afin de faire cesser le racisme systémique. Les données de santé populationnelle autochtones tendent à ces systèmes et aux décideurs un miroir qui leur renvoie l'image de la discrimination et de l'exclusion sociale qui sapent encore le mieux-être des Autochtones. Les DSPA viennent ainsi contribuer à l'histoire de notre long parcours collectif vers la réconciliation.

Les données de santé populationnelle autochtones doivent être conçues, collectées, analysées et gérées de façon à respecter les forces des peuples autochtones et à mettre en lumière le racisme systémique qui persiste. Les systèmes colonialistes et les décideurs ont tout intérêt à utiliser ces données pour s'appliquer sérieusement à la réconciliation et comprendre ce qui reste à faire pour freiner les pratiques, politiques et lois colonialistes qui perpétuent les iniquités.

Où se situe-t-on? Vers où doit-on se diriger? L'obtention de données autochtones fiables répondra à ces questions en vue d'atteindre notre objectif commun : assurer la santé et la vitalité des Autochtones. La « perspective grand-mère » de Gwen Phillips nous montre *comment* atteindre ce but : en ancrant notre travail collectif dans la compassion, la sollicitude et l'autodétermination autochtones.

LA GOUVERNANCE PAR LES PREMIÈRES NATIONS, POUR LES PREMIÈRES NATIONS

D^{re} Shannon McDonald, médecin hygiéniste en chef intérimaire de la régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique

Le colonialisme, le patriarcat et la santé autochtone

Avant l'arrivée des colons, les Premières Nations qui habitaient ce qu'on appelle maintenant le Canada disposaient de systèmes de gouvernance complexes constitués d'un ensemble complet de lois, de valeurs et de modèles de conduite, en vertu desquels ils exerçaient la pleine autorité sur leurs territoires traditionnels.

Quand les Européens se sont installés au Canada, un système de gouvernement a été imposé aux Premières Nations qui visait à les exclure de leurs territoires, à perturber leurs façons de faire, à les assimiler, à détruire leurs cultures et à anéantir leurs systèmes de gouvernance. Les Autochtones ont été privés de leurs droits et de leurs titres, et des traités à portée très limitée ont été signés en Colombie-Britannique (First Nations Education Steering Committee & First Nations Schools Association, 2019).

Les Premières Nations ont fait et font l'objet de préjugés pour les modes de vie qui ont été les leurs pendant des millénaires, étant perçus comme inférieurs dans tous les aspects de leur existence. La pauvreté, l'isolement, la famine et les maladies infectieuses que les colons ont importés sur leurs territoires ont ravagé des communautés entières; face à la colonisation massive, les pratiques traditionnelles n'ont pu protéger pleinement les familles et les communautés. Ce fut, aux yeux des forces colonisatrices, une preuve de plus que les Premières Nations se montraient incapables de subvenir à leurs propres besoins – une perception fautive aux conséquences tragiques. Le gouvernement colonial s'est attribué la responsabilité de les « civiliser », prenant ainsi le contrôle des services (notamment des soins de santé) offerts aux Premières Nations, avec les conséquences néfastes qu'on connaît. Les structures et systèmes imposés aux Premières Nations et issus de conceptions racistes et colonialistes ont compromis la santé et le bien-être des Autochtones jusqu'à ce jour.

L'autodétermination et la gouvernance de la santé des Premières Nations : une source de conflit structurel dans la prise de décisions et la prestation de services?

Selon l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, « les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions » (UN General Assembly, 2007, p. 18).

Les Premières Nations ont déterminé il y a longtemps que le système de santé au Canada est inadéquat et ont fourni (ou financé) des services répondant aux besoins de santé de base de leurs populations. Les dispositions relatives aux services visés par les traités, le contrôle externe exercé par les gouvernements centraux et le manque de reconnaissance de la capacité communautaire et de la diversité des Autochtones ont contribué à des services de santé inadéquats et imprégnés de préjugés systémiques. Ces expériences ont conduit les leaders des Premières Nations à chercher d'autres moyens de fournir ces services, reconnaissant que celles-ci ont les compétences pour servir leurs membres.

En Colombie-Britannique, on a cherché à instaurer un système de prestation de soins de santé « par les Premières Nations, pour les Premières Nations » (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], n.d.a, n.p.). Après des efforts soutenus pour nouer des partenariats et négocier

un certain nombre d'accords, les Premières Nations de la province ont fondé la régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Les faits abondaient pour attester que les Premières Nations y étaient en moins bonne santé que les autres Britanno-Colombiens et que « le système de santé doit faire mieux pour protéger la santé globale des Premières Nations » [traduction] (BC First Nations et al., 2010, p. 4). Depuis, des relations solides et un modèle collaboratif de prestation de soins de santé ont pu se développer, encadrés par des partenariats stables de cogouvernance entre les Premières Nations et les instances provinciale et fédérale. D'autres accords semblables conclus ailleurs au pays et dans le monde sont venus soutenir les peuples autochtones dans leur quête : recouvrer la souveraineté de tous les aspects de leur existence.

Du point de vue des Premières Nations de la C.-B., la gouvernance envisagée en santé publique mène à la réalisation

d'une pleine souveraineté en santé, où les Premières Nations définissent, établissent et gèrent leurs propres conceptions de la santé et du mieux-être, axées sur les besoins des communautés et dans le respect des particularités des peuples, dans le cadre de partenariats véritables avec le système de santé. Le volet gouvernance de la santé publique tiendra compte des modèles dont disposent déjà les Premières Nations en gouvernance de la santé. L'idée du « rien pour nous sans nous » sera globalement mise de l'avant afin de reconnaître l'importance de la reddition de comptes et du partage des responsabilités.

Des modèles collaboratifs en prestation de services de santé publique

Les modèles de prestation de services de santé publique qui prévalent actuellement au pays sont complexes et diversifiés; l'inclusion aux divers niveaux de la santé publique des leaders



politiques, des fournisseurs de soins de santé, des organisations et des dirigeants administratifs des Premières Nations varie d'une province à l'autre. La responsabilisation réciproque fait des progrès dans certaines provinces, mais pour l'essentiel, les décisions sur les mesures de santé publique, surtout dans le contexte de la COVID-19, sont prises sans la pleine participation des Premières Nations ou de leurs représentants qualifiés. Les expériences récentes ont montré que là où les Premières Nations ont participé directement et équitablement aux interventions de santé publique, le bilan en a grandement bénéficié.

La pleine transparence relativement aux données de santé publique des Premières Nations demeure un point litigieux.

Par « gouvernance de l'information sur la santé des Premières Nations » on entend les aspects de la gouvernance en santé qui renvoient aux structures, aux processus et aux protocoles par lesquels les Premières Nations de la province ont accès aux données qui les concernent et jouent un rôle majeur dans la prise de décisions sur la façon de collecter les données avec respect, de les utiliser de manière culturellement appropriée, puis de les diffuser et de les gérer en reconnaissant que ces données font partie intégrante des politiques et du financement qui les visent ainsi que de leur bilan de santé [traduction] (First Nations Health Authority, n.d., para. 3).

L'accès local aux données de la communauté comme prérequis d'une intervention idéale, par exemple, pour les besoins d'un isolement, est limité aux professionnels de la santé du « cercle de soins » (suivant les exigences juridiques en matière de confidentialité); or, les professionnels en question ne sont pas toujours disponibles, et cette approche ne tient pas compte des façons d'offrir les services dans la communauté. Il importe de tirer pleinement profit de l'approche de la double perspective dans la planification et la mise en œuvre des mesures de santé publique et de veiller à ce que les décideurs comprennent la réalité sur le terrain des prestataires de services à la communauté. Ces éléments représentent des aspects essentiels d'un système de santé intégral où l'on agit non pas *pour* les Premières Nations, mais *avec* les Premières Nations.

ÉTUDE DE CAS : LE CONTRÔLE DES SERVICES À L'ENFANCE REDONNÉ À LA PREMIÈRE NATION DE COWESSESS

Depuis des temps immémoriaux, les peuples autochtones du territoire maintenant appelé Canada possèdent « des systèmes traditionnels aux niveaux culturels et légaux ainsi qu'au niveau des connaissances » (National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2017, p. 2) conçus pour veiller à la protection de leurs enfants. Néanmoins, au cours des 19^e et 20^e siècles, les colonisateurs ont porté leur attention sur ces enfants dans le cadre d'une stratégie visant l'assimilation des peuples autochtones. Des années 1870 aux années 1990, on a assisté au retrait planifié et systématique d'enfants autochtones à leurs familles, une pratique mettant en cause le gouvernement, le clergé et la GRC. Ces jeunes ont été arrachés de leur milieu familial et placés en pensionnats, où ils ont subi de la violence physique, sexuelle, psychologique, émotionnelle et spirituelle.

Bien avant la fermeture du dernier pensionnat, les services sociaux – avec l'accord des ministères provinciaux – ont appréhendé un nombre important d'enfants autochtones, les séparant

de leurs familles et de leurs cultures par le biais des agences de services à l'enfance. Cette opération est maintenant connue sous le nom de « rafle des années 1960 ». Le retrait d'enfants s'est poursuivi jusqu'au cours du 21^e siècle (la « rafle du millénaire »), ce qui fait que, aujourd'hui, plus de la moitié (52,2 %) des enfants de la naissance à 14 ans placés en famille d'accueil au Canada sont d'origine autochtone, alors que la proportion d'enfants issus des Premières Nations constitue à peine 7,7 % de ce groupe d'âge au pays (Indigenous Services Canada, 2021b). Mumilaaq Qaqqaq, la députée fédérale du Nunavut, déclarait récemment que « les foyers d'accueil sont les nouveaux pensionnats » [traduction] (tel que cité dans Wright, 2021, paragraphe 4).

