



Santé
Canada Health
Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE


Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des Autochtones



Canada



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-5
ISBN 0-662-66308-X

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour
l'adaptation
des services de santé



SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des Autochtones

Madeleine Dion Stout, MA, BN
experte-conseil en santé des Autochtones

Gregory D. Kipling, MA
expert-conseil en santé des Autochtones



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télesanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 21 projets ayant porté sur la santé des Autochtones. Il a été rédigé par Madeleine Dion Stout et Gregory Kipling, experts-conseils en santé des Autochtones.

La santé des Autochtones au Canada

Bien que l'état de santé des peuples autochtones se soit amélioré dans une certaine mesure au cours des 25 dernières années, ceux-ci continuent d'être en arrière par rapport au reste de la population sur un certain nombre de plans, dont l'espérance de vie. En 1991, les hommes et les femmes autochtones pouvaient, respectivement, espérer vivre 67,9 et 75,0 années, comparativement à 74,6 et 80,9 années pour les non-Autochtones. De plus, l'état de santé des Autochtones est en général beaucoup moins bon tout au long de leur vie. Par exemple, un pourcentage relativement élevé d'entre eux dit souffrir d'une incapacité : 31 p. 100 chez les Premières nations et 29 p. 100, chez les Inuits. Le diabète fait aussi problème : l'incidence de cette maladie chez les Canadiens et les Canadiennes non autochtones est demeurée relativement stable au cours des dernières décennies, mais le taux de prévalence a

augmenté rapidement chez les Autochtones, il serait de deux à trois fois plus élevé, pense-t-on, que chez les autres Canadiens. On croit aussi que les Autochtones risquent plus de contracter toute une série de maladies infectieuses, y compris les maladies transmises sexuellement (MTS) et la tuberculose, alors que cette dernière a été essentiellement éradiquée dans les autres segments de la population canadienne.

Étant donné l'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des non-Autochtones, il n'est pas surprenant que des ressources considérables aient été affectées aux projets et à la recherche concernant la santé des Autochtones au cours des 25 dernières années. Entre 1997 et 2001, le Fonds du gouvernement fédéral pour l'adaptation des services de santé (FASS) a réservé près de 12 millions de dollars à l'exécution de 21 études sur la santé des peuples autochtones. Les projets ont eu lieu dans toutes les régions du pays et ont porté sur cinq grands thèmes : la santé des enfants, les soins à domicile, la santé mentale, les soins de santé primaires et la télésanté.

Afin de relever les difficultés auxquelles la population autochtone du pays faisait face en matière de santé, les responsables des projets ont cherché à atteindre un ou plusieurs des objectifs suivants : améliorer l'état de santé des Autochtones et leurs résultats en la matière; éliminer les obstacles empêchant les Autochtones d'accéder au système de santé; doter les collectivités autochtones de la capacité de planifier, d'exécuter et d'évaluer leurs propres programmes de santé. Les paragraphes qui suivent résument les principales constatations et recommandations issues des projets dans chacun de ces contextes.

Amélioration de l'état de santé des Autochtones

Principales leçons apprises

- Les personnes ayant droit aux indemnités accordées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) doivent voir un médecin pour se faire rembourser le coût de tout produit de santé; cela a entraîné un recours excessif aux services des médecins dans certaines localités.

- L'usage abusif de médicaments d'ordonnance constitue un véritable problème dans certaines localités autochtones.
- Les projets de santé communautaires ont les meilleures chances de réussir quand ils répondent à un besoin confirmé, dans une population cible bien définie.
- En matière de santé, les difficultés auxquelles les Autochtones font face ont des dimensions individuelles, sociales, économiques et politiques.

Recommandations

- Santé Canada devrait amorcer une consultation avec les gouvernements autochtones et les intervenants concernés du domaine de la santé pour cerner des manières d'accroître la rentabilité du régime d'assurance-médicaments de la DGSPNI. Sans nécessairement se limiter aux options suivantes, on pourrait faire passer la responsabilité d'approuver l'achat des médicaments en vente libre nécessaires aux bénéficiaires du régime des médecins au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un système de rationnement de ces médicaments fondé sur leur consommation actuelle.
- Santé Canada, en partenariat avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les milieux de la santé, devrait concevoir et mettre en œuvre un programme national d'éducation publique pour sensibiliser davantage les jeunes Autochtones aux dangers de l'abus des médicaments d'ordonnance.
- Santé Canada, les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient classer par ordre de priorité les besoins des membres des collectivités autochtones en matière de santé et mettre l'accent sur des interventions auprès des groupes les plus exposés et de ceux ayant les meilleures chances d'en tirer des avantages durables, tels que les enfants et les jeunes.
- Les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient envisager de s'associer à d'autres organismes communautaires pour promouvoir le

développement personnel des clients des services de santé, notamment en leur trouvant des emplois ou en les dirigeant vers une formation professionnelle.

Élimination des obstacles entravant l'accès des Autochtones aux services de santé

Principales leçons apprises

- Il est possible d'atténuer les obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé en créant des cadres intégrés de prestation de services dans les localités éloignées, ou en déployant des agents de liaison autochtones dans l'équipe des soins de santé primaires.
- On a montré que les projets de télésanté améliorent l'accès des clients à certains services, mais leur effet sur les résultats en matière de santé et leur rentabilité demeurent nébuleux.

Recommandations

- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, l'Organisation nationale de la santé des Autochtones et d'autres intervenants du domaine de la santé devraient entreprendre d'autres recherches sur les moyens à prendre pour rendre les services de télésanté plus efficaces.
- Afin d'encourager les Autochtones à utiliser davantage et à mieux connaître le système de santé, Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les milieux s'intéressant à la santé des Autochtones devraient encourager les médecins et d'autres professionnels de la santé à passer plus de temps avec les clients autochtones, notamment en faisant plus de visites à domicile, en réduisant la charge de travail des travailleurs et en faisant preuve d'une plus grande souplesse quand ils dressent l'horaire des rendez-vous.

- Les organismes de santé ayant un nombre important de clients autochtones devraient songer à recourir davantage aux agents de liaison-santé autochtones.
- De concert avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et avec les milieux de la santé, Santé Canada devrait faciliter l'accès des Autochtones aux carrières dans le domaine de la santé. Par exemple, augmenter le nombre de bourses d'études et le soutien personnel et professionnel accordé à ceux qui y travaillent déjà.

