

# APPUYER L'AUTODÉTERMINATION DES PEUPLES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ : *Leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde*

*Regine Halseth et Lisa Murdock*

National Collaborating Centre  
for Indigenous Health



Centre de collaboration nationale  
de la santé autochtone

DÉTERMINANTS SOCIAUX



© 2020 Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'ASPC.

## Remerciements

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

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

An English version is also available at nccih.ca, under the title: *Supporting Indigenous self-determination in health: Lessons learned from a review of best practices in health governance in Canada and internationally.*

Référence : Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé : Leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

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

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

ISBN (en ligne) : 978-1-77368-271-6  
ISBN (imprimée) : 978-1-77368-272-3



# TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION -----	4
SECTION I : MÉTHODES -----	6
SECTION II : LE CONTEXTE DE LA GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA -----	9
SECTION III : STRUCTURES DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ ET MODÈLES DE FINANCEMENT DANS LES CONTEXTES AUTOCHTONES, À L'ÉCHELLE MONDIALE ET NATIONALE -----	25
SECTION IV : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS -----	57
SECTION V : CONCLUSION -----	69
RÉFÉRENCES -----	72



Download publications at  
[nccih.ca/34/Publication\\_Search.nccih](https://nccih.ca/34/Publication_Search.nccih)



Télécharger des publications à  
[ccnsa.ca/524/Recherche\\_de\\_publication.nccih](https://ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih)



[issuu.com/nccah-ccnsa/stacks](https://issuu.com/nccah-ccnsa/stacks)

# INTRODUCTION



Il a été clairement démontré que les peuples autochtones jouissent généralement d'une moins bonne santé que les autres citoyens du monde. Il existe un ensemble considérable de données probantes internationales qui montrent que ces disparités en matière de santé sont liées à des interactions complexes entre les facteurs structurels, sociaux, politiques, économiques et environnementaux historiques et contemporains qui influencent les populations tout au long de leur vie, appelés déterminants sociaux de la santé (George, Mackean, Baum et Fisher, 2019; Jackson Pulver, Waldon et Harris, 2015; Jones et coll., 2019; Lines et Jardine, 2019; Reading et Wien 2013). Dans la mesure où elles touchent les peuples autochtones, ces disparités se sont révélées profondes, durables et résistantes aux efforts du gouvernement pour y remédier (Angell, 2017). Bien qu'il y ait eu un certain nombre de réalisations mondiales liées à l'amélioration de la santé des populations, l'état de santé toujours plus fragile des populations autochtones dans le monde illustre l'incidence des politiques et pratiques systématiques, injustes

et engendrées par la société sur la présence de maladies, les résultats en matière de santé et l'accès aux soins de santé (Anderson et coll., 2016; Kirmayer et Brass, 2016).

Les peuples autochtones réclament depuis longtemps le droit et la responsabilité de concevoir, de fournir, de gérer et, en fin de compte, de contrôler leurs propres programmes et services de santé, ce qui, selon beaucoup, est essentiel pour combler les écarts existants en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones (Assemblée des Premières Nations [APN], 2017; gouvernement australien, 2015; Gottlieb, 2013; Harfield, Davy, McArthur, Munn et Brown, 2018). L'autodétermination est l'un des déterminants les plus importants de la santé et du bien-être des Autochtones (Reading et Wien, 2013). Elle est considérée comme essentielle pour permettre aux communautés de renforcer leurs capacités et de maîtriser les forces très diverses qui influent sur la santé et le bien-être aux niveaux individuel et collectif (Garces-Ozanne, Ikechi Kalu et Audas, 2016). Bien que les déterminants sociaux de la santé

des Autochtones et les droits des Autochtones à l'autodétermination « puissent être reconnus dans la rhétorique des politiques, [...] ils ne sont pas nécessairement prioritaires dans l'élaboration des politiques » (George et coll., 2019, p. 1). Pour obtenir des résultats équitables, les peuples autochtones doivent avoir un accès complet à des services de santé et sociaux de grande qualité, souples, complets, culturellement adaptés et coordonnés qui ciblent les divers déterminants de la santé, y compris l'autodétermination individuelle et communautaire (APN, 2017; Greenwood, 2019; Jones et coll., 2019). En reconnaissance de cela, les gouvernements du Canada et du monde entier se sont engagés à réformer les systèmes de santé pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux déterminants de la santé des Autochtones, à soutenir l'autodétermination des Autochtones et à obtenir de meilleurs résultats pour la santé des peuples autochtones (Alberta Health Services, 2018; APN, 2017; Atlantic First Nations Health Partnership [AFNHP], 2016; le gouvernement australien, 2015; Gottlieb, 2013; Jackson Pulver et coll., 2010; Jones et coll., 2019).

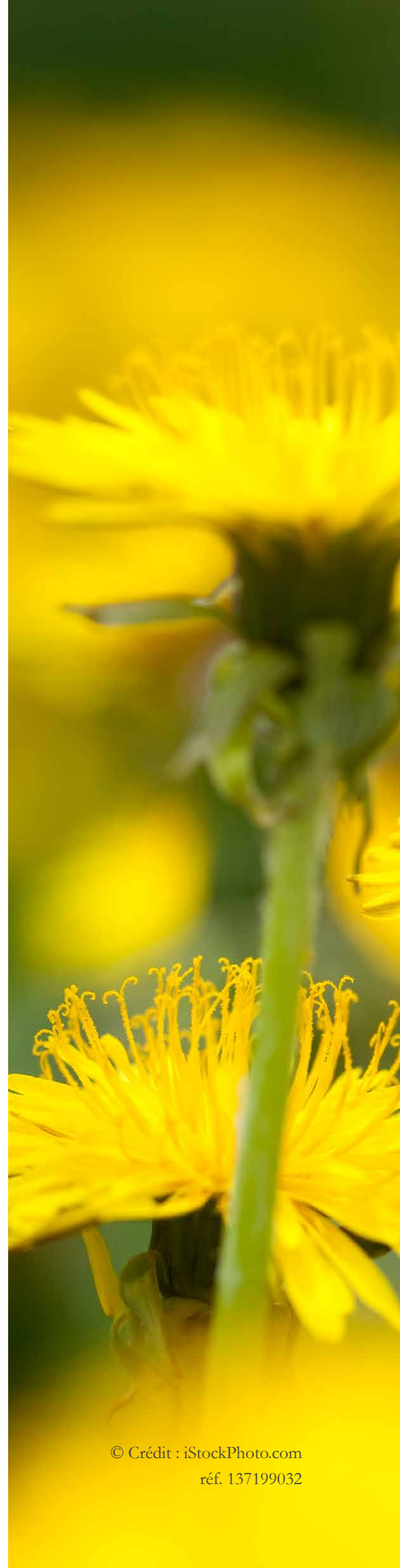
---

<sup>1</sup> Le terme « peuples autochtones » est utilisé dans le présent document pour désigner collectivement les premiers habitants d'une région, au Canada et à l'étranger, par opposition aux personnes qui se sont déplacées dans le but de s'établir dans ces régions, de les occuper ou de les coloniser. Au Canada, le terme « peuples autochtones » est utilisé pour désigner collectivement les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tels que définis à l'article 35 de la Constitution canadienne de 1982. Lorsqu'il est question d'un groupe autochtone précis, les termes spécifiques « Premières Nations », « Inuits » et « Métis » seront utilisés.

Ce document présente une revue ciblée de la littérature sur divers modèles de gouvernance de la santé autochtone mis en œuvre entre 2000 et 2019. Son objectif est d'éclairer les travaux de Services aux Autochtones Canada (SAC) pour créer de nouvelles structures de gouvernance de la santé et de nouveaux modèles de financement au Canada. Services aux Autochtones Canada (SAC) collabore avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin de combler les écarts socioéconomiques et d'améliorer la qualité de la prestation des services, de façon à promouvoir l'autodétermination (SAC, 2019a). Une partie du plan du ministère fédéral comprend l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux pour les peuples autochtones et l'avancement de la transformation des services de santé vers une appropriation accrue, un plus grand contrôle et une meilleure gestion par les nations autochtones. Par conséquent, le ministère explore des options pour créer de nouvelles structures de gouvernance de la santé et de nouveaux modèles de financement pour les communautés autochtones afin d'appuyer le transfert des

services et l'autodétermination. La revue de la littérature se limite au Canada, à l'Australie, à Aotearoa (Nouvelle-Zélande) et aux États-Unis. La revue fournit des preuves solides qu'il n'existe pas de modèle unique de gouvernance de la santé pour toutes les communautés. Les modèles doivent être conçus par les communautés elles-mêmes pour répondre à leurs besoins précis.

Le corps du présent rapport est divisé en quatre sections. La première section décrit les méthodes utilisées pour repérer la littérature pertinente et extraire les informations. La deuxième section donne un aperçu des facteurs qui influent sur la santé des Autochtones et du contexte de la gouvernance de la santé des Autochtones au Canada. La troisième section décrit des exemples de structures de gouvernance de la santé et de modèles de financement actuellement en place dans des contextes autochtones à l'échelle mondiale et nationale. Enfin, la quatrième section synthétise les principales conclusions et leçons tirées des exemples existants de structures de gouvernance de la santé et de modèles de financement.



# SECTION I : MÉTHODES



La revue de littérature ciblée visait à repérer des sources d'information sur les modèles de soins de santé primaires qui sont conçus pour répondre aux besoins uniques, aux priorités et aux circonstances distinctes des peuples autochtones, soutenir la bonne gouvernance et faire progresser leur vision de l'autodétermination grâce à un transfert progressif et efficace aux peuples autochtones. Cette section décrit les approches employées pour cerner la littérature pertinente, notamment les questions de recherche, les critères d'inclusion et la stratégie de recherche ainsi que les méthodes utilisées pour extraire les informations.

Il est généralement reconnu que le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis partagent une langue commune, qu'ils ont une longue tradition de collaboration et qu'ils disposent de systèmes statistiques bien établis pour explorer et rendre compte des événements actuels. Ils partagent également des histoires similaires de colonisation autochtone, font face à d'importants problèmes dans la collecte de données sur les peuples autochtones, notamment en matière de santé et poursuivent des processus comparables de réforme des soins de santé (Jackson Pulver et coll., 2010). Ainsi, notre recherche de modèles efficaces de gouvernance de la santé et d'ententes de financement avec les communautés

autochtones ciblait généralement ces pays. Il est important de reconnaître, cependant, que si ces pays partagent des histoires coloniales similaires, leurs systèmes gouvernementaux, leurs lois, leurs réglementations et leurs pratiques sont très différents. De même, les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada partagent des histoires coloniales similaires, mais diffèrent par leurs dispositions régissant la gouvernance en matière de santé qui sont établies en fonction de leur champ d'application, de leur population et de leur situation géographique. En bref, ce qui fonctionne dans un contexte particulier ne fonctionne pas nécessairement dans tous les contextes canadiens.

La collecte de données a été guidée par la question de recherche principale : « Comment les gouvernements devraient-ils organiser leurs activités pour soutenir l'autodétermination des peuples autochtones? ». Les questions de recherche secondaires visant à éclairer cette orientation politique comprennent :

1. Quels sont les modèles de gouvernance qui soutiennent l'autodétermination des peuples autochtones, qui ont connu un certain succès dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et qui pourraient être transférables au contexte canadien?

2. Quels ont été les facteurs de soutien et d'inhibition particuliers, y compris les contextes, qui ont influencé l'élaboration et la mise en œuvre de ces modèles de gouvernance?
3. Comment peut-on mesurer l'efficacité de l'autodétermination?
4. Comment les modes de connaissance autochtones, les déterminants sociaux de la santé, le continuum du bien-être et l'engagement ou le partenariat se reflètent-ils dans les modèles de gouvernance des gouvernements et les cadres de responsabilisation connexes?

Les critères d'inclusion pour la revue de la littérature ont ciblé à la fois les sources évaluées par les pairs et les sources de documentation parallèle rédigées en anglais, axées sur la santé des Autochtones et publiées entre 2000 et 2019. Ces sources ont été analysées afin de repérer d'autres sources pertinentes, ce qui a révélé la nécessité de modifier les paramètres de période pour inclure les sources publiées avant 2000, car plusieurs modèles de gouvernance internationale en matière de santé qui existent encore aujourd'hui ont été mis en place avant cette année-là. Des recherches ciblées ont été entreprises afin de combler les lacunes d'information cernées pour certains modèles de gouvernance en matière de santé. Pour ce faire, il a fallu effectuer une recherche sur Google et utiliser le terme de



recherche « modèle particulier de gouvernance en matière de santé » ainsi que certains termes reflétant les informations manquantes (p. ex., modalités de financement, responsabilisation, amélioration de la qualité). Seules les sources d'information librement accessibles ont été incluses dans cette revue. Dans la mesure du possible, l'accent a été mis sur la littérature d'auteurs autochtones et la littérature participative communautaire afin de mettre en évidence les perspectives autochtones.

## Stratégie de recherche documentaire

Une recherche de données en ligne a été effectuée dans les bases de données Google, Google Scholar, PubMed Central, Research Gate, BioMed Central, Science Direct, desLibris Canadian Electronic Library et Open Access Thesis et dans des bases de données de thèses et de mémoires. Une combinaison de termes clés de recherche sur les phénomènes et les populations a été utilisée, notamment Indigènes, Autochtones, Premières Nations, Inuits et Métis en combinaison avec les services de santé, la gouvernance de la santé, les cadres de responsabilisation, les partenariats entre les gouvernements autochtones, le transfert de responsabilité, la réforme des politiques de santé, les modes de connaissance, l'autodétermination, les services contrôlés par la communauté, les approches d'impact collectif, le financement en matière de santé, les environnements complexes et le développement communautaire durable. La première page Web des sources (20 à 50 éléments)

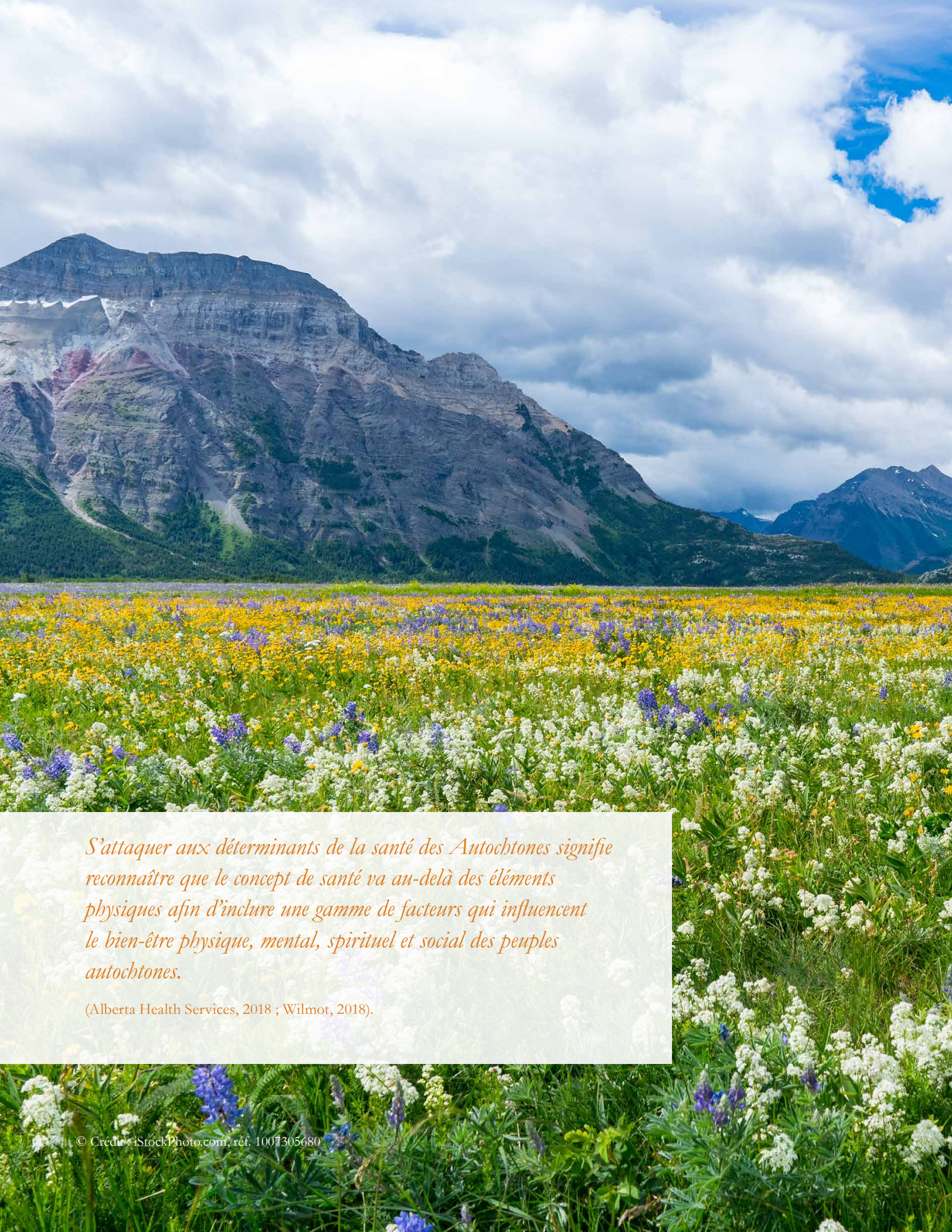
résultant de chaque recherche dans la base de données a été analysée pour rechercher d'éventuelles informations relatives aux questions de recherche. Le titre, les auteurs, le résumé et les mots-clés de chaque source ont été examinés pour vérifier leur compatibilité avec les critères d'inclusion. Les éléments d'accès libre sélectionnés pour un examen plus approfondi ont été téléchargés et cités dans une liste de référence de sources potentielles de données probantes pour éclairer les nouvelles structures de gouvernance de la santé et les modèles de financement pour les communautés autochtones.

Cette stratégie de recherche présente certaines limites. Par exemple, l'exclusion de termes relatifs à certains groupes autochtones, comme les Cris ou les Anishinaabe, et la focalisation étroite sur les termes de recherche sur la santé et les déterminants de la santé autochtones peuvent avoir entraîné un manque de documentation, étant donné les perspectives holistiques de la santé et du bien-être parmi les divers groupes autochtones et le caractère distinct de ces populations. De même, les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP®) en ce qui concerne la recherche fondée sur des principes, la souveraineté des données et la gouvernance de l'information peuvent restreindre l'entrée de la recherche communautaire dans le domaine public. Cette stratégie de recherche n'a pas non plus utilisé de protocoles d'examen systématique. Néanmoins, elle fournit une revue assez complète de la documentation dans ce domaine.

## Extraction d'information

Un examen, une sélection et une extraction des données ont été entrepris. Les résumés des sources téléchargées ont été lus en détail, les textes complets ont été examinés et les données ont été extraites, en fonction des questions de recherche primaires et secondaires liées à la politique fédérale en matière de santé. D'autres sources d'information référencées issues des sources sélectionnées ont été téléchargées puis examinées dans le cadre de l'analyse documentaire. Environ 127 sources ont été téléchargées pour examen. Les sources d'information comprenaient des articles spécialisés, des revues de recherche, des documents de gouvernance, des thèses et des mémoires. Des thèmes récurrents ont été définis à partir des sources sélectionnées et les renseignements relatifs aux thèmes thématiques ont été comparés et évalués conjointement avec les questions de recherche. Le matériel jugé pertinent, approprié et utile pour éclairer les nouvelles structures de gouvernance de la santé et les nouveaux modèles de financement pour les communautés autochtones a été inclus dans le résumé de la documentation examinée (voir ci-dessous). De plus, des informations contextuelles ont été tirées des sites Web des ministères et organismes gouvernementaux fédéraux et provinciaux et des organisations de santé autochtones.





*S'attaquer aux déterminants de la santé des Autochtones signifie reconnaître que le concept de santé va au-delà des éléments physiques afin d'inclure une gamme de facteurs qui influencent le bien-être physique, mental, spirituel et social des peuples autochtones.*

(Alberta Health Services, 2018 ; Wilmot, 2018).



# SECTION II : LE CONTEXTE DE LA GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA



Cette section résume certains des thèmes clés qui doivent être pris en considération dans l'élaboration de nouvelles structures de gouvernance de la santé et de nouveaux modèles de financement pour parvenir à l'équité en matière de santé autochtone au Canada. Plus précisément, elle traite des déterminants de la santé des Autochtones dans le contexte des politiques et des programmes de santé, des obstacles aux soins auxquels font face les Autochtones, de la structure de la gouvernance et des modalités de financement autochtones en matière de santé et des changements dans le système de santé canadien.

## Les déterminants de la santé et du bien-être des Autochtones

S'attaquer aux déterminants de la santé des Autochtones signifie reconnaître que le concept de santé va au-delà des éléments physiques pour inclure une gamme de facteurs qui influencent le bien-être physique, mental, spirituel et social des peuples autochtones (Alberta Health Services, 2018; Wilmot, 2018). Les circonstances et les environnements qui déterminent

le développement et le maintien de la santé des peuples autochtones ont été classés par Reading et Wien (2013) en fonction de trois catégories, selon qu'ils sont proximaux, intermédiaires ou distaux. *Les déterminants* proximaux de la santé sont des facteurs qui ont une incidence directe sur la santé physique, affective, mentale ou spirituelle des peuples autochtones. Cela inclut les comportements ayant une incidence sur la santé, l'environnement physique et les ressources institutionnelles. *Les déterminants* intermédiaires de la santé se trouvent à l'origine des déterminants proximaux et comprennent l'infrastructure, les ressources, les systèmes et les capacités communautaires. *Les déterminants* distaux sous-tendent la construction des déterminants intermédiaires et proximaux et incluent les contextes historique, politique, social et économique de la vie des peuples autochtones. Les déterminants distaux ont les effets les plus profonds sur la santé des peuples autochtones et sont les plus difficiles à changer. Cependant, s'ils sont traités, les déterminants distaux peuvent aussi avoir les plus grands effets sur les résultats de santé et les changements à long terme sur les inégalités en santé.

Les inégalités en matière de santé sont généralement causées par la répartition injuste du pouvoir, des revenus, des biens et des services. Leurs conséquences sont évidentes non seulement dans l'accès limité aux soins de santé, à l'éducation, au travail et aux loisirs, mais aussi dans la santé des diverses communautés (George et coll., 2019; Reading et Wien, 2013). Dans les contextes autochtones, des facteurs sociaux, environnementaux et socio-économiques causatifs plus profonds contribuent à la précarité de l'état de santé des peuples autochtones par rapport à la population générale. Il s'agit notamment de facteurs psychosociaux, tels que la dépossession, le racisme et les facteurs de stress; de facteurs économiques liés au revenu et à l'emploi; de facteurs éducatifs, tels que l'alphabétisation, l'acquis numérique, la fréquentation scolaire et le niveau d'achèvement des études; de facteurs communautaires liés à la capacité locale, au fonctionnement de la famille, à la sécurité et à la présence de la criminalité; ainsi que de facteurs liés à l'environnement physique, tels que le surpeuplement des logements et les carences

des infrastructures de transport (Donato et Segal, 2013; Reading et Wien, 2013). Ces facteurs causaux de la santé se trouvent en dehors des systèmes de santé, ce qui présente des défis pour l'élaboration d'une politique gouvernementale, car ils doivent être pris en considération au-delà des limites conventionnelles des systèmes de santé. Ainsi, les soins de santé primaires sont reconnus comme étant essentiels non seulement pour faire face aux maladies chroniques, mais aussi pour fournir un cadre multidisciplinaire qui implique d'autres secteurs également engagés dans la lutte contre les désavantages ou les inégalités autochtones.

Un élément commun qui touche pratiquement toutes les questions auxquelles sont confrontés les peuples autochtones au Canada et dans le monde entier est la colonisation, avec son cortège d'assujettissement et de marginalisation. La recherche a montré que la santé des peuples autochtones a été et continue d'être façonnée par les structures, les politiques et les pratiques coloniales mondiales. La violence structurelle - c'est-à-dire le désavantage et la souffrance qui découlent de structures, de politiques et de pratiques institutionnelles intrinsèquement injustes - est un déterminant majeur de la distribution et des résultats des inégalités sociales et sanitaires. Elle façonne la santé des peuples et des communautés autochtones et est profondément

ancrée dans l'histoire, le racisme aux niveaux individuel et institutionnel et les politiques et pratiques sociales inéquitables qui continuent d'avoir des effets sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Le racisme est une dimension de la colonisation qui a eu une influence négative sur la façon dont les peuples autochtones sont perçus et positionnés dans la société canadienne (Angell, 2017; Browne et coll., 2016; Czyzewski, 2011; George et coll., 2019). Par exemple, le traumatisme subi par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis à la suite de politiques et de pratiques racistes a eu des effets néfastes sur plusieurs générations de peuples autochtones. Ces politiques et pratiques comprennent la création de terres de réserve, le manque de ressources pour maintenir une qualité de vie acceptable ainsi que la prise en charge des enfants autochtones (d'abord dans les pensionnats, puis dans le cadre de la rafle des années<sup>2</sup> 60 et du retrait et du placement continus d'enfants autochtones dans des foyers d'accueil). L'héritage de la colonisation, le racisme systémique et d'autres formes de discrimination contribuent au manque actuel de possibilités d'emploi, à l'accès limité à l'éducation, aux mauvaises conditions des logements et aux niveaux élevés de pauvreté que connaissent les peuples autochtones au Canada et dans le monde entier (Browne et coll., 2016).

La perte d'autodétermination et de contrôle sur les questions qui affectent leur vie quotidienne est une autre caractéristique de la colonisation qui a contribué à la détérioration de la santé des populations autochtones et qui reste un obstacle permanent à l'amélioration des résultats (Saulnier, 2014). La perte de l'autodétermination a été une source de frustration, de colère, de ressentiment, d'insécurité et de désespoir pour les peuples autochtones du monde entier. Cela a entraîné des conséquences tragiques sur la santé physique et mentale, incluant notamment l'augmentation des taux de suicide, de dépression, d'alcoolisme et de violence (Chandler et Lalonde, 1998, 2008; Kirmayer, Brass et Tait, 2000). Une plus grande autodétermination peut donner aux peuples autochtones les moyens de prendre le contrôle de leur santé et de leur bien-être. Cela peut favoriser l'appropriation qui mènera à de meilleurs services de santé et à de meilleurs résultats en matière de santé (Auger, Howell et Gomes, 2016; Chandler et Lalonde, 1998; Murphy, 2014). Bien que l'autodétermination ne signifie pas nécessairement que les peuples autochtones ont un contrôle total sur la prestation des services de santé dans leurs communautés, cela signifie qu'ils ont le droit de décider du niveau de contrôle qu'ils souhaitent avoir (AFNHP, 2016).

Les gouvernements et les dirigeants de la santé à tous les niveaux ont l'occasion de s'attaquer aux déterminants de

---

<sup>2</sup> La rafle des années 60 fait référence à une période de l'histoire du Canada où des milliers d'enfants autochtones ont été retirés de leur famille par les autorités de protection de l'enfance et placés dans des familles non autochtones. Si la rafle des années 60 fait référence aux années 60, la prise en charge des enfants a commencé à la fin des années 50 et s'est poursuivie pendant plusieurs décennies (Programme d'études sur les Premières Nations, 2009).



la santé des Autochtones qui proviennent de l'extérieur du système de santé. Ces déterminants comprennent le logement, l'éducation, l'emploi, la pauvreté, la sécurité alimentaire, la salubrité de l'eau, les soutiens sociaux, le développement de la petite enfance, l'environnement et le colonialisme. Les déterminants tels que le racisme et la souveraineté socioculturelle et politique ont des effets importants sur les résultats de santé des Autochtones, mais des politiques progressistes pourraient résoudre ces problèmes (Richardson et Murphy, 2018). D'autres déterminants de la santé peuvent avoir une incidence sur la capacité des peuples autochtones d'avoir accès aux services de santé. Il s'agit notamment du chômage, du faible niveau d'éducation et de la capacité des professionnels de la santé à comprendre et à prendre en compte les croyances et les valeurs locales lorsqu'ils dispensent des soins. Des services de santé qui sont à la fois conscients des déterminants de la santé des Autochtones et capables de les traiter dans leur contexte particulier sont essentiels pour améliorer l'accès aux services de santé et garantir que ces services répondent aux structures culturelles, historiques et sociales uniques des communautés qu'ils desservent (Davy, Harfield, McArthur, Munn et Brown, 2016).

Les déterminants sociaux de la santé et les droits des Autochtones ne sont pas toujours reconnus dans la politique gouvernementale et, lorsqu'ils le sont, ils ne constituent pas toujours une priorité d'action dans la mise en œuvre des politiques. Dans leur analyse de la documentation internationale,

des politiques publiques et de la santé des populations autochtones visant à étudier la mise en œuvre des déterminants sociaux dans les politiques de santé, George et ses collègues (2019) ont constaté que si l'autodétermination peut être incluse dans la rhétorique politique, elle tend à être symbolique. Autrement dit, lorsque l'autodétermination a été nommée, elle n'a pas nécessairement débouché sur des recommandations ou des stratégies d'action. Lorsque c'était le cas, les recommandations ou stratégies avaient tendance à avoir une portée limitée ou à ne pas être prises en considération comme une priorité dans le domaine des soins de santé, mais comme une recommandation qui ne relevait pas du secteur de la santé. Cette absence de prise en compte adéquate des déterminants sociaux dans les politiques est un problème courant dans les pays colonisés, ce qui fait que les peuples autochtones du monde entier connaissent des inégalités en matière de santé et une espérance de vie plus faible que les non autochtones. La recherche sur les politiques peut aider à faire progresser la compréhension de moyens plus efficaces de traiter les déterminants de la santé des Autochtones et de promouvoir une répartition équitable de la santé dans la société (George et coll., 2019).

En raison de l'expérience des peuples autochtones avec le colonialisme et des disparités qui en résultent dans les déterminants de la santé, les considérations d'équité en santé doivent être au premier plan de tous les programmes et politiques de santé liés aux populations des Premières

Nations, inuites et métisses. Browne et coll. (2016) ont examiné des stratégies visant à promouvoir des soins axés sur l'équité qui tiennent compte de l'histoire coloniale des peuples autochtones et soutiennent leur action et leur résistance à l'assujettissement. Ces stratégies s'inscrivent dans un cadre de soins réactifs aux inégalités qui « accorde une attention explicite à la prestation de soins culturellement sécuritaires, de soins tenant compte des traumatismes et de la violence et de soins adaptés au contexte » (p. 4).

*La perte d'autodétermination et de contrôle sur les questions qui affectent leur vie quotidienne est une autre caractéristique de la colonisation qui a contribué à la dégradation de la santé des peuples autochtones et demeure un obstacle permanent à l'amélioration de ces résultats.*

(Saulnier, 2014).



Les auteurs ont cerné quatre approches générales pour adopter des stratégies qui opérationnalisent les soins axés sur l'équité pour les peuples autochtones :

1. Établir des partenariats avec les peuples autochtones;
2. Agir à tous les niveaux (patient-prestataire, organisations, systèmes);
3. Prêter attention aux histoires locales et mondiales; et
4. S'occuper des effets nocifs et potentiellement nuisibles de chaque stratégie.

Ils ont ensuite défini et discuté de la manière dont dix stratégies croisées peuvent optimiser l'efficacité et la mise en œuvre des services de santé pour les populations autochtones. Ces stratégies sont : s'engager à favoriser l'équité en matière de santé; mettre en place des structures, des politiques et des processus de soutien; créer un milieu accueillant; revoir l'utilisation du temps dans la prestation des soins; tenir compte en permanence des différences de pouvoir; adapter les soins, les programmes et les services aux contextes, aux cultures et aux systèmes de connaissances autochtones locaux; lutter activement contre les expériences systémiques et individuelles de racisme et de discrimination; garantir des possibilités de participation significative des patients et des communautés; adapter les programmes et les services pour lutter contre les formes de violence interdépendantes; et adapter les soins pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé pour les peuples autochtones.

## Obstacles à l'accès des populations autochtones aux programmes, aux services et aux ressources de santé

Les peuples autochtones font face à de nombreux obstacles dans l'accès aux programmes, services et ressources de santé qui peuvent avoir un effet direct et indirect sur leurs résultats en matière de santé et contribuer aux disparités persistantes en matière de santé. Ces obstacles sont liés à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'acceptabilité des programmes et services de santé. Elles découlent du colonialisme, de la situation géographique, des déficiences du système de santé, de l'insuffisance et de l'inadéquation des renseignements et des ressources humaines dans le domaine de la santé, de la fragmentation des territoires de compétence, des mauvaises pratiques de communication et du manque de sécurité culturelle et d'approches traditionnelles pour assurer le bien-être. Les obstacles peuvent également être d'ordre financier ou culturel, ou être liés à la littératie en matière de santé (Angell, 2017; AFNHP, 2016; Ashworth, 2018; Davy et coll., 2016; Donato et Segal, 2013; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA], 2019; Richardson et Murphy, 2018). Dans un examen de la portée des modèles de prestation de services mis en œuvre dans les services de soins de santé primaires qui fournissaient principalement des soins aux peuples autochtones, Davy et coll. (2016) ont cerné neuf caractéristiques de l'accès aux services de santé autochtones et de leur accessibilité :

1. La capacité des gens à percevoir qu'ils ont besoin et veulent des soins (*capacité de percevoir*) ;
2. La mesure dans laquelle les individus connaissent l'existence d'un service de santé (*accessibilité*) ;
3. L'adéquation d'un service de santé par rapport aux normes sociales et culturelles des communautés qu'il dessert (*acceptabilité*) ;
4. La facilité avec laquelle les Autochtones peuvent avoir accès aux services de santé lorsqu'ils en ont besoin (*capacité d'accès*) ;
5. La capacité d'avoir accès aux services de santé en temps utile (*disponibilité et hébergement*) ;
6. La capacité des individus à payer pour les services de santé;
7. Les dépenses encourues pour le fonctionnement d'un service de santé (*accessibilité financière*) ;
8. La capacité d'un individu à s'engager dans les soins qui lui sont proposés; et
9. La mesure dans laquelle les soins fournis répondent aux besoins des communautés qu'ils desservent (*adéquation*).

Les auteurs ont constaté que de nombreux facteurs interdépendants influençaient l'accès et l'acceptabilité des services de santé. Le système de santé au sens large, plutôt qu'un service particulier, semble influencer l'accès aux soins et l'acceptabilité de ceux-ci. Le financement était le problème le plus évident du système, car les services de santé contrôlés par la communauté autochtone étaient confrontés à des budgets restreints, entraînant une réduction des services pour les



peuples autochtones. La capacité de payer pour les services de santé et la capacité d'avoir accès aux services de santé (p. ex. le coût du transport) étaient des obstacles majeurs à l'accès aux soins. De même, la capacité à s'engager dans les soins offerts est importante pour l'acceptabilité et la pertinence des soins de santé.

Avoir un accès raisonnable et équitable à des services de santé universels facilite la prise en charge précoce des maladies, réduit le taux de maladies concomitantes et de mortalité et conduit à de meilleurs résultats physiques, mentaux, émotionnels et sociaux (CCNSA, 2019). Bien que les soins de santé au Canada soient universels, le système est inéquitable. Les peuples autochtones n'ont pas le même accès aux services de santé que les autres Canadiens. C'est particulièrement le cas dans les zones rurales et éloignées et la petite taille de la population des communautés de ces régions peut rendre difficiles le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, laissant plusieurs communautés avec un accès inadéquat à des services de santé spécialisés (CCNSA, 2019). Les patients autochtones sont souvent confrontés à une grave pénurie de personnel médical, à de longues listes d'attente, à des soins culturellement non sécuritaires et à des difficultés d'accès aux Services de santé non assurés (SSNA), une police d'assurance nationale pour les membres des Premières Nations et les Inuits inscrits, quelle que soit leur lieu de résidence. Ils doivent également se déplacer fréquemment et sur de longues distances vers les centres urbains pour des urgences

médicales, des hospitalisations et des services de santé spécialisés, ce qui les empêche de bénéficier du soutien de leur famille et de leurs amis (CCNSA, 2019). Le financement inéquitable des programmes et services de santé pour les Autochtones, aggravé par des questions de compétence complexes, ambiguës et fragmentées, a entraîné de la confusion, de la frustration et des besoins de soins de santé non satisfaits. Cela a, à son tour, conduit à des taux de mortalité et de morbidité plus élevés chez les peuples autochtones (Greenwood, de Leeuw et Lindsay, 2018; Lavoie et coll., 2015). L'accès équitable aux programmes et services de santé se heurte également à des défis pour les populations des Premières Nations, inuites et métisses. Le gouvernement fédéral a la responsabilité de fournir aux Premières Nations et aux Inuits inscrits des fonds pour la mise en œuvre de programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies, de soins à domicile et en milieu communautaire, de programmes de contrôle des maladies transmissibles et de lutte contre les problèmes de santé environnementale et de prestations de santé supplémentaires par l'entremise du programme des SSNA. Les Métis et les « Indiens » non inscrits dépendent des services de santé traditionnels, et malgré la décision de 2016 de la Cour suprême du Canada (CSC) dans l'affaire Daniels c. Canada selon laquelle « les Métis et les Indiens non inscrits sont des Indiens au titre du paragraphe 91 (24) de la Loi constitutionnelle (1867) », on ne sait toujours pas si ces populations bénéficieront

de programmes et d'avantages similaires à ceux des Premières Nations et des Inuits (Lavoie, 2018). Dans ce contexte, peu ou pas d'attention a été accordée à leurs besoins culturels ou géographiques précis (CCNSA, 2019).