Les familles et communautés inuites, métisses et des Premières Nations d'un océan à l'autre tentent depuis longtemps de reprendre le contrôle des services à l'enfance. En 2020 est entrée en vigueur la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis* (Ministry of Justice, 2020), élaborée en coopération avec les peuples autochtones.

Ces dispositions législatives visaient à réduire le nombre d'enfants et d'adolescents issus de ces peuples qui sont placés en famille d'accueil – mais on n'a toujours pas accordé la pleine responsabilité de la protection de l'enfance aux communautés autochtones.

À la suite de la découverte tragique en juin 2021 de 751 tombes anonymes près du site de l'ancien pensionnat indien de Marieval, situé au sud de la Saskatchewan dans la région où se trouve maintenant la réserve de Cowessess, le gouvernement fédéral a signé le « tout premier accord de coordination en vertu de la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis* » (Canada, 2021b). Cet accord historique redonne à la Première Nation de Cowessess la responsabilité de la protection de l'enfance. Il confirme également le droit inhérent qu'à la Nation de s'occuper de ses enfants et entreprend le processus de redresser les torts causés aux petits Autochtones et à leurs familles depuis plus de deux siècles partout au Canada.

ENVIRONNEMENT : L'ÉCOSYSTÈME EST NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

D^{re} Shannon Waters, médecin hygiéniste pour la région de la vallée de Cowichan à la région de la santé de l'île de Vancouver

Les peuples autochtones au Canada sont diversifiés, mais ils partagent des perspectives communes concernant leur lien à l'environnement. Plusieurs d'entre nous avons maintenu une relation étroite avec notre milieu environnant, et ce, depuis des générations. La connaissance approfondie d'un milieu, notamment du territoire, de l'eau, des animaux et des plantes, se développe et se partage tout au long d'une vie. C'est ce lien et cette connaissance qui assurent notre santé émotionnelle, physique, mentale et spirituelle et qui nous rappellent que tout est interconnecté. En tant que peuples autochtones, nous avons la responsabilité des êtres qui nous entourent aujourd'hui comme de ceux qui suivront dans les prochaines générations, et nous vivons en réciprocité avec eux.

Dans le territoire qui a donné naissance au Canada, les conceptions des peuples autochtones entourant les relations, la responsabilité et la réciprocité se sont heurtées à une vision différente du monde dès la fin du 15^e siècle. Les colons considéraient l'environnement,

de même que les peuples qui y vivaient, comme des biens marchandables qui pouvaient être acquis, contrôlés et colonisés. Cette vision anthropocentrique du monde est à l'origine de politiques et de gestes qui ont nui à la santé de l'environnement ainsi qu'à tous les êtres qui lui sont liés. Les effets d'une vision aussi étroite deviennent flagrants au fur et à mesure qu'on avance dans le 21^e siècle. Les humains ont exploité les ressources naturelles de la Terre mère, menaçant un million d'espèces d'extinction à ce jour (Diaz, 2019). Cette perte de la biodiversité affecte les rapports entre tous les êtres. En outre, les peuples qui dépendent de ces rapports pour leur survie, leur sécurité alimentaire, leur santé et leur qualité de vie se sentent également mis en danger. La perte de la biodiversité causée par les émissions de dioxyde de carbone produites lors de la destruction des forêts (Watts et al., 2021) contribue à son tour aux changements climatiques, qui ont été déclarés la plus grande menace à la santé mondiale pour le 21^e siècle et qui ont déjà rendu certaines régions inhabitables pour les êtres qui y vivaient.

La perte de la biodiversité et les changements climatiques sont étroitement liés (Pörtner et al., 2021), et il faut agir sur leur base commune. Pour ce faire, on doit reconnaître que les écosystèmes de la Terre mère jouent un rôle fondamental dans la santé de tous les êtres puisque l'écosystème est notre système de santé. On doit se détourner de la vision anthropocentrique et réapprendre que nous, les humains, faisons partie d'un réseau complexe et interdépendant. Les événements survenus récemment nous ont amenés à comprendre qu'un écosystème dominé par l'humain, qui dévalorise la biodiversité au profit de la croissance économique, peut engendrer des pandémies telles que celle de la COVID-19 (Gibb et al., 2020). Malgré tout, le milieu naturel nous a offert des moyens de rester en santé pendant cette crise, et la protection de la biodiversité pourra jouer un rôle dans la prévention de futures pandémies.

En tant que femme hul'qumi'num et médecin hygiéniste de ma région, je vais me baigner à la rivière, comme les Aînés me l'ont appris, et je demande à

l'eau d'emporter mes soucis. La terre et l'eau ont des propriétés curatives, comme la recherche l'a récemment révélé. Dans une étude menée dans neuf pays pendant la pandémie de COVID-19, on a découvert que le contact avec les espaces bleus et les espaces verts favorisait la santé mentale (Pouso et al., 2021). La directive de « rester à la maison » pendant la pandémie nous a fait réaliser l'importance de prendre contact avec le monde naturel autour de nous. Osons espérer que cette prise de conscience aidera plus de gens à comprendre que si on prend soin de la nature, elle prendra aussi soin de nous.

Il est urgent de revoir notre relation à l'environnement, et les signaux en ce sens abondent, dont la vague de chaleur extrême que l'ouest de l'Amérique du Nord a connue au début de l'été 2021. Des températures élevées encore jamais observées ont alors entraîné un nombre accru de décès humains (BC Coroners Service, 2021), des pertes chez d'autres espèces (on estime à plus d'un milliard les animaux du littoral ayant péri sur la côte de la mer de Salish seulement [Migdal, 2021]), des fontes de neige précipitées, des inondations, des sécheresses accrues et des feux de forêt. Le sérieux de la situation exige un virage fondamental : il est impératif de placer la santé de l'environnement au centre de

notre processus décisionnel. Il faut sans attendre changer la vision anthropocentrique prédominante pour une vision où nous honorons notre relation avec tous les êtres vivants dans un milieu qui nous est commun. Nous disposons d'outils nationaux et internationaux pour y arriver, et les connaissances des peuples autochtones de même que leurs droits inhérents offrent un grand potentiel. L'article 25 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones précise bien que « les peuples autochtones ont le droit de conserver et de renforcer leurs liens spirituels particuliers avec les terres, territoires, eaux et zones maritimes côtières et autres ressources [...] et d'assumer leurs responsabilités en la matière à l'égard des générations futures » (UN General Assembly, 2007)⁴. En 2019, la Colombie-Britannique a adopté la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, ce qui nécessite l'harmonisation de la législation britanno-colombienne avec la Déclaration. Cette harmonisation pourrait être amorcée de façon puissante et opportune par la révision du *Drinking Water Protection Act* (2001) réclamée par le vérificateur général en 2019 (Auditor General of BC, 2019). La nouvelle législation devrait viser la protection des eaux pour tous les êtres vivants.

La perte de la biodiversité et les changements climatiques sont étroitement liés, et il faut agir sur leur base commune. Pour ce faire, on doit reconnaître que les écosystèmes de la Terre mère jouent un rôle fondamental dans la santé de tous les êtres puisque l'écosystème est notre système de santé.

⁴ « En décembre 2020, le gouvernement du Canada a déposé un projet de loi pour mettre en œuvre la Déclaration. Le 21 juin 2021, la Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones a reçu la sanction royale. Cette Loi fournira au gouvernement du Canada et aux peuples autochtones une feuille de route pour travailler ensemble à sa mise en œuvre intégrale » (Ministry of Justice, 2021).

En plus de faire pression pour obtenir des modifications législatives, il convient également d'explorer de nouvelles façons de créer des espaces et de promouvoir des modèles qui favorisent la reconnexion avec l'environnement, le sentiment d'appartenance, de même que le contrôle, la gestion ou la cogouvernance du milieu naturel avec les peuples autochtones. Un rapport des Nations Unies affirme que « la nature se dégrade généralement moins rapidement dans les territoires autochtones que dans les autres territoires » et qu'une « gouvernance [...] qui intègre les peuples autochtones [...] peut constituer un moyen effectif de protéger la nature » [traduction] (Diaz, 2019, p. 8). Un exemple du potentiel incroyable et durable que recèle le lien entre l'humain et son milieu a récemment été observé dans le

Nord-Ouest du Pacifique, où les pratiques autochtones de gestion de la forêt ont fourni diverses ressources et de nombreux habitats pour les animaux et les pollinisateurs. Même si ces pratiques ont cessé il y a 150 ans, elles ont contribué à un écosystème plus riche encore que celui des forêts naturelles (Armstrong et al., 2021). Il faut reconnaître, soutenir et promouvoir la souveraineté autochtone si l'on veut protéger l'environnement, car celle-ci est synonyme de durabilité.

En tant que médecin de santé publique hul'qumi'num, je me sens honorée, privilégiée et motivée par l'invitation de siéger au Cowichan Watershed Board (CWB), dirigé par les tribus de Cowichan et le district régional de la vallée de Cowichan dans une pratique de *Nutsummat qws yaays th qa* – « tous

ensemble pour nos cours d'eau » [traduction]. Le Cowichan Watershed Board, qui en est à sa deuxième décennie d'existence, fonctionne par cogouvernance et place au cœur de son travail le lien unique qu'ont les Quw'utsuns avec le bassin. Le CWB (de même que tous les êtres vivants) doit composer avec les changements climatiques et la perte de la biodiversité qui entraînent respectivement une réduction du débit des rivières et la dégradation de l'habitat du saumon, touchant ainsi toute forme de vie sur le territoire des Hul'qumi'nums. Le CWB a pu trouver diverses façons de soutenir la résilience, que ce soit par la conception d'un déversoir pour stocker l'eau ou encore par l'appel aux membres de la collectivité à documenter sur place l'état des rivières, ce qui témoigne du potentiel restaurateur d'un retour au lien avec le milieu naturel.