Développer la capacité des Autochtones en ce qui a trait à la gérance des programmes de santé

Principales leçons apprises

- On a constaté qu'en offrant de bonnes possibilités de formation et de perfectionnement au personnel de santé employé en milieu autochtone, il était possible d'améliorer la qualité du service tout en accroissant l'estime de soi du personnel, le rendement au travail et le professionnalisme.
- Une surveillance et un leadership professionnels sont essentiels à la réussite des projets de santé communautaires.
- Il y a plusieurs indicateurs conventionnels de la santé pour lesquels il n'existe aucune donnée sur les Inuits.
- Bien que les organismes communautaires puissent aider grandement à répondre aux besoins de base des Autochtones en matière de santé, le manque de ressources et de personnel fait souvent en sorte qu'ils ont du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec le projet en question.

Recommandations

- Les organismes qui financent des projets de santé communautaires en milieu autochtone devraient songer à affecter des fonds supplémentaires à la formation du personnel.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait envisager de créer un centre national de promotion de l'excellence dans la gestion de la santé des Autochtones.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait attribuer des ressources supplémentaires pour aider les collectivités autochtones à recueillir, gérer et utiliser des données locales sur la santé.
- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres organismes qui fournissent des fonds aux organismes de santé communautaires travaillant avec des clients autochtones devraient songer à leur accorder des ressources et des compétences supplémentaires pour les aider à renforcer leurs moyens de gestion ou d'administration.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé des Autochtones. Il a été préparé

par Madeleine Dion Stout et Gregory D. Kipling, experts-conseils en santé autochtone.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par

les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils leur ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.



Table des matières

Condensé	i
La santé des Autochtones au Canada	i
Amélioration de l'état de santé des Autochtones	i
Élimination des obstacles entravant l'accès des Autochtones aux services de santé	ii
Développer la capacité des Autochtones en ce qui a trait à la gérance des programmes de santé ..	iii
Préface	iv
Nature unique des projets du FASS	iv
Remerciements	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	viii
1. Contexte	1
1.1 Premiers efforts ayant visé à relever les défis des Autochtones en matière de santé	1
1.2 Questions d'actualité	2
1.3 Orientations futures	2
2. Aperçu des études du fonds pour l'adaptation des services de santé	3
3. Analyse des principales constatations	4
3.1 Principales constatations : Critères d'évaluation appliqués par le Fonds d'adaptation des services de santé	4
3.1.1 Accès	5
3.1.2 Résultats pour la santé	6
3.1.3 Qualité	7
3.1.4 Intégration	8
3.1.5 Rentabilité	9
3.1.6 Transférabilité	10
3.2 Autres constatations	11
3.2.1 Communications	11
3.2.2 Mécanismes de médiation	12
4. Ressources humaines dans le domaine de la santé	12
4.1 Gestion	12
4.2 Sensibilité culturelle	13
4.3 Embauche et conservation des effectifs	14
4.4 Formation	15

5.	Conséquences inter-sectorielles	16
5.1	Niveau de scolarité	16
5.2	Emploi et revenu	16
5.3	Milieus sociaux	17
6.	Conséquences pour les politiques et la pratique	18
7.	Conclusions et recommandations	20
7.1	Amélioration de l'état de santé des Autochtones et des résultats pour leur santé	20
7.2	Élimination des obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé	21
7.3	Créer chez les Autochtones la capacité de dresser leurs propres programmes de santé ...	21
	Ouvrages de référence	23
	Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des Autochtones	
	Liste des tableaux	
	Tableau 1 : Projets du FASS, par région	3
	Tableau 2 : Catégories de projets et thèmes	4

1. Contexte

1.1 Premiers efforts ayant visé à relever les défis des Autochtones en matière de santé

Bien que l'état de santé des peuples autochtones se soit, dans une certaine mesure, amélioré au cours des 25 dernières années, ceux-ci continuent de traîner de l'arrière par rapport au reste de la population sur un certain nombre de plans, notamment en ce qui concerne l'espérance de vie. En 1991, les hommes et les femmes autochtones pouvaient espérer vivre 67,9 et 75,0 années, respectivement (Canada, 1996), comparativement à 74,6 et 80,9 années pour les non-Autochtones (Association canadienne de justice pénale, 2000). Cet écart peut s'expliquer en partie par une mortalité due aux blessures et à la violence presque deux fois plus élevée chez les Autochtones que dans le reste de la population canadienne (Canada, 1996). Parallèlement, le taux de mortalité infantile chez les Autochtones demeure considérablement plus élevé que dans l'ensemble de la population du pays, bien qu'il ait beaucoup fléchi au cours des dernières décennies (Canada, 1996; OPS, 1999).

De plus, l'état de santé des Autochtones est en général beaucoup moins bon tout au long de leur vie. Par exemple, une proportion relativement considérable des Autochtones dit souffrir d'une incapacité : 31 p. 100 chez les Premières nations, et 29 p. 100, chez les Inuits (OPS, 1999). Le diabète fait aussi problème : l'incidence de cette maladie chez les Canadiens et les Canadiennes non autochtones est demeurée relativement stable au cours des dernières décennies, mais le taux de prévalence a augmenté rapidement chez les Autochtones, il serait de deux à trois fois plus élevé, pense-t-on, que chez les autres Canadiens (Canada, 1996; OPS 1999). On croit aussi que les Autochtones risquent plus de contracter toute une série de maladies infectieuses, y compris les maladies

transmises sexuellement (MTS) et la tuberculose, alors que cette dernière a été essentiellement éradiquée dans les autres segments de la population canadienne (Canada, 1996; OPS, 1999).

Étant donné l'écart qui existe entre l'état de santé des Autochtones et celui des non-Autochtones, il n'est pas surprenant que l'on ait alloué des ressources importantes à des projets et à des recherches sur la santé des Autochtones au cours des 25 dernières années. En effet, dans certains domaines tels que la santé des nourrissons et des mères, le gouvernement canadien finance des études depuis les années 50. Cependant, une bonne partie des premiers travaux, qui portaient sur des questions aussi diverses que la toxicomanie, l'otite moyenne et les effets des contaminants sur la santé des habitants du Nord tendaient à suivre une orientation très technocratique et accordaient peu de valeur aux méthodes autochtones traditionnelles de guérison et de protection de la santé.