L'accessibilité des soins de santé implique beaucoup plus que la simple localisation des services dans ou à proximité des communautés autochtones ou l'accès aux services de santé. Cela implique également que les peuples autochtones s'engagent et restent engagés dans les soins de santé au fil du temps (Davy et coll., 2016). Cela exige que les programmes, les services et les informations sur la santé soient adaptés au contexte des communautés autochtones et acceptables pour les personnes autochtones. De nombreux Autochtones ne font pas confiance aux programmes et services de santé traditionnels. Ils les perçoivent comme inefficaces, non seulement en raison des interactions négatives avec les fournisseurs de soins de santé, mais également en raison du fait que les contextes sociaux sous-jacents des peuples autochtones ne sont souvent pas pris en considération dans les milieux, les programmes et les services de santé traditionnels (Browne et coll., 2016; Cameron, del Pilar Carmargo Plazas, Santos Salas, Bourque Bearshin et Hungler, 2014; Goodman et coll., 2017; Rice et coll., 2016; Wylie et McConkey, 2019). Par exemple, malgré les données probantes liant les traumatismes et la violence à de multiples problèmes de santé, ces facteurs sont rarement pris en compte dans la conception et la prestation des services de santé

pour les peuples autochtones (Browne et coll., 2016). L'accès aux soins de santé primaires peut s'améliorer lorsque les services sont adaptés pour répondre aux besoins des peuples autochtones et, parce que les communautés autochtones ont une meilleure compréhension des déterminants sociaux et culturels de la santé auxquels sont confrontés leurs clients, lorsqu'ils sont détenus et gérés par ces communautés. Les services de santé autochtones sont plus susceptibles d'être exempts de racisme, sont généralement plus adaptés sur le plan culturel que les services traditionnels et emploient du personnel autochtone qui connaît la langue locale (Davy et coll., 2016). L'autodétermination des programmes et des services de santé permet aux communautés autochtones de prendre des décisions qui représentent le mieux les valeurs et les priorités de leurs membres. En gérant et en offrant des soins de santé dans leurs communautés, les populations autochtones sont habilitées à sensibiliser la communauté aux questions de santé, à offrir des soins de santé mieux adaptés à la culture, à améliorer les possibilités d'emploi des membres de la communauté et, en définitive, à améliorer leur état de santé (AFNHP, 2016; Laliberté, Haswell-Elkins, & Reilly, 2009; Richmond & Cook, 2016).

L'élimination des obstacles à l'accès aux soins de santé est donc un aspect important de la réalisation d'objectifs en matière de santé pour les peuples autochtones.

Les programmes et services de santé doivent être adaptés à la réalité culturelle, appropriés et axés sur le patient. Cela signifie qu'ils doivent être perçus comme exempts de préjugés, de racisme et de discrimination. Ils doivent respecter et répondre aux besoins de soins uniques et holistiques des peuples autochtones; cela signifie d'étendre les pratiques pour inclure les concepts autochtones de santé et de bien-être et<sup>3</sup> les pratiques culturelles et traditionnelles qui complètent ou s'ajoutent aux soins biomédicaux. Ils doivent fondamentalement déplacer l'équilibre du pouvoir du fournisseur de soins vers le patient, en faisant des patients des agents actifs dans les décisions concernant leurs soins de santé. Enfin, ils doivent fournir des soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence afin qu'ils ne soient pas traumatisés de nouveau par leur expérience avec le système de santé (CCNSA, 2019). L'acceptabilité des soins de santé peut être améliorée en offrant une formation sur les compétences culturelles et la sécurité aux fournisseurs de soins de santé non autochtones; en utilisant un langage clair et culturellement adapté lors des interactions avec les fournisseurs de soins et dans les ressources d'éducation sanitaire; en recrutant et en maintenant en poste des professionnels de la santé autochtones; et en mettant l'accent sur l'appropriation et l'autorité communautaires en matière de services de santé (CCNSA, 2019).

## Évolution de la structure de gouvernance et de financement de la santé au Canada

L'un des principaux défis qui entravent l'accès aux soins de santé pour les peuples autochtones est la mosaïque complexe de politiques, de lois et de relations qui ne définissent pas correctement les systèmes de santé autochtones au Canada. La législation et le cadre politique existants ont entraîné la fragmentation et un manque de coordination du système de santé. Cela a également entraîné une ambiguïté en matière de compétence et une incertitude quant à l'ordre de gouvernement responsable de la prestation et du financement des services de santé pour des groupes autochtones précis. Qui plus est, ces services sont, pour la plupart, étroitement définis par les compétences, les mandats et les priorités des gouvernements fédéral et provinciaux. L'ambiguïté en matière de compétence existe à tous les niveaux du système de santé et s'applique aux populations autochtones qui peuvent ne pas savoir comment avoir accès aux services de santé (Richardson et Murphy, 2018). Cette ambiguïté a entraîné des disparités en matière de santé, en particulier chez les Premières Nations. Richardson et Murphy (2018) soutiennent que ce qu'il faut, c'est un cadre législatif plus efficace, fondé sur

---

<sup>3</sup> Les concepts autochtones de santé et de bien-être comprennent un équilibre entre les dimensions mentale, physique, spirituelle et émotionnelle de la santé. Cet équilibre peut être atteint en vivant une « bonne vie » dans l'harmonie, la réciprocité et en relation avec les autres êtres humains et le monde naturel (CCNSA, 2019).



une approche stratégique<sup>4</sup> axée sur les distinctions, étant donné la diversité et les différences qui existent entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que la législation et les lois limitant les pratiques autochtones traditionnelles. La restructuration des systèmes de santé du Canada pour inclure un plus grand contrôle des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur les services de santé pourrait améliorer leur accès à des services de santé culturellement appropriés et remédier aux inégalités en matière de santé (AFNHP, 2016).

Chaque province et territoire administre ses propres systèmes de santé, notamment les services de soins primaires, la surveillance des maladies, la prévention des maladies et la promotion de la santé, y compris pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant hors réserve (Allin et Rudoler, 2016). La plupart des provinces et territoires ont mis en place des organismes régionaux pour fournir des services de santé financés par l'État au niveau local. Le financement des services de santé hospitaliers, diagnostiques et médicaux médicalement nécessaires est assuré par le gouvernement fédéral par habitant par l'entremise du transfert fédéral en matière de santé aux provinces et territoires, avec la stipulation que les services doivent respecter la *Loi canadienne sur la santé (1985)*; c'est-à-dire que les soins de santé devraient

être administrés publiquement, couverts de façon intégrale, universels et transférables entre les provinces et accessibles à tous les Canadiens. Les contributions fédérales représentent environ 24 % des dépenses totales de santé des provinces et des territoires (Allin et Rudoler, 2016). Les provinces et territoires administrent également leurs propres régimes d'assurance maladie pour couvrir les prestations (p. ex. soins de la vue, soins dentaires, médicaments sur ordonnance, etc.) qui sont considérées comme ne faisant pas partie des paramètres de ce qui est considéré comme médicalement nécessaire, chacun possédant différentes interprétations, ce qui entraîne une variabilité considérable à travers le Canada pour ce qui est de l'éventail des services couverts et des frais d'utilisation pour les services non couverts.

Le gouvernement fédéral joue un rôle direct dans ce système de santé en promouvant la santé en général, et a la responsabilité de financer et de fournir certains services et programmes de santé pour des populations précises, y compris les peuples autochtones. Ces rôles et responsabilités sont répartis entre plusieurs ministères fédéraux, notamment Services aux Autochtones Canada (SAC), Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC)<sup>5</sup> et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

SAC travaille en collaboration avec des partenaires en vue d'améliorer l'accès à des services de grande qualité pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ils ont assumé la responsabilité administrative de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI),<sup>6</sup> qui soutient la prestation de services de santé publique et de promotion de la santé aux Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités inuites. Cela comprend : des services cliniques et de soins aux clients dans environ 138 communautés éloignées et isolées des Premières Nations; des soins à domicile et en milieu communautaire dans 657 communautés des Premières Nations et des Inuits; des programmes de santé communautaire axés sur le développement sain de l'enfant, le bien-être mental et la vie saine; le contrôle des maladies transmissibles et les contrôles et les inspections de santé environnementale et publique; et le programme des SSNA (Gouvernement du Canada, 2019a). SAC travaille également avec RCAANC, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones dans le cadre du Programme de soutien à l'infrastructure de santé, qui vise à créer des solutions intégrées durables à long terme pour transformer les systèmes de santé et soutenir les initiatives qui renforcent la

<sup>4</sup> Une approche fondée sur les distinctions signifie qu'au lieu d'adopter une approche « pan-autochtone », chaque domaine politique articule des réponses propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis en reconnaissance de leurs droits, intérêts et circonstances uniques.

<sup>5</sup> Le 15 juillet 2019, le ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada a été dissous et remplacé par deux nouveaux ministères : Services aux Autochtones Canada et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. SAC est principalement responsable de l'amélioration de l'accès à un large éventail de services pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, notamment les services de santé, tandis que RCAANC est surtout chargé de renouveler les relations avec les peuples autochtones, de permettre le renforcement des capacités, de soutenir la vision d'autodétermination des peuples autochtones et de diriger le travail du gouvernement fédéral dans le Nord.

<sup>6</sup> Anciennement administré par Santé Canada.

*Le modèle de financement fixe signifie que la communauté a peu de contrôle sur la façon dont les fonds sont affectés et une responsabilité minimale quant à la façon dont ils sont dépensés. En effet, la DGSPNI est responsable de la conception des programmes et fixe les conditions à respecter en matière de rendement.*



capacité des communautés des Premières Nations et inuites à répondre à leurs propres besoins en matière de santé en renforçant le contrôle de la communauté sur la conception et la mise en œuvre des programmes de santé. L'ASPC est responsable de la santé publique, notamment de la préparation aux situations d'urgence et les capacités d'intervention, de la surveillance ainsi que du contrôle et de la prévention des maladies infectieuses et chroniques. Elle finance également certaines initiatives de santé ciblant spécifiquement les populations des Premières Nations, inuites et métisses vivant hors des réserves.

Le principal mécanisme de financement par lequel les communautés autochtones individuelles acquièrent le contrôle des services de santé communautaires est la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens du gouvernement fédéral, administrée par SAC.

Les transferts de santé financent les services de soins primaires et les activités de promotion de la santé et de prévention. Les communautés peuvent également avoir accès à des fonds fédéraux supplémentaires destinés à des problèmes de santé précis comme la santé bucco-dentaire, la santé mentale, la prévention du suicide, la toxicomanie, la violence familiale, le soutien en santé et la résolution des questions des pensionnats indiens, la prévention du diabète, la prévention des blessures et des maladies, la nutrition, la lutte contre le tabagisme, le contrôle et la gestion des maladies transmissibles, la santé environnementale, les contaminants environnementaux, les soins cliniques et les soins aux clients, les soins à domicile et communautaires et les programmes de développement sain de l'enfant (Gouvernement du Canada, 2015). Les deux types de financement fédéral sont généralement fournis par l'entremise de divers types d'accords de contribution, chacun ayant ses propres modalités et conditions. Par le passé, cet environnement contractuel a été strict et limité (Richardson et Murphy, 2018); cependant, ces dernières années, on observe un mouvement croissant vers des modalités de financement plus souples et moins onéreuses. En plus des sources de financement du gouvernement fédéral, les communautés autochtones peuvent également recevoir des fonds d'autres sources, notamment des gouvernements provinciaux, des communautés locales et des conseils tribaux (Palmer, Tepper et Nolan, 2017; Tompkins et coll., 2018).

Les accords de contribution peuvent varier dans leur durée, leur mode de paiement, la façon

dont les fonds sont gérés, la capacité de reporter les fonds non dépensés, les exigences en matière de rapports et les exigences relatives aux évaluations ou aux vérifications de programmes. Le type de formule de financement utilisé est déterminé à l'aide d'une approche fondée sur les risques. Le financement doit être dépensé conformément aux conditions convenues (Gouvernement du Canada, 2015). L'accord le plus rigide, un modèle de financement fixe, était couramment utilisé par le passé. Cependant, à compter du 1er avril 2018, ce modèle ne sera utilisé que dans de rares circonstances. Le modèle de financement fixe signifie que la communauté a peu de contrôle sur la façon dont les fonds sont affectés et une responsabilité minimale quant à la façon dont ils sont dépensés. En effet, la DGSPNI est responsable de la conception des programmes et fixe les conditions à respecter en matière de rendement. Dans les modèles de financement fixe, les communautés ne peuvent réorienter les ressources que dans la même sous-sous-activité (avec l'approbation ministérielle); elles doivent remplir des rapports intermédiaires et de fin d'année; elles ne peuvent pas reporter les fonds non dépensés à l'exercice suivant et doivent les restituer; et il n'y a qu'une responsabilité à sens unique quant à la façon dont les fonds sont dépensés - à la DGSPNI (AFNHP, 2016; Affaires autochtones et du Nord Canada [AANC], 2018a). Ces types d'accords peuvent durer jusqu'à trois ans.

Les modèles de financement à contribution fixe sont utilisés dans les situations où les coûts estimés pour atteindre les objectifs du bénéficiaire peuvent être obtenus de manière fiable au moyen d'une



formule de financement ou de coûts fixes (AANC, 2018a). Ces types d'accords permettent aux bénéficiaires de reporter les fonds non dépensés dans certaines situations, mais ils comportent le risque que le bénéficiaire assume la responsabilité de tout dépassement de coûts.

Les modèles de financement flexibles permettent aux communautés de mieux contrôler la façon dont les fonds sont gérés. Ils exigent généralement que les bénéficiaires établissent des plans pluriannuels pour la durée de l'accord (2 à 5 ans), y compris une structure de gestion de la santé; cependant, les fonds peuvent être réaffectés au sein de la même autorité de programme pendant toute la durée de l'accord, et les fonds non dépensés peuvent être reportés à l'exercice suivant au sein de la même autorité de programme. Les bénéficiaires doivent effectuer une vérification de fin d'année, la responsabilité incombant à la DGSPNI.

Les modèles de financement global permettent aux bénéficiaires de déterminer leurs propres priorités en matière de santé (cernés dans un plan de santé), d'établir leur propre structure de gestion de la santé, de réaffecter les fonds entre toutes les autorités et de conserver les fonds non dépensés pour les réinvestir dans les priorités. Les bénéficiaires sont tenus de rédiger des rapports annuels et des rapports d'audit de fin d'année. On s'attend également à ce qu'ils rédigent un rapport d'évaluation tous les cinq ans (AANC, 2018a).

Outre ces types d'accords de financement, dans certains cas, il existe également l'option d'un accord de financement pluriministériel. Ce type d'accord est le plus souple, car il regroupe

le financement de plusieurs ministères dans une seule entente, ce qui permet de réaliser plusieurs programmes sociaux, notamment la santé, l'éducation, le bien-être des enfants, le développement économique, l'aide au revenu, l'infrastructure, le logement et le gouvernement local (Lavoie et Dwyer, 2016). Ce type d'accord est le plus souvent associé à des règlements de revendications territoriales (p. ex. les accords des Nisga'a, de la Baie James et de l'Association des Inuits du nord du Québec et du Labrador) et à d'autres conventions tripartites entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les groupes autochtones. Comme ces accords se situent en dehors des cadres habituels des accords de subvention et de contribution et qu'ils offrent aux groupes autochtones une souplesse budgétaire dans des secteurs autres que la santé, ils peuvent faciliter des partenariats intersectoriels novateurs et permettre des liens intergouvernementaux qui contribuent à minimiser la fragmentation des territoires de compétence et à éviter le chevauchement des services (Lavoie et Dwyer, 2016; MacIntosh, 2008).

Dans le cadre de l'engagement du gouvernement fédéral à établir une nouvelle relation financière avec les communautés autochtones, une approche de financement fondée sur les subventions est également envisagée dans la conception et la prestation des programmes de paiements de transfert (AANC, 2018a). Les approches de financement fondées sur les subventions diffèrent du financement global en ce sens qu'elles ont une durée plus longue (10 ans) et qu'elles ne

comportent pas autant d'exigences administratives et d'obligations de rapports ni autant de limitations sur les dépenses admissibles. Les bénéficiaires ne sont pas tenus de rendre compte des résultats, les fonds peuvent être utilisés pendant toute la durée nécessaire pour atteindre les résultats du programme, les fonds non dépensés peuvent être conservés pour des investissements futurs et les bénéficiaires ont la possibilité de concevoir et de fournir des programmes et des services de manière à répondre à leurs besoins locaux et à l'évolution des circonstances. Les bénéficiaires doivent toutefois satisfaire à plusieurs critères d'admissibilité, élaborés conjointement par l'Assemblée des Premières Nations et le Conseil de gestion financière des Premières Nations, bien que la décision définitive d'admissibilité soit prise par Services aux Autochtones Canada (SAC, 2019b). Les communautés autochtones doivent disposer d'une loi sur l'administration financière qui fixe les pratiques financières et de gouvernance qui guideront la prise de décisions financières. Elles doivent également disposer d'états financiers pour la période de cinq ans précédente démontrant une conformité substantielle à certaines normes financières.

Par le passé, les approches de financement fondées sur les subventions ont créé des défis importants pour la planification et la prestation de programmes et de services de santé appropriés et équitables dans de nombreuses communautés autochtones. Comme l'a noté l'Assemblée des Premières Nations (2017), « les programmes sont souvent compartimentés et informés par des idéologies eurocentriques

et des réalités urbaines, qu'ils souffrent d'un sous-financement chronique et ne répondent pas la plupart du temps aux besoins des communautés » (p. 6). Les communautés autochtones n'ont souvent pas été associées aux décisions concernant la manière dont les ressources peuvent être dépensées, ce qui les empêche de réaffecter les fonds pour répondre aux nouvelles priorités. De plus, la responsabilité de la manière dont les fonds sont dépensés tend à être à sens unique — des communautés aux bailleurs de fonds (Murphy, 2014; Richardson et Murphy, 2018). La nature à court terme de la plupart des modèles de financement n'a pas été propice à la planification ou à la durabilité à long terme, le temps étant consacré à des exigences onéreuses en matière de demandes et de rapports. Les niveaux de financement n'ont pas reflété la croissance de la population autochtone, les coûts plus élevés de la prestation de services dans les régions éloignées ou les problèmes de santé uniques auxquels les peuples autochtones sont confrontés, ce qui crée des iniquités dans les programmes et services offerts aux peuples autochtones (Kelly, 2011; Richardson et Murphy, 2018; Smith, 2002). Le financement des programmes et services de santé pour les Autochtones est également touché par d'autres variables. Premièrement, le financement pourrait être soumis à la volonté politique et aux priorités des différents gouvernements au pouvoir (APN, 2017), ou il pourrait être saisi par des tiers en cas de

dette des bandes (MacIntosh, 2008), laissant les communautés dans l'obligation d'exécuter des programmes mandatés sans les fonds nécessaires. Deuxièmement, les formules de financement ne tiennent souvent compte que des Indiens « inscrits » qui vivent habituellement dans les réserves (APN, 2017; Kelly, 2011; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). Les communautés sont donc confrontées à une décision éthique difficile, à savoir s'il faut refuser aux membres des communautés sans statut résidant dans les réserves l'accès aux services de santé lorsqu'il n'existe pas d'autres soins de santé ou s'il faut fournir ces services sans financement supplémentaire, ce qui peut limiter les budgets de santé des communautés. Troisièmement, le financement est souvent reçu à la fin de l'exercice, ce qui peut rendre l'exécution du programme difficile (APN, 2017). Si des efforts ont été faits pour simplifier et rationaliser le processus de paiement de transfert, un financement plus durable et à long terme est nécessaire pour faciliter la programmation à long terme et garantir que les programmes et les services sont de grande qualité, complets, holistiques, culturellement pertinents, coordonnés et adaptés aux besoins et aux priorités des communautés (APN, 2017). De plus, étant donné que de nombreux peuples autochtones dépendent des services de santé traditionnels, ils doivent participer en tant que partenaires à part entière et égaux dans la prise de décisions concernant les systèmes de santé au sens large.

## Évolution du paysage du système de santé au Canada

De nombreuses données probantes indiquent que la gouvernance et les structures de financement de la santé au Canada ont contribué aux disparités persistantes en matière de santé pour les peuples autochtones en affectant négativement l'accès aux soins, en favorisant les inégalités et en renforçant davantage le racisme au sein du système (Richardson et Murphy, 2018). Les systèmes de santé traditionnels ne sont pas bien adaptés pour répondre aux besoins des peuples autochtones, car ils considèrent principalement la santé des Autochtones à travers une perspective axée sur les déficits (Henderson, Montesanti, Crowshoe et Leduc, 2018). De nombreux peuples autochtones sont confrontés à des obstacles dans l'accès aux soins de santé, notamment le racisme, la discrimination, le chômage et le faible niveau d'éducation (Davy et coll., 2016). Pour surmonter ces obstacles, il y a eu une tendance, du point de vue national et international, vers une plus grande autodétermination<sup>7</sup> des Autochtones et une plus grande autonomie des systèmes de santé par l'entremise de divers mécanismes qui impliquent le transfert de l'autorité et le contrôle de la prestation des services de santé d'un ordre de gouvernement supérieur à un ordre de gouvernement inférieur (Smith, 2002). Au Canada, ce transfert de

<sup>7</sup> Le présent document utilise la définition de la « Déclaration des droits des peuples autochtones » des Nations Unies (2007) qui définit l'autodétermination comme un droit humain et comme la capacité des peuples autochtones à « déterminer librement leur statut politique et à assurer librement leur développement économique, social et culturel » et d'exercer « leur droit à l'autodétermination, leur droit d'être autonomes et de s'administrer eux-mêmes pour tout ce qui touche à leurs affaires intérieures et locales ». Dans le contexte de cet article, cette définition est censée s'appliquer aux contextes d'« autodétermination interne » et à la pleine participation des peuples autochtones aux décisions qui les concernent (Mazel, 2016, p. 332).



la responsabilité de gouvernance du fédéral aux Autochtones a pris diverses formes, notamment la création de nouveaux organes politiques autochtones dotés de vastes ensembles de pouvoirs de gouvernance établis par le règlement de revendications territoriales globales; la création d'un nouveau gouvernement territorial, le Nunavut, pour donner aux Inuits une plus grande autodétermination dans les domaines qui les concernent; l'établissement de réseaux de santé des Premières Nations ou d'autorités sanitaires avec une gouvernance de la santé et des modalités de financement plus souples; et le transfert partiel de pouvoirs ou de responsabilités à des communautés autochtones individuelles par l'entremise de la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1989). La décentralisation présente de nombreux avantages. Elle offre aux populations autochtones un contrôle plus efficace dans leurs sphères d'influence, favorise la participation locale à la prise de décisions, permet l'élaboration de programmes et de services qui répondent aux besoins locaux, encourage l'innovation, réduit le nombre de liens entre les niveaux de responsabilité car les territoires de compétence sont plus petits, relie plus étroitement la responsabilité à la responsabilité et aux conséquences, et offre un moyen de construire des régions et des communautés (Smith, 2002). Toutefois, pour être efficaces, les processus de décentralisation doivent être menés et dirigés par les communautés autochtones (Population and Public Health Division, 2018; Smith, 2002).

Il existe un large consensus dans la recherche universitaire et la littérature selon laquelle les modèles de soins de santé dirigés par les Autochtones sont plus susceptibles d'améliorer la santé des Autochtones que les modèles de soins traditionnels ou occidentaux, car ils ont tendance à être plus holistiques, complets et culturellement appropriés. Ce corpus de littérature cerne plusieurs caractéristiques considérées comme essentielles au succès de ces modèles. Contrairement aux modèles de soins occidentaux ou traditionnels qui adoptent une approche de soins principalement biomédicale, les modèles autochtones élargissent leur champ d'action au-delà du traitement et de la gestion des maladies pour inclure la prévention des maladies et la promotion de la santé, et pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé (Allen, Hatala, Ijaz, Courchene et Bushie, 2020; Davy et coll., 2016; Harfield et coll., 2018). Les modèles autochtones peuvent tirer parti de la sagesse, de la résilience et de la créativité locales pour élaborer des solutions innovantes qui répondent aux besoins uniques des communautés (Henderson et coll., 2018). Ils accordent la priorité à la culture et aux modes de connaissance et d'action autochtones en tenant compte des valeurs, des coutumes et des croyances culturelles dans la conception des programmes, en définissant les processus d'amélioration de la qualité par des résultats et des indicateurs culturels, en intégrant la guérison et les pratiques traditionnelles, en utilisant les langues et les styles de communication autochtones, en employant les populations autochtones locales et en élaborant des stratégies de promotion de la

*Les niveaux de financement n'ont pas reflété la croissance de la population autochtone, les coûts plus élevés de la prestation de services dans les régions éloignées ou les problèmes de santé uniques auxquels les peuples autochtones sont confrontés, ce qui entraîne des programmes et des services de santé inéquitables pour les peuples autochtones.*

(Kelly, 2011 ; Richardson & Murphy, 2018 ; Smith, 2002).



santé et des ressources éducatives adaptées à la culture (Allen et coll., 2020; Davy et coll., 2016; Gibson et coll., 2015; Harfield et coll., 2018; Walters et coll., 2020; Ware, 2013). Les modèles autochtones intègrent un large éventail d'éléments qui améliorent l'accessibilité aux services, y compris des horaires flexibles, un travail de proximité et des modèles intégrés de prestation des services (Davy et coll., 2016). Enfin, ces modèles soutiennent le droit des peuples autochtones à l'autodétermination en mettant l'accent sur leur appropriation, leur contrôle et leur engagement dans la prestation des services de santé (Harfield et coll., 2018). Cette dernière caractéristique est considérée comme essentielle pour surmonter le désavantage des Autochtones (Mazel, 2016).



La réforme du système de santé visant à accroître l'autodétermination des Autochtones en matière de services de soins primaires a été principalement appuyée par la Politique sur le transfert des services de santé, qui permet aux communautés d'assumer un contrôle accru sur les programmes et services de santé précédemment fournis par la DGSPNI. Cette politique permet à la plupart des communautés des Premières Nations de présenter une demande de transfert des services de santé, mais seules les communautés inuites du Labrador sont admissibles (Smith et Lavoie, 2008). Au départ, les accords de transfert des services de santé ne permettaient de transférer le contrôle qu'à certains programmes communautaires, tels que les services de santé communautaire, le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, les services dentaires, la salubrité de l'environnement et les services hospitaliers (AFNHP, 2016). Depuis la publication du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones en 1996, plusieurs mesures ont été prises pour promouvoir davantage l'autodétermination des

Autochtones dans la planification et la gestion de leurs propres systèmes et ressources de santé. Le droit à l'autodétermination a été inscrit à la fois dans la Constitution canadienne et dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), et le gouvernement fédéral a élaboré des voies de financement ciblant les activités qui ont facilité la réforme des soins de santé primaires axés sur les Autochtones (AFNHP, 2016). De 2004 à 2010, le Fonds d'intégration des services de santé des Autochtones et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ont financé des activités qui ont créé ou renforcé les centres de soins de santé primaires ou qui ont transféré les services de soins de santé primaires aux communautés autochtones (Henderson et coll., 2018). Ces mesures ont permis à environ 89 % des communautés des Premières Nations et inuites admissibles d'assumer un certain degré de responsabilité dans la planification et la prestation de services de santé communautaires en 2008 (Henderson et coll., 2018; Lavoie et Dwyer, 2016). Il s'agissait notamment de créer un service de santé au sein des administrations locales, d'intégrer certains éléments des services de santé dans des

entités régionales plus vastes des Premières Nations et, de plus en plus, d'adopter des modèles de prestation de services de santé établis par la législation fédérale ou provinciale et régis par des conseils de santé (AFNHP, 2016).

Bien que la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens ait favorisé un plus grand contrôle communautaire et une plus grande autodétermination sur la prestation des services de santé dans la plupart des communautés autochtones, il existe de grandes variations entre les communautés et les régions en ce qui concerne le degré de financement, l'autonomie et la qualité des services de santé fournis (Kelly, 2011; Smith et Lavoie, 2008). Ce discours a créé un désenchantement à l'égard de la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens chez certaines Premières Nations, qui perçoivent le processus comme un simple exercice de transfert de responsabilité pour les services de santé sans fournir aux communautés les ressources, la capacité ou l'autonomie nécessaires pour être pleinement autodéterminées - une perception renforcée au fil des ans par les compressions budgétaires fédérales et l'imposition de plafonds de



financement stricts (AFNHP, 2016; Gabel, DeMaio et Powell, 2017; Jacklin et Warry, 2004; Lavoie et coll., 2010). Les politiques sur le transfert des services de santé aux Indiens ont historiquement inclus plusieurs clauses et conditions qui peuvent rendre très difficile pour les communautés l'exercice de l'autodétermination et la prestation de services de santé de qualité, notamment l'exclusion des Indiens non inscrits des formules de financement, un éventail limité de programmes et de services admissibles au transfert et l'inclusion d'une clause de « non-enrichissement » dans les accords de transfert en matière de santé. Cette clause gèle le financement aux niveaux négociés au moment du transfert, ce qui augmente la concurrence entre les communautés pour l'obtention des rares ressources humaines en santé et laisse la qualité des programmes vulnérable aux changements de coûts réels (MacIntosh, 2008; Smith et Lavoie, 2008). À l'heure actuelle, les services de santé mentale sont financés au moyen de multiples ententes de financement ciblées à court terme, ce qui empêche les communautés autochtones d'élaborer une approche à long terme, durable et flexible en matière de santé

mentale qui répond à leurs besoins (Smith et Lavoie, 2008). Le degré de contrôle que les communautés autochtones sont en mesure d'exercer sur la prestation des services de santé est déterminé à l'externe par les fonctionnaires selon leur évaluation du respect de certains critères (p. ex., la capacité en matière de leadership communautaire, les structures de bonne gouvernance, la responsabilité financière) pour acquérir la souplesse nécessaire à l'autodétermination (Howard-Wagner, 2018; Mashford-Pringle, 2016; Mazel, 2016; Ufodike et Okafor, 2017). Comme le fait remarquer Mashford-Pringle (2016), quand le transfert s'effectue dans le contexte de programmes et de structures de financement préexistants, de partenariats et d'exigences en matière de rapports, il mène plus à l'autoadministration qu'à l'autodétermination.

Au cours des dernières années, plusieurs changements majeurs ont été apportés à la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens qui abordent certains des défis liés à l'autodétermination. L'éventail des services admissibles au transfert a été élargi dans certains endroits pour inclure des fonctions régionales et de

zone de second et de troisième niveau comme la coordination, la consultation et la supervision du personnel (AFNHP, 2016). Afin de rendre les services de santé plus équitables pour tous les Canadiens, le transfert a adopté au cours des dernières années un modèle de financement par habitant et a intégré une indexation garantie d'au moins 3 % par an pour tenir compte de l'augmentation des coûts (ministère des Finances du Canada, 2011; Di Matteo, 2019). Ce changement ne résout pas les inégalités existantes en matière de financement par habitant pour la fourniture de services de santé entre les populations autochtones et non autochtones ou entre les communautés autochtones ni ne répond à la demande accrue de services de santé qui peut exister dans certaines communautés autochtones en raison d'un plus grand besoin ou de pressions démographiques accrues. La nature de la relation financière du gouvernement fédéral avec les communautés des Premières Nations a également évolué, avec sa nouvelle option de subvention sur dix ans pour le financement de programmes et services de santé de base. Cette option offre aux collectivités « une plus grande certitude, une plus

grande souplesse et une réduction du fardeau administratif et des exigences en matière de rapports » (Gouvernement du Canada, 2019b, partie 2, paragraphe 4).

Une plus grande autodétermination des Autochtones sur les services de santé communautaire a conduit à de nombreuses innovations dans la prestation des services, notamment l'intégration de la santé à d'autres programmes et services, tels que les services sociaux, la santé mentale, les soins à domicile, l'éducation et les services de santé non assurés (AFNHP, 2016). Étant donné les complexités d'ordre politique et social, d'infrastructure et de compétence, de tels modèles de soins interdisciplinaires collaboratifs ont été préconisés comme moyen de parvenir à l'équité en matière de santé pour les Autochtones en améliorant l'accès à un large éventail de services de santé et sociaux en un seul endroit (Henderson et coll., 2018). L'objectif de ces modèles de soins interdisciplinaires est « d'améliorer la coordination entre les organisations de santé, la responsabilité envers les parties prenantes, la qualité des services et les liens entre les soins de santé primaires et les services sociaux » (Henderson et al., 2018, p. 639). Alors que l'Australie a commencé à introduire de tels modèles de soins au début des années 1970, avec la mise en place de réseaux de santé primaires et de systèmes de santé contrôlés par les communautés autochtones, le Canada a pris du retard, mettant en place de tels modèles au début des années 2000, principalement sous forme de projets pilotes financés par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

(Henderson et coll., 2018). En 2002, la Commission Romanow a recommandé l'intégration des systèmes de santé autochtones comme meilleur moyen d'améliorer la santé des Autochtones. La Commission a recommandé que cette intégration soit mieux soutenue en consolidant et en mettant en commun toutes les sources de financement de la santé dans un modèle de financement global et en affectant ces fonds à divers types de partenariats pour la santé des Autochtones, de taille variable, adaptés aux petites collectivités, aux contextes urbains et aux grandes autorités régionales (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). Ces partenariats auraient un large mandat incluant la conception et la gestion de tous les niveaux de services de santé, le recrutement et l'élaboration de stratégies de formation dans leurs régions respectives. Le financement s'appuierait sur un modèle de financement par habitant, tandis que la gouvernance serait fondée sur une structure à but non lucratif composée d'un conseil d'administration composé de personnes représentant les bailleurs de fonds et d'autres personnes participant au partenariat. Les modèles de soins intégrés et interdisciplinaires peuvent contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé et à introduire des économies d'échelle; toutefois, ils nécessitent des relations souples entre et parmi les gouvernements autochtones, fédéral, provinciaux et territoriaux (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a).

Pourtant, malgré les possibilités croissantes pour les modèles autochtones de services de santé, les innovations liées à la prestation

de services communautaires continuent de faire face à de nombreux défis. Bon nombre de communautés autochtones continuent de fonctionner avec des budgets limités, ce qui peut réduire l'accès aux services (Davy et coll., 2016). La capacité des communautés autochtones à tirer parti du financement disponible dans le cadre d'une mosaïque d'initiatives de recherche et de services peut varier considérablement (Henderson et coll., 2018). De nombreuses communautés autochtones manquent de capacités de gestion des données ou connaissent des pénuries persistantes d'un éventail de professionnels paramédicaux (Henderson et coll., 2018). Le contexte des politiques et des processus décisionnels en matière de santé varie selon les provinces et les territoires, ce qui peut influencer la capacité des communautés à élaborer des modèles innovants et intégrés de prestation des services. En Alberta, par exemple, la majorité des communautés vivant sur les réserves reçoivent des fonds de la DGSPNI pour fournir des interventions de santé publique plutôt que des soins primaires, ce qui entrave la capacité de certaines organisations à attirer des médecins et à avoir accès à des ressources cliniques, en particulier dans les régions éloignées (Henderson et coll., 2018). De plus, les contextes de prise de décisions en matière de santé hautement centralisés peuvent faire face à des obstacles supplémentaires à la création de certains modèles de gouvernance de la santé autochtone par rapport aux contextes où la prise de décisions est répartie entre les autorités régionales (Henderson et coll., 2018).