© Credit: iStockPhoto.com, ID 1314571852

UNE VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR LES AUTOCHTONES URBAINS : RIEN POUR NOUS SANS NOUS

D^{re} Sarah Funnell, médecin adjointe en santé publique à Santé publique Ottawa; directrice fondatrice du Centre de recherche et d'éducation en santé autochtone (CRÉSA); directrice du volet de la santé autochtone au Département de médecine familiale de l'Université Queen's

On croit souvent à tort que les milieux urbains ne font pas partie des territoires autochtones; pourtant, les zones urbaines se trouvent toutes en territoire traditionnel, qu'il soit visé par un traité ou non cédé. Les communautés autochtones urbaines varient d'un bout à l'autre du pays et peuvent comprendre un mélange de plusieurs Premières Nations (Indiens inscrits ou non inscrits, vivant dans une réserve ou hors réserve), d'Inuits et de Métis (Champlain Indigenous Health Circle Forum, 2017; Tungasuvvingat Inuit, 2017). Chaque groupe distinct rencontre des problèmes sociaux ou de santé qui lui sont propres, mais apporte dans un même temps un riche répertoire de cérémonies, de traditions et de façons d'être. Ce qu'ils ont en commun, c'est leur expérience du colonialisme et du racisme constant à tous les niveaux (personnel, systémique, intériorisé, etc.). La *Déclaration des Nations Unies sur les droits des*

peuples autochtones reconnaît que les peuples autochtones sont autonomes, c'est-à-dire qu'ils ont le droit de décider de ce dont ils ont besoin pour se sentir bien et être en santé, y compris le droit de pratiquer leurs modes de guérison traditionnelle (UN General Assembly, 2007).

Le colonialisme leur a retiré le droit à l'autodétermination au moyen de politiques d'assimilation qui ont causé à ce jour de nombreuses disparités en santé chez les Autochtones (Reading & Wien, 2009). On peut voir les résultats des pratiques, politiques et programmes paternalistes instaurés à travers l'histoire (p. ex. les hôpitaux indiens ou les programmes contre la tuberculose) dans ce système de santé publique qui perpétue l'iniquité et un racisme à leur égard. En milieu urbain, l'étude, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes ou services de santé publique destinés aux Autochtones exigent

un effort partagé qui redonne des pouvoirs aux organisations autochtones urbaines fournissant des services sociaux et de santé, de même qu'aux réserves locales (le cas échéant).

L'engagement est un phénomène au déploiement linéaire. Il commence par la sensibilisation et se conclut par la collaboration, le but étant d'atteindre un partage idéal des responsabilités (Stuart, 2017). Pour y arriver, les organismes de santé publique doivent faire preuve d'un engagement authentique qui favorise l'autonomisation (Berthiaume et al., 2017; Ministry of Health and Long-Term Care, 2018). Une échelle comparable existe dans la perspective autochtone, où la succession d'étapes authentiques va de l'inclusion à la réconciliation, puis à la décolonisation (Gaudry & Lorenz, 2018). Sur cette échelle, l'inclusion des Autochtones n'est qu'un premier pas : la réconciliation consiste en des

rapports où les pouvoirs sont partagés, et la décolonisation (ou l'autodétermination) implique un retour des pouvoirs aux peuples autochtones, y compris aux communautés des milieux urbains.

Toute vision de la santé publique pour les Autochtones urbains doit reconnaître la diversité des groupes qu'elle sert. Une approche « prêt-à-porter » en ce qui a trait aux programmes et aux services fait abstraction de la complexité des forces et nécessités inhérentes à chaque population. Une vision adéquate de la santé publique autochtone exige plutôt une approche qui respecte les principes d'autodétermination, qui tient compte des caractéristiques uniques de chaque communauté urbaine et qui s'articule autour de la réconciliation. Une telle vision pourrait s'inspirer du cadre des 4R – respect, réciprocité, pertinence (*relevance*) et réconciliation (4Rs Youth Movement, 2017) – et ainsi inciter un dialogue transculturel authentique de même qu'une approche respectueuse des principes en matière de santé publique.

C'est le « R » de réconciliation qui, jumelé à l'autodétermination, mène à une autonomisation. Cette réconciliation n'aura lieu que si on soustrait des structures coloniales le pouvoir violemment arraché aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. En

milieu urbain, les ordres de gouvernement responsables des programmes et services de santé publique doivent travailler de concert avec les agences locales de santé et de services sociaux servant les Autochtones afin de définir les besoins de chaque communauté et d'arriver à miser sur les forces de chacune. Pour créer des programmes urbains de santé publique respectueux de la culture, on doit travailler avec les communautés et organismes autochtones afin de considérer les critères suivants :

- les priorités en santé;
- les forces au sein du groupe;
- les ressources à développer ou à mettre à profit pour miser sur ces forces;
- les données locales concernant les principes de gouvernance;
- les accords officiels (le cas échéant).

Du temps et des ressources seront nécessaires pour bien concrétiser cette vision, et des modèles d'élaboration de programmes peuvent servir de guides. La liste qui suit propose un plan d'action modulé visant l'amélioration de la santé publique autochtone en zone urbaine :

1. Monter une équipe comprenant des fournisseurs de services autochtones.
2. Mener une évaluation situationnelle qui répertorie les forces en présence.

3. Cerner les buts, résultats et objectifs.
4. Établir les stratégies, activités et ressources.
5. Définir des indicateurs.
6. Revoir le plan et le modifier au besoin.

Il importe également que les approches mixtes d'évaluation des services et programmes offerts aux populations autochtones tiennent compte de leurs modes de connaissance. Il faudra donc embaucher des consultants inuits, métis ou des Premières Nations pour l'élaboration et l'évaluation de ces programmes et services. L'essentiel est d'évaluer les programmes existants afin de s'assurer qu'ils sont exempts de racisme et respectent les différences culturelles.

De plus, il est vital que les connaissances des Autochtones sur la santé et le bien-être soient reconnues, respectées et recherchées par les organismes de santé officiels. Par exemple, la revalorisation des pratiques de guérison traditionnelles est essentielle dans le cadre des programmes et services en milieu urbain. Ces pratiques devraient être définies par la communauté et approuvées par des Aînés respectés qui seraient rémunérés pour leurs consultations.

Les organismes de santé officiels, qu'ils soient locaux, régionaux, provinciaux ou fédéraux, devraient également



© Credit: iStockPhoto.com, ID 89508839

mettre en pratique des mesures qui favorisent la sécurisation culturelle. Ces mesures pourraient inclure :

- un changement de système et de politiques;
- la participation communautaire;
- le recrutement et la rétention de fournisseurs de soins de santé et de personnel d'origine autochtone;
- la sécurisation culturelle et la lutte contre le racisme envers les Autochtones;
- le souci de bien traiter la clientèle autochtone et de lui fournir les soins adéquats.

Disposant d'un financement de base de plus de 300 000 \$ pour des projets de santé publique autochtone, Santé publique Ottawa (SPO) représente un

exemple d'organisme qui tente de remédier aux inégalités subies par les Premières Nations, les Inuits et les Métis et qui s'efforce de changer les politiques. Dans son plan de réconcili-ACTION, SPO expose ses objectifs comme suit : « Devenir un organisme prônant l'humilité culturelle et la sécurisation culturelle grâce à des efforts d'amélioration de la qualité du système par des actions individuelles et collectives qui tendent vers la réconciliation et l'équité en santé pour les Autochtones » [*traduction*]. Ce plan s'insère dans un cadre fondé sur la sécurisation et l'humilité culturelles et édifié sur des valeurs comme l'échange, la réciprocité, le respect et la réflexion⁵. SPO s'est associée à l'Ottawa Aboriginal Coalition afin d'obtenir son soutien dans certains de ses domaines prioritaires. Ses efforts ne se

traduisent pas encore par une pleine décolonisation, mais ils représentent un engagement au partage du pouvoir et à la réconciliation.

Les peuples autochtones en zone urbaine ont droit à la meilleure santé possible, et ils savent ce qu'il faut faire pour l'atteindre. Un système de santé publique servant les Autochtones urbains qui cherche réellement à faire participer et à autonomiser les Premières Nations, les Inuits et les Métis exige un investissement en temps et en ressources, à l'exemple de l'initiative de SPO. Ces programmes et services ne doivent pas être considérés comme des projets spéciaux. Ils doivent plutôt disposer d'un financement de base durable afin de connaître les plus grandes chances de succès.

⁵ SPO a eu recours aux services du consultant en évaluation autochtone Johnston Research, afin de s'assurer que les modes de connaissance autochtones sont intégrés au cadre d'évaluation du plan de Réconcili-Action. Certains extraits en sont adaptés et sont reproduits ici, avec la permission de Santé publique Ottawa, à des fins éducatives et non commerciales seulement.

LE BIEN-ÊTRE MENTAL

D^r Christopher Mushquash, psychologue clinicien à la Chaire de recherche du Canada en santé mentale et toxicomanie chez les Autochtones; professeur au Département de psychologie à l'Université de Lakehead et à l'École de médecine du Nord de l'Ontario; psychologue à Dilico Anishinabek Family Care; directeur du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord; vice-président associé à la recherche du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay; scientifique en chef à l'Institut régional de recherche en santé de Thunder Bay

Les peuples autochtones au Canada sont diversifiés et comptent des histoires riches, ainsi que diverses traditions culturelles, langues et pratiques de guérison. Chaque communauté est unique, mais toutes partagent une expérience, celle d'un processus de colonisation historique qui se poursuit de nos jours et leur cause des perturbations sur le plan de la santé et du bien-être mental. Pour plusieurs communautés autochtones, santé et bien-être mental s'insèrent dans une approche holistique (Santé Canada, 2011, 2015). Dans cette optique culturelle, le bien-être général résulte de l'équilibre entre les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel (Santé Canada, 2011, 2015). Si cet équilibre est rompu, le bien-être est troublé.