Les chercheurs qui se sont penchés sur les dossiers relatifs à la santé des Autochtones à partir de la fin des années 70 ont commencé à jeter un œil critique sur les politiques et les structures existantes. Par exemple, Linehan (1992) et Lowell (1995) ont étudié les effets de la politique gouvernementale sur les mères enceintes et sur le point d'accoucher. Ils ont conclu que les méthodes consistant, par exemple, à évacuer obligatoirement les parturientes vers les hôpitaux du Sud nuisaient au bien-être des mères et de leur famille et ne mettaient pas à profit le savoir des sages-femmes inuites. À un niveau plus général, les chercheurs ont de plus en plus mis l'accent sur la façon dont les Autochtones utilisent le système de santé formel, en insistant tout particulièrement sur la nature et la portée des obstacles à l'accès. Tandis que certains ont examiné l'incidence de l'isolement géographique sur l'accès, d'autres ont mis en lumière les problèmes liés au racisme de la part des professionnels de la santé, ou au manque de programmes axés expressément sur les Autochtones dans de nombreux établissements de santé.

1.2 Questions d'actualité

Depuis la fin des années 80, les chercheurs continuent d'examiner des questions de longue date se rapportant à la santé des Autochtones, tout en s'intéressant à des préoccupations nouvelles ou refaisant surface, par exemple la prévention des blessures, la tuberculose et le SIDA (VIH). Autre aspect important, les chercheurs et les décideurs accordent un intérêt grandissant aux facteurs déterminant l'état de santé et ils reconnaissent l'importance de profiter du savoir déjà présent dans les collectivités autochtones. Ainsi, en ce qui concerne le VIH et le SIDA, par exemple, ils mettent davantage l'accent sur l'établissement de liens explicites entre, d'une part, les comportements à risque élevé ancrés dans la marginalisation socio-économique des Autochtones et, d'autre part, le risque accru que ceux-ci courent d'attraper le VIH.

Bon nombre des solutions qui ont été préconisées respectent davantage les organismes autochtones et les méthodes de guérison traditionnelles des collectivités. Ainsi, la suerie joue un rôle de plus en plus grand dans les programmes autochtones d'hygiène mentale et de lutte contre la toxicomanie, mais on reconnaît aussi de plus en plus qu'il importe de produire des documents publicitaires rédigés dans une langue autochtone ou faisant usage de symboles et d'histoires autochtones. Dans le cadre d'autres projets fondés sur cette perspective holistique, on a étudié des problèmes tels que l'incidence élevée de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'embryofœtopathie alcoolique (EFA) chez les enfants autochtones (Canada, 1995), la susceptibilité des Autochtones au diabète et à l'obésité (Martin et Bell, 1991; Evers, 1991), et le taux dangereusement élevé de tabagisme et de toxicomanie (Association des femmes autochtones du Canada, 1996).

Une bonne partie, sinon la totalité, de ces travaux reposent sur la notion implicite que la prestation des soins de santé à la population autochtone du pays est sur le point de changer. En 2001, le gouvernement fédéral a donné carte blanche aux collectivités autochtones en ce qui a trait à la prestation de leurs services de santé. Dans ce contexte, les chefs autochtones et leurs partenaires du gouvernement ont reconnu qu'il est primordial de créer des structures organisationnelles locales et de veiller à ce que des travailleurs de la

santé et le personnel de soutien requis soient en poste pour que les Autochtones aient accès, dans leurs communautés, à des services de santé efficace, de haute qualité et rentables. En outre, certaines femmes autochtones ont dit craindre les conséquences de la décision fédérale susmentionnée, surtout dans les situations où des dirigeants masculins, peu soucieux des questions féminines, monopolisent le processus décisionnel communautaire.

1.3 Orientations futures

Les interventions dans le domaine de la santé des Autochtones sont devenues de plus en plus complexes au cours des 25 dernières années. De plus, ces interventions ont profité de la sensibilité accrue de nombreux praticiens aux aspects éthiques du travail avec les communautés autochtones, mais leur efficacité s'est également accrue du fait que les décideurs ont accès à de nouvelles sources de données aux niveaux local, régional et national. Cependant, d'autres efforts s'imposent sur certains plans. C'est ainsi que les problèmes de santé qui se posent à des sous-groupes particuliers de la population autochtone, tels que les Métis et ceux qui vivent en milieu urbain, ne sont pas encore suffisamment connus.

D'une façon plus générale, d'autres recherches s'imposent au sujet d'un certain nombre de questions nouvelles relatives à la santé des Autochtones B le vieillissement, par exemple. Malgré la jeunesse relative des populations autochtones, la proportion représentée par les personnes de plus de 65 ans augmente (Association des femmes autochtones du Canada, 1997). Étant donné la forte incidence du diabète et d'autres maladies chroniques chez les hommes et les femmes autochtones, le vieillissement continu de la population contribuera sûrement à accroître les pressions qui s'exerceront sur les fournisseurs locaux de soins de santé, tout en engendrant une nouvelle demande de soins auxiliaires et d'autres services gériatriques spécialisés.

De même, d'autres recherches s'imposent dans le domaine de la médecine traditionnelle. Beaucoup d'éléments anecdotiques portent à croire que celle-ci connaît une forte résurgence dans de nombreuses collectivités autochtones, mais peu d'études

rigoureuses ou de grande portée ont été entreprises sur la question. Par conséquent, on ne sait pas grand-chose sur les modalités d'utilisation de cette médecine, sur l'incidence qu'elle a sur le bien-être des personnes, ou sur la relation qu'il y a entre les systèmes de santé traditionnels et « occidentaux » (Shestowsky, 1993).

Il faut également s'intéresser aux questions qui préoccupent les Autochtones ayant une incapacité. Dans de nombreuses réserves ou collectivités éloignées, ces personnes souffrent d'une pénurie grave de services et elles sont souvent obligées de composer avec une discrimination marquée à leur endroit, dans leur vie de tous les jours. Enfin, d'autres recherches et une éducation supplémentaire sont nécessaires dans les domaines de la santé sexuelle et génésique des jeunes Autochtones. L'incidence des grossesses chez les adolescentes et des maladies transmises sexuellement demeure extrêmement élevée, comparativement à celle qui prévaut chez les non-Autochtones du Canada. De toute évidence, les chercheurs et les décideurs doivent accorder la priorité à l'étude de ces problèmes d'une manière novatrice et objective.