Bien que le transfert du contrôle sur les services et programmes de santé soit souhaitable, il peut être difficile de déterminer les limites et les unités de transfert autochtones les plus efficaces et pertinentes. Comme l'a remarqué Smith (2002), toutes les communautés ou régions n'ont pas la capacité de s'autodéterminer et il peut y avoir des conceptions concurrentes de l'« autonomie » en matière d'autogouvernance. Compte tenu du manque de clarté dans les politiques nationales en matière d'autodétermination, de tels défis peuvent conduire au financement de plusieurs niveaux structurels de représentation différents, ce qui entraîne une autodétermination aléatoire et mal coordonnée, des dédoublements budgétaires et une gouvernance inefficace, ainsi qu'un chevauchement des services et une inefficacité des programmes. Smith soutient qu'étant donné la complexité du cadre de compétence en ce qui concerne les politiques de santé et la prestation des services de santé au Canada, le transfert de compétence doit reposer sur des niveaux définis de responsabilité et de responsabilisation plutôt que sur une seule unité structurelle. Par exemple, les secteurs de compétence plus restreints peuvent être agrégés en des niveaux régionaux de compétence pour les questions ayant une plus grande portée collective, tout en maintenant leur pouvoir de décision autonome et de gestion quotidienne des services adaptés à leur contexte local.

La littérature cerne plusieurs considérations clés dans la transformation du système de santé. Selon une analyse environnementale, une revue de

la littérature, d'entrevues avec les principaux intervenants et d'études de cas d'organisations de soins de santé, Richardson et Murphy (2018) recommandent un certain nombre de « pratiques éclairées » pour effectuer des changements aux politiques, au financement et aux structures de gouvernance des systèmes et des organisations qui ont une incidence sur la santé des populations autochtones au Canada. Parmi les pratiques qu'ils recommandent en matière de réforme des soins de santé, on trouve des lignes directrices générales pour les changements aux politiques et aux systèmes, l'engagement communautaire, le recrutement et le maintien en poste du personnel et des fournisseurs de soins de santé autochtones, l'éducation sur l'antiracisme et la sécurité culturelle, ainsi que les soins aux clients autochtones et le suivi des résultats. Trois domaines d'action potentiels interdépendants pour les responsables canadiens des soins de santé ont été définis comme étant essentiels pour combler le fossé en matière de santé des Autochtones :

1. remanier les pouvoirs, les responsabilités et les ressources;
2. éliminer le racisme et accroître la sécurité culturelle; et
3. garantir un accès équitable aux soins de santé.

L'« Atlantic First Nations Health Partnership » (2016) a cerné un certain nombre de considérations pour le transfert des programmes et services de santé des Premières Nations dans la région atlantique du Canada, incluant notamment des modèles qui offrent un

minimum de perturbations dans l'administration et la base de ressources, l'engagement et la participation communautaires, des partenariats efficaces à tous les niveaux, une forte responsabilisation et des possibilités d'établir des liens avec d'autres secteurs afin d'avoir le plus grand effet possible sur les déterminants sociaux de la santé autochtone et de renforcer la capacité des Premières Nations à s'autogouverner. Il faut tenir compte des concepts de préparation, de preuves, de coût et de durabilité, d'efficacité et de volonté politique (AFNHP, 2016). De plus, les peuples autochtones doivent être engagés en tant que partenaires égaux dans leur propre santé, leur bien-être et leurs soins afin de s'assurer qu'ils ont accès à des pratiques de santé équitables, holistiques et culturellement sécuritaires à l'échelle du système de santé (Alberta Health Services, 2018).







# SECTION III : STRUCTURES DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ ET MODÈLES DE FINANCEMENT DANS LES CONTEXTES AUTOCHTONES, À L'ÉCHELLE MONDIALE ET NATIONALE



Cette section décrit diverses structures de gouvernance de la santé et divers modèles de financement qui ont soutenu la prestation de services de santé considérés comme accessibles et acceptables pour les clients autochtones et qui ont contribué à une certaine amélioration des résultats de santé dans les contextes autochtones, tant à l'échelle internationale que nationale. Plus précisément, cette section vise à déterminer les facteurs qui ont influencé l'élaboration et la mise en œuvre de ces modèles de gouvernance; la façon dont ils mesurent le succès; et la façon dont les modes de connaissance autochtones, les déterminants sociaux de la santé, le continuum du bien-être et l'engagement ou le partenariat se reflètent dans ces modèles et les cadres de responsabilisation connexes. À l'échelon internationale, les exemples sont tirés des États-Unis, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, tandis qu'à l'échelon national, ils sont tirés de contextes provinciaux, territoriaux, régionaux et locaux.

## Structures internationales

### États-Unis

Aux États-Unis, le gouvernement fédéral a une politique bien établie en matière d'autodétermination, énoncée dans l'« *Indian Self-Determination and Education Assistance Act* » de 1975. Cette politique a entraîné la prolifération de tribus reconnues au niveau fédéral qui exercent leur autodétermination en matière de santé, d'éducation et de services sociaux. Cette politique offre aux Amérindiens et aux Autochtones d'Alaska (AI/AN) la possibilité d'exercer leur autonomie en matière de planification et de prestation de leurs systèmes de santé en leur permettant de choisir s'ils souhaitent gérer des programmes de santé précis, utiliser les services de santé indiens (IHS) ou utiliser une combinaison de systèmes de prestation autonomes (Richardson et Murphy, 2018). Le choix de confier aux services de santé indiens la gestion des programmes de santé d'une tribu est considéré comme

une forme d'autodétermination, car c'est le droit souverain de la tribu de prendre cette décision (AFNHP, 2016). Les principales caractéristiques de ce modèle comprennent : la reconnaissance de l'autonomie, une disposition d'acceptation et de refus volontaires, la protection législative et la reconnaissance de la diversité culturelle, les différents niveaux de capacité communautaire et les besoins sanitaires et sociaux uniques des tribus. Dans le cadre de ce modèle, les services de santé peuvent potentiellement être dévolus aux tribus pour qu'elles prennent en charge la planification et la fourniture des services de santé proportionnellement à leur capacité d'autogouvernance (AFNHP, 2016). Ce modèle d'autodétermination permet aux tribus de relier directement le financement et la programmation aux besoins locaux et de les adapter aux nouvelles priorités.

Un modèle qui a émergé de cette politique américaine d'autonomie gouvernementale est l'« Alaska Tribal Health System » (ATHS), qui a adopté ce que l'« Atlantic

First Nations Health Partnership » (2016) appelle un modèle de mosaïque à plusieurs niveaux. Ce système est composé d'un réseau de 40 tribus et organisations tribales autonomes comprenant l'ensemble du système de prestation de soins de santé des autochtones de l'Alaska. L'ATHS a assumé le contrôle presque total de la conception et de la prestation des programmes, des services et des politiques de santé de l'IHS, à l'exception du fait que le financement fédéral doit toujours être obtenu par l'intermédiaire de l'IHS (AFNHP, 2016). Le financement de ces services provient de plusieurs sources fédérales et étatiques, dont Medicaid, Medicare et le financement de la salubrité en milieu rural. L'ATHS fournit des services de soins de santé primaires dans 178 villages. Étant donné que les organismes de santé tribaux sont les seuls fournisseurs de soins de santé disponibles dans la plupart des régions, ils servent toutes les collectivités de la région, quelles que soient leurs origines (Alaska Native Health Board [ANHB], s.d.-a). Il s'agit d'une considération importante dans les régions rurales et éloignées où l'accès à des soins de santé alternatifs peut ne pas être disponible, et le financement doit en tenir compte pour éviter que les budgets ne s'épuisent. L'ATHS est régie par un conseil d'administration de 26 membres, l'« Alaska Native Health Board », composé d'un représentant élu ou choisi parmi le conseil d'administration ou les comités de santé de chaque organisation régionale de santé autochtone de l'Alaska. Ce conseil a adopté un processus décisionnel fondé sur le consensus pour cerner les

problèmes de santé et établir les priorités en matière de santé, ce qui lui permet de parler au nom de ses organismes régionaux de santé constituants d'une seule voix (AHNB, s.d.-b). Cela est considéré comme un atout majeur de ce modèle de gouvernance de la santé (AFNHP, 2016). L'ATHS a également créé des relations de collaboration avec des organisations s'intéressant aux soins de santé des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska et a entrepris des efforts de plaidoyer à l'échelle des États et à l'échelle fédérale (ANHB, s.d.-c). Le modèle établit la souveraineté tribale, la responsabilité et l'appropriation des programmes et services de santé.

L'Alaska est le seul État dans lequel presque tous les programmes de santé (99 %) sont gérés par des tribus et des organisations autochtones (ANHB, s.d.-a). Certains succès de ce modèle ont été évalués pour la Southcentral Foundation à Anchorage, en Alaska. La Southcentral Foundation a adopté le « Nuka System of Care », une approche fondée sur la relation et la propriété du client pour transformer les soins de santé, améliorer les résultats et réduire les coûts (Southcentral Foundation, 2019). Cette approche repose sur trois principes fondamentaux :

1. les peuples autochtones de l'Alaska ne sont plus les bénéficiaires d'un système géré par le gouvernement, mais plutôt les « propriétaires » de leurs soins de santé gérés par leur tribu;
2. chaque client propriétaire est maître de sa santé et a une histoire unique qui influence

son cheminement vers le bien-être - le rôle des prestataires de soins est de les soutenir dans ce cheminement en favorisant et en soutenant les relations entre le client propriétaire, la famille et le prestataire; et

3. la pratique d'une approche holistique des soins à la personne est ancrée dans les traditions des peuples autochtones de l'Alaska (Southcentral Foundation, 2016).

Le système Nuka offre aux organisations de santé des « solutions fondées sur la valeur » en matière de données et de gestion, de soins intégrés, de santé comportementale, de développement de la main-d'œuvre, d'innovation, etc. La Southcentral Foundation s'est associée aux intervenants qui souhaitent fournir des services de soins de santé primaires complets, holistiques et culturellement adaptés, ainsi que des programmes de promotion de la santé qui visent le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel et qui intègrent des éléments traditionnels tels que la médecine complémentaire et les programmes de guérison traditionnels. La Southcentral Foundation soutient la prestation de soins primaires locaux par les prestataires villageois grâce au financement, à la consultation et à des services cliniques réguliers sur place. Pour garantir la responsabilité de ses membres, la Fondation a établi des buts, des objectifs et des mesures liés à ses performances dans des domaines tels que la satisfaction des clients-propriétaires, l'engagement en faveur de la qualité, l'amélioration des milieux de travail, l'amélioration continue

des systèmes et des processus, l'augmentation de l'emploi des Autochtones de l'Alaska dans le secteur de la santé, ainsi que les progrès des résultats en matière de santé à travers une série d'indicateurs, en faisant rapport sur ceux-ci sur une base annuelle (Southcentral Foundation, 2016). Certaines améliorations significatives ont été observées en matière d'accessibilité des soins de santé et de résultats pour la santé. Depuis 1996, la proportion de ses membres ayant un prestataire de soins désigné a considérablement augmenté (de 35 % à 95 %), les temps d'attente pour les rendez-vous de routine ont diminué, passant de quatre semaines à un jour (dans la plupart des cas), le taux de vaccination des enfants a augmenté de 25 % et le résultat de certains indicateurs clés de l'état de santé a été d'au moins 75 % (Richardson & Murphy, 2018).

Un autre modèle est le Papa Ola Lōkahi à Hawaï, établi en 1988 après l'adoption de la « Native Hawai'ian Healthcare Improvement Act » (NHHCIA) en tant que consortium communautaire à but non lucratif chargé d'appliquer la loi et d'améliorer l'état de santé des Hawaïens autochtones par rapport à la population non autochtone (Halabi, 2018; Mokuau et coll., 2016). L'organisation vise à lutter contre les disparités en matière de santé en participant à l'élaboration des politiques, à la recherche, à la collecte de données et de renseignements, à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes et d'initiatives, à la protection et à la perpétuation des pratiques de guérison traditionnelles hawaïennes, au développement de

la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et à la défense des intérêts des Hawaïens autochtones (Halabi, 2019; Papa Ola Lokahi, 2019). Le « Papa Ola Lōkahi » a mis en place cinq systèmes de soins de santé adaptés à la culture autochtone hawaïenne, situés sur six îles, qui fournissent un éventail de services sanitaires et sociaux, notamment des services complets de prévention des maladies, de promotion de la santé et de soins primaires. Il continue de servir de centre d'échange pour la collecte et la gestion des données associées à l'état de santé des Autochtones hawaïens (Congrès des États-Unis d'Amérique, 2001). Il a également créé un programme de bourses d'études en santé pour les Autochtones hawaïens afin de former des professionnels en santé autochtone hawaïens et a achevé un plan directeur de santé autochtone hawaïen auquel collaborent 50 partenaires communautaires et cliniques travaillant dans plusieurs disciplines et secteurs afin de réaliser une vision commune pour l'amélioration de la santé et du bien-être des Autochtones hawaïens (Mokuau et coll., 2016). La NHHCIA oblige le gouvernement fédéral à consulter le « Papa Ola Lōkahi » sur les questions relatives à la santé des Hawaïens, une relation que l'organisation entretient également avec l'État d'Hawaï, ce qui lui permet de représenter la voix des Hawaïens autochtones en matière de santé, tant à l'échelle fédérale qu'à celui de l'État. Le « Papa Ola Lōkahi » est dirigé par un conseil d'administration composé de natifs d'Hawaï et est financé principalement par une subvention de service du gouvernement fédéral assortie d'une obligation

de soumettre un rapport annuel sur l'utilisation des fonds. En outre, l'organisation est habilitée à rechercher des partenariats stratégiques avec le gouvernement de l'État et d'autres intervenants.

Depuis 1990, les Hawaïens autochtones ont vu leurs résultats de santé s'améliorer, ce qui se manifeste par une espérance de vie plus élevée, des taux de mortalité infantile plus faibles et une augmentation des dépistages préventifs (Halabi, 2019; Wu et coll. 2017). La détermination des facteurs de gouvernance efficace en matière de santé cernés dans le modèle est le résultat d'une mission initiale d'établissement des faits bien financée, de la participation d'un large éventail d'intervenants et de lois fédérales spécialement adoptées. Toutefois, la transférabilité de ce modèle de gouvernance de la santé à d'autres contextes peut être limitée par le fait que le « Papa Ola Lōkahi » opère dans des limites clairement distinctes et n'a pas à faire face à l'intégrité territoriale et aux intérêts des États voisins (Halabi, 2019).

## Australie

Au cours des années 1970, l'Australie a entrepris une série de réformes des soins de santé primaires. Ils ont été les pionniers des soins de santé primaires intégrés avec la création des Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHS). Les soins de santé primaires intégrés constituent une approche aux soins et à la promotion de la santé fondée sur une vision sociale de la santé, la participation communautaire, l'équité et l'action sur les déterminants sociaux de la santé



(Freeman et coll., 2014, 2016, 2019, 2020). Contrairement aux soins de santé primaires, qui adoptent une approche sélective axée sur des interventions ciblant des maladies précises ou des soins médicaux de première ligne, les soins de santé primaires complets mettent l'accent sur des services et des stratégies accessibles qui favorisent la santé et préviennent les maladies en général (Freeman et coll., 2019; Harfield et coll., Mazel, 2016). Il peut s'agir d'une gamme variée de services, tels que : le travail social, l'orthophonie, l'ergothérapie, l'éducation à la santé, les initiatives de prévention et d'intervention en matière de violence, les programmes d'éducation des parents, les psychologues, les programmes de soutien par les pairs, les programmes de soins de santé maternelle et infantile, les contrôles du bien-être des hommes et des femmes, les programmes de réadaptation, les services aux personnes handicapées, les traitements, ainsi que les consultations et les services d'aiguillage. Les soins de santé primaires complets reconnaissent que les facteurs sociaux, économiques et culturels influencent la santé des personnes et que les interventions sanitaires doivent prendre en compte les facteurs sociaux et contextuels tels que l'économie, les politiques sociales et la politique. Les ACCHS assurent le leadership et l'inclusion des Autochtones dans la prestation des services de santé communautaires afin d'aider à renforcer la résilience communautaire et à fournir des soins complets et adaptés à la culture (Henderson et coll., 2018). Les gouvernements fédéral et des États financent ces services

de soins de santé primaires propres aux Autochtones afin de garantir que les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres aient accès à ces services en un seul endroit, notamment les services de prévention, de diagnostic, de traitement et d'aiguillage. Cependant, les modalités de financement sont complexes, incertaines et fragmentées, avec un financement contractuel à court terme fondé sur des propositions et sujet à des coûts administratifs élevés (Donato et Segal, 2013; Mazel, 2016). De plus, comme au Canada, des responsabilités fragmentées en matière de compétence font en sorte que les organisations ne sont pas formellement coordonnées avec les services de soins de santé primaires traditionnels (Donato et Segal, 2013).

Il existe environ 150 ACCHS en Australie, allant de grands centres de soins primaires intégrés à des petites cliniques et des services de proximité dans les collectivités éloignées (Reeve et coll., 2015). Ces organisations sont considérées comme un exemple d'autodétermination autochtone dans la pratique, car ce sont des organisations de santé non gouvernementales qui sont détenues, gérées et supervisées par les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres. Elles sont régies par des conseils d'administration communautaires élus par les membres du service de santé (Coombs, 2018). La plupart des ACCHS dotés d'un comité directeur ou d'un conseil d'administration (86 %) avaient des organes directeurs entièrement autochtones, et plus de la moitié du personnel équivalent temps

plein (ETP) des ACCHS étaient des Autochtones ou des insulaires du détroit de Torres (NACCHO, 2016). La National Aboriginal Community Controlled Health Organization (NACCHO), composée de membres élus des ACCHS associés, sert d'organisation cadre qui maintient le réseau des ACCHS dans toute l'Australie et travaille à façonner la réforme nationale de la santé des Autochtones, à promouvoir et à soutenir les modèles de pratiques exemplaires en soins de santé primaires intégrés et culturellement appropriés et à promouvoir la recherche pour établir une pratique fondée sur des données probantes (Mazel, 2016).

Les ACCHS sont le reflet de leur contexte local, chacun variant en taille et en étendue et chacun différant quant à la manière dont un paradigme clinique biomédical est intégré dans un cadre holistique (Mazel, 2016). Ils desservent une clientèle qui comprend à la fois des populations autochtones et non autochtones. Une fiche de rendement présentée en 2016 sur les ACCHS indiquait que 81 % des 240 299 clients fréquentant les 137 ACCHS étaient des Autochtones ou des insulaires du détroit de Torres, tandis que 17 % n'étaient pas autochtones (NACCHO, 2016). La plupart des ACCHS disposent de mécanismes pour assurer la continuité des soins aux patients dans les hôpitaux, p. ex. des relations avec les agents de liaison autochtones et des plans de sortie bien coordonnés pour les patients autochtones. La plupart des ACCHS donnent accès à un large éventail de services spécialisés, notamment des cardiologues, des spécialistes des maladies rénales,

des ophtalmologues, des pédiatres, des psychiatres, des spécialistes du diabète et des services de santé connexes (Mazel, 2016; NACCHO, 2016). Nombre d'entre eux offrent des programmes sociaux, de prévention et de besoins spéciaux, ainsi que des services d'éducation et de formation et tous participent à des activités de sensibilisation (Mazel, 2016). Néanmoins, 62 % des ACCHS ont observé des lacunes dans les services de santé, notamment le manque de services de santé mentale et de bien-être émotionnel. Tandis que 56 % des ACCHS ont observé des lacunes dans les services à la jeunesse (NACCHO, 2016).

Les ACCHS fournissent un éventail complet de services de santé de grande qualité, fiables, cliniquement accrédités, culturellement appropriés, holistiques et contrôlés par la communauté (NACCHO, s.d.). Au fil du temps, ils ont amélioré leur capacité à recueillir et à utiliser des données sur la santé, à suivre le rendement et à surveiller l'état de santé de leurs clients (Mazel, 2016). Cela a été largement stimulé par l'engagement politique du gouvernement australien en faveur des processus d'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans les services de santé autochtones, démontré par une exigence d'ACQ dans les modalités de financement de la fourniture de services de santé aux populations autochtones, ainsi que par l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs de rendement clés (IRC) en 2012 et 2013 (Gardner et coll., 2018; Sibthorpe, Gardner et McAullay, 2016). En conséquence, l'ACQ a été largement utilisée dans les établissements de soins de santé

primaires autochtones. Plusieurs cadres et mesures ont été élaborés pour évaluer le rendement lié à l'accès au système, à la qualité et aux résultats en matière de santé. Ces cadres utilisent un large éventail d'indicateurs, notamment les soins prénataux, les vaccinations, le tabagisme, la consommation d'alcool, le diabète de type 1 et de type 2, les maladies cardiovasculaires, les maladies cardiaques rhumatismales, la santé des enfants, la santé mentale, la santé des jeunes, le développement des enfants, l'otite moyenne, les maladies sexuellement transmissibles et le dépistage du cancer du col de l'utérus (Gunaratnam et coll., 2019; Katzenellenbogen et coll., 2019; McCalman et coll., 2018; Sibthorpe et coll., 2016, 2017). Certains des cadres comprennent des indicateurs de succès culturellement appropriés fondés sur les visions du monde autochtones de l'holisme et de la connectivité, tandis que d'autres sont des cadres orientés vers l'Occident qui mesurent le succès à l'aide d'indicateurs de mortalité et de santé qui peuvent ne pas refléter adéquatement les priorités de la communauté.

Le cadre d'évaluation des programmes Ngaa-bi-nya a été élaboré pour guider l'évaluation des programmes sanitaires et sociaux destinés aux Autochtones et aux insulaires du détroit de Torres à travers l'Australie (Williams, 2018). Il englobe quatre domaines : les facteurs liés au paysage, les ressources, les méthodes de travail et les apprentissages. Les facteurs du paysage comprennent des indicateurs qui tiennent compte de l'histoire, du milieu

et du degré d'autodétermination d'une communauté, ainsi que des facteurs qui influencent les programmes et services ou qui sont liés à l'élaboration de lois et de politiques. Les indicateurs de ressources mettent l'accent sur l'adéquation des ressources financières, humaines et matérielles. Les indicateurs liés aux « méthodes de travail » tiennent compte du degré d'intégration des principes de prestation de soins holistiques, de la qualité de la prestation des soins dans la pratique, de l'ampleur du soutien et du développement du personnel, de la durabilité du programme, de la mesure dans laquelle les processus de responsabilité, de suivi et d'évaluation sont intégrés au programme et dotés de ressources, la pertinence culturelle des outils de collecte de données et les effets de la conduite d'une évaluation et d'autres processus d'assurance de la qualité sur le programme. Enfin, les indicateurs d'apprentissage sont liés à ce que la communauté a appris sur l'autodétermination et les droits en matière de prestation de services, de soins et de guérison culturelle autochtones et à la façon dont le programme contribue au bassin de données probantes. Ce modèle met l'accent sur l'observation des progrès, des relations et des facteurs de succès critiques, tout en évitant de définir les programmes comme un succès ou un échec.

Le cadre « One21seventy », anciennement le programme « Audit and Best Practice for Chronic Disease » (ABCD), se compose de huit outils d'audit couvrant des domaines tels que la santé infantile et le syndrome métabolique et ses complications



vasculaires. Chaque outil comprend des mesures couvrant les processus de soins et les résultats intermédiaires (Sibthorpe et coll., 2016). Plus de 200 services de santé autochtones ont entrepris des processus d'amélioration de la qualité à l'aide de ce cadre (Puszka et coll., 2015).

L'Improvement Foundation's CtG Collaborative a élaboré un ensemble complet de mesures liées à l'accès des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres aux services de santé et aux services de prévention des maladies chroniques dans le cadre de l'Australian Primary Care Collaborative (Sibthorpe et coll., 2016). Ces mesures portent principalement sur les processus de soins et les résultats intermédiaires et quelques-unes d'entre elles mettent l'accent sur les structures et les processus organisationnels.

Le Queensland Aboriginal and Islander Health Council a élaboré un ensemble plus restreint et plus ciblé de mesures de soins de santé primaires dans plusieurs domaines prioritaires clés, qui étaient tous quantitatifs et liés aux soins des clients et aux résultats (Sibthorpe et coll., 2016). Sibthorpe et ses collègues ont élaboré un cadre conceptuel plus complet pour l'évaluation du rendement dans les soins de santé primaires fondé sur le modèle classique de « structure », « processus » et « résultat » de Donabedian (1998) (tel que cité dans Sibthorpe et Gardner, 2007; voir aussi Sibthorpe et coll., 2017). Ce modèle comporte quatre niveaux d'indicateurs : l'intendance, les structures et processus organisationnels, les processus de soins et les résultats intermédiaires. Les indicateurs d'intendance concernent

l'élaboration de politiques, le financement, la mise en œuvre, le développement de la main-d'œuvre, le développement et le soutien de l'infrastructure informatique et la recherche et le développement. Les indicateurs liés aux structures et processus organisationnels mettent l'accent sur l'équipement physique et les installations, la gestion des ressources humaines, la gestion financière, les systèmes d'information, l'évaluation des besoins, le personnel, l'organisation et la gestion des services, les processus de soins fournis, les réseaux et relations entre les organismes prestataires, les relations communautaires et l'évaluation du rendement. Les indicateurs liés aux processus de soins reçus par les patients et les clients, les familles et les communautés comprennent les comportements à risque, l'état clinique, les activités de la vie quotidienne et la satisfaction à l'égard des soins.

Reconnaissant que les ACCHS portaient un lourd fardeau de production de rapports sur les contrats, le gouvernement australien a élaboré les indicateurs nationaux de rendement clés (IRC) pour le cadre de soins de santé primaires pour les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres, qui est utilisé pour l'amélioration continue de la qualité des services de santé autochtones (Sibthorpe et coll., 2016). En 2016, le cadre comprenait 24 indicateurs quantitatifs liés à deux des quatre niveaux d'indicateurs cernés dans le cadre de Sibthorpe et coll. (2016, 2017). Cependant, Sibthorpe et ses collègues (2016) font valoir que si le cadre des indicateurs nationaux de rendement clés (IRC) peut soutenir la qualité en général, la disponibilité des



données essentielles et le décalage entre les périodes de déclaration des données et le moment où le gouvernement national publie son rapport annuel rendent l'outil de déclaration des IRC moins utile pour les services à l'échelle locale.

Le gouvernement australien a évalué le rendement en matière d'accès au système, de qualité et de résultats sanitaires et fait rapport sur ces mesures tous les deux ou trois ans depuis 2006. En 2016, cette évaluation a montré que les ACCHS étaient 23 % plus à même d'attirer et de retenir les clients autochtones que les prestataires traditionnels (Department of Health, 2017). La demande pour leurs services a atteint un taux de 8 % au cours de la période de deux ans allant de juin 2013 à juin 2015, et leurs services ont été plus efficaces pour améliorer la santé des Autochtones que les services de santé traditionnels (NACCHO, s.d.). Dans le rapport de 2016, les clients des ACCHS ont montré des améliorations dans plusieurs indicateurs de résultats liés au diabète et à la pression artérielle. On a également remarqué une augmentation des consultations prénatales, des taux de vaccination et des taux de dépistage pour un certain nombre de problèmes de santé, y compris le diabète et le cancer (NACCHO, 2016). Une baisse de la proportion de clients ayant déclaré être des fumeurs de cigarettes a également été constatée (Department of Health, 2017).

D'autres outils d'évaluation ont observé de meilleurs résultats en matière de santé chez les Autochtones d'Australie, notamment l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des jeunes Autochtones (Sabbioni

et coll., 2018), la réduction des infections de l'oreille (McAullay et coll., 2017) et l'augmentation de l'espérance de vie (Donato et Segal, 2013). En plus des résultats tangibles en matière de santé, le contrôle autochtone sur les services de santé a également conduit à l'obtention de résultats plus proximaux, notamment :

- une plus grande équité et un meilleur accès aux services de santé (Kelaheer et coll., 2014; Reeve et coll., 2015);
- un dépistage, des évaluations, un traitement et un suivi accrus (McAullay et coll., 2017);
- l'amélioration des résultats socioéconomiques, une mobilité sociale accrue, un capital social accru et une réduction de l'isolement social (Freeman et coll., 2019, 2020; Howard-Wagner, 2018; Lawless, Freeman, Bentley, Baum et Jolley, 2014);
- l'augmentation des comportements favorisant la santé, l'amélioration des compétences de communication et de l'autonomisation et l'amélioration de l'auto-efficacité (Freeman et al., 2019, 2020);
- une diminution des taux d'affections et de problèmes évitables, le ralentissement de la progression des affections, l'augmentation des milieux favorables à la santé, l'augmentation des soins planifiés et gérés et la diminution des soins aigus de courte durée (Lawless et coll., 2014); et
- la réduction des méfaits liés à l'alcool (Freeman et coll., 2019).

Bien que l'ACQ soit largement utilisée en Australie dans les milieux de soins de santé primaires autochtones, sa mise en œuvre reste difficile (Gardner et coll., 2018; Gunaratnam et coll., 2019; McCalman et coll., 2018; Sibthorpe et coll., 2018). Cela est dû à une série d'obstacles, notamment les contraintes de ressources (roulement du personnel et capacité) et le manque de soutien organisationnel (Cunningham, Ferguson-Hill, Matthews et Bailie, 2016; Gardner et coll., 2018); le manque de connaissances et les attitudes du personnel (Newham, Schierhout, Bailie et Ward, 2015); les défis liés à l'adaptation des outils d'ACQ pour une utilisation dans des contextes précis (McAullay et coll., 2017); le manque de renseignements cohérents et fiables à l'échelle locale et les problèmes d'échange des données (McDonald, Bailie et Morris, 2017; Sibthorpe et coll., 2017)

Plusieurs études ont évalué les effets des organisations de santé contrôlées par les communautés autochtones en Australie et ont cerné les facteurs facilitant la mise en œuvre de ces modèles. Reeve et ses collègues (2015) ont évalué les effets d'un partenariat entre les services de santé de l'État et une organisation de santé contrôlée par la communauté en Australie sur l'accès des Autochtones aux services de santé et les facteurs qui ont contribué au changement. L'organisme de santé fournissait des services de promotion de la santé et d'intervention précoce, ainsi que des services cliniques de soins aigus. Les résultats de leur recherche ont montré les effets tangibles sur la santé

des Autochtones, notamment un meilleur accès aux services de santé, une utilisation accrue des services et des services de meilleure qualité. L'harmonisation de la vision d'une communauté locale forte et de services de santé robustes avec les objectifs qui sous-tendent les politiques du gouvernement fédéral et des États a été l'un des facteurs critiques qui ont facilité le changement. Le partenariat a également influencé les changements dans la prestation des services en apportant des modifications structurelles importantes à la manière dont les services sont fournis, au lieu où ils le sont et aux personnes qui les fournissent, en faisant participer le personnel et en renforçant constamment les changements apportés. Morley (2015) a entrepris un examen plus complet de la littérature offerte afin de cerner les facteurs qui ont facilité le succès des programmes gérés par les communautés autochtones en Australie. Il a cerné les facteurs suivants comme contribuant au succès : faciliter l'appropriation et le contrôle par la communauté, intégrer la culture dans les programmes et les services, employer du personnel autochtone local<sup>8</sup>, exploiter les capacités existantes de la communauté et de ses dirigeants, mettre en œuvre une bonne gouvernance, établir des partenariats de confiance, maintenir la flexibilité des délais de mise en œuvre et utiliser des approches de développement communautaire. Des résultats similaires ont été trouvés dans le

cadre d'une revue systématique des données probantes qualitatives sur les valeurs des clients autochtones australiens en ce qui concerne les soins de santé primaires fournis par les organisations de santé contrôlées par la communauté autochtone (ACCHO). La revue a permis de cerner trois caractéristiques uniques et très appréciées des soins fournis par les ACCHO par rapport aux prestataires traditionnels (Streak Gomersall et coll., 2017). Premièrement, les clients autochtones considéraient les ACCHO comme étant des milieux faciles d'accès et accueillants qui soutiennent la sécurité culturelle en tenant compte des aspects sociaux, émotionnels et physiques. Deuxièmement, les ACCHO sont très appréciés pour leur capacité à fournir des soins culturellement sûrs, par des professionnels autochtones connus des clients, qui comprennent leurs besoins et respectent leur culture dans un milieu où ils se sentent à l'aise, soutenus et reconnus. Troisièmement, les clients estimaient que les soins fournis répondaient à leurs besoins holistiques.

Donato et Segal (2013) ont passé en revue les réformes du système de santé australien et ses initiatives les plus ambitieuses en matière de politiques de santé autochtone visant à combler les iniquités dans le secteur de la santé afin d'évaluer si les tentatives visant à remédier au désavantage autochtone avaient des chances de réussite.

En examinant la documentation connexe, ils ont trouvé plusieurs facteurs qui ont contribué au succès des initiatives, notamment : les approches coopératives entre les populations autochtones et le gouvernement; la participation des communautés à la conception des programmes et à la prise de décisions; la bonne gouvernance à l'échelle des communautés et du gouvernement; et le soutien continu du gouvernement sous forme de ressources humaines, physiques et financières (p. 235). Ils ont également appris que le respect de la culture locale, la création de partenariats, la collaboration et le leadership partagé et le développement du capital social étaient des facteurs clés qui contribuaient à « ce qui est efficace » pour réduire les disparités en matière de santé pour les peuples autochtones. Les auteurs ont fait valoir que les peuples autochtones d'Australie continuaient de connaître de mauvais résultats en matière de santé en raison de l'échec des réformes de santé australiennes à traiter les problèmes structurels comme l'unification des responsabilités de financement des soins de santé primaires sous une seule compétence et le traitement du sous-financement historique des services de soins de santé primaires pour les communautés autochtones. Ces problèmes structurels continuent de compromettre la capacité des réformes de santé à améliorer considérablement le rendement du système. Les structures de

---

<sup>8</sup> La propriété et le contrôle communautaires peuvent être intégrés dans les programmes gérés par la communauté par divers moyens, notamment : la création de conseils de gestion ou de conseils consultatifs autochtones locaux; la participation de la communauté aux orientations stratégiques des projets; l'élaboration d'accords officiels avec les organisations partenaires; et la participation des clients à la détermination des plans opérationnels des programmes, entre autres (Morley, 2015).

financement traditionnelles fondées sur les services professionnels et les limites institutionnelles sont demeurées en place, tout comme les obstacles à l'élaboration d'une approche collaborative, multidisciplinaire et intégrée pour la prestation de services de soins de santé primaires complets. En outre, l'absence d'un véritable partenariat et d'un engagement entre les populations autochtones et le gouvernement dans la formulation de la stratégie « *Closing the Gap* » ou dans des réformes plus larges du système de santé a compromis la capacité des stratégies actuelles à atteindre leurs objectifs. Donato et Segal affirment que si un financement supplémentaire peut conduire à certaines améliorations de la santé des Autochtones, la stratégie australienne visant à « combler l'écart » entre les peuples autochtones et la population générale est probablement irréalisable sans des changements structurels fondamentaux respectant la valeur de l'engagement, de l'appropriation et de l'autonomisation des communautés, étayés par un système de financement solidaire, souple et complet. L'unification de toutes les responsabilités en matière de financement et de politiques pour des services de soins de santé primaires complets et l'intégration des secteurs traditionnels et des ACCHS dans un cadre intégré de gestion des fonds fourniraient une base stratégique pour améliorer les résultats en matière de santé des peuples autochtones d'Australie.

En 2015, le gouvernement australien a créé des réseaux de santé primaires qui ont considérablement influencé la manière dont le financement

des soins de santé primaires est administré (Coombs, 2018). Ces réseaux ont été mis sur pied en réponse à une évaluation négative de leur précurseur, Medicare Locals, qui considérait les services locaux comme étant bureaucratiques et inutiles. Le but de ces réseaux était d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et la coordination des services de santé. Les réseaux fonctionnent comme des « tiers payeurs »; ils offrent un financement et un soutien aux prestataires de soins de santé primaires et contrôlent une part importante du financement dont dépendent les ACCHS. Au départ, ils se sont concentrés sur le repérage des lacunes en matière de services, mais sont maintenant passés à une « phase de mise en service, qui suppose la 'co-conception' et l'achat de services supplémentaires (y compris des services propres aux Autochtones) pour combler les lacunes en matière de services » (Department of Health et Price Waterhouse Coopers, 2016, cité dans Coombs, 2018, p. S39). Ce processus a abouti à la sous-traitance et à la privatisation des services de santé. Parce que les soins de santé primaires contrôlent à la fois les processus d'évaluation des besoins et de financement, ils menacent l'autodétermination autochtone en matière de santé. La structure de pouvoir et les dispositions contractuelles des soins de santé primaires « lient les prestataires de services autochtones aux exigences des soins de santé primaires en tant qu'acheteurs » (Coombs, 2018, p. S40) et les laissent exclus des forums de prise de décision sur la santé des autochtones. Cette situation fait abstraction de la richesse de l'expérience, de l'expertise et

des connaissances culturelles autochtones des ACCHS, sape leur pouvoir de définir les priorités en matière de santé et la manière dont leurs fonds sont dépensés et favorise les relations conflictuelles entre les peuples autochtones et les gouvernements. Cette initiative politique est un exemple de la manière dont les gouvernements ont exclu les populations autochtones des processus décisionnels qui les concernent.