En outre, le bien-être est nettement ancré dans l'identité, qui est souvent associée au temps et au lieu; le lien à la terre et les interactions relationnelles avec les Aînés, les gardiens des savoirs culturels et les guérisseurs sont considérés comme faisant partie intégrante du mécanisme de guérison. Ainsi, la santé d'une

personne est intimement liée à son histoire, à sa culture, à sa famille, à sa collectivité et à son environnement. C'est une vision tout à fait différente du concept non autochtone de maladie mentale, qui tend à se concentrer sur les déficits et les problèmes comme facteurs déterminants et qui voit la santé comme l'absence de maladie (Dell et al., 2012; Santé Canada, 2015). Cette dépendance aux modèles fondés sur les déficits ou les diagnostics catégoriques lors du développement des services risque d'orienter le type de traitement considéré. Dans certains cas, l'approche est fondée sur des données probantes, mais souvent, on fait état de comorbidité sans disposer de services adéquats. Des services de santé mentale ont bel et bien été établis pour tenter de répondre aux besoins, mais on observe que ces services ne cernent pas les réalités culturelles et contextuelles des communautés autochtones, en partie parce qu'ils ne tiennent pas compte de la perspective de ces communautés sur la façon dont ils devraient être conçus et offerts (Dell et al., 2012).

Les besoins en santé mentale des peuples autochtones sont souvent plus importants que ceux des Canadiens non autochtones. Par exemple, le suicide est de 2 à 10 fois plus courant chez les jeunes de ce groupe que dans le reste de la population (Lehti et al., 2009). Les enfants autochtones ont également un risque accru de faire face à des troubles de santé mentale en raison d'expériences négatives durant l'enfance (ENE) vécues par une importante majorité (78 %) d'entre eux, que ce soit de la négligence ou de la violence émotionnelle, physique ou sexuelle, ou encore le fait d'être témoin de violence entre partenaires intimes (Brockie et al., 2015). En comparaison, seulement 28,6 % des jeunes enfants du sud des États-Unis ont connu au moins une ENE (Whiteside-Mansell et al., 2019). L'effet de ces expériences est cumulatif, ce qui veut dire qu'avec chacune d'entre elles, le risque de troubles de la santé augmente (Brockie et al., 2015).

Plusieurs groupes autochtones ont élaboré leurs propres modèles de soins adaptés à leurs réalités culturelles et contextuelles. Par

exemple, le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (Health Canada, 2015) a défini des thèmes communs à toutes les cultures autochtones au Canada, précisant que le mieux-être mental est présent chez les individus qui se sentent soutenus dans un espoir pour leur avenir et celui de leur famille (suivant leur identité, leurs valeurs et leur force morale), dans un sentiment d'appartenance (à leur famille, à leur communauté, à leur culture), dans une quête de sens (relative à la création, à l'histoire) et dans une raison d'être au quotidien (soit un emploi, la prestation de soins ou des façons de faire) [Health Canada, 2015, pg. D)]. Toute une gamme de mesures de soutien et de services adaptés à la réalité culturelle et contextuelle est requise pour favoriser le mieux-être mental. Le Cadre mentionne notamment :

- la promotion de la santé, la prévention, le développement communautaire et l'éducation;
- le dépistage et l'intervention précoces;
- l'intervention en situation de crise;
- la coordination et la planification des soins;
- la désintoxication;
- les soins tenant compte des traumatismes subis;
- le soutien et le suivi.



Ces modèles de soins ont été expliqués en détail et sont inspirés des savoirs culturels et communautaires ainsi que de l'approche psychologique et biomédicale, mais leur pleine concrétisation reste freinée par un manque de ressources. De plus, des mesures correctives s'imposent dans plusieurs domaines pour lesquels les communautés autochtones, dans une trop grande proportion, connaissent des résultats décevants. Les nouvelles nationales font régulièrement état d'incidents concernant des patients autochtones ayant reçu des soins de santé de la pire qualité dans le système grand public. Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (Truth and Reconciliation, 2015) décrivent les changements majeurs à effectuer en protection de l'enfance, en éducation et en santé, et du côté de la justice et des services correctionnels. Il ne faut pas chercher très loin pour entendre

Pour plusieurs communautés autochtones, santé et bien-être mental s'insèrent dans une approche holistique.

Dans cette optique culturelle, le bien-être général résulte de l'équilibre entre les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel. Si cet équilibre est rompu, le bien-être est troublé.

les histoires extrêmement douloureuses ou les expériences malheureuses d'Autochtones aux prises avec ces systèmes.

On doit travailler à l'élaboration de traitements qui répondent aux besoins en santé mentale propres à chaque communauté, tout en intégrant et en favorisant un sentiment de mieux-être (Health Canada, 2015). Les collaborations faisant appel

à la fois aux connaissances autochtones et occidentales ont de bonnes chances de voir naître des services innovateurs susceptibles de répondre aux besoins des communautés dans la mesure de leurs capacités (Health Canada, 2015). En puisant dans leurs connaissances en développement de services, les communautés peuvent orienter ceux-ci en fonction de leurs besoins et augmenter ainsi leur efficacité (Health Canada, 2015). Un point à améliorer est l'accès rapide : les longues listes d'attente font en sorte que les services en santé mentale ne répondent pas aux besoins des Premières Nations (Health Canada, 2015, p. 1). Un système de soins efficace devrait pouvoir soutenir chaque personne tout au long de sa vie et comporter plusieurs niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), de même que des services spécialisés répondant aux besoins des plus vulnérables. En cette époque de vérité et réconciliation, il incombe aux systèmes et services en santé mentale et toxicomanie d'améliorer la situation des Autochtones. Les recherches et les évaluations qui tiennent

compte des aspects culturels et contextuels du mieux-être proposent des mécanismes qui peuvent améliorer le système. Il est tout aussi important de mesurer, suivre, évaluer et partager les données afin que les communautés puissent profiter de l'expérience des autres dans cet effort. Cette approche nécessite qu'une attention toute particulière soit portée à la gouvernance, de même qu'à la propriété, au contrôle, à l'accès et à la possession des données (FNIGC, n.d.b) dans un partage entre les chercheurs et les communautés.

Pour comprendre véritablement ce qu'est le mieux-être mental dans les communautés autochtones, il importe de définir à la fois la culture et le contexte. La culture englobe tous les aspects transmis socialement dans le mode de vie, que ce soit les savoirs et les valeurs ou encore les pratiques et les comportements sociaux (Kirmayer et al., 2012). Ainsi, de nombreuses cultures autochtones ont une approche collectiviste, une vision holistique de la santé et des stratégies particulières de guérison (p. ex. cérémonies, chants ou huttes de

sudation). Par ailleurs, le contexte fait référence à des variables situationnelles communes à divers groupes autochtones, telles qu'une même histoire de colonialisme, des pratiques violentes d'assimilation sous le couvert de politiques fédérales, l'éloignement (accessibilité par voie aérienne seulement), un manque d'accès aux établissements de santé, qu'ils soient à proximité, à relative proximité ou à bonne distance (Reading & Wien, 2009), ainsi que la pauvreté. Vu la découverte de tombes anonymes situées dans la cour ou en bordure des pensionnats, ou les constantes perturbations environnementales entraînant des évacuations quasi saisonnières en raison des inondations ou des risques d'incendie, il est clair que le temps est venu d'adopter une perspective plus vaste à l'égard du mieux-être : une vision qui tient compte de la culture et du contexte, et qui se fonde sur une démarche en santé mentale axée sur les forces. Après tout, peut-on vraiment s'attendre à ce que le mieux-être surgisse de lui-même face à autant de bouleversements, de détresse et d'incertitude?



LES ÉVALUATIONS ET LES INTERVENTIONS⁶ RELATIVES AU BIEN-ÊTRE⁷ DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS

D^{re} Janet Smylie, directrice de Well Living House, un centre de recherche-action sur la santé et le bien-être des nourrissons, des enfants et des familles autochtones; médecin au département de médecine familiale et communautaire de l'hôpital St. Michael's; professeure à la Dalla Lana School of Public Health et au Département de médecine familiale et communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto; Chaire de recherche du Canada pour l'avancement des services de santé génératifs pour les populations autochtones au Canada (chaire de niveau 1)

Introduction : les systèmes de santé publique et d'information sur la santé des Autochtones et des non-Autochtones

L'évaluation, dont celle du statut de la santé physique et du milieu, ainsi que l'intervention en cas de problèmes ou de risques, constituent un pilier central des systèmes modernes de santé publique (Center for State, Tribal, Local, and Territorial Support, 2021). Pour les peuples autochtones, le milieu naturel était et est encore essentiel à la survie physique et à la continuité culturelle. Les évaluations collectives et les interventions en faveur du bien-être humain et de

la santé écologique concernent à la fois les systèmes de santé publique des Autochtones et des non-Autochtones.

Les systèmes de santé publique n'ont rien de nouveau pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. En fait, les politiques, pratiques et systèmes conçus pour favoriser le bien-être individuel et collectif font partie intégrante de l'histoire des cultures autochtones : on assurait un suivi étroit du milieu de vie et on réagissait à l'état de santé qui s'y rapportait. Le succès des sociétés qui vivaient en lien étroit avec la nature exigeait une observation longitudinale attentive et un suivi de l'état de santé de la communauté et de son

environnement. Les politiques et pratiques visant à prévenir et à réduire les maladies dominaient le quotidien. Ainsi, la propreté constituait l'un des 15 principes fondamentaux enseignés dans les tipis cris (Lee, n.d.). On ne parle pas ici que d'hygiène physique; il s'agissait également de bien-être mental et spirituel, aussi bien que d'ordre et de paix sociale, principes qui sont restés vitaux pour les nations autochtones.