2. Aperçu des études du fonds pour l'adaptation des services de santé

Nous avons examiné 21 études menées par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Les constatations issues de tous les travaux ont des conséquences trans-régionales pour l'élaboration des politiques et des pratiques, mais la majorité de ces travaux ont été exécutés dans une région ou un endroit particulier. Comme le Tableau 1 le montre clairement, 50 p. 100 d'entre eux ont eu lieu dans une des provinces de l'Ouest, la majorité ayant été menés avec l'intervention du District de santé (Santé Canada) de Battlefords, en Saskatchewan, et de la Keeweenaw Regional Health Authority

Tableau 1 : Projets du FASS, par région

Région	Nbre de projets	% du total
Maritimes (N.-B., T.-N., N.-É., Î.-P.-É.)	3	14,3 %
Provinces centrales (Ontario, Québec)	1	4,8 %
Provinces de l'Ouest (Alb. C.-B., Man., Sask.)	10	47,6 %
Nord du Canada (Au Nord du 55e parallèle)	3	14,3 %
Projets trans-régionaux	4	19,0 %
	21	100 %

(KLRHA), dans le Centre-Nord de l'Alberta. Entre-temps, beaucoup moins de projets ont été exécutés dans les Maritimes (15 p. 100), dans le Nord du Canada (10 p. 100), ou dans les provinces centrales de l'Ontario et du Québec. Quatre projets, soit 20 p. 100 du total, avaient une portée nationale ou ont été menés dans plusieurs lieux d'étude, dans plus d'une région.

Le Tableau 2 renseigne sur les genres de projets financés par le FASS dans le domaine de la santé des Autochtones. C'était surtout des programmes pilotes (16 études), les autres étant des évaluations (4 études) et des analyses des besoins (une étude). Dans ce contexte, l'expression « programme pilote » désigne une initiative ayant pour objet d'appliquer et d'évaluer les formules possibles de réforme des soins de santé, tandis que les évaluations portent sur des modèles existants de prestation des services ou sur des projets récemment achevés au sujet desquels il n'existe aucune évaluation. Enfin, les analyses des besoins ont pour objet de cerner et d'évaluer les besoins d'une population particulière en matière de santé, d'une manière systématique et rigoureuse.

Le Fonds d'adaptation des services de santé a fourni près de 12 millions de dollars pour aider à financer les 21 projets visés dans la présente analyse. La majorité des projets ont reçu moins de 500 000 \$ chacun, mais des fonds beaucoup plus importants (entre 1 421 000 \$ et 2 983 200 \$) sont allés à au moins trois initiatives. Deux de ces dernières concernaient la télésanté, tandis

Tableau 2 : Catégories de projets et thèmes

	Santé des enfants	Soins à domicile	Déterminants de la santé	Soins de santé primaires	Télesanté	Autres	Total
Évaluation	0	1	1	0	1	1	4
Analyse des besoins	0	1	0	0	0	0	1
Programme pilote	3	1	1	7	2	2	16
Total	3	3	2	7	3	3	21

que la troisième portait sur les moyens à prendre pour répondre aux besoins des Autochtones en soins à domicile dans tout le pays.

La durée et la taille des projets ont beaucoup varié. Bon nombre ont été entrepris dans un seul lieu, ont fait intervenir moins de 50 participants et ont été achevés en moins de 18 mois; d'autres, beaucoup plus ambitieux, ont été exécutés à plusieurs endroits, ont fait appel à un grand nombre de participants et ont duré plus de deux ans.

Si les études ont reposé sur toute une série de démarches et se sont situées dans divers contextes géographiques, elles ont été tout aussi hétérogènes quant aux thèmes abordés et aux points de vue offerts. En examinant les projets, nous avons cerné cinq grands thèmes : la santé des enfants, les soins à domicile, les déterminants de la santé, les soins de santé primaires et la télésanté. Le Tableau 2 montre que les soins de santé primaires ont fait l'objet du plus grand nombre d'études, ce qui atteste certainement la nature particulière des préoccupations des Autochtones en matière de santé et les difficultés qu'ils ont à accéder aux services de santé en général. Entre-temps, la santé des enfants, les soins à domicile et la télésanté ont chacun fait l'objet de trois projets (donc, neuf projets en tout), tandis que deux autres projets visaient les déterminants de la santé. Les trois études classées dans la catégorie « Autres » ont eu respectivement pour sujet : la prestation des services aux personnes ayant de graves problèmes mentaux dans les régions éloignées, la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance dans les collectivités autochtones et une évaluation des modèles de prestation des soins de santé dans les régions inuites.

Bien que les projets financés par le FASS aient porté sur diverses populations autochtones, l'accent a surtout été mis sur les préoccupations des Premières nations en matière de santé. Trois des études ont concerné les difficultés des Inuits à cet égard, tandis que, dans un certain nombre de cas, les chercheurs ont travaillé avec des groupes d'Autochtones sous-représentés depuis toujours dans les textes concernant la santé des Autochtones : mentionnons surtout les Métis, les femmes autochtones, les Autochtones vivant en milieu urbain et les Autochtones ayant maille à partir avec la loi.

3. Analyse des principales constatations

3.1 Principales constatations : Critères d'évaluation appliqués par le Fonds d'adaptation des services de santé

Le système canadien de santé a mal servi les Autochtones. Ceux-ci se heurtent souvent à des obstacles quand ils cherchent à accéder aux services, et les soins qu'ils reçoivent sont fréquemment inférieurs à ceux dont bénéficient les autres Canadiens. Les projets du FASS montrent que les problèmes en matière de santé auxquels font face les Autochtones sont étroitement liés au racisme, à la pauvreté et à la marginalisation et offrent de

nombreuses idées sur la façon d'améliorer les résultats, la qualité des soins et leur rentabilité.

3.1.1 Accès

D'importants obstacles à l'accès empêchent souvent les Autochtones de tirer profit des services de santé. Ces obstacles tombent dans au moins deux catégories distinctes : ceux qui ont quelque chose à voir avec la géographie, et ceux qui ont pour fondements le savoir et la culture.

En ce qui concerne tout d'abord les obstacles géographiques, les études financées par le Fonds d'adaptation des services de santé montrent non seulement que les Autochtones des régions rurales et septentrionales doivent franchir de longues distances pour voir un spécialiste ou obtenir une dialyse (NA402, AB301-19), mais aussi que, dans certains cas, même des services non spécialisés n'existent pas sur place. Par exemple, comme la région de Nunavik manque de ressources pour traiter les maladies mentales, l'hospitalisation est la seule solution et elle n'est offerte qu'aux personnes dont l'état est tellement grave qu'elles sont complètement désorientées (QC434).