Dans une étude comparant la mise en œuvre du contrôle des communautés autochtones sur les soins de santé, Lavoie et Dwyer (2016) ont tiré trois leçons essentielles pour l'Australie à partir du contexte canadien. Au Canada, le contrôle communautaire est transféré à des structures de gouvernance préexistantes. Ces structures reçoivent des fonds pour élaborer un plan de santé communautaire qui reflète leurs priorités et procéder, tous les cinq ans, à des évaluations considérées comme essentielles pour garantir une amélioration continue. En Australie, le contrôle des soins de santé par les communautés autochtones suppose généralement de créer création de nouvelles organisations non gouvernementales appartenant à la communauté locale et constituées en vertu de diverses lois nationales ou étatiques, qui ne reçoivent pas les mêmes types de ressources et de soutien que les communautés autochtones du Canada. La mise en œuvre du contrôle des communautés autochtones sur les soins de santé dans le contexte australien prend du temps, mais elle se fait souvent dans des délais irréalistes, ce qui donne l'impression que les organisations de santé contrôlées



par les autochtones sont des échecs. Lavoie et Dwyer affirment qu'une vision à long terme et des ressources sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du contrôle des soins de santé par les communautés autochtones. En Australie, une partie du défi réside dans le fait qu'il existe un mélange plus complexe des rôles de financement et de réglementation entre les différents ordres de gouvernement, ce qui ne laisse aucun gouvernement clairement responsable des améliorations de la santé des Autochtones. Bien qu'une réforme constitutionnelle soit nécessaire pour résoudre ce problème, d'autres mesures pourraient être prises pour attribuer la responsabilité des services de soins de santé primaires au gouvernement fédéral, pour clarifier les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et des États et pour harmoniser les exigences contractuelles et de responsabilité. Lavoie et Dwyer soulignent également que la nouvelle approche contractuelle de gestion publique (NPM) de l'Australie, qui met l'accent sur les appels d'offres pour des interventions sanitaires prédéfinies, constitue un obstacle à la mise en œuvre du contrôle des communautés autochtones dans le domaine des soins de santé. Ils font valoir que dans les communautés autochtones rurales et éloignées, les soins de santé primaires nécessitent une continuité des soins et des relations de confiance à long terme entre les prestataires de soins et les clients, qui ne sont pas favorisées par les approches NPM. Ainsi, alors que l'Australie a exercé un contrôle autochtone sur les politiques de santé, la mise en œuvre de ces dernières reste incomplète (Lavoie et Dwyer, 2016).

## La Nouvelle-Zélande

Le système de santé de la Nouvelle-Zélande est similaire à celui du Canada. Tous les résidents ont un accès gratuit aux services publics, tels que les programmes de promotion de la santé et de protection contre les maladies, les soins hospitaliers publics, les services ambulatoires, certains soins communautaires et les soins palliatifs, tandis que d'autres services comme les soins primaires, les soins de longue durée et les produits pharmaceutiques, sont fortement subventionnés par le gouvernement (Organisation mondiale de la santé [OMS] et ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2012). Cependant, il existe dans le système canadien certaines différences clés susceptibles d'influencer la transférabilité des modèles néo-zélandais de gouvernance et de financement de la santé au contexte canadien, notamment la « relation avec le gouvernement fédéral, le nombre de traités, la présence d'un gouvernement autochtone et la reconnaissance du droit inhérent à l'autonomie », ainsi que le niveau de fragmentation du système de santé (Lemchuk-Lavel et Jock, 2004a, p. 99). Le système néo-zélandais ne comporte qu'un seul système de santé sous contrôle fédéral, sans le niveau de compétence supplémentaire des gouvernements provinciaux et territoriaux que l'on voit au Canada. Les Maoris ont une représentation politique garantie au Parlement, ce qui leur permet de jouer un plus grand rôle dans la santé et la prise de décisions à l'échelle nationale, alors que les peuples autochtones du Canada n'en ont pas. Le Canada a signé un certain nombre de traités, d'accords d'autonomie gouvernementale et de revendications territoriales

globales visant à reconnaître et à garantir les droits de groupes distincts des Premières Nations, Inuits et Métis, chacun ayant ses propres conditions, structures de gouvernance et modalités de financement, mais en Nouvelle-Zélande, un seul traité englobe cela : le traité de Waitangi, signé en février 1840. Ce traité constitue le fondement de la relation entre tous les Maoris et leurs colonisateurs britanniques. Il promet de protéger la culture maorie, permettant aux Maoris de vivre en Nouvelle-Zélande. Il énonce le droit à l'égalité devant la loi. Enfin, il reconnaît aux Maoris la propriété de leurs terres et de leurs ressources en échange de la domination britannique sur la Nouvelle-Zélande et des droits exclusifs d'achat des terres qu'ils pourraient souhaiter vendre (gouvernement de Nouvelle-Zélande, 2017).

Le gouvernement national s'est engagé à améliorer les résultats sanitaires des Maoris de plusieurs manières. Il a promulgué une loi en 2000 qui exige que les Maoris aient une voix officielle dans la planification et la prise de décisions en matière de soins de santé par l'entremise d'une représentation dans les conseils d'administration, et a poursuivi dans cette voie avec l'élaboration de l'« He Korowai Oranga », la stratégie de santé de Maori, qui a entraîné une prolifération d'un éventail diversifié de prestataires de services pour les Maoris (APN, 2017; Goodyear-Smith et Ashton, 2019; Saulnier, 2014). En outre, le gouvernement national a élaboré des cadres pour renforcer la fourniture de normes Rongoā (guérison traditionnelle), un processus dirigé par l'organisme national Rongoā. Dans chacune

de ces initiatives, un processus complet de consultation et d'approbation a permis aux Maoris d'obtenir une voix à tous les niveaux des politiques, de la planification et de la prise de décisions en matière de soins de santé.

En Nouvelle-Zélande, le financement du ministère de la Santé pour le secteur de la santé est administré par les conseils de santé de district (DHB). Les DHB sont les plus grands bailleurs de fonds et fournisseurs de services de santé, administrant environ 75 % du financement de la santé (OMS et ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2012). Ils sont chargés de financer les services de soins primaires, les services de santé publique, les services de soins aux personnes âgées et les services fournis par des prestataires de santé non gouvernementaux, tels que les Maoris et les prestataires de la région du Pacifique (ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, s.d.). Les rôles et les responsabilités des conseils régionaux de santé sont clairement définis, incluant des mécanismes pour « permettre aux Maoris de contribuer à la prise de décisions concernant les services de santé et d'invalidité et de participer à leur prestation » (OMS et ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2012, p. 2).

En 2001, le gouvernement néo-zélandais a introduit la stratégie de soins de santé primaires, qui visait à mettre en place une structure de soins de santé primaires offrant des services complets et coordonnés aux membres inscrits et réduisant les inégalités dans l'état de santé (Abel, Gibson, Ehau, Tipene Leach, Porou Hauora, 2005). Cela a conduit à la création d'organismes de soins de santé primaires. Les

DHB sous-traitent la prestation des services de santé aux organismes de soins de santé primaires par habitant, notamment en incluant des paiements supplémentaires pour atteindre les objectifs de santé (Goodyear-Smith et Ashton, 2019). À leur tour, ces petits organismes de soins de santé primaires doivent « entreprendre des initiatives de santé de la population parallèlement aux soins primaires centrés sur le patient, élargir l'éventail des prestataires et des compétences utilisées dans la prestation de soins primaires intégrés, améliorer l'accès aux services pour les populations défavorisées et assurer la participation de la communauté à la prise de décisions et à la gouvernance des services de santé » (Abel et coll., 2005, p. 70). Les organismes de soins de santé primaires adoptent une approche holistique des soins de santé primaires qui met l'accent sur le développement communautaire et les collaborations intersectorielles, tant au niveau des individus qu'à celui de la population. Ce modèle de prestation de services de santé décentralisés signifie que la responsabilité et l'autorité en matière de financement et de planification se situent à trois niveaux distincts : national, régional et local (OMS et ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2012). Le gouvernement national définit des normes nationales minimales de services en terme de portée, d'accessibilité, de frais d'utilisation, de qualité et de sécurité, ainsi que des critères d'éligibilité pour une série de services de santé auxquels tous les Néo-Zélandais ont droit. Il établit également des exigences en matière de rapports afin de garantir que les services soient fournis de manière cohérente, équitable, accessible



et qu'ils soient de grande qualité. Les DHB concluent des contrats de prestation de services de santé avec de petits organismes de santé publique, et ces derniers planifient et fournissent des services de santé dans les communautés locales.

La création des organismes de soins de santé primaires s'est faite très rapidement; en octobre 2004, 91 % de la population néo-zélandaise étaient inscrits dans 77 organismes de soins de santé primaires, dont plus de 75 % des Maoris, en octobre 2004 (OMS et ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2012). Dans cette structure de gouvernance de la santé, les patients s'inscrivent auprès d'un organisme de soins de santé primaires et plusieurs de ces derniers peuvent être situés dans la même zone, y compris des organismes propres aux Maoris. Les organismes de soins de santé primaires sont responsables de la planification, de la gestion, de la prestation et de l'achat des services, y compris ceux qui sont fournis dans les communautés, tels que les soins primaires, le soutien à domicile et les services de soins communautaires. La majorité de ces services sont fournis par des prestataires de services non gouvernementaux, y compris des Maoris et des prestataires de la région du Pacifique.

La stratégie de soins de santé primaires a entraîné une prolifération des prestataires de soins de santé issus des groupes maoris. En 2012, environ 275 prestataires de soins de santé et d'invalidité travaillant avec les conseils régionaux de santé appartenaient à des Maoris,

étaient régis par les groupes maoris ou fournissaient leurs services principalement aux Maoris (OMS et ministère de la santé, Nouvelle-Zélande, 2012). Il s'agissait notamment de petits prestataires se concentrant sur un seul type de service de santé, de prestataires complets offrant un mélange de services de santé personnels et publics et de prestataires intégrés offrant un large éventail de services de santé et sociaux. Ces services adoptent généralement une approche holistique, intégrant les dimensions physique, mentale, familiale et spirituelle de la santé. Bien qu'ils desservent principalement les Maoris, ils peuvent faire appel à des prestataires de services maoris et non maoris et mettre leurs services à la disposition de patients non maoris (Goodyear-Smith et Ashton, 2019). Bien que les organismes de soins de santé primaires soient tenus de favoriser l'engagement avec les prestataires de santé locaux des groupes maoris, les critères d'inscription risquent de désavantager les prestataires de santé maoris qui n'ont peut-être pas de services médicaux de première ligne ou la capacité de fournir un large éventail de services sans former de partenariats qui pourraient mettre en péril leur autonomie (Abel et coll., 2005).

En utilisant l'étude de cas « Ng āti Porou Hauora » (NPH), Abel et coll. (2005) ont évalué la mise en œuvre des organismes de soins de santé primaires. Le NPH a été créé en 1994 en tant qu'organisation caritative à but non lucratif, dans le but de fournir des services de santé intégrés, de grande qualité et

culturellement adaptés, à un coût faible ou nul aux membres inscrits dans la région de la côte est de la Nouvelle-Zélande. L'organisation est détenue et gérée par un conseil d'administration composé de membres de la communauté. Depuis son premier contrat de prestation de services de santé mentale résidentielle en 1995, le NPH a été créé pour inclure des cliniques de médecine générale, la majorité des services de santé de la côte est (y compris l'hôpital Te Puia Springs), plusieurs cliniques de santé urbaines et d'importants contrats d'éducation et de promotion de la santé. Un peu plus des trois quarts des patients inscrits sont des patients Maoris, le reste étant principalement des habitants des îles du Pacifique. Le NPH offre des services de santé intégrés holistiques mettant l'accent sur la « whānau » et sur la<sup>9</sup> santé et la prévention des maladies des communautés « hapu ». Les services de soins de santé primaires sont offerts par des équipes multidisciplinaires d'agents de santé communautaire, dont des infirmières de santé rurale, des conseillers, des agents des services de soutien communautaire, des agents de santé dentaire et un physiothérapeute.

Au fil des ans, le NPH a dû faire face à plusieurs défis majeurs (Abel et coll., 2005).

Le passage d'une approche axée sur les soins cliniques à une approche axée sur la santé de la population a causé des défis liés à la collecte de données sur la santé de la population, y compris l'établissement de priorités en matière de collecte de données, l'analyse des données et la garantie

---

<sup>9</sup>« Whānau » est le mot maori pour la famille élargie, tandis que les « hapu » sont des divisions des tribues maories (iwi), qui se traduisent par « communauté ».



qu'elles sont intégrées dans les soins aux patients ou prises en compte dans un cadre de santé de la population. En outre, le financement de la promotion de la santé a été fixé à 2 dollars néo-zélandais par habitant, ce qui était terriblement insuffisant dans le contexte des problèmes de santé complexes de la région, même si certaines initiatives ont été financées par d'autres sources de financement. Il a également été difficile de mettre au point des indicateurs d'évaluation du rendement, notamment pour déterminer la pertinence de ces indicateurs dans le contexte maori, car certaines des dimensions de la santé qui sont importantes pour les communautés maories n'ont pas été prises en compte. Depuis lors, des travaux ont été entrepris pour élaborer des cadres plus appropriés pour mesurer l'efficacité des services de santé qui tiennent compte de la vision maorie du monde. La stratégie de soins de santé primaires exige la participation de la communauté à la gouvernance des organismes de soins de santé primaires, ainsi que la promotion de partenariats entre les prestataires et les consommateurs. Toutefois, l'interprétation de cette exigence a été modifiée au fil des ans. Dans le modèle NPH, les groupes de prestataires partenaires ne sont pas représentés au conseil du NPH et doivent passer par le représentant de leur conseil communautaire local pour apporter leur contribution aux questions de gouvernance. Cela permet une plus grande participation de la communauté à la prestation des services de soins de santé primaires, mais crée certaines tensions en matière de partenariats entre prestataires et consommateurs. Un autre défi

était que le modèle de financement par habitant des organismes de soins de santé primaires pour les coûts de gestion était insuffisant pour couvrir entièrement les infrastructures et certains coûts de base. La résolution de ce problème a nécessité de longues négociations. Enfin, on s'attendait à ce que le remplacement d'un mode de financement fragmenté fondé sur la rémunération des services par un financement par patient d'une population inscrite se traduise par un mode de passation de contrats plus global; cependant, l'arrivée de nouvelles sources de financement et de contrats pour certains projets a compliqué le processus de financement, car chacun a son propre plan, son propre calendrier de rapports et sa propre comptabilité financière.

Si l'équité pour les groupes maoris est inscrite dans les politiques néo-zélandaises, la mise en pratique des principes d'équité dans l'élaboration des décisions de financement, l'élaboration, la mise en œuvre ou le suivi des programmes reste un combat (Sheridan et coll., 2011). Une série de réformes en cours ont eu lieu dans les structures qui ont régi le système de santé néo-zélandais à la suite de l'élection d'un gouvernement de centre-droite en 2008. Alors que le gouvernement précédent donnait la priorité à la participation des communautés à la gouvernance, à la prise de décisions locale, aux stratégies de santé publique et à la réduction des inégalités, le nouveau gouvernement s'est principalement concentré sur l'amélioration de la qualité, de la productivité et de l'accès aux services, ainsi que sur l'accroissement de l'efficacité et la réduction des coûts. À cette fin, le ministère de la Santé a

entrepris un processus de fusion des organismes de soins de santé primaires, qui a abouti à une réduction à 32 organismes de soins de santé primaires de structures et de tailles diverses, avec un taux d'inscription d'environ 93 % de la population néo-zélandaise (Goodyear-Smith et Ashton, 2019). Cela a entraîné une certaine perte d'élan « dans la prestation de soins de santé primaires innovants, accessibles et efficaces pour les groupes de population ayant des besoins élevés », ainsi qu'une érosion de l'engagement en faveur de l'équité dans les résultats sanitaires (Goodyear-Smith et Ashton, 2019, p. 438). En conséquence, si les groupes maoris ont observé certaines améliorations dans les résultats en matière de santé, notamment une plus grande espérance de vie, une diminution de la mortalité infantile, une quasi-éradication des maladies infectieuses et une adoption plus large de modes de vie sains, la réforme du système de santé n'a pas encore permis d'obtenir des résultats équitables pour tous les Maoris (Health Quality & Safety Commission, Nouvelle-Zélande, 2019). Des années de restriction des dépenses n'ont pas non plus permis de résoudre les problèmes d'accès aux soins pour tous les Maoris, comme le démontre une petite étude pilote de 2017. Cette étude a révélé que 28 % de la population, et 38 % des Māoris ont déclaré ne pas avoir pu obtenir des soins primaires quand ils en avaient besoin au cours des 12 derniers mois, en raison, principalement, de l'incapacité à payer les consultations chez le médecin généraliste (14 %) ou à prendre un rendez-vous dans les 24 heures (17 %) (ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2018).

## Modèles de santé canadiens soutenant l'autodétermination des autochtones

Le transfert du contrôle des services de santé publique aux populations et communautés autochtones du Canada a permis d'améliorer l'accès aux soins et les résultats en matière de santé. Il a également permis d'accroître l'élaboration de modèles de santé qui soutiennent l'autodétermination des Autochtones. Étant donné que chaque modèle est adapté aux divers contextes et aux besoins et priorités uniques des communautés et des régions, ils diffèrent considérablement. Il n'existe qu'un seul exemple de modèle de transfert de responsabilités à l'échelle provinciale, celui de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique (AFNHP, 2016). L'Ontario a mis en place une réforme structurelle du système de santé pour les peuples autochtones en créant un système de centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones, qui sont gérés conjointement par le gouvernement provincial et les organismes autochtones. Plusieurs modèles de gouvernance de la santé autochtone ont été mis en place par l'entremise d'accords d'autonomie gouvernementale. Il existe également de nombreux exemples de modèles de communautés locales. Cette section décrit divers exemples canadiens de modèles de santé qui soutiennent l'autodétermination des peuples autochtones.

## Modèles provinciaux de gouvernance autochtone en matière de santé

Les autorités sanitaires autochtones offrent la possibilité de mettre en place un modèle de gouvernance et une structure de financement à plus grande échelle. Ce modèle permet aux personnes admissibles de bénéficier d'un continuum de services, des cliniques de santé aux laboratoires de diagnostic, aux soins ambulatoires et aux services hospitaliers (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). Les autorités sanitaires autochtones ont de vastes responsabilités en matière de programmes et de services de santé provinciaux et fédéraux, de programmes sociaux étroitement liés au système de santé, tels que les soins aux adultes, les soins aux enfants, les programmes de lutte contre la violence familiale et les systèmes provinciaux et territoriaux comparables, ainsi que certaines responsabilités de gestion de deuxième et de troisième niveau..

### Colombie-Britannique

Mise en place en 2013, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en Colombie-Britannique est un modèle de gouvernance relativement nouveau qui assure le contrôle et la gestion autochtones de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans les régions de la Colombie-Britannique (Henderson et coll., 2018). Elle a été créée à la suite d'un accord tripartite entre les gouvernements fédéral et provincial et les dirigeants des Premières Nations. Le gouvernement fédéral s'est engagé, aux termes de l'Accord de financement du Canada signé en 2013, à verser à la Régie jusqu'à 4,7 milliards de dollars sur une période

de dix ans. Ces accords prévoient un facteur de progression annuel (augmentation) de 5,5 % pour les cinq premières années afin de tenir compte de l'augmentation du coût des soins de santé (APN, 2017). Ce niveau de financement durable permet aux Premières Nations de s'engager dans une planification à long terme et de créer des programmes holistiques.

La RSPN a repris l'entière responsabilité des programmes et des services qui étaient auparavant fournis par le Bureau du Pacifique de la DGSPNI, notamment les soins primaires, les services de santé mentale et de traitement des dépendances et l'administration des services de santé non assurés. Elle a également assumé la responsabilité de la coordination des programmes et des services de santé avec le ministère provincial de la Santé et les autorités sanitaires, ainsi que du financement et du soutien de la prestation des services de santé à l'échelle locale. Les services de santé sont administrés par le principal centre administratif provincial, situé à Vancouver, en Colombie-Britannique, et par cinq bureaux régionaux.

La RSPN fonctionne dans le cadre d'une structure de gouvernance à plusieurs niveaux de responsabilité partagée. Elle est responsable de la planification, de la gestion, de la prestation et du financement des programmes et services de santé dans 200 communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique (RSPN, s.d.-a). Le First Nations Health Council (FNHC) assure le leadership politique pour la mise en œuvre des engagements tripartites et est composé de 15 représentants des régions de la Colombie-Britannique

(FNHC, 2019). La First Nations Health Directors Association comprend des directeurs et des gestionnaires de la santé qui travaillent pour les communautés des Premières Nations. Elle fournit un soutien technique et agit en tant qu'organe consultatif technique auprès du FNHC et de la RSPN sur la recherche, les politiques, la planification et la conception des programmes, ainsi que la mise en œuvre des plans de santé (RSPN, s.d.-a). Enfin, le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations coordonne les efforts de programmation et de planification entre la RSPN, les autorités sanitaires régionales et provinciales de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et les partenaires de la DGSPNI (RSPN, s.d.-a). Le partenariat qui régit cette structure de santé est axé sur la responsabilité réciproque, fondé sur « une confiance et un respect profonds et inconditionnels, et s'appuie sur une bonne communication », et est guidé par les principes suivants : diriger en tenant compte de la culture, honorer les personnes qui ont ouvert la voie, maintenir l'unité et la discipline, créer des liens solides, participer au bon niveau et respecter la méthode de travail de chacun (FNHC, ministère de la Santé de la C.-B. et Santé Canada, 2012, p. 8).

Le financement de la RSPN se compose de trois blocs (RSPN, s.d.-b). Le premier bloc couvre tous les aspects des soins de santé primaires et de la protection de la santé publique, y compris les activités liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, à la protection de la santé publique et à la santé environnementale. Le deuxième

bloc couvre les services de santé complémentaires, y compris le transport médical, les interventions de crise à court terme, les conseils en matière de santé mentale, les soins dentaires, les médicaments sur ordonnance, les fournitures et équipements médicaux, les soins de la vue et les services de professionnels de la santé itinérants. Le troisième bloc couvre le soutien aux infrastructures de santé, y compris la capacité du système de santé (p. ex., les ressources humaines, les installations et les activités de transport du système de santé).

Le modèle de la RSPN comprend certaines caractéristiques fondamentales considérées comme essentielles dans les modèles axés sur les Autochtones (RSPN, 2018). La prise de décision est une responsabilité partagée entre les gouvernements fédéral et provincial et les Premières Nations de la Colombie-Britannique. La RSPN a établi des relations et des partenariats solides avec plus de 80 groupes d'intervenants, dont des ministères et organismes fédéraux et provinciaux, des organisations des Premières Nations, des établissements universitaires et des organismes à but non lucratif. Cela a donné lieu à plusieurs initiatives clés visant à améliorer les services de santé pour les Premières Nations dans le cadre du système de santé général, notamment : la signature de la Déclaration d'engagement à assurer la sécurité et l'humilité culturelles dans les services de santé signée en 2016-2017 par tous les organismes de réglementation de la santé en Colombie-Britannique; la création d'un partenariat avec BC Patient Safety and Quality Control visant à faire de la sécurité et de l'humilité culturelles une dimension des

*L'ASPN a établi des relations et des partenariats solides avec plus de 80 groupes d'intervenants, y compris des ministères et organismes fédéraux et provinciaux, des organisations de Premières Nations, des établissements universitaires et des organismes sans but lucratif. Cela a donné lieu à plusieurs initiatives clés pour améliorer les services de santé pour les Premières Nations ...*

services de santé de qualité; et la mise en place d'une formation obligatoire sur la sécurité culturelle autochtone pour les évaluateurs des services de santé, les fournisseurs de soins de santé mentale et les autres personnes travaillant dans le domaine de la santé auprès des Premières Nations. Ces initiatives ont permis d'intégrer la sécurité culturelle dans tous les aspects des soins essentiels aux peuples autochtones dans les institutions traditionnelles. Plusieurs régions ont conclu des plans de bien-être régionaux et des accords de partenariat avec les autorités sanitaires régionales afin d'améliorer l'accès aux services de santé.

Bien que la RSPN fonctionne à l'échelle provinciale, le contrôle des communautés locales sur la planification et la gestion des programmes et des services de santé a été facilité par des accords de contribution souples fournis



par la RSPN aux communautés des Premières Nations et à leurs organisations de santé dans le but de soutenir un éventail diversifié de projets qui favorisent la santé et le bien-être des communautés. La RSPN a également créé des centres d'engagement communautaire pour encourager les collaborations naturelles, créer des efficacités, partager des ressources et résoudre les problèmes qui se posent aux Premières Nations dans les services de santé ordinaires (AFNHP, 2016). La RSPN a pris des mesures pour combler les lacunes en matière de données en élaborant ses propres enquêtes communautaires visant à évaluer les lacunes en matière de logement, d'alimentation et de nutrition, de développement de la petite enfance et les services sociaux et de santé, et en travaillant avec le responsable provincial<sup>10</sup> de la santé pour élaborer un ensemble d'indicateurs de santé et de bien-être culturellement adaptés. La RSPN a également intégré des actions visant à aborder les déterminants de la santé dans les politiques et les programmes, comme les coûts associés à l'obligation de se déplacer pour accéder aux services de santé. La responsabilité réciproque a été ancrée comme un aspect fondamental de la structure de gouvernance de la santé de la RSPN, avec des objectifs et des mesures clés cernés pour suivre les progrès liés à l'efficacité de la gouvernance de la santé des Premières Nations, les effets en tant que partenaire de la santé et du bien-être et les mesures liées à la qualité des services, entre autres (RSPN, 2018).

Dans son examen de la RSPN, le Bureau du vérificateur général du Canada [BVG] (2015) a cerné les facteurs qui ont aidé l'organisme à surmonter les obstacles structurels. Ces facteurs sont les suivants :

- l'engagement soutenu de toutes les parties à l'entente tripartite, qui a permis d'instaurer un climat de confiance et de respect pendant que les parties travaillaient à l'élaboration d'une série d'accords et de conventions précisant la manière dont le changement devait être facilité, les objectifs et les jalons à atteindre, ainsi que les responsabilités de chaque partenaire;
- la détermination d'un point de contact unique (le First Nations Leadership Council, composé de représentants des trois organisations politiques des Premières Nations de la Colombie-Britannique) pour représenter toutes les Premières Nations de la province et présenter une voix et une approche unifiées dans les négociations;
- la reconnaissance des obstacles structurels à la prestation des services dans l'accord, y compris les changements législatifs qui devaient être apportés, le mécanisme de financement, et les organisations et structures qui soutiendraient la capacité locale de prestation des programmes;
- un financement durable à long terme pour assurer la certitude des budgets de fonctionnement et permettre une planification à long terme,

avec des mécanismes de financement pour tenir compte de l'augmentation des coûts des soins de santé;

- la reconnaissance de la nécessité de soutenir la RSPN non seulement par le financement de programmes, mais aussi par des ressources pour la planification, le suivi et l'administration.

Ce modèle de gouvernance de la santé a conduit à un certain nombre d'améliorations clés dans la prestation des services de santé dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Parmi ces améliorations, citons : une meilleure participation aux cliniques de vaccination communautaires, une formation obligatoire en sensibilisation culturelle pour le personnel, un accès élargi aux services de santé électroniques, un meilleur accès aux services de santé grâce à des modèles de prestation à distance, un meilleur accès aux programmes de formation dans les régions éloignées (BVG, 2015) et une réduction des délais de service (Levesque, 2017). Une évaluation de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations a mis en évidence certaines réussites importantes, notamment le transfert réussi des responsabilités de la région de la Colombie-Britannique de la DGSPNI à la RSPN; la démonstration de la responsabilité réciproque et de la collaboration entre les trois parties à l'accord tripartite; l'intégration des perspectives des Premières Nations sur la santé et le bien-être

<sup>10</sup> Le bureau provincial de la santé travaille avec plusieurs agents de santé provinciaux adjoints, dont un médecin-conseil en santé autochtone qui fournit des conseils et un soutien indépendant sur les questions de santé des Premières Nations et des Autochtones et s'attache à combler l'écart entre les résultats sanitaires des Premières Nations et ceux des autres habitants de la Colombie-Britannique.

dans l'ensemble du système de santé de la Colombie-Britannique; la création de flux de financement souples et de nouveaux modèles de prestation des services pour améliorer l'accès au système de santé et la qualité des services; et de modestes améliorations dans l'un des cinq indicateurs liés à l'espérance de vie des Premières Nations, à la mortalité normalisée selon l'âge, à la mortalité infantile et au suicide chez les jeunes (RSPN, province de la Colombie-Britannique et SAC, 2019).

Toutefois, la RSPN est encore en évolution et a rencontré quelques difficultés en ce qui concerne la communication sur les rôles et les responsabilités des différents intervenants et la façon de travailler ensemble en tant que partenaires égaux pour faire progresser la santé des Premières Nations (RSPN, 2016). Elle a également cerné des défis en matière de capacités et d'institutions — tant au sein de la RSPN que du système de santé général — qui entravent l'intégration des perspectives des Premières Nations en matière de santé et de bien-être dans le système de santé, notamment les demandes accrues de participation aux processus d'engagement et de prise de décisions, le racisme permanent au sein de la culture organisationnelle et les politiques, pratiques et croyances bien ancrées qui ne tiennent pas compte des modes de connaissance autochtones (RSPN, gouvernement de la Colombie-Britannique et SAC, 2019). En outre, bien que la RSPN ait établi un cadre de

responsabilité et de gouvernance pour guider les opérations et promouvoir la transparence et la responsabilité, certaines lacunes sont apparues concernant les conflits d'intérêts, le recrutement, la sécurité du personnel, les enquêtes administratives, l'information et la divulgation financières et la réinstallation des employés, que la RSPN s'est efforcée de combler (FNHA, 2016; Lévesque, 2017; BVGC, 2015). L'accord tripartite qui a établi ce modèle de gouvernance de la santé des Premières Nations doit expirer en 2021.

La RSPN est un modèle prometteur pour d'autres communautés autochtones du Canada et du monde entier dans leur lutte pour la transformation de la gouvernance de la santé et l'autodétermination (O'Neil et coll. 2016). Toutefois, il n'est pas forcément transférable automatiquement à d'autres secteurs de compétence en raison des différences dans les contextes régionaux, les besoins et les atouts des communautés et de l'existence de traités locaux<sup>11</sup> (Richardson et Murphy, 2018). Par exemple, Richardson et Murphy notent qu'en Alberta, la prise de décisions en matière de santé est plus centralisée qu'en Colombie-Britannique, ce qui peut poser certains problèmes pour la mise en œuvre de ce type de modèle de gouvernance dans cette province. En outre, les modèles de gouvernance de la santé à petite échelle peuvent être mieux adaptés pour répondre aux besoins de santé et aux cultures uniques de certaines communautés.

## Ontario

Une réforme structurelle à grande échelle a également été entreprise en Ontario; cependant, dans cette province, elle a conduit à la création d'organes de planification et de prise de décisions plus localisés en matière de santé. En 1994, l'Ontario a entamé une période de réforme structurelle du système de santé pour les peuples autochtones en mettant en œuvre la politique de santé autochtone. Cette politique, élaborée en large consultation avec les communautés des Premières Nations, inuites et métisses, a cerné les soins primaires dirigés par les communautés autochtones comme un « pilier clé de la vision de l'avenir » (Centres autochtones d'accès aux soins de santé de l'Ontario [CAASSO], 2015, p. 7). Cette politique a conduit à la création de Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) qui fournissent des services de santé dans les réserves et hors réserves, dans les collectivités urbaines, rurales et nordiques — dont dix qui desservent les Premières Nations, huit qui desservent les Métis et quatre qui desservent les Inuits. Ces centres sont gérés conjointement par le gouvernement de l'Ontario et des organisations autochtones. Le financement de base provient du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario par l'entremise de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Les CASSA s'associent également à d'autres ministères et organismes provinciaux et fédéraux pour

<sup>11</sup> Comme les traités sont signés avec des populations autochtones distinctes, chacun comportera des dispositions uniques en matière d'autonomie gouvernementale, ce qui constitue un obstacle potentiel à l'élaboration d'approches de gouvernance de la santé qui couvrent plusieurs secteurs de compétence autochtones.

*Les Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones sont des chefs de file dans le développement des partenariats et de l'intégration des services avec les agences de santé et des services sociaux autochtones et non autochtones, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, afin de garantir que les clients ont accès à un large éventail de services.*



fournir des services, notamment le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (qui finance les programmes de lutte contre l'ETCAF), le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario (qui finance des projets d'alimentation et de vie saines), les réseaux locaux d'intégration des services de santé<sup>12</sup> (RLISS) de l'Ontario (qui financent des projets de santé mentale et les programmes « Vieillir chez soi »), la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida chez les Autochtones (qui finance des programmes de prévention et de soins du VIH et du sida) et Santé Canada (qui finance plusieurs programmes et projets dans les réserves

(CAASSO, 2015). En outre, ces centres sont des chefs de file dans le développement de partenariats et l'intégration de services avec des organismes de santé et de services sociaux autochtones et non autochtones, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, afin de s'assurer que les clients ont accès à un large éventail de services. Cela comprend des partenariats avec des pavillons de ressourcement, des centres de santé communautaire, des programmes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, des organismes de soutien communautaire, des organisations de santé sexuelle et génésique, des hôpitaux locaux, des maisons de soins de longue durée, des centres d'amitié autochtones, des refuges et des autorités en matière de logement, des sociétés d'aide à l'enfance, des écoles locales, des centres communautaires et des centres de ressources, entre autres (CAASSO, 2015).

Les CASSA sont des organisations de soins de santé primaires dirigées par la communauté qui offrent un ensemble diversifié de services et de soutiens. Il s'agit notamment de soins cliniques de grande qualité axés sur la prévention et la gestion intégrées des maladies chroniques, de programmes axés sur le renforcement des familles et l'autonomisation des jeunes, d'initiatives de développement communautaire, d'initiatives de bien-être mental et de conseils en matière de toxicomanie, ainsi que de pratiques de guérison traditionnelles (Henderson et

coll., 2018; CAASSO, 2015). Pour améliorer l'accès aux services de santé, aucuns frais ne sont associés à l'utilisation des programmes et des services, et ceux-ci sont holistiques, culturellement adaptés et centrés sur le patient; ils tiennent compte des traumatismes et sont ancrés dans les forces des communautés. Les services et les programmes sont les principales caractéristiques qui contribuent au succès de ces centres :

- ils sont ancrés dans les conceptions autochtones de la santé et du bien-être;
- ils sont interdisciplinaires, englobant les guérisseurs traditionnels et les prestataires de soins de santé réguliers qui travaillent en collaboration pour fournir des soins complets;
- ils sont dirigés par la communauté et régis soit par les membres d'un conseil d'administration communautaire dans les circonscriptions locales, soit par les conseils de bande élus des Premières Nations;
- ils sont axés sur la communauté « en tant que participants actifs à la conception des services de santé et de soutien » (p. 9);
- ils encouragent la participation et le soutien des familles; et
- ils intègrent les déterminants de la santé (CAASSO, 2015).

Entre 1995 et 2005, les CASSA ont connu une expansion importante, contribuant à un meilleur accès aux services de santé et à l'amélioration

<sup>12</sup> Le 13 novembre 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son intention de mieux intégrer le système de santé de la province, ce qui comprend le transfert de cinq organismes provinciaux au ministère de la Santé de l'Ontario et le regroupement des 14 RLISS existants en cinq régions géographiques provisoires et transitoires (Ouest, Centre, Toronto, Est et Nord) (ministère de la Santé, gouvernement de l'Ontario, 2019).



des résultats en matière de santé pour les clients autochtones et leurs familles (CAASSO, 2015). Les CASSA desservent aujourd'hui plus de 93 000 clients et ont apporté une contribution positive à un certain nombre de problèmes de santé évitables, notamment la désaccoutumance au tabac, la santé bucco-dentaire des enfants et le diabète. Les données ont montré que ces centres ont contribué de manière substantielle à la diminution des visites aux urgences et à l'amélioration de l'accès aux rendez-vous le jour même, aux services de santé et de dépistage, à la gestion des maladies, ainsi qu'à l'éducation et à la promotion de la santé dans le respect de la culture (Cercle de leadership des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaire autochtones, 2016; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a).