Du point de vue de ma culture métisse, l'information sur la santé peut être définie comme une ressource sociale collective composée d'au moins une observation sur la perception de soi, de sa famille et de ses rapports – dont ceux avec la terre

⁶ J'ai intentionnellement utilisé les termes « évaluation et intervention » plutôt que « surveillance » pour deux raisons :

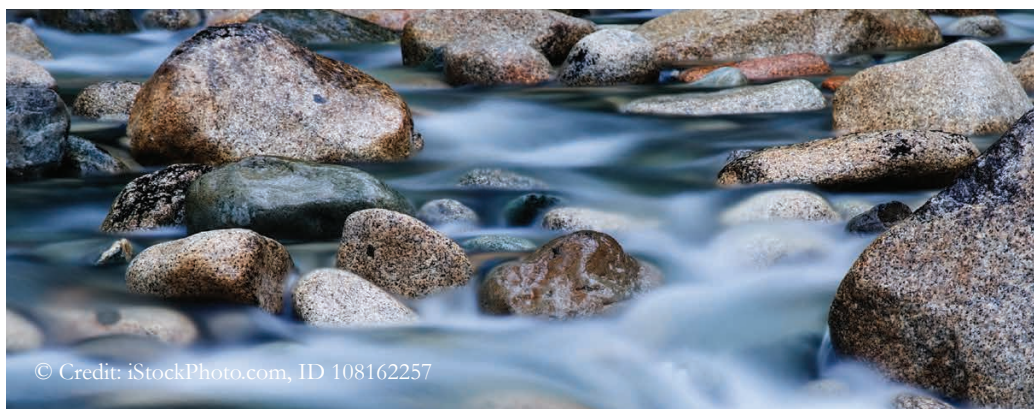
1) « surveillance » se définit comme l'« ensemble des actes par lesquels on exerce un contrôle suivi » (*Le Petit Robert*), ce qui évoque l'idée d'un contrôle externe imposé et a donc des connotations négatives pour les peuples autochtones; et 2) la production de savoirs est en général étroitement liée à sa mise en pratique dans les modèles autochtones (Smylie, 2011).

⁷ J'ai également choisi le terme « bien-être » pour deux raisons : 1) il est axé sur les forces, et 2) il est plus représentatif de ce à quoi je fais référence, puisqu'en tant que femme métisse dont la langue traditionnelle est le cri, je fais l'analogie avec le concept cri de *Miyopimatisowin* (« vivre bien »).

et avec le milieu de vie. Une telle ressource est toujours examinée attentivement et présentée de telle façon qu'elle reflète et favorise le bien-être personnel, familial, communautaire comme celui de la Nation. Autrefois, les Autochtones partageaient cette information au fil des cycles d'un jour, d'un mois, d'une saison ou de plusieurs années. On utilisait les récits personnels et traditionnels, le suivi structuré, oral ou visuel, des changements au niveau familial ou écologique par des responsables désignés, ou encore les discussions entre chefs de famille ou chefs de groupe au cours de rassemblements saisonniers entre familles et communautés. L'intégration du profane et du sacré dans les modèles autochtones suggère que l'information sur la santé ne doit pas se résumer à une collecte de données empiriques et expérimentales; la valeur de ces modèles vient également du fait qu'ils puisent à une source spirituelle profonde et sacrée.

La réalité actuelle

Au point de vue technique, les systèmes d'information sur la santé des Autochtones sont inférieurs aux normes en ce qui concerne la qualité et l'exhaustivité de l'information de même que la couverture de la population, si on les compare aux systèmes conçus pour les Canadiens non autochtones. Les principaux problèmes sont les suivants : le manque de cohérence et de pertinence des façons d'identifier les Autochtones



dans les principales sources de données, des écarts dans la production, la coordination et le partage des données tant à l'échelle locale que régionale et nationale et, enfin, une utilisation quasi automatique de méthodes non conformes aux normes. Les écarts de données sont particulièrement marqués chez les groupes autochtones en milieu urbain ou dans des territoires connexes (où plus de la moitié des communautés autochtones vivent de nos jours), et chez les Métis et les Indiens non inscrits.

Ces lacunes se sont révélées évidentes au cours de la pandémie de COVID-19. À quelques exceptions près, les conséquences disproportionnées de la COVID-19 sur les importantes populations autochtones vivant dans les épicentres urbains ont été jusqu'ici pratiquement passées sous silence. Le taux de vaccination de ces groupes, mais aussi des Métis et des Indiens non inscrits, est pratiquement inconnu, et les données accessibles indiquent un taux considérablement plus bas en milieu urbain que dans les réserves ou dans l'Inuit Nunangat.

Il est important de comprendre que le dysfonctionnement de ces systèmes d'information ne peut s'expliquer que par les défis technologiques qui y sont associés.

Ces problèmes sont profondément enracinés dans l'imposition externe persistante de modèles et de politiques coloniales aux systèmes d'information sur la santé des Autochtones.

Un exemple de cette réalité se retrouve dans la *Loi sur les Indiens* qui impose une définition d'indigénité incompatible avec la notion autochtone de parenté. Un autre exemple est la façon dont Services aux Autochtones Canada continue de réserver l'accès à des programmes et services fédéraux essentiels aux Premières Nations établies dans les réserves ou aux Inuits vivant dans le Nord, excluant tout autre groupe autochtone reconnu par la Constitution. Ces exemples s'ajoutent à d'autres politiques coloniales qui normalisent l'usage de définitions imposées de l'identité autochtone, érigeant ainsi un standard d'exclusion des communautés autochtones en

zone urbaine. Une telle approche exclut volontairement des sous-populations établies en raison de leur ethnicité et serait considérée comme discriminatoire en contexte de collection d'information non autochtone.

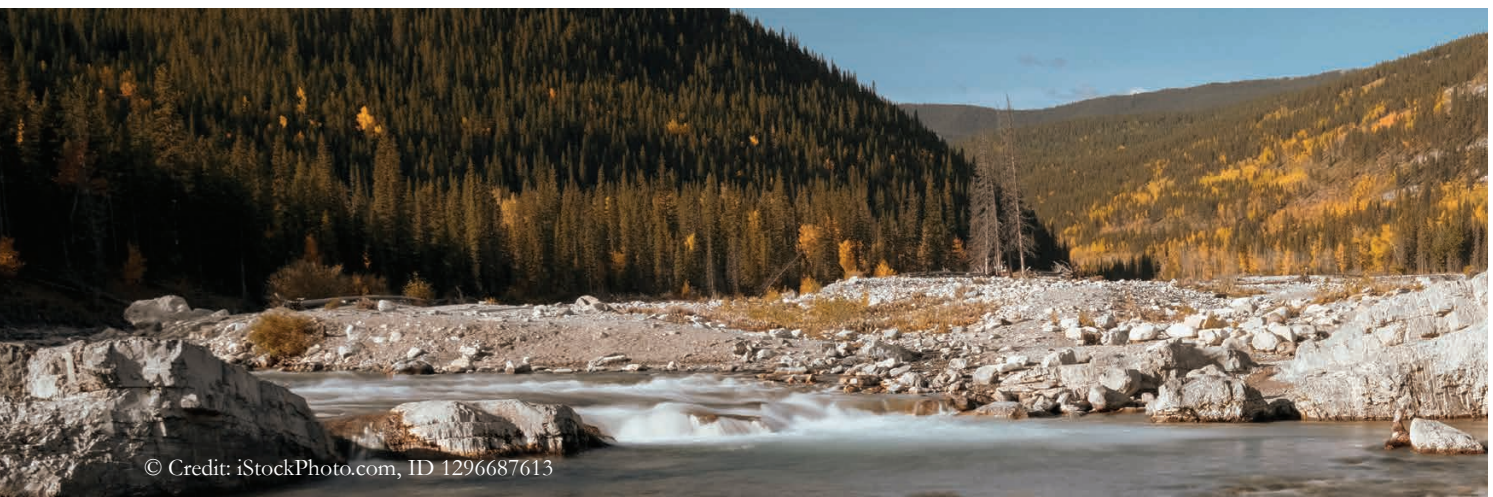
Le développement au fil du temps de systèmes d'information sur la santé des Autochtones à partir de modèles non autochtones a donné lieu à des cadres ou à des indicateurs qui ne sont pas représentatifs de la notion de santé et de bien-être chez les Autochtones. L'accent y est mis sur la mesure des problèmes de santé individuels en fonction des manques et ne tient aucunement compte de facteurs déterminants comme la force des réseaux familiaux et communautaires ou l'état du milieu naturel; s'ils le font, ils n'évaluent pas ces facteurs de façon pertinente.

En réponse à cette approche colonialiste, les communautés autochtones prônent la souveraineté des données et des systèmes de données autochtones.

Une approche spécifique à chaque nation est essentielle. Bien qu'il y ait eu des progrès à cet égard, les efforts actuels se heurtent à des complexités politiques et à un partage des compétences qui sont souvent étrangers aux systèmes de gouvernance traditionnels, fondés sur la parenté et la communauté. L'éradication des préjugés coloniaux de même que l'établissement de systèmes d'évaluation de la santé et d'intervention basés sur l'intégrité culturelle *et* propices au bien-être constituent une tâche monumentale. L'insuffisance de spécialistes en matière d'information sur la santé autochtone rend la tâche pratiquement impossible.