Pour faire face à ces problèmes, les chercheurs ont généralement adopté l'une des deux stratégies suivantes : ils ont favorisé l'application de la technologie de la télémédecine ou la mise sur pied d'une capacité locale. D'une part, la création d'un réseau de télémédecine entre les centres urbains et les localités éloignées ou isolées a donné des résultats concrets dans un certain nombre d'endroits. Par exemple, pour le *Projet-pilote national de télémédecine en néphrologie (NA403)*, qui est un projet de télé-enseignement mené dans le Nouveau-Brunswick rural, on a eu recours à des vidéoconférences pour informer les diabétiques autochtones des risques d'insuffisance rénale chronique et les encourager à modifier leur mode de vie en conséquence. Entre-temps, la technologie a également été couronnée de succès dans l'Ouest canadien, dans le cadre du *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations (NA402)*, qui avait pour objet d'organiser des séances d'orthophonie, de physiothérapie et d'ergothérapie dans des communautés autochtones éloignées. Toutefois, la mise en œuvre de ces projets

de télémédecine a coûté cher et de nombreux participants ont déclaré avoir été gênés par la nouvelle technologie ou déçus par son manque de fiabilité. En outre, les projets ont été réalisés avec de petits échantillons, ce qui a empêché les chercheurs d'évaluer définitivement l'effet de la télémédecine sur les obstacles à l'accès.

D'un autre côté, dans le cadre de divers autres projets, les chercheurs ont visé à supprimer les obstacles géographiques en offrant les services dans les collectivités éloignées grâce à la création d'une nouvelle infrastructure ou à la mise sur pied d'une capacité locale. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik a connu un succès bien particulier sur ce plan avec son projet intitulé *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (QC434)*. Avec la participation des intervenants locaux, les chercheurs ont créé un « centre de réintégration » à Inukjuak pour les personnes ayant de graves problèmes mentaux. Le centre a été conçu pour assurer des soins 24 heures sur 24, dans un milieu structuré, aux personnes qui avaient besoin de soins en établissement de courte ou de longue durée, de soins de relève, d'interventions d'urgence, de programmes de jour et d'un suivi communautaire. La mise sur pied du centre a grandement ajouté à la gamme de services offerts dans la collectivité, et la décision d'embaucher du personnel inuit a contribué à renforcer les compétences et les capacités locales, tout en prenant en compte les réalités culturelles.

Les Autochtones ont aussi du mal à accéder aux services de santé à cause d'obstacles culturels ou en raison de leur manque de connaissances. Par exemple, ils hésitent à utiliser un service dont ils ont besoin parce qu'il leur paraît impropre sur le plan culturel ou parce que personne ne parle une langue autochtone dans l'établissement de santé. De plus, comme le signalait le personnel ayant pris part au projet du District de santé de Battlefords, intitulé *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)*, même quand ces personnes ont accès aux services, leur prestation trans-sectorielle tend à être fragmentée et elle manque de coordination (p. 7).

Dans plusieurs cas, les chefs de projet ont réussi à atténuer les effets de ces obstacles grâce à des mesures de sensibilisation et à des agents de liaison autochtones. Dans ce contexte, on entend par « mesures de sensibilisation » les initiatives qui facilitent l'utilisation des services aux clients, à qui ils sont alors offerts dans un milieu moins intimidant et sous une forme mieux adaptée à leurs antécédents et à leur culture. Par exemple, dans le cadre du projet *Nouveau-né en santé, bébé en santé (SK323)*, le District de santé de Battlefords a lancé un programme d'allaitement naturel et d'aide nutritionnelle qui a nécessité la création d'un centre facile d'accès, dirigé par des professionnels de la santé qui offraient toute une gamme de services aux femmes enceintes et aux mères qui allaitaient. Grâce à ce projet, le taux d'allaitement naturel et la durée de cette pratique ont augmenté chez les femmes visées par le programme, qui ont aussi apprécié la possibilité que le centre leur donnait d'établir des relations sociales et de renforcer leur estime de soi et leurs liens maternels avec leur nourrisson.

Une autre méthode consistait à embaucher des agents de liaison pouvant jouer le rôle d'intermédiaires en aidant les clients autochtones à traiter avec le système des services sociaux et de santé et à accéder à ceux dont ils avaient besoin. Le projet *Agents de liaison auprès des Premières nations (SK402)*, exécuté par le District de santé de Battlefords, est un exemple particulièrement bon de cette démarche. Les responsables du projet ont déclaré que, grâce aux agents de liaison, moins de rendez-vous avaient été manqués, les clients s'étaient mieux conformés aux programmes de traitement et les professionnels de la santé avaient eu l'occasion d'apprendre à mieux comprendre les besoins des clients autochtones. Le projet a aussi mis en lumière les difficultés qu'il y avait à définir le rôle précis des agents de liaison. En d'autres mots, doivent-ils se limiter à établir un lien entre les clients et les services appropriés, ou doivent-ils devenir des chargés de cas, qui repèrent et organisent les services nécessaires? Le rapport du projet n'offre aucune réponse définitive à cette question, mais bon nombre de clients autochtones voyaient les agents de liaison jouer un rôle élargi et les traitaient plus

comme des défenseurs et des travailleurs sociaux que comme de simples « courtiers du savoir ».

3.1.2 Résultats pour la santé

Comme nous l'avons déjà signalé, les Autochtones du Canada tendent à avoir une moins bonne santé que les non-Autochtones. L'écart s'explique en partie par des comportements à haut risque et des habitudes de vie malsaines, deux éléments issus de facteurs structurels tels que la pauvreté, un faible niveau d'instruction et la discrimination sociale. Les conséquences négatives de ces choix malsains ressortent clairement dans le projet *Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation? (AB301-20)*, étude qui a porté sur le taux d'immunisation chez les enfants du Centre-Nord de l'Alberta. Comme les responsables du projet l'ont constaté, la sous-immunisation et, partant, le risque de contracter une maladie infantile grave étaient prépondérants lorsque le principal pourvoyeur de soins était célibataire, autochtone, jeune, peu instruit et gagne-petit (p. 18).