Étant donné que les CASSA intègrent financièrement les programmes de santé et de bien-être de Santé Canada et de Services aux Autochtones Canada, ils ont la possibilité de réaliser des économies administratives (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). Ils ont toutefois dû relever plusieurs défis. Des épisodes de discordance entre les secteurs de compétence et de relations diversifiées entre les communautés, les organisations et les gouvernements autochtones ont eu lieu (Cercle de leadership des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaire autochtones, 2016). Les CASSA ont souvent été exclus des initiatives gouvernementales mises à la disposition des organisations de soins de santé primaires non autochtones, ce qui a renforcé

les inégalités en matière de santé (CAASSO, 2015). Lorsque la demande de services a commencé à dépasser les niveaux de financement, les listes d'attente se sont allongées et des obstacles majeurs sont apparus dans le recrutement et le maintien en poste du personnel, laissant les CASSA en crise dès 2005 (CAASSO, 2015). En réponse, le réseau des CASSA a été créé pour déterminer la nature et l'ampleur de la crise. Après la publication de ses conclusions dans le rapport intitulé « *Waseku : Enhancing Aboriginal Primary Health Care in Ontario* », qui a permis de mieux reconnaître le manque de financement, la dynamique a commencé à changer et le gouvernement de l'Ontario a commencé, en 2007, à fournir des politiques ciblées et un soutien financier aux CASSA. Bien que l'augmentation du financement ait empêché le déficit de financement de s'aggraver, d'importantes inégalités de financement subsistent et des pénuries d'infrastructures persistent (CAASSO, 2015). Ces dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a également invité les CASSA à jouer un rôle plus important dans l'élaboration des programmes et initiatives de santé provinciaux.

La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a également conduit à un niveau sans précédent d'engagement formel des Autochtones dans la définition des priorités en matière de santé et d'allocation des ressources dans le cadre du modèle de gouvernance régionale de la santé de l'Ontario des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les RLISS sont des autorités sanitaires

locales qui sont responsables de l'administration des services de soins de santé publics. Ils sont tenus de collaborer avec les collectivités locales dans le cadre des efforts de planification, d'intégration et de financement des soins de santé locaux afin de favoriser un meilleur accès aux soins et une meilleure expérience pour les patients (gouvernement de l'Ontario, 2014; Lavoie, 2013). Chaque RLISS travaille avec un Conseil de la santé autochtone pour fixer les priorités en matière de santé et allouer des ressources (AFNHP, 2016). Ce processus favorise l'autodétermination des Autochtones dans la planification et la prise de décisions à l'échelon local, permettant à chaque communauté de définir le degré et la nature de sa participation au processus de planification.

## Résumé

Les modèles de gouvernance de la santé de la Colombie-Britannique et de l'Ontario visent tous deux à résoudre les problèmes de compétence liés aux Premières Nations vivant hors réserve et à améliorer l'accès aux services en intégrant les approches autochtones en matière de guérison et en s'efforçant de recruter et de conserver des professionnels de la santé autochtones (Henderson et coll., 2018). Ces deux systèmes ont également permis d'établir des objectifs visant à combler les écarts entre les résultats sanitaires des populations autochtones et ceux de la population générale.

## Modèles territoriaux de gouvernance de la santé

Contrairement à la plupart des communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle, la DGSPNI ne finance pas les soins primaires pour les programmes de santé des Premières Nations dans les territoires (APN, 2017). Le gouvernement fédéral transfère plutôt aux gouvernements territoriaux des fonds pour pratiquement tous les programmes de santé des Premières Nations (APN, 2017). Dans les Territoires du Nord-Ouest, le gouvernement territorial fournit des services de santé soit directement, soit par l'entremise d'accords de contribution avec les communautés des Premières Nations. Au Yukon, la majorité des Premières Nations ont conclu des accords d'autonomie gouvernementale et ont assumé le contrôle de la prestation des services et des programmes de santé dans leurs régions respectives en vertu de ces accords (APN, 2017). Ces ententes d'autodétermination s'accompagnent d'une obligation de la part des gouvernements fédéral et territorial de veiller à ce que les Premières Nations jouent un rôle clé dans l'élaboration et l'administration des programmes et des services qui leur sont destinés et à ce que la responsabilité de ces programmes et services revienne aux Premières Nations elles-mêmes. Les quelques autres Premières Nations qui n'ont pas conclu d'accord d'autonomie gouvernementale continuent de recevoir des fonds pour leurs programmes communautaires par l'entremise d'accords de contribution avec le gouvernement fédéral. Les Premières Nations de ces deux territoires peuvent également avoir accès aux

programmes de financement ciblés de la DGSPNI pour des initiatives de santé, qu'elles aient ou non l'autodétermination sur leurs programmes de santé. Alors que l'autonomie gouvernementale offre aux Premières Nations du Yukon un mécanisme officiel d'autodétermination en matière de politiques de santé, de planification et de prestation de services, le financement des Premières Nations autonomes est basé sur le nombre de personnes « inscrites seulement », à l'exclusion de tous les autres résidents non inscrits des communautés. En outre, les programmes de financement existants ne tiennent pas compte des coûts particulièrement élevés de la prestation des programmes et des services dans le nord du Canada (Conseil des Premières Nations du Yukon, 2010). Cette situation peut entraîner des pressions sur les ressources lorsque les Premières Nations ont l'obligation éthique de fournir des programmes et des services de santé aux autres résidents de la communauté parce qu'il n'y a pas d'autres options disponibles en matière de soins de santé.

Le Nunavut est le seul territoire ou province où le ministère de la Santé est responsable non seulement de la planification des programmes et des services, mais aussi de leur prestation directe (BVG, 2017). Comme plus de 84 % de la population du Nunavut est inuite (ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales 2016), le ministère intègre les « Qaujimajatuqangit » (connaissances et valeurs traditionnelles des Inuits) à tous les niveaux afin de s'assurer que la conception et la prestation des services de santé et des services sociaux sont culturellement

appropriées dans les communautés inuites (BVG, 2017). Le financement de ces programmes est assuré par le gouvernement fédéral par l'entremise d'un transfert en santé au gouvernement territorial, tout comme c'est le cas pour les autres gouvernements territoriaux. Au Nunavut, la contribution de la communauté aux soins de santé est minimale en raison de l'élimination des structures de gouvernance à l'échelon régional résultant de la formation du territoire (Healey, 2016). Tous les hôpitaux et les centres de santé sont régis par le ministère de la Santé, sans niveaux indépendants de surveillance et de responsabilité, ce qui rend difficile de répondre aux besoins locaux (Healey, 2016).

## Modèles régionaux

Il existe un certain nombre d'exemples de modèles de gouvernance de la santé aux échelons fédéral et provincial et d'intégration des ressources à l'échelon régional. Certains d'entre eux ont vu le jour dans le cadre d'accords sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale qui définissent la structure d'un nouveau gouvernement, l'arrangement fiscal et les relations entre les secteurs de compétence, ce qui permet d'offrir des programmes et des services plus innovants. D'autres sont des initiatives communautaires visant à réaliser des économies d'échelle.

La signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois en 1978 a permis aux Cris de la Baie James du territoire d'Eeyou Istchee et aux Inuits du Nunavik d'exploiter leur propre système de santé sous une autorité législative provinciale (Lemchuk-

Favel et Jock, 2004a). Ce modèle de gouvernance de la santé correspond étroitement à la vision du modèle d'intégration de la Commission Romanow de 2002, qui recommandait de consolider et de regrouper la santé autochtone dans un budget unique, qui serait administré par un partenariat de santé autochtone qui planifie et fournit des services de santé aux populations autochtones. Selon les termes de l'accord d'autonomie gouvernementale, les Cris de la Baie James et les Inuits du Nunavik ont obtenu l'autonomie et la responsabilité de leurs propres systèmes de santé grâce à des transferts de financement global des gouvernements fédéral et provincial. Les fonds fédéraux pour la santé sont transférés au gouvernement du Québec qui, à son tour, finance les deux conseils régionaux de la même manière que les autres conseils régionaux provinciaux. Ces autorités sanitaires sont responsables des hôpitaux, des postes de soins infirmiers communautaires et des cliniques de santé sur leurs territoires respectifs (AFNHP, 2016).

Le Conseil Cri de la santé et services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) est responsable de l'administration des services de santé et des services sociaux, y compris la prestation des services provinciaux et la gestion et la prestation d'un certain nombre de programmes fédéraux, pour toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut de Première Nation (APN, 2017; Henderson et coll., 2018). Pour soutenir ces services, les Cris négocient avec le gouvernement provincial du Québec pour l'allocation du budget de santé. Ce modèle de gouvernance leur

permet d'élaborer des programmes souples, holistiques et coordonnés qui dépassent les stricts silos budgétaires (APN, 2017). Les programmes sont coordonnés selon trois axes : 1) un programme régional de guérison qui intègre les traditions de guérison criées, 2) la prestation de services de santé et de services sociaux, et 3) la santé publique, la prévention, le bien-être et la planification communautaire (APN, 2017). Au sein des communautés, un modèle de soins de santé primaires a été élaboré pour éviter la fragmentation, promouvoir les valeurs culturelles et garantir des soins accessibles, continus, holistiques, intégrés, centrés sur le patient et efficaces (Henderson et coll., 2018). Le CCSSSBJ est régi par un conseil d'administration composé d'un président élu par la population de toutes les communautés criées, d'un directeur général, de neuf représentants communautaires élus par leurs communautés criées respectives, d'un représentant élu parmi et par les membres du personnel clinique, et d'un représentant élu parmi et par les membres du personnel non clinique (CCSSSBJ, 2012). L'existence à long terme de ce modèle, ainsi que la surveillance et l'évaluation régulières du rendement depuis 1970, ont permis une évaluation longitudinale de l'état de santé et des déterminants de la santé, en utilisant à la fois des indicateurs traditionnels de santé et des indicateurs spécifiques à la culture (voir, p. ex., Torrie, Bobet, Kishchuk et Webster, 2005). Ce modèle a contribué à améliorer considérablement la prestation et l'accessibilité des soins de santé primaires et les résultats pour les patients, notamment en ce qui concerne le recrutement et le soutien du personnel médical,

la réduction des coûts des médicaments, la mise en place d'un corridor de soins vers les grands centres, l'intégration des services sanitaires et sociaux et l'efficacité des campagnes de vaccination (Henderson et coll., 2018).

Les Inuits du Nunavik reçoivent leurs services de santé et leurs services sociaux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN). La RRSSSN, dont le siège social est situé à Kuujuaq, est régie par un conseil d'administration composé de 20 membres, dont des représentants nommés de chacun des villages et institutions nordiques du territoire, un conseiller régional nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik et un directeur général de la régie régionale (RRSSSN, 2020a). Chaque membre, à l'exception du directeur général, est nommé pour un mandat de trois ans, ou jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou reconduit dans ses fonctions. La RRSSSN est financée par le même mécanisme que le CCSSSBJ.

La RRSSSN gère deux centres de santé qui desservent 14 communautés inuites — le Centre de santé Inuulitsivik dans la baie d'Hudson et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava dans la baie d'Ungava. La RRSSSN donne accès à certains services de dépistage, d'imagerie médicale, de diagnostic et de traitement, à certains services de santé affiliés, tels que la pharmacie, la dentisterie, la réadaptation physique, la profession de sage-femme et les soins palliatifs, ainsi qu'à certains services médicaux spécialisés par l'intermédiaire de spécialistes itinérants, notamment la chirurgie dentaire, la gynécologie,



l'orthodontie, la psychiatrie, la rhumatologie, l'anesthésie, la chirurgie générale, la médecine interne, la chirurgie maxillo-faciale, la gastro-entérologie et la pédiatrie. Le Conseil est responsable de l'organisation, de la coordination, de l'élaboration et de l'évaluation d'une série de programmes et de services de promotion, de prévention et de protection de la santé publique, notamment dans les domaines de la santé mentale, de la prévention du suicide, des dépendances, de la santé physique, de la santé au travail, des maladies infectieuses, de la santé environnementale, des maladies chroniques, des enfants, des jeunes et des familles, ainsi que de la violence familiale et des abus sexuels. Certains de ces programmes et services sont offerts en partenariat avec des organisations régionales (RRSSSN, 2020b). En outre, le Conseil finance des organisations communautaires à but non lucratif qui travaillent à l'amélioration du tissu social et des conditions de vie des communautés, surveille l'état de santé de la population régionale, gère le programme du National Indian Health Board et supervise le recrutement, le maintien en poste et le développement des ressources humaines dans le domaine de la santé et des services sociaux. Enfin, le Conseil veille à ce que les valeurs et les pratiques inuites soient incluses dans le mandat des services sanitaires et sociaux, à ce que la sensibilité culturelle soit intégrée aux programmes et aux services, et à ce que les services et les ressources soient offerts en trois langues : l'inuktitut, l'anglais et le français.

La région a fait l'objet de plusieurs évaluations de l'état de santé des

Inuits, dont l'enquête exhaustive sur la santé de Qanuippitaa, menée en 2004, et les profils de santé des jeunes enfants et de leur famille, des jeunes, des adultes et des aînés, entrepris en 2015. Les évaluations de 2015 situent la santé dans un cadre holistique des déterminants sociaux de la santé et utilisent à la fois des indicateurs de santé traditionnels et des indicateurs de santé spécifiques à la culture, élaborés en collaboration entre l'Institut national de santé publique du Québec et la RRSSSN (RRSSSN, 2015a/b). Parmi les indicateurs positifs, citons l'amélioration de l'accès aux services périnataux et la possibilité d'accoucher à domicile grâce aux programmes locaux de sages-femmes, l'accès accru aux garderies, les niveaux élevés d'estime de soi et de fierté culturelle, la préservation des langues traditionnelles, les niveaux élevés de participation aux activités traditionnelles de récolte et les niveaux élevés de capital social; cependant, les défis liés aux niveaux élevés de détresse des jeunes, à la consommation de drogues et d'alcool, aux blessures involontaires, aux maladies sexuellement transmissibles et aux maladies chroniques persistent (RRSSSN, 2015a, 2015b).

La Weeneebayko Area Health Authority (WAHA), créée en 2010, est un réseau régional de soins de santé axé sur la communauté qui gère des hôpitaux et des postes de soins infirmiers et administre certains services de santé communautaire dans les collectivités criées isolées le long des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson dans le nord de l'Ontario. La WAHA est dirigée par un conseil d'administration composé de deux directeurs

nommés par chacune des six communautés criées de la région et de quatre membres d'office (sans droit de vote) (WAHA, 2020). Elle reçoit des fonds des gouvernements provincial (pour les médecins) et fédéral, les deux ordres de gouvernement contribuant au budget de l'hôpital (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). La WAHA fournit des services de santé en utilisant une approche holistique et intégrée qui intègre les méthodes de guérison traditionnelles et culturelles à la médecine, parallèlement aux approches occidentales (WAHA, 2019a). Elle soutient également les familles et les communautés par l'éducation à la santé, la défense des droits et les services en langue crie. La WAHA a établi une bonne relation de travail avec les gouvernements provincial et fédéral, ce qui a permis d'augmenter les budgets de santé, ainsi qu'avec les institutions universitaires, les organisations de santé non autochtones et d'autres parties prenantes (WAHA, 2017). La WAHA fonctionne comme un modèle de soins aigus, incluant des services de base, notamment les services d'urgence, les soins obstétricaux et hospitaliers, et les soins primaires (ambulatoires) dans toutes les communautés voisines. Néanmoins, la WAHA note qu'au moins quatre médecins de famille supplémentaires sont nécessaires pour fournir des soins primaires réguliers et prendre en charge les maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie sur le territoire (WAHA, 2017, p. 3). Elle a établi des objectifs et des mesures pour assurer et améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients, avec une responsabilité envers les communautés des Premières

Nations assurée par l'entremise de rapports annuels. Dans sa dernière évaluation, la WAHA a rendu compte de la satisfaction des patients, de l'efficacité de programmes précis et de la qualité des soins, et a mis en évidence certains domaines futurs dans lesquels des indicateurs de base pour l'évaluation seront élaborés. L'évaluation a démontré que la majorité des patients étaient satisfaits des services reçus dans les salles d'urgence, et que la grande majorité d'entre eux étaient satisfaits des services aux patients hospitalisés et des informations reçues par les patients (WAHA, 2019b).

Le Conseil de santé de la vallée des Nisga'a (CSVN), situé dans le nord de la Colombie-Britannique, est un autre exemple d'autonomie en matière de santé établi à la suite d'un accord d'autonomie. Fondé en 1986, le CSVN est responsable de la prestation de services de santé communautaires dans la vallée des Nisga'a. Il est composé de quatre centres de santé situés dans chacune des communautés Nisga'a de New Aiyansh, Gitwinksihlkw, Laxgalts'ap et Gingolx. Il fournit des services cliniques de santé primaire et des services de santé et de prévention communautaires à tous les résidents vivant sur le territoire, qu'ils soient des Premières Nations ou non, notamment dans les domaines de la santé publique, du soutien à domicile et des soins aux résidents, de la santé culturelle et communautaire, et de la santé mentale et du bien-être. Il est également responsable de l'administration du programme des NIHB pour tous les citoyens Nisga'a. Le CSVN adopte une approche holistique et intégrée

pour la fourniture de programmes et de services de santé, en intégrant les pratiques traditionnelles à la médecine occidentale. Il a le contrôle total des processus et des mesures de succès dans la prestation des soins de santé et est responsable devant le peuple Nisga'a.

Le CSVN est dirigé par un conseil d'administration composé de six membres — un de chacune des quatre communautés et un membre non Nisga'a — ainsi que d'un représentant désigné du gouvernement Nisga'a Lisims (CSVN, 2019). Il est tenu de satisfaire aux exigences liées à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une « approche globale, intégrée, ouverte, responsable et financièrement viable pour la prestation de programmes et de services de santé » aux personnes résidant sur les terres des Nisga'a (Gouvernement Nisga'a Lisims, 2020, paragraphe 2). Pour ce faire, il élabore des plans de santé quinquennaux qui définissent les priorités des programmes (révisées chaque année), surveille les progrès et rend compte à la Nation des objectifs, des résultats et de la prestation des services de santé (CSVN, 2015). Il a élaboré des indicateurs de rendement clés dans les domaines suivants : services médicaux, soins primaires, services de laboratoire clinique, services d'urgence et de soins infirmiers, santé publique (vaccinations, programme prénatal et postnatal), soutien à domicile et soins aux résidents, santé mentale et bien-être communautaire, services de santé non assurés et ressources humaines. Les succès signalés dans le plan de santé 2015-2020 comprennent : une augmentation

des vaccinations et des soins préventifs, un accès accru aux services de diagnostic et d'urgence, une augmentation des aiguillages en santé mentale, un nombre accru de clients enfants et jeunes engagés dans le centre de traitement des toxicomanies, une augmentation des rencontres des clients avec les services dentaires, une réduction des coûts des médicaments, une réduction des coûts de déplacement des patients et un nombre accru d'employés pour soutenir les services de santé (CSVN, 2015).

Le ministère de la Santé et du Développement social (MSDS) du gouvernement du Nunatsiavut, anciennement la Commission des services de santé des Inuit du Labrador, a également été créé à la suite d'un accord d'autonomie entre les Inuits de la région nord du Labrador, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial de Terre-Neuve. Le MSDS est responsable de la mise en œuvre de programmes sanitaires et sociaux propres aux Inuits dans toute la région, conformément à un ensemble de principes. Ceux-ci comprennent : des approches centrées sur le client; la pratique et la promotion de la culture et de la langue inuites; la promotion de l'équilibre entre les droits et les responsabilités; l'autonomisation, l'indépendance, l'autonomie et l'estime de soi; la collaboration et les partenariats; la responsabilité envers les clients et les intervenants; la consultation avec d'autres pour partager les connaissances et échanger des informations; le respect de soi-même et des autres; la démonstration de leadership et la promotion de modèles positifs; et le partage ouvert des informations (gouvernement du Nunatsiavut,

2019). Le MSDS dispose d'un bureau régional à Happy Valley-Goose Bay, qui est responsable de la surveillance, de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et des programmes. Il dispose de bureaux communautaires à North West River, Happy Valley-Goose Bay, Rigolet, Postville, Makkovik, Hopedale et Nain. Chacun de ces bureaux dispose d'une équipe qui travaille en étroite collaboration avec Labrador-Grenfell Health pour fournir des services sociaux et de santé au Nunatsiavut. Cette équipe comprend une infirmière de santé publique, un chef d'équipe, des travailleurs de santé communautaire, des travailleurs de garderie et des travailleurs de santé mentale. Le MSDS est responsable des programmes de santé communautaire de la DGSPNI, y compris ceux liés à la prévention des blessures, aux dépendances, au contrôle des maladies transmissibles, aux initiatives pour des enfants en bonne santé, aux soins à domicile et dans la communauté, à la santé sexuelle, aux modes de vie sains et au bien-être mental. Elle est également responsable de l'administration du programme des SSNA (gouvernement du Nunatsiavut, 2019) et des services de santé communautaire et publique de la province de Terre-Neuve-et-Labrador (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a).

La Nation Nishnawbe Aski a aussi récemment conclu un accord avec les ministères de la Santé fédéral et ontarien qui prévoit la transformation du système de santé en un système communautaire planifié et mis en œuvre (Richardson et Murphy, 2018). Cet accord prévoit un arrangement

tripartite entre les gouvernements fédéral et provincial de l'Ontario et la Nation Nishnawbe Aski pour la fourniture de programmes et de services de santé aux 49 communautés des Premières Nations du territoire, en utilisant un modèle qui intégrera certaines des caractéristiques de la RSPN de la Colombie-Britannique (Palmer et coll., 2017).

Les petites communautés isolées n'ont souvent pas la capacité de mettre en œuvre des changements à grande échelle dans la conception et la prestation des soins de santé primaires. L'exploitation des ressources des groupes de communautés autochtones voisines au sein d'une région peut aider à relever ce défi. Le partenariat Tui'kn, auquel participent cinq communautés de la réserve mi'kmaq du Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse, collabore avec les autorités sanitaires de district, le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, Santé Canada et d'autres partenaires afin d'obtenir un état de santé et des résultats équitables pour les Mi'kmaq (Partenariat pour la santé des Premières Nations de la région de l'Atlantique [PSPNRA], 2016). Il est issu d'une initiative fédérale en matière de politiques de santé — le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires — et est dirigé par une équipe de gestion exécutive composée de directeurs de la santé des cinq Premières Nations. Le partenariat a réalisé des progrès dans un certain nombre de domaines clés. Il a été en mesure de créer un modèle de soins de santé primaires qui est holistique, multidisciplinaire et complet (Partenariat Tui'kn, s.d. -a). Il a pu exploiter la gestion des indicateurs

de santé communautaire en créant un registre de liaison avec les clients des Premières Nations de la Nouvelle-Écosse, qui relie les données des dossiers électroniques des patients dans les centres de santé communautaire et le Système fédéral d'inscription des Indiens, et transmet ces informations à plusieurs communautés afin d'améliorer la planification et la coordination des services (Henderson et coll., 2018; Partenariat Tui'kn, s.d. -b). En partenariat avec d'autres intervenants, il a réussi à élaborer des propositions visant à planifier, financer et fournir des programmes et services supplémentaires, notamment : des programmes d'éducation sanitaire ciblés, des services de télésanté élargis, des évaluations des besoins en matière de santé, des systèmes de gestion de la surveillance de la santé, des mesures d'urgence, des services d'intervention précoce, des services de santé maternelle et infantile, ainsi que des équipes multidisciplinaires et des approches intégrées pour les services de santé mentale et de toxicomanie (Partenariat Tui'kn, s.d.-a). À mesure que ses capacités se renforcent, le partenariat s'efforce d'accroître le contrôle et la responsabilité des communautés en matière de gouvernance de la santé grâce à une structure de gouvernance et à un modèle de financement des autorités sanitaires pour les cinq communautés. Un plan stratégique quinquennal récemment élaboré permettra au partenariat de s'orienter vers la mise en place d'une structure plus formelle, dotée d'autorité et de responsabilité, afin de permettre la responsabilité locale de la prestation et de l'évaluation des



services de santé (Health Standards Organization, 2019).

Le Partenariat pour la santé des Premières Nations de la région de l'Atlantique (PSPNRA) est composé de onze chefs des Premières Nations de l'Atlantique représentant 32 des 34 Premières Nations de l'Atlantique et du directeur général régional de la DGSPNI qui se réunissent plusieurs fois par an (PSPNRA, 2019). Initialement appelé Mi'kmaq Maliseet Atlantic Health Board (conseil de santé atlantique des Micmacs et des Malécites), il a été rebaptisé PSPNRA en 2010 après des réformes majeures du conseil d'origine, dont une clarification de la portée de la prise de décisions et la mise en place de plusieurs processus connexes, y compris des mécanismes d'amélioration continue (PSPNRA, 2019). Le partenariat partage la prise de décisions dans les domaines de l'élaboration des politiques, de la planification des programmes et des services, ainsi que de l'utilisation et de la distribution des nouveaux fonds de contribution liés aux programmes et services financés par la DGSPNI, région de l'Atlantique. La prise de décisions comprend quatre étapes. Au cours de la première, les idées sont recueillies auprès des 34 communautés des Premières Nations. Au cours de la deuxième, quatre comités permanents composés de dix membres votants (un de la DGSPNI et neuf des Premières Nations) échangent des idées, sollicitent les commentaires du personnel de santé, élaborent des propositions et font des recommandations relatives au groupe de programmes de la DGSPNI qui relève de chaque

comité. Les quatre comités sont les suivants : 1) Santé publique et soins primaires, 2) Enfance et jeunesse, 3) Bien-être mental, et 4) Services de santé non assurés. Au cours de la troisième étape, les recommandations des comités sont transmises au Partenariat pour la santé, composé de 12 membres votants - un de la DGSPNI et un de chacun des 11 chefs des Premières Nations. Au cours de la dernière étape, les décisions sont communiquées aux directeurs de la santé et mises en œuvre. Pour assurer la transparence et la responsabilité, la DGSPNI transmet régulièrement des informations sur les dépenses au Partenariat pour la santé, et des invitations sont lancées aux responsables provinciaux de la santé et aux responsables régionaux d'autres ministères fédéraux pour qu'ils assistent aux réunions du partenariat afin de faciliter les liens pour soutenir l'avancement des déterminants de la santé et les interdépendances entre les gouvernements fédéral, provinciaux et des Premières Nations dans la promotion de la santé et la prestation de services (PSPNRA, 2019). Le partenariat espère qu'à l'avenir, à mesure que SAC transforme ses activités, il y aura de meilleures possibilités de partage des décisions dans d'autres secteurs, notamment l'éducation, les services à l'enfance et à la famille, le développement économique, et autres.

La Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA), créée en 1998, est la seule organisation des Premières Nations de ce type. Il s'agit d'un partenariat qui tire parti des ressources et des capacités de quatre Premières

Nations — le Grand Conseil de Prince Albert, le Conseil tribal de Meadow Lake, la Nation crie Peter Ballantyne et la Bande indienne de Lac La Ronge — pour prendre en charge la prestation des services de « troisième niveau », fondés sur la philosophie et les principes des Premières Nations, aux 33 communautés du nord de la Saskatchewan (NITHA, 2020a). Ces services sont fournis aux partenaires de la NITHA par l'entremise de deux unités : Services communautaires et Santé publique. L'unité des services communautaires fournit un soutien pour l'élaboration de programmes, de politiques et de procédures, le renforcement des capacités, la formation et l'éducation, les consultations avec les partenaires et les communautés et la défense des intérêts. Elle soutient également l'établissement de liens dans les domaines des soins infirmiers (soins à domicile, soins primaires et santé communautaire), de la santé mentale et des dépendances, de la préparation aux situations d'urgence, de la nutrition, de la lutte contre le tabagisme et de la cybersanté (NITHA, 2020b). L'unité de santé publique fournit des conseils et une expertise sur les activités de promotion et de prévention de la santé publique, y compris la surveillance des maladies, le contrôle des maladies transmissibles, la surveillance de l'état de santé, l'épidémiologie, la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des infections, l'immunisation et la recherche (NITHA, 2020c). L'unité de santé publique est guidée par un médecin hygiéniste qui fournit une expertise en matière de santé publique (NITHA, 2020d). Les quatre partenaires fournissent des

*Pour veiller à ce que les services et programmes de santé de la « NITHA » soient ancrés dans les perspectives et les visions du monde des Premières Nations, son modèle de gouvernance de santé comprend un rôle intégral pour les aînés au Conseil des chefs, aux réunions du Conseil exécutif et aux groupes de travail.*



services de deuxième niveau, tels que la conception, la mise en œuvre et l'administration de programmes, la supervision du personnel de premier et de deuxième niveaux, le soutien clinique, la consultation, les conseils et la formation, tandis que les communautés elles-mêmes fournissent des services de premier niveau ou des soins de santé primaires (NITHA, 2020e).

La NITHA est dirigé par un conseil des chefs et un conseil exécutif, avec la participation des anciens. Le conseil des chefs comprend les quatre chefs de chacune des Premières Nations partenaires. Il joue un rôle à la fois stratégique et opérationnel dans la manière dont la NITHA est gouvernée. Le conseil exécutif est composé de quatre directeurs de la santé des partenaires et du directeur général (membre d'office). Sur recommandation du conseil des chefs, le conseil exécutif fournit une orientation

opérationnelle et stratégique sur la conception, la mise en œuvre et le suivi des services de troisième niveau (NITHA, 2014). La prise de décisions au sein de la NITHA est fondée sur le consensus. Afin de garantir que les services et les programmes de santé de la NITHA sont ancrés dans les perspectives et les visions du monde des Premières Nations, son modèle de gouvernance de la santé prévoit un rôle intégral pour les Aînés au sein du conseil des chefs, des réunions du conseil exécutif et des groupes de travail. Quatre Aînés représentent chacun des quatre partenaires. Le partenariat NITHA est fondé sur sept principes clés :

1. il est habilité par la langue, la culture, les valeurs et les connaissances traditionnelles;
2. il travaille à la promotion et à la protection des droits inhérents à la santé des Premières Nations et des traités en tant que signataire du Traité 6;
3. il est représenté aux échelons fédéral et provincial;
4. il élabore des modèles de services de santé qui reflètent les valeurs et les pratiques exemplaires des Premières Nations;
5. il fournit un soutien, des conseils et une orientation professionnels à ses partenaires;
6. il contribue au renforcement des capacités au sein du système de services de santé des Premières Nations; et
7. il travaille en collaboration (NITHA, 2019a). La NITHA continue de travailler en partenariat avec d'autres intervenants externes, notamment Santé Canada,

la DGSPNI, le ministère de la Santé et la Northern Population Health Branch de la Saskatchewan, la Saskatchewan Registered Nurses' Association et les établissements d'enseignement provinciaux, entre autres.

Le financement de la NITHA est assuré par le gouvernement fédéral par l'entremise d'un accord quinquennal consolidé de paiements de transfert contenant un financement global, fixe et flexible (NITHA, 2014). La NITHA est tenue de réaliser un plan opérationnel de santé sur cinq ans qui doit être approuvé par le conseil des chefs et la DGSPNI. La majeure partie du financement (environ 68,7 %) est assurée par un accord de financement global (NITHA, 2019b) qui soutient l'administration et la prestation de services de santé publique et de services communautaires (NITHA, 2014). Cette formule offre une certaine souplesse dans la conception et la mise en œuvre des programmes et permet une planification à long terme. Le financement fixe représente 24,3 % du financement total (NITHA, 2019b) et est ciblé sur les besoins des communautés partenaires en matière de programmes et de services, notamment les soins dentaires, l'engagement du Nord, la cybersanté, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, la formation et le perfectionnement des infirmières, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, la stratégie d'immunisation, les soins à domicile et l'initiative sur la tuberculose (NITHA, 2014). Le reste du financement est sous forme de financement flexible,

qui soutient certains programmes précis, tels que les soins à domicile et en milieu communautaire (NITHA, 2014). Ces modalités de financement garantissent la responsabilité envers les communautés partenaires et le gouvernement fédéral.

La NITHA a élaboré des objectifs et des mesures de progrès dans un certain nombre de domaines clés, notamment l'amélioration des services, le renforcement des capacités, l'accessibilité des services et les résultats en matière de santé. Au cours de la période 2013-2014, des améliorations ont été constatées dans certains domaines de la santé, notamment une diminution des cas déclarés de VIH, d'hépatite C et d'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (NITHA, 2014).

En 2018, le Manitoba Keewatinowi Okimakanak (MKO) a signé un protocole d'entente avec le gouvernement fédéral pour transformer les soins de santé des résidents des Premières Nations du nord du Manitoba. Il prévoit de rapprocher les soins cliniques de leurs collectivités en créant une autorité sanitaire régionale dirigée par les Premières Nations, en améliorant le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé et en facilitant une meilleure coordination avec les systèmes de santé (CTV Winnipeg, 2018; NationTalk, 2019a). Le cadre de transformation vise à combler les lacunes dans les services de santé et à améliorer les résultats de santé en utilisant un modèle de

pratique centrée sur le patient par des équipes multidisciplinaires, en combinant les modèles de médecine traditionnelle et de bien-être holistique avec la médecine occidentale, en recherchant des partenariats et en tirant parti de l'expertise d'autres organisations et agences de santé (MKO, 2018).

### Modèles de transfert de santé ancrés dans la communauté

Au Canada, un certain nombre d'initiatives stratégiques de transfert de santé ont cherché à promouvoir l'adoption, par la communauté, des services de santé fédéraux en améliorant la coordination entre les organisations de santé, la responsabilité des parties prenantes, la qualité des services et les liens entre les soins de santé primaires et les services sociaux (PSPNRA, 2016). Chaque initiative comporte des niveaux variables de contrôle, de souplesse, d'autorité, d'exigences en matière de rapports et de responsabilité. Elles évoluent souvent dans un environnement de défis administratifs, financiers, géographiques et liés à la compétence (APN, 2017). Par exemple, de nombreuses communautés des Premières Nations continuent de compter sur des accords de financement à court terme, rigides et comportant un lourd fardeau administratif. D'autres ont réussi à obtenir une plus grande autonomie et une sécurité et une stabilité accrues. La généralisation des enseignements tirés de ces efforts visant à cerner les principes et les processus

fondamentaux concernant les soins de santé primaires axés sur les populations autochtones comme moyen d'étendre et d'évaluer efficacement les innovations en matière de santé reste un défi. La question n'est pas de savoir quelle politique ou quel modèle de soins peut être mis en œuvre dans un contexte donné, mais comment élaborer des pratiques exemplaires pour aller au-delà de projets précis et passer à des initiatives intégrées ayant des effets mesurables sur les systèmes de santé autochtones (Henderson et coll. 2018).

Un modèle de gouvernance émergent est celui de la nation Dakota de Sioux Valley (NDSV), anciennement la réserve d'Oak River, une communauté des Premières Nations du sud du Manitoba. En 2013, après 21 ans de longues négociations, la NDSV a signé un accord tripartite avec le gouvernement du Canada et la province du Manitoba, devenant ainsi la seule Première Nation à signer un tel accord avec une province du Canada (NDSV, 2016). Selon les termes de cet accord, la NDSV a pris l'initiative de se soustraire à la politique de la *Loi sur les Indiens*,<sup>13</sup> qui a été considérée comme un obstacle au progrès dans de nombreuses communautés des Premières Nations; elle a plutôt choisi d'être autonome, d'après les traditions dakotas en vertu des lois de la NDSV (NDSV, 2016; NDSV et Sa Majesté la Reine, 2013). L'entente reconnaît le droit souverain de la NDSV « de préserver, de protéger, de promouvoir et de maintenir son gouvernement, sa langue,

<sup>13</sup> L'accord de gouvernance établit que la NDSV sera exclue des sections D à F de la *Loi sur les Indiens*.



sa culture, son droit naturel, sa tradition et son histoire, ainsi que ses rapports avec les Sept feux historiques du Conseil et avec le Canada sur l'ensemble du territoire dont elle revendique le titre » (NDSV et Sa Majesté la Reine, 2013, p. 2). L'accord établit une relation de gouvernement à gouvernement entre la NDSV et le gouvernement fédéral et définit les rôles et responsabilités de chaque partie, ainsi que l'application des lois fédérales et provinciales sur les terres de la NDSV. Il prévoit également la possibilité que la NDSV établisse son propre processus de détermination de la citoyenneté au sein de la nation. Les gouvernements fédéral et provincial ont tous deux adopté des lois visant à reconnaître et à respecter les lois et le gouvernement de la NDSV en 2014; toutefois, des étapes sont encore nécessaires pour parachever les accords d'autonomie gouvernementale.