L'hypothèse qu'une souveraineté des données autochtones fondées sur les particularités fonctionnerait en silo est erronée. Par exemple, les systèmes s'appliquant aux Premières Nations établies dans les réserves diffèrent de ceux destinés à leur parenté vivant en milieu urbain

ou dans des territoires connexes. L'édification de systèmes optimaux d'information sur la santé implique une connexion et un échange avec de petites bases de données, ce qui constitue un prérequis pour obtenir des données complètes et de qualité sur des populations définies (Smylie & Firestone, 2015). Fort heureusement, les avancées quant aux capacités techniques des systèmes de données et des accords concernant le partage et la souveraineté des données autochtones peuvent faciliter la gouvernance de chaque nation aux niveaux local et régional et ainsi éviter les silos. Il faut maintenant faire progresser les relations officielles entre les diverses nations et les instances concernées. Entre-temps, les problèmes de partage des compétences entravent la capacité des systèmes d'information sur la santé des Autochtones à contribuer au bien-être de ces derniers et à intervenir rapidement en cas de menace à leur santé ou à leur environnement.



© Credit: iStockPhoto.com, ID 1296687613

Les sept éléments centraux d'une vision des systèmes d'évaluation et d'intervention en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada



1. Interrelation et interconnexion
 - a. Face aux défis communs liés à la colonisation et au racisme, particulièrement dans les régions où il y a cohabitation géographique et utilisation de systèmes non autochtones, l'interconnexion entre les systèmes reflète le besoin de communication entre les nations.
 - b. Ces systèmes donnent lieu à des alliances entre nations et au sein de chacune d'elles qui favorisent un partage rapide de même qu'une agrégation, au besoin, afin de contribuer à la santé collective, au bien-être et à la protection de l'environnement.
2. Pertinence pour chaque nation, intégrité culturelle locale, équité
 - a. Les cadres d'information sur la santé de même que leurs domaines et leurs indicateurs reflètent la vision du monde, les concepts, les priorités et les idées de chacun des collectifs autochtones qui y sont représentés.
 - b. Pour démasquer et réduire les iniquités en santé, les mesures et les jalons se basent sur des éléments spécifiques à la culture de chaque nation à l'échelle locale et régionale, et sur des indicateurs trans-sectoriels facilitant une comparaison avec les populations non autochtones, synthétisés au sein de chacun des groupes autochtones de même qu'entre eux.
3. Inclusion, pertinence culturelle, respect de l'identité et intégration des groupes autochtones dans toutes les régions
 - a. Les systèmes tiennent compte des membres des groupes autochtones de façon inclusive et respectueuse, tant au niveau individuel et familial que communautaire dans toutes les régions, de façon à refléter et à nourrir l'intégrité des systèmes définis par chacune des nations en fonction de la parenté.
 - b. Aucune personne ou communauté constitutionnellement reconnue comme autochtone n'est oubliée.
4. Cartographie précise et exhaustive faisant le suivi de la santé, du bien-être, du milieu et des maladies dans toutes les régions
 - a. Les sources principales d'information utilisent des indicateurs cohérents et pertinents aux groupes autochtones de zone urbaine, rurale ou éloignée.
 - b. Le partage et la coordination s'effectuent à l'échelle locale, régionale et nationale.
 - c. Les infrastructures ainsi que la science, l'analyse et la communication des données font appel aux plus récentes technologies.
5. Direction et personnel provenant des groupes autochtones
 - a. Au moins 10 % des travailleurs en santé publique au Canada sont d'origine autochtone.

- b. On met en place des systèmes d'évaluation de la santé et d'intervention gouvernés et gérés par les communautés autochtones et qui offrent une pertinence tant au niveau local, que régional et national.
 - Cette réalisation n'est possible qu'après un accroissement marqué des leaders autochtones en information de la santé ayant des compétences élevées en leadership national *et* des savoirs techniques avec une expérience dans le domaine.
6. Stockage des données par les communautés autochtones
- a. En tant que ressource communautaire sacrée, les informations sur la santé autochtone sont prises en charge par les communautés concernées. Les gardiens des données locales ou régionales s'assurent que l'information est stockée et partagée en conciliant protection des données et avantages pour la société. Les technologies de stockage que détiennent les nations sont gérées par des alliances qui garantissent la souveraineté des données de chacune et facilitent le partage de ces données de même que leur synthèse, si celle-ci présente un intérêt pour l'ensemble des parties.
7. Mise à jour des renseignements, accessibilité et pertinence
- a. Une fois les points 1 à 6 réalisés, les groupes autochtones de même que leurs alliés parmi les décideurs et les agents de la santé publique disposent des renseignements dont ils ont besoin pour mieux servir les populations.
 - b. Les infrastructures et les alliances requises sont mises en place de façon à ce que les renseignements concernant la santé autochtone soient rapidement agrégés ou désagrégés par nation, région ou localité dans le but de mieux servir les communautés. On arrive ainsi à dépister rapidement la propagation de maladies infectieuses telles que la COVID-19 au sein des familles, communautés et nations autochtones ainsi qu'entre elles.
 - De cette façon, les politiques coloniales ou les obstacles juridictionnels externes ne viennent plus nuire au dépistage et à l'intervention.

Trois stratégies pour en arriver à des changements

1. Former plus d'Autochtones à devenir spécialistes de l'information sur la santé en les dotant à la fois d'une expertise technologique et de compétences solides en leadership propres à leur nation. Le Canada accuse à cet égard des décennies de retard sur d'autres pays colonisés prospères (comme les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande). On doit viser la formation d'Autochtones dans ces deux compétences de façon à ce qu'ils constituent 10 % du personnel de santé publique nationale.
2. Reconnaître la nécessité de créer des alliances en information de la santé autochtone dans et entre les groupes particuliers tout en investissant résolument et stratégiquement dans leur développement.
3. Discerner les principes du colonialisme, les analyser (dans l'optique des valeurs et enseignements traditionnels) et en éliminer les pratiques (comme l'exclusion en fonction de l'éloignement géographique). Reconnaître que l'approche « diviser pour régner » est bien vivante dans les systèmes actuels d'information sur la santé autochtone.



CONCLUSION

Pour résumer, la vision d'une santé publique respectueuse des droits des Premières Nations, des Inuits et des Métis doit reposer sur une structure empreinte des savoirs autochtones et ancrée dans une perspective holistique qui valorise les relations réciproques. Elle implique de mettre l'accent sur les forces de la communauté, la prévention et la

sensibilisation de même que sur le respect de l'autodétermination et des façons de faire de chaque communauté. Les données et faits d'intérêt doivent provenir de sources variées, dont les récits et enseignements traditionnels, et mener à l'autonomisation et au changement. Cette vision de la santé publique pour les Premières Nations, les Inuits et

les Métis fondée sur le respect des différences favorisera alors un milieu caractérisé par l'équité et l'absence de maladies infectieuses, mais aussi exempt de discrimination et de racisme. Nous pourrions alors prendre soin du territoire et jouir du mieux-être mental, et nos enfants nous ouvriront tout grand les bras.



© Credit: iStockPhoto.com, ID 172204652

BIBLIOGRAPHIE

(En anglais seulement)

- 4Rs Youth Movement. (2017). *Seeding reconciliation on uneven ground: The 4rs approach to cross-cultural dialogue*. 4Rs-Framework-Final.pdf (4rsyouth.ca)
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Allard, Y. (2007). *Métis concepts of health: Placing health within a social-cultural context. Social, economic and environmental (ecological) determinants of health*. Métis National Council, National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Armstrong, C., Miller, J., McAlvay, A., Ritchie, P., Lepofsky, D. (2021). Historical Indigenous land-use explains plant functional trait diversity. *Ecology and Society*, 26(2), 6 <https://doi.org/10.5751/ES-12322-260206>
- Assembly of First Nations. (2017). *The First Nations Health Transformation Agenda*. https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf
- Assembly of First Nations Chiefs-in-Assembly. (2019, July 23–25). *Developing a seven generations continuum of care for First Nations, by First Nations of health, economic and social services* [Resolution 19/2019]. <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2019/08/19-19-Developing-a-Seven-Generations-Continuum-of-Care-for-First-Nations-by-First-Nations-of-Health-Economic-and-Social-Services.pdf>
- Assembly of Manitoba Chiefs. (n.d.). *Manitoba First Nations COVID-19 bulletins*. <https://manitobachiefs.com/covid-19-updates-and-information/>
- Auditor General of British Columbia. (2019). *The protection of drinking water: An independent audit report. Auditor General of British Columbia*. https://www.bcauditor.com/sites/default/files/publications/reports/OAGBC_Protection-of-Drinking-Water_RPT.pdf
- Battiste, M., & Henderson, J. S. (2000). *Protecting Indigenous knowledge and heritage*. Purich Publishing.
- BC Coroners Service. (2021, July 2). *Chief coroner's updated statement on public safety during heat wave* [Statement]. Retrieved July 6, 2021, from https://archive.news.gov.bc.ca/releases/news_releases_2020-2024/2021PSSG0062-001295.htm
- Berry, P., Clarke, K., Fleury, M. D., & Parker, S. (2014). *Human health*. In F. J. Warren, & D. S. Lemmen (eds.), *Canada and a changing climate: Sector perspectives on impacts and adaptation* (pp. 191-232). Government of Canada. https://www.nrcan.gc.ca/sites/www.nrcan.gc.ca/files/earthsciences/pdf/assess/2014/pdf/Chapter7-Human-Health_Eng.pdf
- Berry, P., & Schnitter, R. (Eds.) (2022, forthcoming). *Health of Canadians in a changing climate: Advancing our knowledge for action*. Government of Canada.
- Berthiaume, A., Bowes, C., Cote-Meek, S., Lalonde, K., Larocque, C., St Onge, R., Sutherland, M., Switzer, M., & Zeppa, L. (2017). *Talking together to improve health: Literature review*. Locally Driven Collaborative Projects. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/1/2018/ldcp-firstnations-engagement-survey-summary.pdf?la=en>
- British Columbia First Nations, Canada, & British Columbia. (2010). *British Columbia Tripartite First Nations health basis for a framework agreement on health governance*. <https://www.fnha.ca/Documents/BC-Tripartite-First-Nations-Health-Basis-for-a-Framework-Agreement-on-Health-Governance.pdf>
- British Columbia Office of the Human Rights Commissioner. (2020). *Disaggregated demographic data collection in British Columbia: The grandmother perspective*. https://bchumanrights.ca/wp-content/uploads/BCOHRC_Sept2020_Disaggregated-Data-Report_FINAL.pdf
- Brockie, T. N., Dana-Sacco, G., Wallen, G. R., Wilcox, H. C., & Campbell, J. C. (2015). The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based Native American adolescents and young adults. *American Journal of Community Psychology*, 55(3-4), 411–421. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9721-3>
- Canada. (2020). *10 great reasons to breastfeed your baby*. Retrieved June 22, 2021, from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/breastfeeding-infant-nutrition/10-great-reasons-breastfeed-your-baby.html>
- Canada. (2021a). *Canada's first poverty reduction strategy*. Retrieved August 3, 2021, from <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/poverty-reduction/reports/strategy.html#h2.10>
- Canada. (2021b, July 6). *New support for child and family services in Cowessess First Nation*. Retrieved August 12, 2021, from <https://pm.gc.ca/en/news/news-releases/2021/07/06/new-support-child-and-family-services-cowessess-first-nation>