En tentant de s'attaquer à ce genre de problèmes, les chercheurs ont eu beaucoup de succès en organisant, auprès des personnes et des familles à risque élevé, des interventions alliant éducation et soutien dans un contexte rassurant. Un projet qui visait à faire augmenter le taux d'immunisation des enfants autochtones et non autochtones du Centre-Nord de l'Alberta a entraîné un changement positif de comportement chez 37 p. 100 de la population ciblée (les groupes sous-immunisés) quand un membre de l'équipe du projet a communiqué avec le principal pourvoyeur de soins, et une autre tranche de 26 p. 100 ont modifié leurs habitudes pour le mieux après une entrevue personnelle. Le projet a donc révélé toute l'importance de la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les principaux pourvoyeurs de soins considérés comme risquant beaucoup de sous-immuniser leurs enfants, tant pour améliorer le taux d'immunisation que pour dissiper les mythes et les fausses idées.

Comme nous l'avons déjà précisé, le projet *Nouveau-né en santé, bébé en santé (SK323)* a permis d'accroître sensiblement le recours à l'allaitement naturel et sa durée (p. 6), en ouvrant un centre d'accès facile doté

d'une consultante en allaitement et de travailleurs d'approche. Le personnel du centre a appuyé les mères à risque élevé et leurs enfants en leur fournissant des renseignements, en les faisant participer à des programmes d'éducation parentale et en leur faisant découvrir d'autres ressources communautaires. Il convient de mentionner que la réussite du projet s'explique sans doute en partie par la qualité holistique de ce dernier : au lieu de promouvoir seulement l'allaitement naturel auprès de la population visée, les responsables du projet ont aussi accordé une importance à la sécurité alimentaire et à d'autres déterminants de la santé, notamment en créant des groupes d'entraide et des cuisines communautaires.

De même, le projet *Familles en santé : Prestation de soins de santé primaires aux familles à risque élevé (AB301-14)*, à Edmonton, a montré les avantages éventuels qu'il y a à fournir un appui soutenu aux nouveaux parents qui, vu leur situation socio-économique, risquent davantage de ne pas pouvoir assurer tous les soins voulus à leurs enfants. À la faveur d'un programme intensif de visites à domicile au cours d'une période de trois à cinq ans, les chercheurs ont fourni aux participants une éducation parentale, la chance de perfectionner leurs compétences, et des rapports avec d'autres ressources communautaires. Bien que l'évaluation du projet ait eu lieu après seulement 18 mois, elle a mis en évidence des résultats positifs à divers égards. Comme le projet avait mis l'accent sur la participation volontaire et la sensibilité aux réalités culturelles, les parents participants l'ont beaucoup apprécié, et la majorité ont fait savoir qu'ils avaient amélioré leurs relations avec leurs enfants grâce à lui. En outre, non seulement le nombre de nourrissons amenés aux salles d'urgence des hôpitaux a diminué, mais quatre mères ont changé d'attitude grâce à l'appui et au savoir tirés du projet, elles qui, auparavant, avaient craint le moment où leur enfant leur serait rendu au sortir de l'hôpital.

3.1.3 Qualité

Dans le cadre des projets financés par le FASS et examinés ici, on a typiquement amélioré la « qualité » du service en adoptant un nouveau régime de prestation ou en créant de nouvelles occasions

d'établir des rapports fructueux entre clients et fournisseurs de soins de santé.

L'effet des changements ayant découlé de l'adoption d'un nouveau régime de prestation des services a été particulièrement remarquable dans le contexte du *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (NA305)*, programme pilote lancé en coopération avec la Première nation d'Eskasoni en Nouvelle-Écosse. Le projet a comporté une série de changements fondamentaux dans le régime local des soins de santé, y compris la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire de soins primaires, le regroupement des dossiers des malades de manière à en faciliter l'accès aux membres de l'équipe, et le remplacement du régime de rémunération des médecins qui, au lieu d'être payés à l'acte, ont désormais touché un salaire. Le projet a aussi entraîné l'intégration des services des médecins aux programmes communautaires et la construction d'un nouvel établissement de santé pour loger les services assurés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la collectivité. Le programme a suscité des réactions positives de la part d'une majorité écrasante des clients (217 personnes, soit environ 15 p. 100 de la population adulte locale, ont rempli les questionnaires distribués par les évaluateurs). En particulier, la majorité des répondants ont déclaré que leur médecin avait pris le temps de comprendre leur problème de santé et qu'ils s'étaient sentis à l'aise en exprimant leurs inquiétudes à leur infirmier(ère) ou à leur médecin.

Il faut signaler, à cet égard, la démarche adoptée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, dans le cadre du projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (QC434)*. La remarquable réussite de ce projet s'explique en partie par la décision des responsables de délaisser les anciens modèles de réhabilitation, qui passaient outre aux aspirations des personnes, et de traiter plutôt les malades comme des citoyens à part entière, capables d'apporter une contribution productive à la collectivité.

Entre-temps, d'autres études ont révélé que le degré de satisfaction des clients dépendait étroitement de leur capacité d'avoir des rapports significatifs avec les travailleurs de la santé qui les comprenaient et étaient immédiatement sensibles à leur état. C'est ce que montrent clairement les résultats du projet *Agents de liaison auprès des Premières nations (SK402)* mené par le District de santé de Battlefords : deux agents de liaison des Premières nations ont été recrutés pour faciliter l'accès des Autochtones aux services de santé appropriés. Il n'y a pas eu d'évaluation systématique des résultats du projet, mais des faits montrent que le personnel de liaison parlant la langue crie a pu établir de solides rapports avec les clients, tout en aidant les fournisseurs de soins à mieux comprendre les besoins de ceux-ci en matière de santé.

3.1.4 Intégration

On propose depuis longtemps d'intégrer et de rationaliser les services pour améliorer les résultats, tout en réduisant les facteurs d'inefficacité et la fragmentation dans la prestation des soins de santé. Comme les études financées par le FASS le montrent, l'intégration nécessite, pour réussir, une planification détaillée avant la mise en œuvre du projet, l'établissement de bonnes voies de communication entre les organismes partenaires, et la volonté de veiller à ce que, dès le début, un personnel formé soit disponible. En revanche, les efforts d'intégration des services échoueront probablement si le leadership fait défaut, ou si les rôles et les responsabilités des employés sont mal définis.