En tant que nation autonome, la NDSV peut choisir soit de déléguer la compétence de certaines fonctions gouvernementales à d'autres organes ou institutions, soit de conserver le contrôle total de ces fonctions. Elle est également libre de modifier ces rôles à tout moment (NDSV et Sa Majesté la Reine, 2013). De cette façon, le modèle présente certaines similitudes avec celui adopté aux États-Unis pour les Amérindiens ou les Autochtones de l'Alaska. L'entente sur la gouvernance réaffirme une relation financière permanente entre la NDSV et le Canada, avec le financement du gouvernement de l'oyate dakota de Sioux Valley, et convient de programmes et

de services considérés comme une responsabilité partagée des deux parties. Elle précise également qu'à mesure que la NDSV deviendra plus autonome sur le plan économique, elle dépendra moins des sources de financement fédérales. La NDSV a toute latitude pour allouer, réaffecter et gérer les fonds fédéraux selon ses priorités. Elle pourra également continuer à avoir accès au financement fédéral et provincial pour ses programmes et services. Le gouvernement de l'oyate dakota de Sioux Valley devra rendre compte à ses citoyens et au gouvernement fédéral de l'utilisation des fonds fédéraux en tenant « un système de reddition de comptes pour les programmes et les finances comparable aux normes de reddition de comptes pour les programmes et les finances qui sont généralement reconnues comme des pratiques exemplaires pour les gouvernements et les institutions au Canada » (NDSV et Sa Majesté la Reine, 2013, p. 99).

Bien que la pleine gouvernance n'ait pas encore été établie, la NDSV a pour politique d'adopter une approche intégrée et collaborative qui intègre la culture, les valeurs, les traditions et les liens de parenté des Dakotas dans tous les ministères, y compris la santé, la justice, le maintien de l'ordre, l'éducation et le développement social (NDSV, 2019). Dans le domaine de la santé, la NDSV est compétente en matière de promotion de la santé publique et de prestation des services de santé, et elle peut adopter des lois réglementant la pratique et les praticiens de la médecine traditionnelle. Les services de

santé doivent être conformes aux principes et aux critères du programme énoncés dans la Loi canadienne sur la santé (NDSV et Sa Majesté la Reine, 2013). En tant que gouvernement autonome, la NDSV est également autonome dans les domaines suivants : les enfants et les familles, y compris les soins, la protection et la tutelle des enfants ayant besoin de protection; l'adoption; la conciliation, la médiation et le conseil; les programmes et services d'aide aux familles; les méthodes, les valeurs et les pratiques traditionnelles concernant les enfants et les familles; et d'autres domaines qui touchent à la santé et au bien-être sur les terres de la nation Dakota (Simpson, 2015). En 2018, la NDSV a créé un nouveau ministère de la Famille — les Services Dakota Tiwahe — qui met en œuvre un nouveau modèle de prévention centré sur la famille et fondé sur les principes des enseignements sacrés de la nation Dakota qui mettent l'accent sur la formation et le conseil pour prévenir l'appréhension des enfants de leur famille (RCAANC, 2018).

Bien qu'aucune analyse ne semble avoir été entreprise en ce qui concerne les modalités de financement, les structures de gouvernance ou le modèle de prestation des services de santé de la NDSV, certains défis ont été cernés en ce qui touche l'approche fiscale actuelle du Canada pour l'autonomie gouvernementale autochtone qui pourraient s'avérer pertinents pour la NDSV. L'approche fiscale actuelle du Canada comporte deux volets de soutien du gouvernement fédéral (Abele, Ahmad et Grady, 2019; DeSousa, 2016). Le premier est la

base de dépenses générales, qui fournit un soutien financier fédéral pour la gouvernance, la gestion des terres, le développement économique, le développement communautaire et la mise en œuvre des traités (le cas échéant). Cette composante exige des contributions des gouvernements autochtones par la génération de revenus autonomes et suppose qu'ils seront en mesure de générer des recettes adéquates. Le second concerne un transfert social de fonds qui permet aux gouvernements autochtones de fournir des services éducatifs, sociaux et de santé à un niveau considéré comme comparable aux services municipaux et provinciaux dans d'autres territoires de compétence (Abele et coll., 2019). Dans un examen des arrangements fiscaux dans le contexte de l'autonomie gouvernementale des Autochtones, DeSousa (2016) a noté que la méthode actuelle d'allocation des fonds par l'entremise de montants forfaitaires fixes est inéquitable dans les arrangements d'autonomie gouvernementale, qu'elle ne répond pas aux changements dans les demandes de programmes et qu'elle ne tient pas compte des situations où le niveau des recettes du gouvernement autochtone ne correspond pas à ses responsabilités en matière de dépenses ou aux diverses capacités de gouvernance et ressources de gestion financière dont les groupes autochtones peuvent disposer. L'auteur plaide en faveur de la nécessité d'une équité nationale, à l'intérieur d'un cadre commun à l'échelle du Canada. Ce cadre comprend la mise en œuvre de normes minimales dans les services publics, l'élaboration

d'accords fiscaux ancrés dans un cadre politique multilatéral fondé sur « des principes, des priorités et des méthodologies partagés pour déterminer et allouer les transferts fiscaux », la mise en place d'accords fiscaux sur des bases transparentes qui reflètent des approches fédérales coordonnées afin de garantir des résultats équitables dans les négociations avec les groupes autochtones, la garantie que les accords fiscaux sont adaptés aux circonstances économiques et sociopolitiques du gouvernement et de la communauté autochtones, et la réduction des disparités de financement entre les communautés autochtones et non autochtones, ainsi qu'entre les gouvernements autochtones (p. x).

### Modèles urbains innovants de gouvernance de la santé

L'établissement de structures de gouvernance autochtones est plus difficile dans les zones urbaines en raison de la plus grande hétérogénéité des populations autochtones urbaines — qui sont composées de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis de tout le Canada — et du fait que ces peuples divers vivent sur une base territoriale reconnue (Morse, 2010). Les peuples autochtones ont cherché à « combler un vide critique dans la prestation de services importants qui ont été négligés par les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux » dans les centres urbains en créant des organismes sans but lucratif qui visent à répondre aux besoins, aux intérêts et aux aspirations uniques des résidents autochtones urbains, tout en fonctionnant dans un

*... le « SVDN » a comme politique d'adopter une approche intégrée et collaborative qui intègre la culture, les valeurs, les traditions et la parenté du Dakota dans tous les départements, y compris la santé, la justice, les services de police, l'éducation et le développement social.*

(SVDN, 2019).



environnement caractérisé par une compétence fragmentée et un financement incertain (Morse, 2010, p. 2). Il existe plusieurs exemples de programmes et de services de santé novateurs dirigés par des Autochtones dans les centres urbains du Canada. Ces exemples sont inestimables pour relier les communautés autochtones urbaines, intégrer les pratiques de guérison traditionnelles et occidentales et fournir un continuum de services de santé; cependant, ils sont confrontés à de nombreux défis liés au financement imprévisible des organismes sans but lucratif ou de bienfaisance (APN, 2017).



La stratégie de soins connectés de la Saskatchewan a récemment présenté un modèle de soins qui est particulièrement bien positionné pour fournir des soins coordonnés et adaptés aux besoins des communautés des Premières Nations et des Métis à Regina. Avec l'ouverture récente d'un nouveau centre de santé communautaire Four Directions, qui fournit des services de soins communautaires en équipe, des soins de santé primaires et à domicile, les Autochtones ayant des besoins médicaux ou sociaux complexes peuvent être aiguillés vers d'autres services de la communauté, comme ceux qui concernent la sécurité alimentaire, le logement, l'emploi et d'autres questions sociales et financières. La participation de la communauté a été essentielle à toutes les étapes de la mise sur pied du centre de santé, ce qui a contribué à créer un sentiment d'appartenance au sein de la communauté (NationTalk 2019b).

Anishnawbe Health, constituée en société en 1984, est située à Toronto et fait partie des centres de santé communautaire de l'Ontario. Ces centres sont structurés de manière similaire aux Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et offrent un large éventail de services et de soutiens holistiques et culturellement adaptés qui sont fondés sur les croyances et les valeurs culturelles autochtones. Anishnawbe Health est un centre de santé communautaire entièrement accrédité qui vise à améliorer la santé et le bien-être

des populations autochtones urbaines en offrant des soins traditionnels dans le cadre d'un modèle de soins de santé multidisciplinaire (Anishnawbe Health Toronto, 2011). Le centre fournit des soins médicaux et des programmes de santé communautaires aux populations autochtones, quelle que soit leur origine, en utilisant une approche axée sur les forces qui met l'accent sur l'objectif d'autoguérison. Anishnawbe Health est un organisme de bienfaisance enregistré, régi par un conseil d'administration. Le financement est assuré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, et par une série de fournisseurs autochtones et non autochtones de services de santé, d'éducation, juridiques et sociaux avec lesquels Anishnawbe Health a établi des partenariats. Comme les autres Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, Anishnawbe Health est tenu, en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local de l'Ontario*, de conclure une entente de responsabilisation en matière de services avec son réseau local d'intégration des services de santé — le RLISS du Centre-Toronto. Cet accord stipule que le RLISS fournira un financement à Anishnawbe Health pour lui permettre de fournir des services conformément à un ensemble de conditions définies. En prenant l'entente de 2014-2017 comme exemple, certaines de ces conditions sont les suivantes : le financement doit être dépensé conformément à un plan de service; les fonds non dépensés doivent être retournés au RLISS à



la fin de l'année de financement; le financement couvre une période de trois ans; Anishnawbe Health est encouragé à explorer les possibilités d'intégration des services; des rapports trimestriels et de fin d'année doivent être soumis; et des réductions financières peuvent être appliquées si les rapports de fin d'année ne sont pas soumis à temps ou si les informations fournies sont inexactes ou incomplètes. L'entente aborde également l'amélioration continue du rendement de manière proactive et collaborative, où les deux parties peuvent cerner les facteurs de rendement (RLISS du Centre-Toronto et Anishnawbe Health Toronto, 2014).

Créé en 1998, le Centre Wabano pour la santé des Autochtones est un centre urbain d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) qui offre des programmes et des services de qualité, holistiques et culturellement pertinents aux Autochtones vivant en milieu urbain à Ottawa, y compris la guérison traditionnelle, des soins primaires, des programmes culturels, des programmes de promotion de la santé, des initiatives de développement communautaire et des services de soutien social. Tous les services s'appuient sur des pratiques exemplaires en matière de soins de santé communautaires et intègrent les enseignements traditionnels des peuples autochtones (Centre Wabano, s.d.). Le Centre travaille en partenariat avec d'autres services sociaux et de soins de santé, des groupes de jeunes, des organisations de santé mentale et d'autres partenaires de la

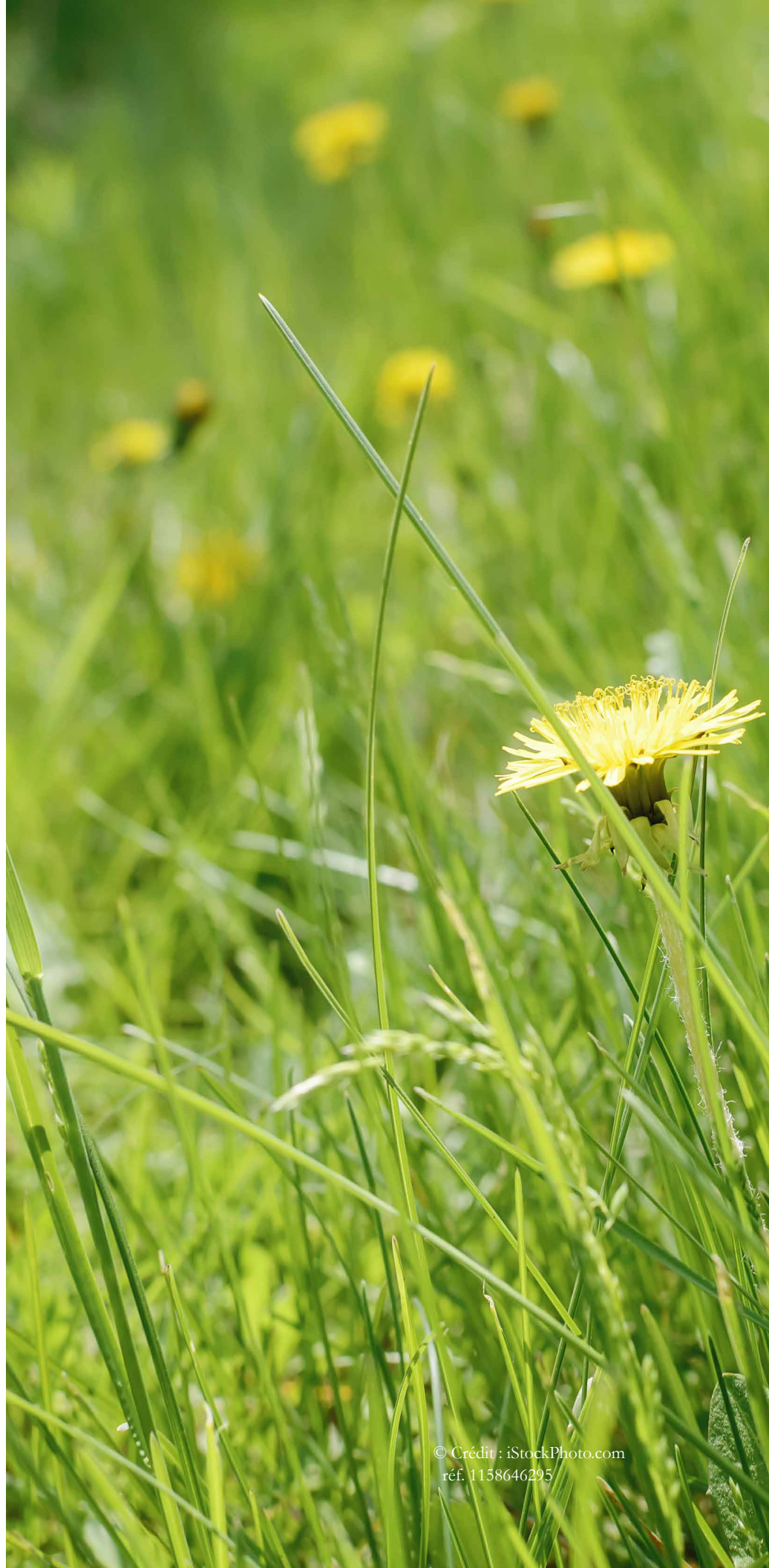
région d'Ottawa, ainsi qu'avec des intervenants universitaires et autres pour aborder les défis de santé des Autochtones en milieu urbain. Il est régi comme une organisation caritative, avec un conseil d'administration bénévole. En tant que centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones, il reçoit des fonds de source gouvernementale (91 %), en particulier du gouvernement provincial de l'Ontario, ainsi que par l'entremise d'initiatives de collecte de fonds et de dotations (9 %) (Ottawa Business Journal, 2019).

La Vancouver Native Health Society (VNHS) a été créée en 1991 en tant qu'organisation à but non lucratif pour remédier au manque de services de santé culturellement adaptés aux populations autochtones urbaines de Vancouver. Elle a pour mission d'améliorer et de maintenir la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle des personnes qu'elle dessert grâce à des soins médicaux interdisciplinaires, accessibles, fondés sur les forces et centrés sur le patient (VNHS, 2019). La VNHS offre des services médicaux, sociaux et de conseil complets, fondés sur le savoir et les méthodes autochtones, pour traiter une série de problèmes de santé, y compris la toxicomanie, la santé mentale, les maladies chroniques, l'itinérance et la pauvreté. Les services comprennent les soins médicaux et infirmiers, le soutien et les soins en matière de VIH/sida, les services de soutien à la petite enfance, les vaccinations, les garderies, la sensibilisation et l'éducation en matière de

diabète, les questions et le soutien alimentaires, les conseils en matière de drogue et d'alcool, un jardin potager communautaire, les soins dentaires et le soutien aux Autochtones atteints de cancer (VNHS, 2015). La capacité à tirer parti des subventions et des partenariats est essentielle à l'autodétermination des Autochtones en milieu urbain en ce qui touche la prestation de services sociaux et de santé (Howard-Wagner, 2018). La VNHS collabore et travaille en partenariat avec des universités et d'autres organismes pour combler les lacunes en matière d'équité et de résultats sanitaires pour les résidents urbains du Downtown Eastside, dont environ 62 % s'identifient comme Autochtones (VNHS, 2015).

La VNHS fonctionne dans le cadre d'une structure de financement compliquée et lourde qui entrave parfois la création de programmes et de services ou menace la durabilité de ceux-ci, en particulier ceux qui vont au-delà des soins cliniques et qui traitent des déterminants sociaux de la santé (VNHS, 2019). La majeure partie du financement des programmes provient du gouvernement provincial de la Colombie-Britannique et de la Vancouver Coastal Health Authority, avec des fonds supplémentaires provenant de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'hôpital pour enfants, de la Vancouver Foundation, du YMCA, des recettes de jeux et de dons philanthropiques. Les organismes de santé et de services sociaux autochtones en milieu urbain au Canada comme la

VHNS sont souvent confrontés à des défis uniques comparativement aux Premières Nations vivant dans les réserves en raison de l'ambiguïté liée à la compétence (Findlay et coll., 2019). Comme ces organisations offrent souvent des services à tous les clients autochtones, quel que soit leur statut, le gouvernement fédéral n'est pas tenu de leur fournir un financement stable et adéquat. Par conséquent, elles dépensent souvent une énergie considérable à se faire concurrence pour de multiples sources de financement, même pour réaliser des projets similaires destinés aux Premières Nations, aux Inuits ou aux Métis. De plus, ils manquent de souplesse dans la gestion de ces programmes, car le financement est imposé par les politiques gouvernementales (Findlay et coll., 2019). Cette dépendance à l'égard de multiples sources de revenus leur permet difficilement de répondre aux demandes d'une clientèle croissante avec des services qui sont équitables par rapport aux services traditionnels et qui assurent un continuum de soins (VNHS, 2015). Le fait de devoir suivre des programmes établis à l'externe rend également difficile l'offre de programmes identifiés comme importants pour améliorer la qualité de vie de la clientèle de l'organisation (Findlay et coll., 2019; Howard-Wagner, 2018).



# SECTION IV : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS



Cette section synthétise les informations tirées de la littérature cernée dans cette étude afin de répondre aux cinq questions de recherche mentionnées dans la section sur la méthodologie. Plus précisément, elle vise à répondre aux questions suivantes :

1. Comment les gouvernements devraient-ils organiser leurs activités pour soutenir l'autodétermination des peuples autochtones?
2. Quels sont les modèles de gouvernance qui soutiennent l'autodétermination des peuples autochtones, qui ont connu un certain succès dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et qui pourraient être transférables au contexte canadien?
3. Quels ont été les facteurs de soutien et d'inhibition particuliers, y compris les contextes, qui ont influencé l'élaboration et la mise en œuvre de ces modèles de gouvernance?
4. Comment peut-on mesurer l'efficacité de l'autodétermination?
5. Comment les modes de connaissance autochtones, les déterminants sociaux de la santé, le continuum du bien-être et l'engagement ou le partenariat se reflètent-ils dans les modèles de gouvernance des gouvernements et les cadres de responsabilisation connexes?

## Comment les gouvernements devraient-ils organiser leurs activités pour soutenir l'autodétermination des peuples autochtones?

Comme les différents modèles de transformation de la santé actuellement et potentiellement en cours, les peuples autochtones ont des histoires, des cultures, des langues, des croyances et des pratiques diverses, ainsi que des intérêts, des besoins et des capacités qui influencent leur capacité d'autodétermination. Aucun modèle unique de gouvernance ou de financement de la santé ne peut fonctionner dans tous les contextes autochtones, bien que certains principes directeurs communs soient partagés. Étant donné que les soins de santé culturellement appropriés sont mieux définis par ceux qui les utilisent, les programmes et services de santé doivent être conçus par et pour les communautés elles-mêmes. Les gouvernements ont un rôle important à jouer pour réduire les obstacles aux soins et soutenir le processus d'autodétermination des populations autochtones, dans les contextes sanitaires autochtones

et non autochtones et à toutes les échelles, par l'entremise de politiques et de lois et règlements, d'accords de financement, de structures de responsabilisation, de fourniture de ressources et de soutien, et de collaboration avec les populations et les communautés autochtones.

Les données internationales confirment l'importance du rôle du gouvernement dans la mise en œuvre des politiques. Les gouvernements de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis ont tous deux mis en œuvre des politiques claires en matière d'autodétermination, facilitant de nombreux exemples de structures de gouvernance de la santé qui ont réussi. La clarification de la politique du gouvernement fédéral en matière d'autodétermination peut contribuer à l'élaboration de structures de gouvernance de la santé et d'arrangements fiscaux autochtones plus efficaces, et promouvoir une approche plus coordonnée de l'autodétermination (Smith, 2002). Toutefois, un engagement solide et durable en faveur des droits et de l'autodétermination des Autochtones est nécessaire pour établir des relations de confiance et renforcer les capacités de gouvernance des Autochtones (George et coll., 2019; Henderson et coll., 2018; Mazel, 2016). Les décideurs



politiques doivent soutenir et encourager l'autodétermination en reconnaissant le droit des peuples autochtones à l'autodétermination dans les politiques et en s'assurant que les engagements politiques font partie des plans d'action de mise en œuvre (George et coll., 2019). Les peuples autochtones doivent également participer sur un pied d'égalité à l'élaboration des politiques de santé et à la prise de décisions dans les systèmes de santé plus larges afin de garantir que les structures de gouvernance locales et régionales dirigées par les Autochtones ne soient pas minées par des pratiques imposées par des organisations de santé et des gouvernements non autochtones de niveau supérieur (Halabi, 2019; Mazel, 2016). L'exemple des réseaux de santé primaires australiens, qui ont été mis en place pour améliorer l'efficacité du système de santé australien, montre comment l'autodétermination et l'autonomie des Autochtones peuvent être sapées lorsque le contrôle de l'allocation des fonds est effectivement retiré aux organisations de santé autochtones autodéterminées (Coombs, 2018).

Au Canada, l'autodétermination des Autochtones en matière de santé s'est faite de manière aléatoire et mal coordonnée, ce qui a donné lieu à un large éventail de structures de gouvernance, chacune ayant ses propres modalités de financement et ses propres dispositions, conditions et montants de financement clés (DeSousa, 2016; Smith, 2002). Ce cadre de compétence et de financement complexe et fragmenté empêche les communautés autochtones d'exercer pleinement leur autodétermination en matière de soins de santé et de concevoir

des programmes et des services efficaces et culturellement adaptés qui répondent à leurs priorités et besoins locaux. Il existe suffisamment de preuves, à l'échelon national et international, que les modèles de soins collaboratifs, multidisciplinaires et intégrés ont amélioré l'accès des populations autochtones à une gamme diversifiée de services sociaux et de santé en facilitant la fusion harmonieuse des programmes et des services au stade de la prestation et en veillant à ce que les traditions autochtones soient prises en compte. De tels modèles de soins nécessitent des mécanismes coordonnés pour surmonter les difficultés et les lacunes en matière de compétence, mais la mosaïque du financement et les différentes responsabilités des secteurs de compétence rendent la collaboration difficile entre les divers ministères et secteurs gouvernementaux. Des changements supplémentaires pourraient être nécessaires dans les lois, les règlements et les cadres stratégiques fédéraux ou provinciaux afin d'éliminer les obstacles liés à la compétence dans l'élaboration de modèles de gouvernance intégrés (Lavoie, 2013; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a; Richardson et Murphy, 2018).

L'ensemble de la littérature fournit également des preuves solides qu'un financement adéquat et durable est nécessaire pour soutenir la planification à long terme et l'élaboration d'une gamme complète de services de grande qualité et de modèles culturellement appropriés (APN, 2017; Howard-Wagner, 2018; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a; Mashford-Pringle, 2016; Mazel, 2016; Smith et Lavoie,

2008; Williams, 2018). Dans la mesure du possible, des ententes de financement pluriannuelles souples devraient être fournies aux communautés. Cela permettrait de libérer le temps qu'elles consacraient autrement à la rédaction de rapports et de propositions et leur donnerait la latitude nécessaire pour allouer des fonds de manière à répondre à leurs priorités et à leurs besoins changeants (Lemchuk-Favel et Jock, 2004a). Les modèles de financement doivent être équitables, fondés sur le nombre de clients desservis et sur des coûts réalistes. Ils doivent tenir compte de la croissance démographique, des données démographiques sur l'âge, de l'inflation et des coûts plus élevés des services aux communautés éloignées qui peuvent avoir des problèmes de santé particuliers (Conseil des Premières Nations du Yukon, 2010; SAC, 2019b; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a; MacIntosh, 2008; Smith, 2002). La consolidation et la mise en commun des fonds dans le cadre d'un accord de financement unique et la délégation des responsabilités d'achat des services de soins de santé primaires à un seul détenteur de fonds facilitent l'établissement des priorités locales afin d'aligner les services de santé sur les besoins de la population, améliorent la coordination des services entre les secteurs qui influent sur la santé et permettent de mieux faire participer les communautés (Donato et Segal, 2013; Lemchuk-Favel et Jock, 2004b). Comme le notent Donato et Segal (2013), « plus l'éventail des services inclus dans un modèle de financement fondé sur les besoins est large, plus il est possible de substituer des programmes de services et des limites professionnelles et de fournir une

combinaison optimale de services de la manière la plus rentable » (p. 236). En outre, les accords de financement global ou flexible permettent une responsabilité réciproque à la fois envers les organismes de financement et les communautés (PSPNRA, 2016).

Les processus de décentralisation doivent comprendre un contrôle approprié de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions plutôt qu'un simple transfert de responsabilités (PSPNRA, 2016). Trop souvent, la voix des peuples autochtones n'a pas le même poids dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions sur les programmes, ce qui fait que les programmes et les services ne répondent pas pleinement à leurs besoins ou à leurs valeurs. Ces derniers doivent être intégrés dans le processus de financement et d'établissement des priorités (Angell, 2017). Prenons, par exemple, les obstacles qui persistent dans l'accès à la médecine traditionnelle et aux pratiques de guérison, notamment la reconnaissance inadéquate de la médecine traditionnelle dans les politiques et les programmes, et le financement insuffisant pour soutenir un effectif de « médecine traditionnelle » (Ouellet et coll., 2018; Redvers, Marianayagam et Blodin, 2019). Pour faciliter la création d'alliances, soutenir les négociations et les efforts de renforcement des institutions, et fournir des mesures incitatives à la coopération, il est important que les institutions de gouvernance soient construites sur des critères et des modèles autochtones et qu'elles soient responsables devant les communautés autochtones (PSPNRA, 2016).

Il n'y a pas de consensus sur la meilleure façon de fournir et de financer les services de soins de santé primaires pour les communautés autochtones. Les communautés ont des capacités d'autodétermination différentes (Henderson et coll., 2018). Bien que le regroupement de petits secteurs de compétence en des régions de compétence d'ordre supérieur puisse se traduire par des services plus efficaces et des économies d'échelle, il est peu probable que ces services soient durables sans de solides structures et processus de gouvernance à l'échelon communautaire (Smith, 2002). En conséquence, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont un rôle résiduel à jouer après le transfert de la gouvernance de la santé aux communautés autochtones (Smith et Lavoie, 2008). Ils doivent fournir le temps et les ressources nécessaires pour soutenir les communautés dans leurs efforts visant à renforcer leur capacité à s'autodéterminer (PSPNRA, 2016; Lavoie et Dwyer, 2016). Il s'agit notamment de fournir des soutiens et des ressources pour les raisons suivantes : aider les collectivités à élaborer des plans de santé qui reflètent leurs priorités (Lavoie et Dwyer, 2016; BVGC, 2015); renforcer le leadership, les partenariats et la main-d'œuvre autochtone; élaborer des cadres de gouvernance et de responsabilisation solides, avec des indicateurs de l'efficacité des soins de santé qui sont significatifs tant pour les bailleurs de fonds que pour les bénéficiaires (Donato et Segal, 2013; Lavoie et Dwyer, 2016); acquérir les ressources et l'infrastructure de données nécessaires pour administrer des

*Trop souvent, les voix des peuples autochtones n'ont pas le même poids dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions relatives aux programmes, ce qui aboutit à des programmes et des services qui ne répondent pas pleinement à leurs besoins ou à leurs valeurs.*



systèmes sanitaires et sociaux de grande qualité (Smith, 2002); et encourager l'innovation dans les communautés autochtones par l'établissement de partenariats et la collaboration intergouvernementale (Lavoie et Dwyer, 2016). Une telle innovation peut permettre de réaliser des économies d'échelle et de fournir des services plus efficaces et efficaces, mais les rôles et les responsabilités des principaux acteurs doivent être clairement définis (Henderson et coll., 2018; Lavoie et Dwyer, 2016; Mitton, Dionne, Masucci, Wong et Law, 2011; Reeve et coll., 2015). Le gouvernement fédéral peut également soutenir l'autodétermination en apportant des changements aux modalités de financement existantes pour assurer un financement adéquat et durable; consolider les modalités de financement entre les ministères et les secteurs; simplifier les critères d'admissibilité et les exigences en matière de rapports; recadrer

*La Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis partagent une langue commune, une histoire de colonisation autochtone, des inégalités sur le plan de la santé autochtone, des systèmes de santé autochtones et des luttes pour l'autodétermination autochtone dans la gouvernance de la santé.*

la relation contractuelle comme un partenariat plutôt que comme une relation bailleur de fonds-bénéficiaire; et assurer l'équité entre les modalités de financement en ce qui concerne les dispositions clés, les conditions et les montants de financement (DeSousa, 2016; Lavoie et Dwyer, 2016; Smith et Lavoie, 2008).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent également jouer un rôle important dans le processus de transfert des responsabilités, car ils ont mis au point et utilisent des outils qui peuvent être utiles pour façonner les politiques et les ressources fédérales de manière à alléger les charges financières et bureaucratiques, notamment en ce qui touche la collecte efficace de données, la planification des services de santé et l'optimisation des ressources (Halabi, 2019). Par exemple, certaines provinces et territoires, comme l'Ontario, ont élaboré un cadre pour intégrer la participation des communautés autochtones à la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des

services, que ces services soient fournis dans les réserves ou hors de celles-ci. Grâce à des politiques et à des ressources financières stables, les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent également jouer un rôle en soutenant le contrôle des communautés autochtones sur les services sociaux et de santé en travaillant avec les collectivités pour cerner les priorités en matière de services de santé, combler les lacunes des programmes et soutenir le développement de centres de santé autochtones urbains (APN, 2017).

**Quels sont les modèles de gouvernance qui soutiennent l'autodétermination des peuples autochtones, qui ont connu un certain succès dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et qui pourraient être transférables au contexte canadien?**

La Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis partagent une langue commune, une histoire de colonisation autochtone, des inégalités sur le plan de la santé autochtone, des systèmes de santé autochtones et des luttes pour l'autodétermination autochtone dans la gouvernance de la santé. Leurs modèles de gouvernance peuvent être transposés au contexte canadien, et ils offrent certainement des leçons pour ce contexte.

Les luttes des peuples autochtones pour l'autodétermination en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande ont abouti à la mise en place de certaines structures de gouvernance et de modèles de financement du système de santé qui ont permis de combler les écarts d'équité en matière de santé entre les peuples autochtones et l'ensemble de la population. Chaque pays a réussi à encourager l'engagement et la participation des peuples et des communautés autochtones à la gouvernance de la santé, ce qui a donné lieu à une grande variété de modèles de contrôle autochtone sur la conception et la prestation des programmes et des services de santé. Nombre de ces modèles ont permis d'établir des partenariats et des collaborations solides avec d'autres parties prenantes intéressées par la santé autochtone. Ces systèmes ont contribué à améliorer l'accès des populations autochtones à des programmes et services de santé holistiques, intégrés, coordonnés, de grande qualité et culturellement sûrs, qui intègrent la culture dans tous les aspects de la prestation de services et répondent aux priorités et aux besoins locaux. Toutefois, il subsiste des lacunes dans les connaissances et la recherche concernant les effets directs des modèles axés sur les populations autochtones sur les résultats en matière de santé.

Les forces de ces diverses approches internationales de l'autodétermination des Autochtones varient. Les États-Unis et la Nouvelle-Zélande ont tous deux adopté des politiques nationales claires qui offrent une protection législative à l'autodétermination. Les deux pays



ont également des modèles de gouvernance de la santé autochtone qui comprennent des mécanismes permettant aux personnes non autochtones résidant dans la zone de services d'avoir accès aux services de santé, une caractéristique considérée comme essentielle dans les régions rurales et éloignées. Aux États-Unis, la possibilité pour les différentes tribus de choisir de participer ou non à la prestation des services de santé aux Autochtones permet d'adapter l'autodétermination à différents niveaux de capacité. Sur les trois pays, seule la Nouvelle-Zélande a mis en place un mécanisme pour garantir que les voix et les perspectives des Māoris soient prises en compte aux plus hauts niveaux de l'élaboration des politiques.

Des modèles innovants de prestation de services ont été mis en place dans chacun de ces trois pays, notamment la Southcentral Foundation de l'Alaska Tribal Health System à Anchorage, avec son modèle de soins Nuka, les services de santé contrôlés par la communauté aborigène d'Australie et les organisations de santé primaire de Nouvelle-Zélande. Parmi les succès de ces modèles, on peut citer les suivants : ils ont facilité l'appropriation et le contrôle par la communauté; intégré la culture dans tous les aspects des soins; employé du personnel autochtone local; exploité les capacités et le leadership de la communauté; mis en place de bonnes structures de gouvernance et de bons mécanismes de responsabilisation; établi des partenariats solides; maintenu des calendriers de mise en œuvre flexibles; utilisé des approches de développement communautaire;

facilité l'accessibilité accrue des services; fourni des soins complets axés sur le patient et la famille et répondant à des besoins holistiques; intégré le traitement et la gestion, la prévention et la promotion de la santé; et abordé les déterminants sociaux de la santé (Streak Gomersall et coll., 2017; Harfield, et coll., 2018; Morley, 2015). Cependant, chacun d'entre eux a également connu des difficultés communes liées aux structures de gouvernance de la santé axées sur les Autochtones, en particulier la fragmentation de secteurs de compétence et des modalités de financement, le cloisonnement des programmes et du financement, l'insuffisance du financement pour répondre à tous les besoins et l'exclusion des peuples autochtones des processus décisionnels plus larges dans les domaines qui les concernent. En examinant les divers modèles de structures de gouvernance de la santé utilisés dans ces contextes internationaux, Saulnier (2014, p. 2) a formulé deux recommandations relatives aux structures de gouvernance de la santé pour le Canada. Premièrement, une attention particulière devrait être accordée à l'importance du droit à l'auto-identification de la citoyenneté comme fondement à la fois de relations positives avec les gouvernements et d'un plus grand sentiment d'autodétermination. Deuxièmement, des modèles intégrés devraient être mis en œuvre en trouvant un équilibre entre l'encouragement à l'autodétermination et la reconnaissance et l'intégration des préoccupations particulières des peuples autochtones dans des programmes de soins de santé plus larges.

## Quels ont été les facteurs de soutien et d'inhibition particuliers, y compris les contextes, qui ont influencé l'élaboration et la mise en œuvre de ces modèles de gouvernance?

Bien que divers modèles de gouvernance de la santé aient fait l'objet d'examen positifs, on s'entend généralement pour dire qu'un modèle qui a réussi dans une province ou un territoire n'est pas automatiquement transférable à d'autres provinces ou territoires, puisque les contextes régionaux, les besoins et les forces des collectivités et l'existence de traités locaux jouent tous un rôle dans la détermination du meilleur modèle de planification, de gestion, de prestation de services et de financement des programmes et services de santé autochtones dans l'ensemble des provinces, des territoires et des régions (Richardson et Murphy, 2018). Toutefois, la littérature met en évidence certains facteurs communs qui favorisent ou entravent l'élaboration et la mise en œuvre de modèles de gouvernance de la santé autochtone considérés comme efficaces et qui comportent des caractéristiques considérées comme des pratiques exemplaires dans les contextes de soins de santé autochtone (Harfield et coll., 2018; Henderson et coll., 2018).