- Canadian Academy of Health Sciences. (2014). *Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada: Appendix C*. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_Appendices.pdf
- Canadian Dental Association. (2010). *Position paper on access to oral health care for Canadians*. https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/accesstocarePaper/
- Canadian Human Rights Commission. (2014). *2013–2014: Reports on plans and priorities*. Retrieved January 7, 2020, from <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/publication-pdfs/rpp-eng.pdf>
- Canadian Medical Association (CMA). (2021, Feb. 26). *Dr. Alika Lafontaine elected as 2021 CMA president-elect nominee*. <https://www.cma.ca/news/dr-alika-lafontaine-elected-2021-cma-president-elect-nominee>
- Canadian Partnership Against Cancer. (2020). *Action plan for the elimination of cervical cancer in Canada 2020–2030*. <https://s22438.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-EN.pdf>
- Center for State, Tribal, Local, and Territorial Support. (2021). *10 essential public health services*. Centers for Disease Control and Protection. Retrieved July 9, 2021, from <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>
- Champlain Indigenous Health Circle Forum. (2017). *Now, now, now: Mental wellness for Indigenous youth in the Champlain region*. <https://wabano.com/wp-content/uploads/2020/08/now-now-now-mental-wellness-for-indigenous-youth-in-the-champlain-region-2018.pdf>
- Chartrand, L. N. (2011). *Maskikiwenov: The Métis right to health: Under the Constitution of Canada and under selected international human rights obligations*. National Aboriginal Health Organization.
- Chief Public Health Officer (CPHO). (2013). *Report on the state of public health in Canada – Infectious diseases*. (2013). Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/chief-public-health-officer-report-on-state-public-health-canada-2013-infectious-disease-never-ending-threat/introduction.html>
- Chief Public Health Officer (CPHO). (2018). *Spotlight on eliminating tuberculosis in Canada: The time is now*. Government of Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/eliminating-tuberculosis/PHAC_18-086_TB_Report_E_forwebcoding.pdf
- Collins. (n.d.). Surveillance. In *CollinsDictionary.com dictionary*. Retrieved July 9, 2021, from <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/surveillance>
- de Leeuw, S., Larstone, R., Fell, B., Cross, N., Greenwood, M., Auerbach, K., & Sutherland, J. (2021). Educating medical students’ “hearts and minds”: A humanities-informed cultural immersion program in Indigenous experiential community learning. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 87–107. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33078>
- Dell, C.A., Roberts, G., Kilty J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C., & Dell, D. (2012). Researching prescription drug misuse among First Nations in Canada: Starting from a health promotion framework. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 23–31. doi: <https://doi.org/10.4137/SART.S9247>
- Diaz, S., Settele, J., & Brondizio, E. (2019). *Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services – unedited advance version*. United Nations. <https://www.documentcloud.org/documents/5990576-Summary-for-Policymakers-IPBES-Global-Assessment.html>
- Ermine, W. (2007). The ethical space of engagement. *Indigenous Law Journal*, 6(1), 193–203.
- First Nations Education Steering Committee (FNESC), & First Nations Schools Association. (2019). *BC First Nations Land, Title, and Governance Teacher Resource Guide*. <http://www.fnesc.ca/wp/wp-content/uploads/2019/09/PUBLICATION-Governance-BCFNLTG-2019-09-17.pdf>
- First Nations Health Authority. (n.d.). *Data management*. Retrieved June 16, 2021, from <https://www.fnha.ca/what-we-do/research-knowledge-exchange-and-evaluation/data-management>
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (n.d.a). *Home page*. <https://fnigc.ca/>
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (n.d.b). *The First Nations principles of OCAP®*. Retrieved July 29, 2021, from <https://fnigc.ca/ocap-training/>
- Gaudry, A., & Lorenz, D. (2018). Indigenousization as inclusion, reconciliation, and decolonization: Navigating the different visions for indigenizing the Canadian Academy. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 14(3), 218–227. <https://doi.org/10.1177/1177180118785382>
- Gibb, R., Redding, D., Chin, K., Donnelly, C., Blackburn T., Newbold, T., & Jones, K. (2020). Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems. *Nature*, 584, 398–402.
- Government of Canada. (1996) *Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100014597/1572547985018>
- Green, M. (2021). *Chapter 6: Breastfeeding*. Government of Canada. Retrieved June 30, 2021, from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-6.html>

- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 11–14. <https://doi.org/10.1177/0840470418807948>
- Greenwood, M. (2021). An open invitation to address anti-Indigenous systemic racism. *The Lancet*, 397(10293), 2458–2459. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01369-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01369-6)
- Greenwood, M., & MacDonald, N. (2021, March 31). Vaccine mistrust: A legacy of colonialism. *Globe & Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-vaccine-mistrust-a-legacy-of-colonialism/>
- Haddad, N., Weeks, A., Rober, A., & Totten, S. (2021). HIV in Canada: Surveillance report, 2019. *Canadian Communicable Disease Report*, 47(1), 77–86. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-1-january-2021/hiv-surveillance-report-2019.html>
- Health and Social Services Department. (2005). *Our breastfeeding stories: Stories from Nunavut mothers*. Government of Nunavut.
- Health Canada. (2011). *Honouring our strengths: A renewed framework to address substance use issues among First Nations people in Canada*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H14-63-2011-eng.pdf
- Health Canada (2015). *Health of Canadians in a changing climate: Advancing our knowledge for action*. Government of Canada. <https://www.nrca.gc.ca/climate-change/impacts-adaptations/health-canadians-changing-climate/21189>
- Health and Social Services Department. (n.d.). *Breastfeeding*. Government of Northwest Territories. Retrieved June 30, 2021, from <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/breastfeeding>
- Henderson, R. I., Shea-Budgell, M., Healy, C., Letendre, A., Bill, L., Healy, B., Bednarczyk, R. A., Mrklas, K., Barnabe, C., Guichon, J., Bedingfield, N., MacDonald, S., Colquhoun, A., Glaze, S., Nash, T., Bell, C., Kellner, J., Richardson, R., Dixon, T., Starlight, J., ... Nelson, G. (2018). First Nations people's perspectives on barriers and supports for enhancing HPV vaccination: Foundations for sustainable, community-driven strategies. *Gynecologic oncology*, 149(1), 93–100.
- House of Commons. (2021). *COVID-19 and Indigenous Peoples: From crisis towards meaningful change. Report of the Standing Committee on Indigenous and Northern Affairs*. Government of Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/432/INAN/Reports/RP11143866/inanrp06/inanrp06-e.pdf>
- Indigenous Services Canada. (2020). *Diseases that may affect First Nations and Inuit communities*. Government of Canada. Retrieved August 6, 2021, from <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1569867927914/1569867958318>
- Indigenous Services Canada. (2021a). *Confirmed cases of COVID-19*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1598625105013/1598625167707>
- Indigenous Services Canada. (2021b). *Reducing the number of Indigenous children in care*. Government of Canada. Retrieved July 9, 2021, from <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1541187352297/1541187392851>
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2014). *Social determinants of Inuit health in Canada*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2016). *National Inuit suicide prevention strategy*. <https://www.itk.ca/national-inuit-suicide-prevention-strategy/>
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2018a). *Inuit Statistical Profile 2018*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2018b). *Inuit tuberculosis elimination framework*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/12/FINAL-ElectronicEN-Inuit-TB-Elimination-Framework.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2019). *National Inuit climate change strategy*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2019/06/ITK_Climate-Change-Strategy_English_lowres.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2020). *2020–2023 Strategy and action plan*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2020/09/ITK_2020-2023-Strategy-Plan_English_PDF.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2021). *Inuit Nunangat food security strategy*. <https://www.itk.ca/inuit-nunangat-food-security-strategy/>
- Kirmayer, L., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H-T, Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L., & McKenzie, K. (2012). Guidelines for training in cultural psychiatry-position paper. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(Insert), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743720907505>
- Kovak, M. (2009). *Indigenous methodologies: Characteristics, conversations, and contexts*. University of Toronto Press.
- Kuptana, R. (2005). *Relationship between traditional knowledge and intellectual cultural properties: An Inuit perspective*. National Gathering on Indigenous Knowledge Discussion Paper, May 3–5.
- LaFreniere, M., Hussain, H., He, N., & McGuire, M. (2019). Tuberculosis in Canada: 2017. *Canada Communicable Disease Report*, 45(2/3), 68–74. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i23a04>