Parmi les projets envisagés, une initiative lancée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), intitulée *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, est un exemple d'intégration relativement réussie des services. Le projet comportait le déploiement de services intégrés de soins à domicile dans cinq collectivités autochtones et inuites situées dans des régions différentes; il n'a été exécuté qu'après la réalisation d'un plan de mise en œuvre fondé sur une évaluation des besoins de chaque collectivité en soins à domicile. Après ce processus, les responsables ont pris des mesures pour intégrer la gestion des cas et l'évaluation

des clients recevant des soins à domicile et pour s'assurer que le personnel de première ligne bénéficiait d'une supervision professionnelle. De cette façon, les employés étaient appuyés et sentaient qu'ils faisaient partie de l'équipe des soins de santé, et l'on veillait en même temps à ce qu'ils rendent des comptes au moyen de mécanismes de contrôle tels que des fiches de présence et des rapports sur les soins donnés aux clients. En outre, l'adoption d'un processus formel d'évaluation des clients a amélioré la correspondance entre les besoins et les ressources.

Dans le cas du projet réalisé par le District de santé de Battlefords dans le domaine des services pour enfants agressifs d'âge préscolaire (*SK324*), la mise au point d'un modèle d'intégration constituait un objectif primordial, ce qui a entraîné la création d'une équipe de gestion qui, à titre de partenaire égal aux autres, a collaboré à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services destinés aux enfants et aux familles vulnérables qui participaient au projet (p. 19). Selon les auteurs du rapport, la mesure dans laquelle les responsables du projet ont pu intégrer les services dépendait surtout des efforts faits pour encourager de nouveaux rapports et de nouveaux comportements dans les sens horizontal et vertical, entre les organismes et à l'intérieur de ceux-ci (p. 19-20).

Toutefois, même dans le contexte des initiatives décrites ci-dessus, des problèmes se sont manifestés sur divers plans. Par exemple, les gestionnaires ont eu de la difficulté à faire accepter les changements provoqués par chaque projet, et les frais de gestion élevés rendus nécessaires pour garantir la réussite de l'intégration des services ont inquiété ceux et celles qui avaient quelque chose à voir avec le projet de soins à domicile de la DGSPNI.

Par ailleurs, d'autres constatations issues des projets nous renseignent aussi sur les difficultés inhérentes à l'intégration des services. En particulier, l'absence d'un solide leadership et le fait que les rôles et les responsabilités du personnel des organismes participants avaient été mal définis ont compromis les efforts visant à intégrer les services de soins de santé primaires dans la Première nation d'Eskasoni (*NA305*). Ces problèmes ont engendré des conflits interpersonnels

qu'a aggravés la séparation physique des fournisseurs de soins primaires et du personnel chargé de la santé communautaire.¹ Des différences culturelles ont aussi suscité des difficultés, par exemple, entre le personnel autochtone et les employés non autochtones, et entre les membres d'organismes n'ayant pas les mêmes conceptions de la gestion ou du service. Toutefois, comme ceux qui ont rédigé le rapport définitif l'ont précisé, la plupart des problèmes décrits plus haut ne se seraient pas posés si, dès le départ, un gestionnaire de projet expérimenté avait été aux commandes.

3.1.5 Rentabilité

Bien que bon nombre des études examinées ne fournissent pas d'évaluation quantitative détaillée sur l'efficacité en fonction des coûts, certaines mettent effectivement en lumière des démarches susceptibles de réaliser des économies à long terme dans les frais de santé. En général, les interventions les plus fructueuses ont été celles qui reposaient sur un investissement dans la santé et le développement au stade de la première enfance, sur la poursuite de l'intégration des services, ou sur le recours plus intensif à des services moins coûteux.

Ce n'est certes pas un concept nouveau, mais les stratégies qui encouragent le développement sain de l'enfant au début de sa vie ont effectivement contribué à l'amélioration de son état de santé au cours de sa vie adulte (Groupe de travail sur la Stratégie nationale pour le développement sain des enfants, 1998). Afin de mesurer les effets à cet égard, il faut exécuter une évaluation à plus long terme que dans le cas de n'importe lequel des projets financés par le FASS. Mais, selon les responsables du projet *Familles en santé - Soins de santé primaires aux familles à risque élevé (AB301-14)*, celui-ci a permis de faire des économies dans de nombreux domaines. En particulier, comme le projet avait mis l'accent sur le perfectionnement des compétences, l'éducation parentale et l'établissement de liens avec les ressources communautaires, ils ont observé des effets mesurables, notamment une réduction du nombre de fois où des nourrissons participant au projet ont été admis à la salle d'urgence, et des effets moins tangibles, tels qu'une diminution du nombre d'appréhensions par les agences de protection de l'enfance et un retour

plus rapide des enfants qui avaient été placés en dehors du foyer parental. En fait, selon une évaluation à long terme des programmes des familles américaines saines, dont cette initiative s'inspire, chaque dollar investi a permis d'en économiser de trois à six.

Des projets axés sur l'intégration des services ou sur le recours plus intensif aux services moins coûteux ont aussi produit des résultats positifs. Tel a été le cas du *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (NA305)*. Le projet ayant mis l'accent sur l'intégration des services des médecins aux programmes communautaires et sur le recours à une équipe multidisciplinaire de soins primaires dont les membres étaient encouragés à travailler en collaboration, les gestionnaires ont prédit une baisse de 40 p. 100 du nombre de visites à l'urgence au cours de l'année financière 2000 (les chiffres définitifs n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport). Parallèlement, le nombre de visites faites par les habitants d'Eskasoni chez leur médecin de famille est passé de onze par année, en 1997, à cinq, en 1999.

Les responsables d'un projet qui fournissait un logement supervisé et d'autres services communautaires aux habitants de Nunavik souffrant de problèmes mentaux graves (*QC434*) ont bien réussi à réintégrer leurs clients à leur collectivité respective, en les aidant à acquérir des habiletés sociales et en leur offrant des possibilités d'emploi. De cette façon, les malades mentaux ont pu continuer à vivre dans un milieu culturel qui leur était familier et à profiter des structures de soutien locales. Comme l'hospitalisation avait été auparavant la seule solution lorsque les membres de la famille du malade n'arrivaient plus à tenir le coup, le projet pourrait bien engendrer des économies considérables en frais de transport et en soins hospitaliers.