## Facteurs de soutien

Un facteur important qui soutient l'élaboration et la mise en œuvre de modèles de gouvernance de la santé autochtone est la valorisation d'une approche de la santé autochtone fondée sur les droits de la personne par les gouvernements nationaux (Mazel, 2016). Lorsque les gouvernements nationaux lient leur rôle aux obligations en matière de droits de la personne, ils sont plus susceptibles de démontrer leur engagement en faveur de l'autodétermination par l'entremise de partenariats, d'un soutien fiable à long terme et d'autres actions qui permettent de créer un environnement où l'autodétermination peut être exercée. Cet environnement comprend la priorité accordée à l'expression des valeurs culturelles autochtones dans un secteur de la santé à prédominance occidentale, l'adoption d'exigences législatives pour la participation autochtone aux conseils d'administration et l'élaboration de stratégies visant à réduire le racisme et la discrimination dans le secteur de la santé en général (Ferguson, 2014; Goodyear-Smith et Ashton, 2019; Mazel, 2016; Sabbioni et coll., 2018).

L'engagement communautaire et les partenariats solides sont considérés dans la littérature comme essentiels à la réussite des modèles de gouvernance de la santé autochtone. L'engagement communautaire dans l'élaboration des structures de gouvernance contribue à établir la légitimité de ces structures dans la communauté (PSPNRA, 2016; Halliday et Segal, 2012). L'engagement et la participation de la communauté à la conception des programmes et

à la prise de décisions contribuent à garantir que les programmes et les services sont culturellement adaptés et reflètent les besoins et les priorités de la communauté (CAASSO, 2015; Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Richardson et Murphy, 2018). Lorsque les structures de gouvernance de la santé sont dirigées et régies par la communauté, elles doivent rendre compte de leurs décisions à leurs citoyens.

Il existe un ensemble de preuves assez solides montrant que des partenariats et des collaborations solides à tous les niveaux peuvent non seulement contribuer à accroître l'accès des populations autochtones à des services de soins de santé primaires et à des programmes de promotion de la santé complets, holistiques, intégrés et culturellement adaptés, mais aussi produire des gains d'efficacité (PSPNRA, 2016; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a; MacIntosh, 2008; Richardson et Murphy, 2018; Smith et Lavoie, 2008). Dans le contexte des petites communautés autochtones, où l'accès aux ressources (y compris les ressources humaines) et aux services est limité par la petite taille de la population, les liens entre les programmes et les organismes connexes sont essentiels, car aucun organisme ne dispose à lui seul de la gamme de ressources et de l'expertise nécessaire pour résoudre tous les problèmes (Smith, 2002). En raison du cadre de compétence fragmenté du Canada en matière de santé autochtone, les communautés autochtones sont limitées dans leur capacité à établir des partenariats et des collaborations. Cependant,

lorsqu'elles ont une plus grande autodétermination en matière de gouvernance de la santé grâce à des accords de financement global et à une flexibilité budgétaire — comme c'est le cas de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique — elles sont mieux à même de s'engager dans des collaborations et des partenariats intersectoriels et intergouvernementaux innovants pour améliorer la prestation des services. Les résultats comparativement positifs obtenus en Nouvelle-Zélande montrent qu'une relation de travail constructive est nécessaire entre les gouvernements non autochtones et les groupes autochtones pour que l'autodétermination soit possible (Saulnier, 2014). Cela nécessite un engagement soutenu de toutes les parties, de bons processus de communication pour établir la confiance, des collaborations significatives, des interactions respectueuses et la possibilité pour les groupes autochtones de contrôler dans une certaine mesure la définition de leurs membres (PSPNRA, 2016; Mashford-Pringle, 2016; BVGC, 2015; Saulnier, 2014). Une bonne communication est également essentielle à l'élaboration et au maintien de modèles agglomérés ou collaboratifs de gouvernance autochtone en matière de santé, et peut être facilitée par la mise en place d'un mécanisme permettant de parler d'une seule voix. Parmi les exemples, on peut citer la création du Conseil des leaders des Premières Nations qui a conduit à la mise en place de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en Colombie-Britannique et à la prise de décisions par consensus qui a été adoptée à la fois par l'Alaska Tribal Health Board et la NITHA.

De bons mécanismes de gouvernance et de responsabilité financière sont également des ingrédients clés du succès des systèmes de santé autochtones, car ils contribuent à un sentiment d'appropriation des services de santé par les Autochtones. Cela comprend une forte capacité de leadership (Freeman et coll., 2019; Henderson et coll., 2018; Mashford-Pringle, 2016; Williams, 2018), une responsabilité et une transparence multidirectionnelles (PSPNRA, 2016; Lemchuk-Favel, 2004a; BVGC, 2015) et une prise de décisions partagée (Donato et Segal, 2013; RSPN, 2018). Cela comprend également des processus d'amélioration continue de la qualité définis par des résultats et des indicateurs culturels (Lavoie et Dwyer, 2016; Harfield et coll., 2018; Richardson et Murphy, 2018), soutenus par des accords de financement stables et durables, unifiés et fondés sur des dépenses réalistes (APN, 2017).

Les modèles de gouvernance autochtone de la santé qui fonctionnent bien sont perçus comme ayant des aspects uniques qui améliorent l'accessibilité. Ils intègrent les déterminants sociaux de la santé dans les programmes et les services, et ils s'associent à d'autres secteurs pour garantir que ces déterminants sont pris en compte de manière plus générale (PSPNRA, 2016; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a; Freeman et coll., 2014). Ils fournissent des services fondés sur les croyances, les valeurs, les coutumes et les perspectives autochtones en matière de santé et de bien-être; ils font preuve de souplesse quant au moment, à la manière et au lieu où les services sont

offerts (Harfield et coll., 2018); ils intègrent des modèles de soins interdisciplinaires, les guérisseurs traditionnels et les fournisseurs de soins de santé occidentaux travaillant en collaboration pour fournir des soins complets; et ils encouragent la participation et le soutien des familles (CAASSO, 2015; Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016). Ces services sont complets et mettent l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, la détection précoce, la gestion des maladies et les services cliniques de soins aigus (Reeve et coll., 2015). Ils disposent également d'une main-d'œuvre culturellement appropriée et qualifiée (Harfield et coll., 2018).

Le rôle des traités, des règlements de revendications territoriales et des accords d'autonomie dans l'élaboration et la mise en œuvre des modèles de gouvernance est quelque peu flou. Les traités historiques ne contenaient qu'une vague référence, voire aucune, à la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de soins de santé pour les Premières Nations. Par exemple, le traité 6 contenait une « clause relative aux médicaments », qui pouvait être interprétée de multiples façons, allant de la simple fourniture d'une trousse de premiers secours à chaque ménage à la pleine responsabilité fédérale en matière de soins de santé et de prestations supplémentaires (Team ReconciliAction YEG, 2018). En revanche, les traités modernes, les accords d'autonomie gouvernementale et les accords sur les revendications territoriales

globales, tels que les accords des Nisga'a et de la Baie James et du Nord québécois, reconnaissent les droits des Autochtones à l'autodétermination et s'accompagnent généralement d'un nouvel arrangement fiscal, élaboré en collaboration avec les gouvernements autonomes autochtones, « qui soutient le développement politique, social, économique et culturel de la communauté autochtone » (RCAANC, 2019, paragraphe 4). Dans ces contextes, les accords de financement offrent une plus grande certitude et une plus grande flexibilité aux communautés autochtones pour établir des budgets et transférer des fonds afin de répondre aux priorités et aux besoins des communautés. En outre, ces accords de financement offrent aux communautés autochtones la possibilité de s'engager dans une planification et une budgétisation à long terme afin d'atteindre les objectifs communautaires à long terme (AANC, 2018b). Il semble évident que ces traités et accords ont conduit à la mise en œuvre de modèles de gouvernance de la santé plus innovants, avec une plus grande autonomie, une intégration plus forte, une responsabilité réciproque et des cadres d'évaluation des progrès plus adaptés à la culture. Toutefois, il n'est pas certain que l'existence d'un traité colonial précoce constitue un obstacle dans les premières étapes de la négociation de l'autodétermination autochtone en matière de santé (Richmond et Cook, 2016).



## Les facteurs inhibiteurs

Les facteurs qui entravent l'élaboration et la mise en œuvre de structures de gouvernance de la santé efficaces sont principalement liés à la fragmentation des secteurs de compétence et du financement. La division et le manque de clarté des rôles et des responsabilités des différents ordres de gouvernement peuvent entraîner une structure fragmentée et non coordonnée du système de santé qui constitue un obstacle au développement de services de santé coordonnés (PSPNRA, 2016; Donato et Segal, 2013; Lavoie et Dwyer, 2016; Palmer et coll., 2017; Rodon, 2014; Saulnier, 2014). De même, des modalités de financement complexes, à court terme, incertaines et fragmentées peuvent imposer aux communautés un lourd fardeau administratif et de rapports, ce qui peut étouffer l'innovation et l'élaboration de programmes et de services de santé holistiques. Le sous-financement chronique et les budgets irréalistes qui ne tiennent pas compte des coûts réels de la prestation des services de santé dans des endroits géographiquement éloignés ou isolés, le manque de services de soins de santé de rechange disponibles pour les populations non autochtones, les besoins de santé uniques de certaines populations, la croissance démographique ou l'inflation peuvent sérieusement entraver les systèmes de santé dirigés par les Autochtones, ce qui entraîne une plus grande inégalité en matière de santé (APN, 2017; PSPNRA, 2016; Richardson et Murphy, 2018; Smith, 2002). Le fait de continuer à dépendre du

financement gouvernemental pour les opérations et le contrôle du gouvernement sur les priorités, l'allocation des fonds, les objectifs et les indicateurs de rendement peut avoir une incidence négative sur l'autodétermination des Autochtones en matière de santé, surtout dans le contexte d'une volonté politique changeante et d'un engagement hésitant à l'autodétermination de la part des nouveaux gouvernements nationaux (Howard-Wagner, 2018; Mazel, 2016).

Il semblerait également que le degré de centralisation du processus décisionnel puisse constituer un obstacle à l'élaboration de modèles autochtones de gouvernance de la santé. Par exemple, Henderson et ses collaborateurs (2018) ont fait valoir que le processus décisionnel en matière de santé en Alberta étant assez centralisé et non dispersé dans les régions, comme c'est le cas en Colombie-Britannique, il pourrait ne pas être possible de transférer le modèle de la RSPN au contexte albertain.

Des conceptions concurrentes de l'« autonomie » en matière d'« autogouvernance » peuvent également constituer un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de modèles autochtones de gouvernance de la santé dans le contexte de la fragmentation de la compétence en ce qui touche les politiques et la prestation des services de santé (Smith, 2002). Cet obstacle peut avoir pour conséquence que plusieurs secteurs de compétence des Premières Nations reçoivent des fonds pour des programmes et des

services similaires, ce qui donne lieu à des doublons. Bien que le regroupement des petits secteurs de compétence en des régions de compétence d'ordre supérieur puisse se traduire par des services plus efficaces et des économies d'échelle,<sup>14</sup> le contexte local devra être pris en compte, car cette option ne sera peut-être possible que s'il existe un contexte commun (c'est-à-dire la langue, les coutumes, l'histoire, etc.). En outre, les petits secteurs de compétence peuvent souhaiter conserver une autonomie de prise de décisions et de gestion quotidienne des services dans leur contexte local propre (Smith, 2002). Les tentatives d'agrégation ne devraient jamais être imposées aux populations autochtones simplement pour réaliser des économies d'échelle, mais plutôt être des tentatives volontaires fondées sur les principes de « bonne gouvernance » (Graham, 2003).

Le manque de capacité des systèmes de santé autochtones et traditionnels constitue également un obstacle au développement et à la mise en œuvre réussie de la gouvernance autochtone en matière de santé. Comme le montre la RSPN de la Colombie-Britannique, elle a des capacités limitées en fait de temps, de ressources humaines et de financement pour participer à des processus d'engagement et de prise de décisions toujours plus nombreux avec divers organismes locaux, régionaux et provinciaux et pour garantir la prise en compte des points de vue des Premières Nations dans le processus décisionnel (RSPN, gouvernement de la Colombie-Britannique et SAC, 2019). De même, le système

<sup>14</sup> Il existe un certain scepticisme quant au fait qu'une telle action puisse permettre de réaliser des économies ou d'améliorer le service grâce à des économies d'échelle (Graham, 2003).

de santé général a également besoin d'un renforcement des capacités pour sensibiliser les conseils d'administration des autorités sanitaires régionales et le personnel de santé non autochtone au racisme systémique, à la sécurité culturelle et à l'humilité culturelle. Il est également nécessaire de recruter et de conserver des professionnels de la santé autochtones pour s'assurer que le système répond aux besoins des Premières Nations.

## Comment peut-on mesurer l'efficacité de l'autodétermination?

La participation à des initiatives d'amélioration de la qualité est considérée comme une pratique exemplaire en matière de gouvernance de la santé et comme une caractéristique des modèles autochtones de prestation de services de soins de santé primaires (Harfield et coll., 2018). Bien qu'il y ait eu un nombre croissant de recherches sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans le contexte des services de santé autochtones en Australie, ces recherches sont moins bien développées ailleurs et semblent certainement en être à leurs débuts au Canada. Un examen de portée explorant l'incidence de l'ACQ sur les systèmes de services, les soins et les résultats des clients dans le contexte des soins de santé primaires des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres en Australie a cerné un manque de recherche liée à l'adoption de l'ACQ dans la pratique générale et les cliniques gouvernementales, l'incidence de l'ACQ au fil du temps, l'incidence sur les résultats des soins et des clients, les répercussions économiques ou

l'engagement communautaire dans les activités d'ACQ (Sibthorpe et coll., 2018). La plupart des recherches portent sur l'élaboration de divers cadres et sur les résultats des évaluations de base.

L'ensemble de la documentation existante sur l'ACQ démontre une transition des mesures élaborées « de haut en bas » pour les services de santé autochtones, qui n'étaient pas nécessairement utiles ou appropriées aux contextes, à des approches « de bas en haut » appartenant à la collectivité et dirigées par celle-ci, qui tiennent compte du contexte local, y compris les paysages historiques, politiques, organisationnels, culturels et sociaux des peuples autochtones; du leadership culturel existant et émergent; et des soins informels qui appuient les programmes (McCalman et coll., 2018; Williams, 2018). De telles approches sont désormais recommandées comme des pratiques exemplaires, car on considère qu'elles permettent de faire participer les membres de la communauté, de favoriser l'appropriation par la communauté et de produire des indicateurs qui fournissent des informations plus pertinentes aux communautés pour fixer les priorités locales ou répondre aux besoins locaux (McCalman et coll., 2018). On s'entend généralement pour dire que pour que les outils d'ACQ soient utiles dans les contextes autochtones, les programmes doivent être évalués du point de vue des peuples autochtones (McDonald et coll., 2017; Williams, 2018), avec une responsabilité non pas envers les décideurs, les programmes ou les fournisseurs, mais plutôt envers les patients, les clients, les familles et les collectivités autochtones

(Sibthorpe et Gardner, 2007; Sibthorpe et coll., 2016; 2017). Ils doivent également être élaborés sur la base d'un accord entre le secteur de la santé autochtone et le gouvernement sur les indicateurs à inclure, la qualité des données, la manière dont les données seront interprétées et communiquées, et ce qui doit être fait par qui et dans quel but (Sibthorpe et coll., 2016). Les cadres d'évaluation doivent être fondés sur des objectifs, c'est-à-dire que le rendement doit être mesuré par rapport à un ensemble défini d'objectifs et être flexible pour s'adapter aux besoins de la communauté (Puszka et coll., 2015; Sibthorpe et Gardner, 2007; Sibthorpe et coll., 2017). Étant donné qu'il faut beaucoup de temps et de ressources pour déterminer les objectifs et réaliser les évaluations, il sera essentiel de fournir aux communautés autochtones un soutien financier supplémentaire pour entreprendre ces activités afin de garantir une amélioration continue (Lavoie et Dwyer, 2016).

Il est également de plus en plus reconnu dans cette littérature que les cadres d'évaluation devraient aller au-delà des indicateurs cliniques pour inclure l'élaboration d'outils à utiliser dans des services de soins de santé primaires complets. Ces outils permettraient de tenir compte des déterminants sociaux et culturels de la santé dans les communautés autochtones, notamment l'eau, la nourriture, les déterminants au niveau des ménages et de l'environnement, les connaissances et les compétences, ainsi que les comportements favorisant la santé (Freeman et coll., 2020; Lawless et coll., 2014; McCalman et coll., 2018). Alors que la plupart des cadres australiens existants

sont axés sur des indicateurs liés aux processus de soins et aux résultats intermédiaires, une autodétermination réussie en matière de gouvernance de la santé devrait comprendre l'élaboration et le suivi d'objectifs et d'indicateurs éclairés par des Autochtones concernant l'amélioration du système, la satisfaction à l'égard des services et l'accès à ces derniers, l'emploi des Autochtones dans le secteur de la santé et les résultats sanitaires (Harfield et coll., 2018; Sibthorpe et coll., 2016; 2017; Southcentral Foundation, 2016).

Il existe un ensemble substantiel de données probantes de ces processus d'ACQ et d'évaluation qui démontrent que le contrôle des collectivités autochtones améliore l'accès à une gamme de services de santé, y compris le dépistage, l'accès aux cliniques d'immunisation, la sécurité culturelle, l'éducation sanitaire et le respect des plans de traitement (Allen et coll., 2020; Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Auger et coll. 2016; Kelaher et coll. 2014; Lemchuk-Favel et Jock, 2004a, 2004b; McAullay et coll. 2017; BVGC, 2015). Des données moins probantes mais prometteuses indiquent que les populations autochtones sont très satisfaites des services contrôlés par les communautés autochtones (Barnabe, Lockerbie, Erasmus et Crowshoe, 2017; Irving, Gwynne, Angell, Tennant et Blinkhorn, 2016; Lemchuk-Favel et Jock, 2004b), et que ces services contribuent à améliorer certains résultats en matière de santé dans des contextes particuliers, notamment :

- des taux d'hospitalisation réduits pour les affections sensibles aux soins ambulatoires ( Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Donato et Segal, 2013; Lavoie et coll., 2010; Lavoie et coll., 2019);
- une réduction des méfaits liés à de l'alcool (Freeman et coll., 2019);
- une réduction des visites aux urgences ( Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Lemchuk-Favel et Jock, 2004b);
- une meilleure santé mentale et un meilleur bien-être des jeunes Autochtones (Chandler et Lalonde, 2008; Sabbioni et coll., 2018);
- une réduction des infections de l'oreille (McAullay et coll., 2017);
- l'augmentation de l'espérance de vie (Donato et Segal, 2013).

Il reste nécessaire d'approfondir les recherches sur les effets des changements apportés au niveau du système de soins de santé primaires des autochtones sur la réduction de l'écart de santé entre les autochtones et les autres (Halliday et Segal, 2012 ; Sibthorpe et al., 2018).



## Comment les modes de connaissance autochtones, les déterminants sociaux de la santé, le continuum du bien-être et l'engagement ou le partenariat se reflètent-ils dans les modèles de gouvernance et les cadres de responsabilisation connexes?

Les modes de connaissance autochtones, les déterminants sociaux de la santé, le continuum du bien-être et l'engagement ou le partenariat se reflètent de diverses manières dans les modèles de gouvernance et les cadres de responsabilisation connexes. Les modes de connaissance autochtones se reflètent dans les modèles de soins et les programmes qui donnent la priorité aux valeurs culturelles autochtones, intègrent les méthodes et les approches de guérison traditionnelles parallèlement aux approches biomédicales occidentales, utilisent les langues et les styles de communication autochtones, emploient les populations autochtones locales et s'appuient sur les forces des Aînés, des familles et des membres des communautés autochtones (Allen et coll., 2020; Davy et coll. 2016; Freeman et coll. 2019; Gibson et coll. 2015; Harfield et coll. 2018; Mazel, 2016; Walters et coll. 2020; Ware, 2013). Ils se reflètent également dans les processus



d'évaluation qui sont fondés sur les perspectives des peuples autochtones, adaptés aux contextes locaux pour s'assurer qu'ils sont significatifs et pertinents, et qui mettent l'accent sur l'amélioration et les relations comme facteurs critiques de succès (McDonald et coll., 2017; Williams, 2018).

Les déterminants sociaux de la santé et le continuum du bien-être sont souvent intégrés dans des cadres politiques et des programmes holistiques fondés sur le savoir autochtone du cycle de vie, les concepts autochtones de santé holistique et la continuité des soins (Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016). Il s'agit de fournir des soins de santé primaires complets et accessibles qui mettent l'accent sur :

- améliorer l'état de santé par la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement et la gestion des maladies chroniques et des handicaps;
- améliorer l'accès aux services en offrant des services à faible coût ou gratuits, une aide au transport, des heures d'ouverture flexibles, des services de proximité, la télésanté, des services de traduction et d'interprétation, la défense des droits, l'orientation, des services de guérison traditionnels, des services culturellement sûrs et exempts de racisme et de discrimination, et d'autres moyens;
- adopter des approches centrées sur le patient,

qui tiennent compte des traumatismes et du contexte socioéconomique de la vie des peuples autochtones et qui sont ancrées dans les forces des communautés ( Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Davy et coll. 2016; Henderson et coll. 2018; CAASSO, 2015; Richardson et Murphy, 2018).

Les déterminants sociaux se reflètent souvent dans les modèles de soins collaboratifs, intégrés ou interdisciplinaires qui fournissent des services complets comme moyen d'atteindre l'équité en augmentant l'accès à une gamme diversifiée de services sociaux et de santé en un seul endroit (Cercle de leadership des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires pour les Autochtones, 2016; Auger et coll. 2016; Freeman et coll. 2014; Harfield et coll. 2018; Henderson et coll. 2018; Goodyear-Smith et Ashton, 2019; Sabbioni et coll. 2018). Dans ces modèles, les patients sont habilités à prendre en charge leur propre santé et le rôle du prestataire de soins est de les soutenir dans leur cheminement vers le bien-être (Richardson et Murphy, 2018; Southcentral Foundation, 2019). Les modèles autochtones de gouvernance de la santé reflètent les déterminants sociaux de la santé en favorisant le leadership autochtone, en renforçant les capacités du système de services de santé et leur aptitude à exercer l'autodétermination, et en faisant participer les Aînés à la prestation des services

de santé communautaires de manière à renforcer la résilience de la communauté (Harfield et coll., 2018; Henderson et coll., 2018; NITHA, 2014; Papa Ola Lōkahi, 2018; Sabbioni et coll., 2018). Les déterminants sociaux sont également intégrés dans l'adoption d'outils d'évaluation du rendement qui tiennent compte du contexte local, notamment l'histoire, l'environnement, les facteurs qui influencent les programmes et les services, le degré d'autodétermination et les facteurs liés aux lois et règlements et à l'élaboration des politiques (Sibthorpe et Gardner, 2007; Williams, 2018).

L'engagement communautaire a été identifié comme un élément central du succès de la gouvernance autochtone en matière de santé, car il garantit l'appropriation des services de santé par les Autochtones et leur responsabilité à cet égard. Elle se traduit par :

- l'engagement des citoyens dans la définition des priorités et la prise de décisions en matière de politiques, tant à l'échelon local qu'au sein de l'ensemble du système de santé (Fridkin, 2016; Lavoie, 2013);
- la formation de centres d'engagement communautaire pour encourager la collaboration naturelle entre les communautés (PSPNRA, 2016);
- l'élaboration de mesures et d'objectifs de rendement adaptés au contexte local (Lemchuk-Favel et Jock, 2004b);

- la participation des organisations autochtones aux forums de planification régionale (PSPNRA, 2016; Kelaher et coll., 2015);
- des stratégies et des approches qui engagent les patients comme partenaires dans leurs soins (Sabbioni et coll., 2018);
- des approches de soins qui s'appuient sur la sagesse des membres de la communauté et des Aînés dans les plans de soins et les stratégies de traitement (Sabbioni et coll., 2018).

Malgré l'importance de l'engagement communautaire pour la gouvernance de la santé autochtone, les mécanismes formels d'engagement communautaire font souvent défaut dans ces structures (PSPNRA, 2016).

Des partenariats solides avec d'autres gouvernements, des organisations et des agences de santé et de services sociaux, des universitaires et des organisations à but non lucratif sont essentiels à l'élaboration de services de santé contrôlés par les communautés autochtones afin d'améliorer la prestation des services (PSPNRA, 2016; Henderson et coll., 2018; Howard-Wagner, 2018; Sabbioni et coll., 2018; Smith, 2002).

Les partenariats se traduisent généralement par la mise en place de liens et d'accords entre les administrations et d'autres prestataires de services afin de promouvoir l'intégration et établir des modèles innovants de prestation de services; d'améliorer l'accès des membres

de la communauté à un plus large éventail de services; de faciliter l'échange d'informations, de données et d'expertise entre les communautés, les régions et les organisations; et de tirer parti des économies d'échelle (Harfield et coll., 2018; MacIntosh, 2008; Mashford-Pringle, 2016; Smith et Lavoie, 2008). Les partenariats efficaces se reflètent également dans les modèles de processus de prise de décisions et de responsabilisation partagés, comme celui de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, qui comprend un partenariat entre les gouvernements fédéral et provincial et les dirigeants des Premières Nations, qui partage les processus de prise de décisions concernant les priorités, l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs de réussite et des processus de responsabilisation.



# SECTION V : CONCLUSION



Si le contrôle communautaire et l'autodétermination ont amélioré la prestation des soins de santé dans les communautés autochtones, les efforts déployés pour les établir n'ont pas encore suffi à combler l'écart entre les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones (Kelly, 2011). Cela est dû, en partie, aux problèmes structurels plus profonds auxquels les communautés autochtones sont confrontées et à leur manque de contrôle sur les principaux déterminants de la santé, tels que l'accès à la nourriture, à l'eau et au logement (Levesque, 2017). L'autodétermination en matière de programmes et de services de santé a permis d'améliorer l'accès aux services de santé et de prévention pour les populations et les communautés autochtones, ainsi que certaines améliorations prometteuses sur le plan des résultats de santé, notamment une diminution des taux d'hospitalisation pour des maladies qui peuvent être traitées à l'échelon communautaire, une amélioration de la santé mentale

et une réduction des otites moyennes, entre autres (APN, 2017; Sabbioni et coll., 2018; Sibthorpe et coll., 2017). Toutefois, l'autodétermination exige que les communautés disposent des outils et des ressources nécessaires pour fournir des programmes et des services de grande qualité qui répondent à leurs besoins et à leurs priorités. La littérature souligne l'importance des modèles de financement souples et durables, d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté, de structures de gouvernance et de mécanismes de responsabilisation robustes, de partenariats solides à tous les niveaux et de possibilités de forger des liens avec d'autres secteurs pour influencer sur les déterminants de la santé et renforcer la capacité des Autochtones à s'autogouverner (PSPNRA, 2016; Lavoie et Dwyer, 2016). Ces types d'arrangements sont essentiels pour encourager l'innovation dans la prestation des services de santé. Compte tenu des difficultés liées aux modalités de financement actuelles, il faut renforcer les capacités des communautés autochtones pour





leur permettre de prendre en charge leurs propres programmes et services. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent travailler en tant que partenaires égaux avec les peuples et les communautés autochtones pour déterminer les modèles de gouvernance et de financement qui répondront le mieux à leurs besoins et priorités uniques et variés. Tous les ordres de gouvernement doivent s'engager et soutenir, par des politiques et des ressources adéquates, l'élaboration de programmes et de services de santé axés sur les populations autochtones, qu'ils s'adressent aux populations autochtones urbaines ou aux populations autochtones ayant signé des accords d'autonomie.

Dans le cadre de cette analyse documentaire, les données probantes ne nous amènent pas à conclure qu'il existe un modèle particulier de pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé autochtone. Bien qu'un seul modèle puisse être prometteur, les nations autochtones du pays sont uniques et distinctes, et doivent donc faire preuve de créativité pour concevoir un modèle de contrôle qui leur convienne. Les communautés autochtones doivent être capables de cerner leurs propres priorités et de répondre à leurs besoins uniques, en utilisant des approches qui reflètent leurs propres visions du monde et

contextes communautaires. On ne doit pas attendre des communautés qu'elles transposent un modèle de soins de santé existant dans leur contexte individuel et collectif. Bien que la plupart des modèles prévoient des partenariats entre les gouvernements autochtones et les différents ordres de gouvernement non autochtones, le contexte intergouvernemental des nations autochtones du Canada exigera que Services aux Autochtones Canada, en partenariat avec les peuples et les communautés des Premières Nations, inuites et métisses, fasse preuve de créativité pour concevoir un modèle de contrôle qui leur convienne, en se fondant sur les connaissances autochtones sous-jacentes et sur les histoires et les conditions uniques qui contribuent au succès.

Les résultats de l'étude ont montré que bien qu'il n'existe pas de modèle unique pour réussir le transfert des services de santé fédéraux aux communautés autochtones, certains traits communs sont partagés par les modèles de gouvernance de la santé autochtone — tant à l'échelon international que national — qui soutiennent l'autodétermination autochtone et visent à améliorer les résultats sanitaires des peuples autochtones. Il s'agit notamment des modèles suivants :



- engagement soutenu du gouvernement national en faveur des droits et de l'autodétermination des Autochtones;
- des rôles et des responsabilités clairement définis entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones en matière de gouvernance de la santé;
- autodétermination évolutive en fonction des capacités;
- engagement et participation de la communauté à la conception et à la mise en œuvre des programmes, des services et des politiques de santé, tant à l'échelon local que dans l'ensemble du système de santé;
- des programmes et des services de santé fondés sur les modes de connaissance, les visions du monde et les perspectives autochtones;
- une approche holistique des programmes et services de santé fondée sur les points forts;
- la citoyenneté définie par les communautés autochtones comme le fondement à la fois de relations positives avec les gouvernements et d'un plus grand sens de l'autodétermination;
- des modalités de financement adéquates, durables et souples pouvant être directement liées aux besoins locaux et adaptées aux nouvelles priorités, et pouvant faciliter la planification à long terme et les approches intégrées et multidisciplinaires;
- une structure de gouvernance autochtone à but non lucratif représentative;
- un leadership collaboratif et partagé, fondé sur un véritable partenariat;
- des exigences contractuelles et de responsabilisation harmonisées;
- des partenariats et des collaborations solides avec d'autres intervenants qui s'intéressent à la santé autochtone afin de tirer parti de l'expertise et des capacités de prestation de services;
- une forte responsabilisation relationnelle réciproque;
- la participation à la collecte et à la gestion des données pour éclairer la conception des programmes et l'élaboration des politiques;
- la participation au développement de la main-d'œuvre afin de promouvoir le recrutement et le maintien en poste, ainsi qu'une main-d'œuvre bien formée et adaptée à la culture.
- des processus d'assurance de la qualité fondés sur des résultats et des indicateurs culturels, en utilisant des approches gérées et contrôlées par la communauté;
- le soutien continu des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à la gouvernance de la santé des Autochtones sous forme de ressources humaines, physiques et financières.



# RÉFÉRENCES

(en anglais seulement)

- Abel, S., Gibson, D., Arataki, K., Ehau, T., Tipene Leach, D., & Ngāti Porou Hauora. (2005). Implementing the primary health care strategy: A Maori health provider perspective. *Social Policy Journal of New Zealand Te Puna Whakaaro*, 25, 70-87.
- Abele, F., Ahmad, F., & Grady, C. (2019). Power and politics: Financing the spirit and intent of modern treaties. *Northern Public Affairs*, 6, 27-33.
- Aboriginal Health Access Center/Aboriginal CHC Leadership Circle. (2016). *Bringing order to Indigenous primary health care planning and delivery in Ontario*. Toronto, ON: Ontario's Aboriginal Health Access Centres.
- Alaska Native Health Board [ANHB]. (n.d.-a). *Alaska Native Health System*. Alaska Native Health Board, <http://www.anhb.org/tribal-resources/alaska-tribal-health-system/>
- Alaska Native Health Board [ANHB]. (n.d.-b). *About ANHB*. Alaska Native Health Board, <http://www.anhb.org/about-anhb/>
- Alaska Native Health Board [ANHB]. (n.d.-c). *Policy & Advocacy*. Alaska Native Health Board, <http://www.anhb.org/policy-advocacy/>
- Alberta Health Services. (2018). *Indigenous Health Transformational Roadmap 2018-2020. Final Report*. Edmonton, AB: Population, Public & Indigenous Health SCN.
- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, D., & Bushie, B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9), E208-E216.
- Allin, S., & Rudoler, D. (2016). The Canadian health care system. *International Health Care System Profiles*. New York: The Commonwealth Fund. Retrieved December 2, 2019 from <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan, M. et al. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowtija Institute Global Collaboration: A population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-57.
- Angell, B.J. (2017). *Health economics and Indigenous health: Measuring value beyond health outcomes*. Unpublished PhD dissertation, University of Sydney, Sydney, Australia.
- Anishnawbe Health Toronto. (2011). *Our mission*, <https://www.aht.ca/about/mission>
- Ashworth, A. (2018). Understanding the factors influencing the Aboriginal health care experience. *Canadian Journal of Dental Hygienists*, 52(3), 208-12.
- Assembly of First Nations. (2017). *The First Nations health transformation agenda*. Ottawa, ON: Author, [https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta\\_final.pdf](https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf)
- Atlantic First Nations Health Partnership [AFNHP]. (2016). First Nations control models: Exploring the devolution of health program funding in Atlantic Canada. Retrieved March 2, 2019 from [https://www.apcfn.ca/images/uploads/FN\\_Health\\_Control\\_Models\\_FINAL.pdf](https://www.apcfn.ca/images/uploads/FN_Health_Control_Models_FINAL.pdf)
- Atlantic First Nations Health Partnership [AFNHP]. (2019). *Atlantic First Nations Health Partnership: Overview*. Retrieved March 3, 2020 from [https://www.apcfn.ca/images/uploads/Health\\_Partnership\\_Information\\_Sheet\\_Nov\\_14\\_2019.pdf](https://www.apcfn.ca/images/uploads/Health_Partnership_Information_Sheet_Nov_14_2019.pdf)
- Auger, M., Howell, T., & Gomes, T. (2016). Moving towards holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous Peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian Journal of Public Health*, 107, e393-e398.
- Australian Government. (2015). Implementation plan for the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013–2023. Canberra, AU: Department of Health.
- Barnabe, C., Lockerbie, S., Erasmus, E., & Crowshoe, L. (2017). Facilitated access to an integrated model of care for arthritis in an urban Aboriginal population. *Canadian Family Physician*, 63(9), 699-706.
- Browne, A.J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S.T., Krause, M., Tu, D. et al. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16, 544.
- Cameron, B.L., del Pilar Carmargo Plazas, M., Santos Salas, A., Bourque Bearskin, L., & Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal People: A call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3), E1-E16.
- Chandler, M.J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Chandler, M.J., & Lalonde, C.E. (2008). *Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations*. In L. Kirmayer & G. Valaskakis, G. (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 221-248). Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- Coombs, D. (2018). Primary Health Networks' impact on Aboriginal Community Controlled Health Services. *Australian Journal of Public Administration*, 77(S1), S37-S46.
- Congress of the United States of America. (2001). *S. 87 – Native Hawaiian Health Care Improvement Act Reauthorization of 2001*. Washington, DC: Author, <https://www.congress.gov/bill/107th-congress/senate-bill/87>
- Council of Yukon First Nations. (2010). *Improving access to health services for Yukon First Nations*. Whitehorse, YK: Author.
- Cree Board of Health and Social Services of James Bay [CBHSS]. (2012). *About us*. Chisasibi, QC: Author, <https://www.creehealth.org/about-us>



- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC]. (2018). Canada congratulates Sioux Valley Dakota Nation on the opening of its new Department of Families [news release]. *Cision*, September 22. <https://www.newswire.ca/news-releases/canada-congratulates-sioux-valley-dakota-nation-on-the-opening-of-its-new-department-of-families-694049371.html>
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC]. (2019). *Canada's collaborative self-government fiscal policy*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 7, 2020 from <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1566482924303/1566482963919>
- CTV Winnipeg. (2018). Health care in north 'is not working for our people': MKO signs memorandum looking to transform system. *CTV News*, March 28, <https://winnipeg.ctvnews.ca/health-care-in-north-is-not-working-for-our-people-mko-signs-memorandum-looking-to-transform-system-1.3863503>
- Cunningham, F.C., Ferguson-Hill, S., Matthews, V., & Bailie, R. (2016). Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 16, 583.
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 5.
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 15, 163.
- Department of Executive and Intergovernmental Affairs. (2016). Tables: Nunavut population estimates by Inuit and non-Inuit, region and community, 2001 to 2016. *Nunavut Statistics, 2016*. Iqaluit, NU: Government of Nunavut. Retrieved December 2, 2019 from <https://www.gov.nu.ca/executive-and-intergovernmental-affairs/information/population-data>
- Department of Finance Canada. (2011). *Canada Health Transfer*. Ottawa, ON: Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal-transfers/canada-health-transfer.html>
- Department of Health. (2017). *Aboriginal and Torres Strait Islander health performance framework*. Canberra, AU: Australian Government, [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/oatsih\\_health-performanceframework](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/oatsih_health-performanceframework)
- DeSousa, E.J.F. (2016). *Mechanisms and arrangements for allocating fiscal transfers to self-governing Aboriginal groups: Evolving the fiscal relations*. Unpublished MPA thesis, University of Victoria. Retrieved April 9, 2020 from [https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/7641/DeSousa\\_Evren\\_MPA\\_2016.pdf?sequence=1](https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/7641/DeSousa_Evren_MPA_2016.pdf?sequence=1)
- Di Matteo, L. (2019). Federal transfer payments and how they affect healthcare funding in Canada. *EvidenceNetwork*, <http://evidencenetwork.ca/federal-transfer-payments-and-how-they-affect-healthcare-funding-in-canada/>
- Donato, R., & Segal, L. (2013). Does Australia have the appropriate health reform agenda to close the gap in Indigenous health? *Australian Health Review*, 37, 232-38.
- Ferguson, R. (2014). Aboriginal-specific health initiatives and accessible health care in Canada: Are goodwill initiatives enough. In B. Toebe, R. Ferguson, M. Markovic, & O. Nnamuchi (Eds.), *The right to health: A multi-country study of law, policy and practice* (pp. 281-311). The Hague: T.M.C. Asser Press.
- Findlay, I.M., Chilima, J., Chambers-Richards, T., Bruni-Bossio, V., Carrière, D., Rowluck, W., & the UAKN Prairie Regional Research Centre (2019). *Final report: The Urban Aboriginal service delivery landscape: Themes, trends, gaps and prospects*. Saskatoon, SK: Community-University Institute for Social Research, University of Saskatchewan. Retrieved March 2, 2020 from [https://cuirs.usask.ca/documents/publications/2015-2019/NAFC-UAKN-PHASE-2-National-Report\\_Prairie-Region\\_Saskatchewan-Final-Report-.pdf](https://cuirs.usask.ca/documents/publications/2015-2019/NAFC-UAKN-PHASE-2-National-Report_Prairie-Region_Saskatchewan-Final-Report-.pdf)
- First Nations Health Authority [FNHA]. (n.d.-a). *Governance and accountability*. West Vancouver, BC: Author, <https://www.fnha.ca/about/governance-and-accountability>
- First Nations Health Authority [FNHA]. (n.d.-b). *First Nations Health Authority: Funding model activity structure*. West Vancouver, BC: Author, <https://www.fnha.ca/Documents/Proforma-FNHA-Funding-Model-Activity-Structure.pdf>
- First Nations Health Authority [FNHA]. (2018). *2018/2019 FNHA summary service plan*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved April 21 from <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Summary-Service-Plan-2018-2019.pdf>
- First Nations Health Authority [FNHA], Province of British Columbia, & Indigenous Services Canada [ISC]. (2019). *Evaluation of the British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance*. Authors. Retrieved July 6, 2020 from <https://www.fnha.ca/Documents/Evaluation-of-the-BC-Tripartite-Framework-Agreement-on-First-Nations-Health-Governance.pdf>
- First Nations Health Council [FNHC]. (2019). *Structure*. West Vancouver, BC: Author, <http://fnhc.ca/about-us/structure/>
- First Nations Health Council [FNHC], British Columbia Ministry of Health, & Health Canada. (2012). *Health Partnership Accord*. Authors. Retrieved July 6, 2020 from [fnha.ca/Documents/Health\\_Partnership\\_Accord\\_Publication.pdf](https://www.fnha.ca/Documents/Health_Partnership_Accord_Publication.pdf)
- First Nations Studies Program. (2009). *Sixties Scoop*. Vancouver, BC: University of British Columbia, [indigenousfoundations.arts.ubc.ca](http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca)
- Freeman, T., Baum, F., Javanparast, S., Labonté, R., Lawless, A., & Barton, E. (2020). The contribution of group work to the goals of comprehensive primary health care. *Health Promotion Journal of Australia, Early View*. <https://doi.org/10.1002/hpja.323>.