- Lee, M. (n.d.). Cree (Nehiyawak) teaching. Four Directions Teachings. Retrieved July 28, 2021, from <http://www.fourdirectionsteachings.com/transcripts/cree.html>
- Lehti V., Niemelä S., Hoven C., Mandell D., Sourander A. (2009). Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1194-203. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.045>
- Little Bear, L. (2000). Jagged worldviews colliding. In M. Battiste (Ed.). *Reclaiming Indigenous voice and vision* (pp. 77–85). UBC Press.
- Mashford-Pringle, A. R. (2013). *Self-determination in health care: A multiple case study of four First Nations communities in Canada*. University of Toronto. to https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-OTU-35898&op=pdf&app=Library&oclc_number=1033000382
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., Yohathanan, T. (2021). *What we heard: Indigenous Peoples and COVID-19: Supplementary Report for the Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/indigenous-peoples-covid-19-report/cpho-wwh-report-en.pdf>
- Métis National Council (MNC). (2016). *Toward a national dialogue on Métis health policy*. Métis National Council and Canadian Institute for Health Information.
- Migdal, A. (2021, July 5). More than a billion seashore animals may have cooked to death in B.C. heat wave, says UBC researcher. *CBC News*. Retrieved July 6, 2021, from <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/intertidal-animals-ubc-research-1.6090774>
- Ministry of Justice. (2020). *An Act respecting First Nations, Inuit and Métis children, youth and families*. Government of Canada. <https://laws.justice.gc.ca/PDF/F-11.73.pdf>
- Ministry of Justice. (2021). *Implementing the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples in Canada*. Government of Canada. Retrieved July 9, 2021, from <https://www.justice.gc.ca/eng/declaration/index.html>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). *Relationship with Indigenous communities guideline, 2018*. Government of Ontario. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Relationship_with_Indigenous_Communities_Guideline_en.pdf
- Morin Dal Col, C. (2017, October 25–26). *Wellness, suicide prevention and Indigenous experiences meeting Pan-American health organization* [Conference presentation]. Indigenous Experiences in Wellness and Suicide Prevention Conference, Montreal, PQ.
- National Advisory Committee on Immunization (NACI). (2020). *Guidance on the prioritization of initial doses of COVID-19 vaccine(s)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-prioritization-initial-doses-covid-19-vaccines.html>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2017). *Indigenous children and the child welfare system in Canada*. <https://www.nccih.ca/docs/health/FS-ChildWelfareCanada-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2022, forthcoming). Climate change and Indigenous Peoples' health in Canada. In Health Canada (ed.), *Health of Canadians in a changing climate: Advancing our knowledge for action* (Chapter 2). Government of Canada.
- Northern Health. (2020). *Cultural safety and system change: An assessment tool*. <https://www.indigenoushealthnh.ca/sites/default/files/publications/documents/NH-Cultural-Safety-System-Change-Assessment-Tool-Jan-2020.pdf>
- Nunavut. (n.d.a). *Inuit societal values*. Retrieved July 2, 2021, from <https://www.gov.nu.ca/information/inuit-societal-values>
- Nunavut. (n.d.b). *New public health act*. Retrieved July 2, 2021, from <https://www.gov.nu.ca/health/information/new-public-health-act>
- Nunavut. (2017). Accommodating breastfeeding. *Human resources manual* [Section 1308(a): Accommodating Breastfeeding]. https://gov.nu.ca/sites/default/files/hrm1308a_breastfeeding_010617_0.pdf
- Office of the Auditor General of Canada. (2017). *Report 4: Oral health programs for First Nations and Inuit—Health Canada*. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_201711_04_e_42669.html#p73
- Office of the Auditor General of Canada. (2021a). *Report 3: Access to safe drinking water in First Nations communities – Indigenous Services Canada*. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_202102_03_e_43749.html
- Office of the Auditor General of Canada. (2021b). *Report 8: Pandemic preparedness, surveillance and border control measures*. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_202103_03_e_43785.html
- Pan American Health Organization (PAHO). (2019). *Just Societies: Health Equity and Dignified Lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Health Inequalities in the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571>

- Pörtner, H-O, Scholes, R. J., Agard, J., Archer, E., Bai, X., Barnes, D., Burrows, M., Chan, L., Cheung, W. L., Diamond, S., Donati, C., Duarte, C., Eisenhauer, N., Foden, W., Gasalla, M. A., Handa, C., Hickler, T., Hoegh-Guldberg, O., Ichi, K., ... Ngo, H. (2021, June 24). IPBES-IPCC co-sponsored workshop report synopsis on biodiversity and climate change (Version 1). *Zenodo*. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4920414>
- Pouso, S., Borjaab, A., Fleming, L., Gomez-Baggethun, E., White, M., & Uyarraa, C. (2021). Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Science of the Total Environment* 756(143984).
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018a). *Key health inequalities in Canada: A national portrait*. Government of Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-eng.pdf
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018b). *A Pan-Canadian framework for action: Reducing the health impact of sexually transmitted and blood-borne infections in Canada by 2030*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-blood-borne-infections-action-framework.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2020). *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV Targets, 2018*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2021). *Report on sexually transmitted infections in Canada, 2018*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/report-sexually-transmitted-infections-canada-2018.html#a5.1>
- Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/495/Health_inequalities_and_the_social_determinants_of_Aboriginal_peoples__health__nccih?id=46
- Richardson, L., & Crawford, A. (2020). COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health. *Canadian Medical Association Journal*, 192(38), E1098–E1100. <https://www.cmaj.ca/content/192/38/E1098>
- Richmond, C., Ambtman-Smith, V., Bourassa, C., Cassidy-Mathews, C., Duhamel, K., Keewatin, M., King, A., Mushquash, C., Oakes, N., Redsky, D. Richardson, L., Rowe, R., Snook, J., & Walker, J. (2020). *COVID-19 and Indigenous health and wellness: Our strength is in our stories*. Royal Society of Canada. https://www.nccih.ca/634/COVID-19_and_Indigenous_health_and_wellness__Our_strength_is_in_our_stories.nccih?id=708&col=1 *Self-determination and Indigenous health* [Editorial]. (2020, August 8). *The Lancet*, 396, 361. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931682-2>
- Smylie, J. (2011). Knowledge translation and Indigenous communities. In E. Banister, B. Leadbeater, & E. Marshall (Eds.), *Knowledge Translation in Context: Indigenous, policy, and community settings* (pp. Loc 3511–Loc 3901). University of Toronto Press
- Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada. *Statistical journal of the LAOS*, 31(1), 67–87. <https://doi.org/10.3233/SJI-150864>
- Smylie, J., Martin, C. M., Kaplan-Myrth, N., Steele, L., Tait, C., & Hogg, W. (2004). Knowledge translation and Indigenous knowledge. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(Suppl. 2), 139–143. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i0.17877>
- Statistics Canada. (2016). Lifetime Suicidal Thoughts among First Nations Living off Reserve, Métis and Inuit Aged 26 to 59: Prevalence and Associated Characteristics. Retrieved July 8, 2021, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016008-eng.htm>
- Statistics Canada. (2017). *Focus on geography series, 2016 Census*. Statistics Canada Catalogue no. 98-404-X2016001 <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-PR-Eng.cfm?TOPIC=9&LANG=Eng&GK=PR&GC=47>
- Stuart, G. (2017, Feb. 14). *What is the spectrum of public participation?* [Blog post]. Sustaining Community. <https://sustainingcommunity.wordpress.com/2017/02/14/spectrum-of-public-participation/>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. http://www.trc.ca/assets/pdf/Honouring_the_Truth_Reconciling_for_the_Future_July_23_2015.pdf
- Tungasuvvingat Inuit. (2017). *Our health counts: Urban Indigenous Health Database Project*. Community
- Project | Inuit Adults. <https://tiontario.ca/wp-content/uploads/2020/08/Our-Health-Counts-Urban-Indigenous-Health-Database-Project-Inuit-Adults-July-2017.pdf>

- Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>
- UN General Assembly. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. Resolution/adopted by the General Assembly, 2 October 2007, A/RES/61/295. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- Ward, V., & MacDonald, J. (2021). *There is no vaccine for stigma: A rapid evidence review of stigma mitigation strategies during past outbreaks among Indigenous populations living in rural, remote, and northern regions of Canada and what can be learned for COVID-19*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/Publications/lists/Publications/Attachments/SR/RPT-ThereisNoVaccineforStigma-Ward-MacDonald-EN-Web_2021-03-16.pdf
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Beagley, J., Belesova, K., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Capstick, S., Chambers, J., Coleman, S., Dalin, C., Daly, M., Dasandi, N., Dasgupta, S., Davies, M., Di Napoli, C., ... Costello, A. (2021). The 2020 report of *The Lancet* countdown on health and climate change: Responding to converging crises. *The Lancet* 397(10269), 129–170.
- Whiteside-Mansell, L., McKelvey, L., Saccente, J., & Selig, J. P. (2019). Adverse childhood experiences of urban and rural preschool children in poverty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2623. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16142623>
- Williams, R. (1999). Culturally safe - what does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2), 213–214.
- Wilson, S. (2008). *Research is ceremony: Indigenous research methods*. Fernwood Publishing.
- Wright, T. (2021, June 4). Foster care is modern-day residential school system: Inuk MP Mumilaq Qaqqaq. *CBC News*. Retrieved August 12, 2021, from <https://www.cbc.ca/news/politics/foster-care-is-modern-day-residential-school-1.6054223>
- World Health Organization (WHO). (2014). Guideline1: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. *WHO handbook for guideline development* (2nd ed.). <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn-summary.pdf>