- Freeman, T., Baum, F., Lawless, A., Labonté, R., Sanders, D., Boffa, J., Edwards, T. et al. (2016). Case study of an Aboriginal community-controlled health service in Australia: universal, rights-based, publicly funded comprehensive primary health care in action. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), 93-108.
- Freeman, T., Baum, F., Mackean, T., Ziersch, A., Sherwood, J., Edwards, T., & Boffa, J. (2019). Case study of a decolonizing Aboriginal community controlled comprehensive primary health care response to alcohol-related harm. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(6), 532-7.
- Freeman, T., Edwards, T., Baum, F., Lawless, A., Jolley, G., Javanparast, S., & Francis, T. (2014). Cultural respect strategies in Australian Aboriginal primary health care services: beyond education and training of practitioners. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(4), 355-61.
- Fridkin, A.J. (2016). *First Nations involvement in health policy decision-making: The paradox of meaningful involvement*. Unpublished PhD dissertation, University of British Columbia, Vancouver, BC.
- Gabel, C.A., DeMaio, P., & Powell, A. (2017). Towards healthier Indigenous health policies? Navigating the labyrinth for answers. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 2(1), 4.
- Garces-Ozanne, A., Ikechi Kalu, E., & Audas, R. (2016). The effect of empowerment and self-determination on health outcomes. *Health Education & Behavior*, 43(6), 623-31.
- Gardner, K., Sibthorpe, B., Chan, M., Sargent, G., Dowden, M., & McAullay, D. (2018). Implementation of continuous quality improvement in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care in Australia: A scoping systematic review. *BMC Health Services Research*, 18, 541.
- George, E., Mackean, T., Baum, F., & Fisher, M. (2019). Social determinants of Indigenous health and Indigenous rights in policy: A scoping review and analysis of problem representation. *The International Indigenous Policy Journal*, 10(2), 4.
- Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D. et al. (2015). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: A systematic review. *Implementation Science*, 10, 71.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). "They treated me like crap and I know it was because I was Native": The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87-94.
- Goodyear-Smith, F., & Ashton, T. (2019). New Zealand health system: Universalism struggles with persisting inequities. *The Lancet*, 394(10196), 432-42.
- Gottlieb, K. (2013). The Nuka System of Care: Improving health through ownership and relationships. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 1. DOI: 10.3402/ijch.v72i0.21118.
- Government of Canada. (2015). *Contribution agreements*. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/funding/contribution-agreements.html>
- Government of Canada. (2019a). *Health Infrastructure Support Authority – Terms and conditions*. Ottawa, ON: Author, <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1525115054098/1525115157423>
- Government of Canada. (2019b). Chapter 3 – Advancing reconciliation. In *Investing in the Middle Class: Budget 2019*. Tabled in the House of Commons by the Honourable William Francis Morneau, P.C., M.P., Minister of Finance, March 19. Her Majesty the Queen in Right of Canada. Ottawa, ON: Author, <https://www.budget.gc.ca/2019/docs/plan/chap-03-en.html>
- Government of Ontario. (2014). *Ontario's LHINs*. Toronto, ON: Author, <http://www.lhins.on.ca/>
- Government of New Zealand. (2017). The treaty in brief. *New Zealand History*. Wellington, NZ: Ministry for Culture and Heritage, <https://nzhistory.govt.nz/politics/treaty/the-treaty-in-brief>
- Graham, J. (2003). *Aggregation and First Nations governance: Literature review and conclusions*. Ottawa, ON: Institute on Governance. Retrieved March 3, 2020 from [https://iog.ca/docs/2003\\_October\\_aggregation\\_fn\\_governance.pdf](https://iog.ca/docs/2003_October_aggregation_fn_governance.pdf)
- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: a case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 11-4.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. (2018). Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*, 391, 1645-7.
- Gunaratnam, P., Schierhout, G., Brands, J., Maher, L., Bailie, R., Ward, J., Guy, R. et al. (2019). Qualitative perspectives on the sustainability of sexual health continuous quality improvement in clinics serving remote Aboriginal communities in Australia. *BMJ Open*, 9, 5.
- Halabi, S. (2019). The role of provinces, states, and territories in shaping federal policy for Indigenous Peoples' health. *American Review of Canadian Studies*, 49(2), 231-46.
- Halliday, D., & Segal, L. (2012). *What works in Indigenous primary health care health reform? A review of the evidence*. Adelaide, AU: Health Economics & Social Policy Group: Research Paper. University of South Australia. Retrieved March 4, 2020 from <https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-files/global/health/sansom/documents/hespg/what-works-in-indigenous-phc-reform.pdf>
- Harfield, S.G., Davy, C., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2018). Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. *Globalization and Health*, 14(1), 12.
- Healey, G. (2016). A critical examination of health system governance in Nunavut. *CMAJ Blog*, June 11. Retrieved December 3, 2019 from <https://cmajblogs.com/tag/gwen-healey/>

- Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2019). *A window on the quality of Aotearoa New Zealand's health care 2019*. Wellington, NZ: Author. Retrieved July 24, 2020 from [https://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/Window\\_2019\\_web\\_final.pdf](https://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/Window_2019_web_final.pdf)
- Health Standards Organization. (2019). Wagmatcook Health. *Leading practices: Leveraging resources by groups of small communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved April 12, 2020 from <https://healthstandards.org/leading-practice/leveraging-resources-by-groups-of-small-communities/>
- Henderson, R., Montesanti, S., Crowshoe, L., & Leduc, C. (2018). Advancing Indigenous primary health care policy in Alberta, Canada. *Health Policy*, 22(6), 638-44.
- Howard-Wagner, D. (2018). Aboriginal organisations, self-determination and the neoliberal age: A case study of how the 'game has changed' for Aboriginal organisations in Newcastle. In D. Howard-Wagner, M. Bargh, & I. Altamirano-Jiménez (Eds.). *The neoliberal state, recognition and Indigenous rights: New paternalism to new imaginings* (pp. 217-240). Canberra, AU: Australian National University, Research Monograph No. 40.
- Indigenous and Northern Affairs Canada [INAC]. (2018a). *Funding approaches*. Ottawa, ON: Author, <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1322746046651/1322746652148>
- Indigenous and Northern Affairs Canada [INAC]. (2018b). *Grants to implement Comprehensive Land Claims and Self-Government Agreements: Terms and conditions*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 7, 2020 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1386003478387/1386003523862>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2019a). *Departmental plan 2019-20*. Ottawa, ON: Author, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1553090854386/1553090905214>
- Indigenous Services Canada. (ISC). (2019b). *10-year grant*. Ottawa, ON: Author, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1527080791657/1527080813525#chp2>
- Irving, M., Gwynne, K., Angell, B., Tennant, M., & Blinkhorn, A. (2016). Client perspectives on an Aboriginal community led oral health service in rural Australia. *The Australian Journal of Rural Health*, 25(3), 163-8.
- Jacklin, K.M., & Warry, W. (2004). The Indian health transfer policy in Canada: Toward self-determination or cost containment? In A. Castro, & M. Singer (Eds.), *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination* (pp. 215-34). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Jackson Pulver, L.R., Haswell, M.R., Ring, I., Waldon, J., Clark, W., Whetung, V., Kinnon, D. et al. (2010). *Indigenous health – Australia, Canada, Aotearoa New Zealand and the United States – Laying claim to a future that embraces health for us all*. Geneva: World Health Report, Background paper 33.
- Jackson Pulver, L.R., Waldon, J., & Harris, E. (2015). *An overview of the existing knowledge on the social determinants of Indigenous health and well being in Australia and New Zealand*. Geneva: Paper submitted for inclusion in an international symposium sponsored by the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.
- Jones, R., Crowshoe, L., Reid, P., Calam, B., Curtis, E., Green, M.M., Huria, T. et al. (2019). Educating for Indigenous health equity: an international consensus statement. *Academic Medicine*, 94(4), 512-19.
- Katzenellenbogen, J.M., Bond-Smith, D., Ralph, A.P., Wilmot, M., Marsh, J., Bailie, R., & Matthews, V. (2019). Priorities for improved management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease: Analysis of cross-sectional continuous quality improvement data in Aboriginal primary healthcare centres in Australia. *Australian Health Review*, 44(2), 212-21.
- Kelagher, M., Sabanovic, H., La Brooy, C., Lock, M., Lusher, D., & Grown, L. (2014). Does more equitable governance lead to more equitable health care? A case study based on the implementation of health reform in Aboriginal health Australia. *Social Science & Medicine*, 123, 278-86.
- Kelly, M.D. (2011). Toward a new era of policy: Health care service delivery to First Nations. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 11.
- Kirmayer, L.J., & Brass, G. (2016). Addressing global health disparities among Indigenous peoples. *The Lancet*, 388(10040), 9-15.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-16.
- Laliberté, A., Haswell-Elkins, M., & Reilly, L. (2009). The healing journey: Empowering Aboriginal communities to close the health gap. *Australas Psychiatry*, 17(Suppl 1), S64-7.
- Lavoie, J.G. (2013). Policy silences: Why Canada needs a national First Nations, Inuit and Métis health policy. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 22690. DOI: 10.3402/ijch.v72i0.22690.
- Lavoie, J. (2018). Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. *Health Economics, Policy and Law*, 13, 280-98.
- Lavoie, J.G., & Dwyer, J. (2016). Implementing Indigenous community control in health care: Lessons from Canada. *Australian Health Review*, 40, 453-8.
- Lavoie, J.G., Forget, E.L., Prakash, T., Dahl, M., Martens, P., & O'Neil, J.D. (2010). Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting community control improved First Nations' health in Manitoba? *Social Science & Medicine*, 71(4), 717-24.
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A., Mah, S., O'Neil, J.D., Sinclair, S., & BlueSky, K. (2015). Negotiating barriers, navigating the maze: First Nation Peoples' experience of medical location. *Canadian Public Administration*, 58(2), 295-314.
- Lavoie, J.G., Wong, S.T., Ibrahim, N., O'Neil, J.D., Green, M., & Ward, A. (2019). Underutilized and undertheorized: The use of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions for assessing the extent to which primary healthcare services are meeting the needs in British Columbia First Nations communities. *BMC Health Services Research*, 19, 50.



- Lawless, A., Freeman, T., Bentley, M., Baum, F., & Jolley, G. (2014). Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities. *BMC Family Practice*, 15, 99.
- Lemchuk-Favel, L., & Jock, R. (2004a). A framework for Aboriginal health systems. *Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi)*, 145.
- Lemchuk-Favel, L., & Jock, R. (2004b). Aboriginal health systems in Canada: Nine case studies. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1), 28-51.
- Levesque, A.R. (2017). Developing a new First Nations health governance system: Creation of an independent, First Nations run organization. *Health Reform Observer*, 5(2), 4.
- Lines, L.A., & Jardine, C. (2019). Connection to the land as a youth-identified social determinant of Indigenous Peoples' health. *BMC Public Health*, 19, 176.
- MacIntosh, C. (2008). Envisioning the future of Aboriginal health under the Health Transfer process. *Health Law Journal, Special Edition*, 67-100.
- Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc. [MKO]. (2018). *First Nations of Manitoba Keewatinowi Okimakanak framework for clinical care transformation*, <http://mkonation.com/mko/wp-content/uploads/2018/03/MKO-Health-Framework-Diagrams-002.pdf>
- Mashford-Pringle, A. (2016). Is there self-determination in Canada's First Nations communities? *Journal of Northern Studies*, 10(2), 107-122.
- Mazel, O. (2016). Self-determination and the right to health: Australian Aboriginal Community Controlled health services. *Human Rights Law Review*, 16(2), 323-55.
- McAullay, D., McAuley, K., Bailie, R., Mathews, V., Jacoby, P., Gardner, K., Sibthorpe, B. et al. (2017). Sustained participation in annual continuous quality improvement activities improves quality of care for Aboriginal and Torres Strait Islander children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(2), 132-40
- McCalman, J., Bailie, R., Bainbridge, R., McPhail-Bell, K., Percival, N., Askew, D., Fugan, R. et al. (2018). Continuous quality improvement and comprehensive primary health care: A systems framework to improve service quality and health outcomes. *Frontiers in Public Health*, 6, 76. DOI: 10.3398/fpubh.2018.00076
- McDonald, E.L., Bailie, R.S., & Morris, P.S. (2017). Participatory systems approach to health improvement in Australian Aboriginal children. *Health Promotion International*, 32(1), 62-72.
- Ministry of Health, Government of Ontario. (2019). *News release: Ontario taking next steps to integrate health care system*. Toronto, ON: Author. Retrieved July 6, 2020 from <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2019/11/ontario-taking-next-steps-to-integrate-health-care-system.html>
- Ministry of Health, New Zealand. (n.d.). *Overview of the health system*. Wellington, NZ: Author. <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system?mega=NZ%20health%20system&title=Overview>
- Ministry of Health, New Zealand. (2018). *New Zealand health survey: Regional data explorer. Results 2014-2017*. Wellington, NZ: Author. Retrieved March 3, 2020 from <https://www.health.govt.nz/publication/regional-results-2014-2017-new-zealand-health-survey>
- Mitton, C., Dionne, F., Masucci, L., Wong, S., & Law, S. (2011). Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: A review of the literature. *International Journal of Circumpolar Health*, 70(5), 460-72.
- Mokuau, N., DeLeon, P.H., Keawe'aimoku Kaholokula, J., Soares, S., Tsark, J.U., & Haia, C. (2016). Challenges and promise of health equity for Native Hawaiians. *Perspectives: Expert voices in health & health care. Discussion paper*. Washington, DC: National Academy of Medicine. Retrieved February 25, 2020 from <https://pdfs.semanticscholar.org/eee1/0f5cddb1d629361955f7cafc0b81bd170e5a3.pdf>
- Morley, S. (2015). *What works in effective Indigenous community-managed programs and organizations*. Canberra, AU: Child Family Community Australia Information Exchange, CFCA Paper No. 32.
- Morse, B.W. (2010). *Developing legal frameworks for urban Aboriginal governance*. Ottawa, ON: Institute on Governance. Retrieved July 20, 2020 from [https://iog.ca/docs/January2010\\_Developing-Legal-Frameworks-for-Urban-Aboriginal-Governance.pdf](https://iog.ca/docs/January2010_Developing-Legal-Frameworks-for-Urban-Aboriginal-Governance.pdf)
- Murphy, M. (2014). Self-determination and Indigenous health: Is there a connection? In M. Woons & K. Leuven (Eds), *Restoring Indigenous self-determination: Theoretical and practical approaches* (pp. 34-41). Bristol, UK: E-International Relations.
- National Aboriginal Community Controlled Health Organization. [NACCHO]. (n.d.). *Aboriginal Community Controlled Health Services are more than just another health service – they put Aboriginal health in Aboriginal hands*. Canberra, AU: Australian Government. Retrieved December 3, 2019 from <http://www.naccho.org.au/wp-content/uploads/Key-facts-1-why-ACCHS-are-needed-FINAL.pdf>
- National Aboriginal Community Controlled Health Organization. [NACCHO]. (2016). *Health futures: Aboriginal Community Controlled Health Services Report Card 2016*. Canberra, AU: Australian Government. Retrieved December 3, 2019 from <https://www.naccho.org.au/wp-content/uploads/Healthy-Futures-Report-Card-2016.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH]. (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- NationTalk. (2019a). MKO statement on the health status of and access to healthcare by registered First Nations Peoples in Manitoba. *Press Release*, September 17.

- NationTalk*. (2019b). SK Government: Four Directions community health centre improves team-based care at new location. *Press Release*, October 29.
- Newham, J., Schierhout, G., Bailie, R., & Ward, P.R. (2015). "There's only one enabler ; come up, help us": Staff perspectives of barriers and enablers to continuous quality improvement in Aboriginal primary health-care settings in South Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 22(3), 244-54.
- Nisga'a Lisims Government. (2020). *Nisga'a Nation Health Plan 2015-2020 "A shared path to improved health"*. Aiyansh, BC: Author, <https://www.nisgaanation.ca/news/nisgaan-nation-health-plan-2015-2020-shared-path-improved-health>
- Nisga'a Valley Health Authority [NVHA]. (2015). *Nisga'a Nation Health Plan 2015-2020: "A shared path to improved health"*. Aiyansh, BC: Author. Retrieved July 27, 2020 from <https://www.nisgaanation.ca/sites/default/files/Nisga%27a%20Nation%20Health%20Plan%202015%20-%202020%20%20%20A%20Shared%20Path%20to%20Improved%20Health.pdf>
- Nisga'a Valley Health Authority [NVHA]. (2019). *Nisga'a Valley Health Authority "Delivering on a promise" Vision 2020*. Aiyansh, BC: Author, <http://www.nisgahealth.bc.ca/who-we-are/nisga-valley-health-authority-delivering-on-a-promise-vision-2020/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2014). *2013/2014 Annual report*. Prince Albert, SK: Author, <http://www.nitha.com/wp-content/uploads/2018/03/Annual%20report%2013-14%20Final.pdf>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2019-a). *Vision, mission and principles*. Prince Albert, SK: Author, <http://www.nitha.com/vision-mission-principles/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2019-b). *Finance*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/finance/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2020a). *The partnership*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/the-partnership/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2020b). *Community Services Unit*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/community-services-unit/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2020c). *Public Health Unit*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/community-services-unit/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2020d). *Medical Health Officer*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/medical-health-officer/>
- Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA]. (2020e). *1st, 2nd, 3rd level services*. Prince Albert, SK : Author, <http://www.nitha.com/1st-2nd-3rd-level-services/>
- Nunatsiavut Government. (2019). *Department overview*. Nain, NL: Health and Social Development, <https://www.nunatsiavut.com/department/health-social-development/>
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS]. (2015a). *Health profile Nunavik: Young children and their families, youth, adults and the elderly - 2015*. Quebec City, QC: Government of Quebec. Retrieved July 27, 2020 from [https://nrbhss.ca/sites/default/files/Highlights\\_Nunavik\\_2015\\_EN.pdf](https://nrbhss.ca/sites/default/files/Highlights_Nunavik_2015_EN.pdf)
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS]. (2015b). *Health profile Nunavik: Focus on youth, adults and Elders populations - 2015*. Quebec City, QC: Government of Quebec. Retrieved July 27, 2020 from [https://nrbhss.ca/sites/default/files/Profile%20Youth\\_%20Adults\\_Elders\\_%202015\\_EN.pdf](https://nrbhss.ca/sites/default/files/Profile%20Youth_%20Adults_Elders_%202015_EN.pdf)
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS]. (2020a). *Board of Directors*. Kuujjuaq, QC: Author, <https://nrbhss.ca/en/nrbhss/about-us/board-directors>
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS]. (2020b). *The NRBHSS*. Kuujjuaq, QC: Author, <https://nrbhss.ca/en/departments>
- Office of the Auditor General of Canada [OAGC]. (2015). *Report 7 – Establishing the First Nations Health Authority in British Columbia*. Ottawa, ON: Government of Canada. Retrieved December 3, 2019 from [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl\\_oag\\_201602\\_07\\_e\\_41064.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_201602_07_e_41064.html)
- Office of the Auditor General of Canada [OAGC]. (2017). *Health care services – Nunavut*. In *2017 March Report of the Auditor General of Canada*. Ottawa, ON: Author, [https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/nun\\_201703\\_e\\_41998.html](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/nun_201703_e_41998.html)
- O'Neil, J., Gallagher, J., Wylie, L., Bingham, B., Lavoie, J., Alcock, D., & Johnson, H. (2016). Transforming First Nations' health governance in British Columbia. *International Journal of Health Governance*, 21(4), 229-44.
- Ontario's Aboriginal Health Access Centres [OAHAC]. (2015). *Aboriginal Health Access Centres: Our health, our future*, <https://soahac.on.ca/wp-content/uploads/2015/01/Our-Health-Our-Future.pdf>
- Ottawa Business Journal. (2019). *Wabano Centre for Aboriginal Health*, April 18, <https://obj.ca/article/wabano-centre-aboriginal-health>
- Ouellet, C., Saïas, T., Sit, V., Lamothe, L., Rapinski, M., Cuerrier, A., & Haddad, P.S. (2018). Access to Indigenous and allopathic medicines: A systematic review of barriers and facilitators. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 9(2), 1-38.
- Palmer, K., Tepper, J., & Nolan, M. (2017). Indigenous health services often hampered by legislative confusion. *HealthDebate*, September 21. Retrieved December 2, 2019 from <https://healthydebate.ca/2017/09/topic/indigenous-health>
- Papa Ola Lökahi. (2019). *Our work*. Honolulu, HI: Author, <http://www.papaolalokahi.org/>

- Population and Public Health Division. (2018). *Relationship with Indigenous communities - guideline, 2018*. Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care, Government of Ontario. Retrieved February 24, 2020 from [http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Relationship\\_with\\_Indigenous\\_Communities\\_Guideline\\_en.pdf](http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Relationship_with_Indigenous_Communities_Guideline_en.pdf)
- Puszka, S., Nagel, T., Matthews, V., Mosca, D., Piovesan, R., Nori, A., & Bailie, R. (2015). Monitoring and assessing the quality of care for youth: Developing an audit tool using an expert consensus approach. *International Journal of Mental Health Systems, 9*, 28
- Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Redvers, N., Marianayagam, J., & Blondin, B. (2019). Improving access to Indigenous medicine for patients in hospital-based settings: A challenge for health systems in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health, 78*(1), 1577093.
- Reeve, C., Humphreys, J., Wakerman, J., Carroll, V., Carter, M., O'Brien, T., Erlank, C. et al. (2015). Community participation in health service reform: the development of an innovative remote Aboriginal primary health-care service. *Australian Journal of Primary Health, 21*(4), 409-16.
- Rice, K., Te Hiwi, B., Zwarenstein, M., Lavallee, B., Barre, D.E., Harris, S.B., on behalf of the FORGE AHEAD program team. (2016). Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among Indigenous Peoples in Canada: A review. *Canadian Journal of Diabetes, 40*(3), 216-25.
- Richardson, L., & Murphy, T. (2018). *Bringing reconciliation to health care in Canada: Wise practices for healthcare leaders*. HealthCareCAN. [https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC\\_EN.pdf](https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf)
- Richmond, C.A.M., & Cook, C. (2016). Creating conditions for Canadian Aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. *Public Health Reviews, 37*, 2.
- Rodon, T. (2014). "Working together": The dynamics of multilevel governance in Nunavut. *Arctic Review on Law and Politics, 5*(2), 250-70.
- Sabbioni, D., Feehan, S., Nicholls, C., Soong, W., Rigoli, D., Folett, D., Carastathis, G. et al. (2018). Providing culturally informed mental health services to Aboriginal youth: The YouthLink model in Western Australia. *Early Intervention in Psychiatry, 12*(5), 987-94.
- Saulnier, K. (2014). *Aboriginal self-determination: A comparative study of New Zealand, Australia, and the United States of America*. Ottawa, ON: Aboriginal Affairs and Northern Development Canada.
- Sheridan, N.F., Kenealy, T.W., Connolly, M.J., Mahony, F., Barber, A., Boyd, M.A., Carswell, P. et al. (2011). Health equity in the New Zealand health care system: A national survey. *International Journal for Equity in Health, 10*, 45.
- Sibthorpe, B., Agostino, J., Coates, H., Weeks, S., Lehmann, D., Wood, M., Lannigan, F. et al. (2017). Indicators for continuous quality improvement for otitis media in primary health care for Aboriginal and Torres Strait Islander children. *Australian Journal of Primary Health, 23*(1), 1-9.
- Sibthorpe, B., & Gardner, K. (2007). A conceptual framework for performance assessment in primary health care: A tool for policy and practice. *Australian Journal of Primary Health, 13*(2), 96-103.
- Sibthorpe, B., Gardner, K., Chan, M., Dowden, M., Sargent, G., & McAullay, D. (2018). Impacts of continuous quality improvement in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care in Australia: A scoping systematic review. *Journal of Health Organization and Management, 32*(4), 545-71.
- Sibthorpe, B., Gardner, K., & McAullay, D. (2016). Furthering the quality agenda in Aboriginal community controlled health services: Understanding the relationship between accreditation, continuous quality improvement and national key performance indicator reporting. *Australian Journal of Primary Health, 22*, 270-75.
- Simpson, D. (2015). *A social scientific analysis of Aboriginal self-government: The case of the Sioux Valley Dakota*. Unpublished Masters Research Paper, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Ontario.
- Sioux Valley Dakota Nation [SVDN]. (2016). *A self-governing Dakota Nation*. Griswold, MB: Author, <http://www.svdngovernance.com/governance/a-self-governing-dakota-nation/>
- Sioux Valley Dakota Nation [SVDN]. (2019). *Dakota Tiwahe Services, Inc*. Griswold, MB: Author, <http://www.svdngovernance.com/programs/dakota-tiwahe-services-inc/>
- Sioux Valley Dakota Nation [SVDN] & Her Majesty the Queen in Right of Canada. (2013). *Governance agreement*, [https://www.gov.mb.ca/inr/resources/pubs/sioux%20valley%20dakota%20nation%20tripartite%20agreement%20\(august%202013\).pdf](https://www.gov.mb.ca/inr/resources/pubs/sioux%20valley%20dakota%20nation%20tripartite%20agreement%20(august%202013).pdf)
- Smith, D.E. (2002). *Jurisdictional devolution: Towards an effective model for Indigenous community self-determination*. Canberra, AU: Aboriginal Economic Policy Research, The Australian National University, Discussion Paper no. 233. Retrieved January 13, 2020 from [https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/41134/2/2002\\_DP233.pdf](https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/41134/2/2002_DP233.pdf)
- Smith, R., & Lavoie, J.G. (2008). First Nations Health Networks: A collaborative system approach to health transfer. *Healthcare Policy, 4*(2), 101-12.
- Southcentral Foundation. (2016). *Southcentral Foundation FY2015 progress report*. Anchorage, AK: Author. Retrieved December 3, 2019 from [http://www.southcentralfoundation.com/wp-content/uploads/2017/01/Progress-Report\\_2016.pdf](http://www.southcentralfoundation.com/wp-content/uploads/2017/01/Progress-Report_2016.pdf)



- Southcentral Foundation. (2019). *Nuka system of care*. Anchorage, AK: Author, <https://www.southcentralfoundation.com/nuka-system-of-care/>
- Streak Gomersall, J., Gibson, O., Dwyer, J., O'Donnell, K., Stephenson, M., Carter, D., Canuto, K. et al. (2017). What Indigenous Australian clients value about primary health care: A systematic review of qualitative evidence. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(4), 417-23.
- Team ReconciliAction YEG. (2018). Treaty 6: The Medicine Chest Clause, University of Alberta Faculty of Law, *Faculty Blog*, September, 19, <https://ualbertalaw.typepad.com/faculty/2018/09/treaty-6-the-medicine-chest-clause.html>
- Tompkins, J.W., Mequanint, S., Barre, D.E., Fournie, M., Green, M.E., Hanley, A.J., & FORGE AHEAD Program Team. (2018). National Survey of Indigenous primary healthcare capacity and delivery models in Canada: The TransFORMATION of IndiGENous PrimARy HEAlthcare delivery (FORGE AHEAD) community profile survey. *BMC health services research*, 18(1), 828.
- Toronto Central LHIN/Anishnawbe Health Toronto. (2014). *Multi-sector service accountability agreement April 1, 2014 to March 31, 2017*. Toronto, ON: Author, <https://www.aht.ca/images/stories/ABOUT/MsAA%20Agreement%202014-2017.PDF>
- Torrie, J., Bobet, E., Kishchuk, N., & Webster, A. (2005). *The evolution of health status and health determinants in the Cree region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A Powerhouse and Rupert Diversion Sectoral Report Volume 2, Detailed Analysis*. Chisasibi, QC: Cree Board of Health and Social Services of James Bay. Retrieved July 27, 2020 from <https://www.creehealth.org/sites/default/files/Evolution%20of%20Health%20status...CBHSSJB%20Sectoral%20Report%20Volume%202.pdf>
- Tui'kn Partnership. (n.d.-a). *Collaborative projects*. Membertou, NS: Author, <http://www.tuikn.ca/about-tuikn/collaborative-projects/>
- Tui'kn Partnership. (n.d.-b). *Current Initiatives: Strength in numbers project*. Membertou, NS: Author, <http://www.tuikn.ca/health-information/>
- Ufodike, A., & Okafor, O.N. (2018). *The role of accounting in the delivery of healthcare to Canada's First Nations population*. Calgary, AB: Paper presented at Accounting and the public trust, Canadian Academic Accounting Association Annual Conference, June 14-16. Retrieved February 25, 2020 from [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3102586](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3102586)
- United Nations. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. New York: Author.
- Vancouver Native Health Society [VNHS]. (2015). *2015/2015 Annual report*. Vancouver, BC: Author. Retrieved December 4, 2019 from <http://www.vnhs.net/images/downloads/annual-reports/vnhs-annual-report-2015.pdf>
- Vancouver Native Health Society [VNHS]. (2019). *About VNHS*. Vancouver, BC: Author, <http://www.vnhs.net/about-us/about-vnhs>
- Wabano Centre. (n.d.). *Who we are*. Ottawa, ON: Author, <https://wabano.com/about/who-we-are/>
- Walters, K.L., Johnson-Jennings, M., Stroud, S., Rasmus, S., Charles, B., John, S., Allen, J., Keawe'aimoku Kakoholokula, J. et al. (2020). Growing our roots: Strategies for developing culturally grounded health promotion interventions in American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiian communities. *Prevention Science*, 21, 54-64.
- Ware, V.-A. (2013). Improving the accessibility of health services in urban and regional settings for Indigenous people. *Closing the Gap Clearinghouse*, 27. Canberra, AU: Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Institute of Family Studies. Retrieved February 24, 2020 from <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30069870/ware-improvingtheaccessibility-2013.pdf>
- Weeneebayko Area Health Authority [WAHA]. (2017). *Annual Report Fiscal 2016-2017*. Moose Factory, ON: Author. Retrieved December 3, 2019 from <https://www.waha.ca/wp-content/uploads/2018/10/Annual-Report-English-2017-20170925.pdf>
- Weeneebayko Area Health Authority [WAHA]. (2019a). *Mission, vision and values*. Moose Factory, ON: Author, <https://www.waha.ca/mission/>
- Weeneebayko Area Health Authority [WAHA]. (2019b). Weeneebayko Area Health Authority. *Quality Improvement Plan (QIP) narrative for health care organizations in Ontario*. Toronto, ON: Government of Ontario. Retrieved April 9, 2020 from [https://www.waha.ca/wp-content/uploads/2019/07/WAHA\\_QIP\\_Narrative\\_Final\\_2019-2020.pdf](https://www.waha.ca/wp-content/uploads/2019/07/WAHA_QIP_Narrative_Final_2019-2020.pdf)
- Weeneebayko Area Health Authority [WAHA]. (2020). *Board of Directors*. Moose Factory, ON: Author, <https://www.waha.ca/board-directors/>
- Williams, M. (2018). Ngaa-bi-nya Aboriginal and Torres Strait Islander program evaluation framework. *Evaluation Journal of Australasia*, 18(1), 6-20.
- Wilmot, S. (2018). Transforming First Nations Health Care in British Columbia: An Organizational Challenge. *International Indigenous Policy Journal*, 9(1), 4.
- Wu, Y., Braun, K., Onaka, A.T., Horiuchi, B., Tottori, C.J., & Wilkens, L. (2017). Life expectancies in Hawai'i: A multi-ethnic analysis of 2010 life tables. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76(1), 9-14.
- Wylie, L., & McConkey, S. (2019). Insiders' insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37-45.
- World Health Organization [WHO] & the Ministry of Health, New Zealand. (2012). *Health service delivery profile: New Zealand 2012*. Retrieved December 3, 2019 from [http://www.wpro.who.int/health\\_services/service\\_delivery\\_profile\\_new\\_zealand.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_new_zealand.pdf)