1. Quand un nouveau centre de santé communautaire a été construit avec l'aide financière des gouvernements fédéral et provincial, les lignes directrices exigeaient que les logements du personnel fournissant les soins primaires (payé par la province) et ceux du personnel de la santé communautaire (payé par le gouvernement fédéral) se trouvent dans deux immeubles distincts. Cependant, les deux bâtiments avaient un mur mitoyen dans lequel une porte devait être pratiquée, une fois la construction terminée.

3.1.6 Transférabilité

Comme le montrent les résultats des recherches financées par le FASS, il faut, pour reproduire avec succès les projets en question, un cadre d'application clair, la souplesse voulue pour l'adapter aux conditions et aux paramètres locaux, et la volonté d'appliquer un processus d'évaluation complet.

Parmi les projets examinés, peu ont autant mis l'accent sur cet aspect que de la DGSPNI, intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, qui a été mené en partenariat avec cinq localités autochtones pendant 18 mois à partir de la fin de 1998. En mettant l'accent sur l'adoption d'une solide structure d'exécution, fondée sur l'examen par les pairs, sur un processus d'évaluation des besoins locaux et sur l'élaboration d'un cadre de services essentiels, le modèle pourrait être adopté par d'autres collectivités. En outre, il est assez souple pour permettre l'ajout de composantes ou l'expansion de services existants face aux besoins et aux priorités de l'endroit. Les gestionnaires de Santé Canada ont déjà utilisé l'information tirée du projet pour lancer des programmes de soins à domicile et de soins communautaires dans plus de 600 communautés autochtones du pays.

Bien qu'il n'ait pas été mis à l'essai sur le terrain, le modèle de l'Association des femmes autochtones du Québec, intitulé *Une approche communautaire pour répondre aux besoins en soins à domicile de la population autochtone des villes au Canada (NA1022)*, révèle des idées intéressantes sur la conception et la prestation des services fournis aux Autochtones vivant en dehors des réserves. Citons, en particulier, une liste détaillée des composantes des programmes prenant en compte les réalités culturelles et un cadre d'évaluation permettant de mesurer la capacité des programmes de soins à domicile, conçus expressément pour les Autochtones, de répondre aux besoins des clients.

D'autres projets se caractérisent aussi par des démarches ou des leçons qui pourraient être utiles à d'autres organismes et à des collectivités d'autres régions. Par exemple, le cadre mis au point par

le projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (QC434)*, pour créer un « centre de réintégration » à Inukjuak, fournit les éléments essentiels à la création de centres semblables dans d'autres localités éloignées aux prises avec les problèmes dus à la toxicomanie ou aux maladies mentales. En bref, le projet montre qu'en dotant le centre d'une équipe multidisciplinaire de spécialistes de la santé mentale, qui assurent notamment un suivi communautaire, et en acceptant que les malades fassent des séjours en établissement de longue et de courte durée [par exemple, pour donner un répit à leur famille (soins de relève)], on peut répondre à toute une gamme de besoins à un seul endroit.

Entre-temps, le projet *Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé (SK330)*, que l'Université de la Saskatchewan a mené pour cerner les besoins et les préoccupations des petits salariés de Regina et de Saskatoon en matière de santé, a été couronné de succès, surtout parce qu'il reposait sur une méthode de recherche participative. Les responsables ont demandé aux membres de la population visée de concevoir et d'administrer un « questionnaire sur les points forts et les difficultés de la collectivité en matière de santé ». Ils ont ensuite examiné les données dans le contexte de chaque localité, puis ils ont finalisé les résultats. En repérant les lacunes dans la prestation des services et les chevauchements, et en mettant en évidence la mesure dans laquelle les membres de la collectivité ne suivaient pas les conseils médicaux relatifs à leur maladie chronique, le projet a montré qu'il permettait avantageusement d'obtenir des renseignements détaillés tout en encourageant les participants à faire des choix sains dans leur vie.

Ce qui est aussi important, c'est que plusieurs des projets financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé renseignent sur les obstacles dont il faut tenir compte pour reproduire les projets en question avec succès. Dans le premier cas, les localités septentrionales qui prenaient part au projet de la DGSPNI, intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, ont précisé qu'elles avaient besoin de fonds supplémentaires

pour payer les frais de logement élevés, le salaire du personnel et les déplacements dans leur région. De même, les participants au *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations (NA108)* se sont dits préoccupés par le manque de normalisation dans les systèmes de télémédecine des provinces et des territoires, ce qui entravait la connectivité entre les collectivités autochtones et réduisait la portée des transferts de technologie.

3.2 Autres constatations

3.2.1 Communications

L'absence de communication efficace risque, de bien des façons, de nuire à un projet communautaire de santé. Elle peut surtout entraîner des conflits et des malentendus entre les membres de l'équipe chargée du projet et réduire la mesure dans laquelle des groupes particuliers comprennent les messages et les services relatifs à la santé et y répondent. Cependant, comme les chercheurs financés par le FASS l'ont montré, on peut atténuer ces problèmes en investissant tôt dans la création de voies de communication directes et formelles, et en collaborant avec les groupes clients pour s'assurer que la mise en œuvre du projet se fera dès le début dans le respect des paramètres culturels et linguistiques.

Par exemple, le projet intitulé *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)* a mis en lumière l'importance de la communications entre les divers intervenants. Pour que l'intégration réussisse, il faut dès le départ agir promptement pour expliquer aux clients comment le projet les touchera, tout en créant un contexte où le personnel pourra clarifier les renseignements ou offrir de nouveaux points de vue sans être immédiatement jugés par les autres (p. 25). En outre, il est essentiel d'établir des voies de communication formelles au sein même des organismes et entre eux. En d'autres termes, les responsables du projet doivent clairement définir les rôles et les fonctions des membres de l'équipe, établir une hiérarchie dans les responsabilités et la faire respecter.

Entre-temps, le projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux*

sévères et persistants (QC434) a montré l'importance de la communication tenant compte des aspects culturels quand des Autochtones font partie de la population visée par le projet. Dans leur rapport final, les chercheurs ont fait valoir que la réussite du projet s'expliquait en grande partie par les efforts que l'on avait faits au début pour préparer les collectivités, définir avec elles les objectifs et les procédures et clarifier la répartition des responsabilités. De même, les clients qui ont pris part au projet *Agents de liaison auprès des Premières nations* du District de santé de Battlefords s'en sont dits satisfaits dans une large mesure parce qu'ils traitaient avec des personnes qui connaissaient la langue crie ainsi que les caractéristiques de leur culture et de leur collectivité.

À un niveau plus général, les chercheurs ont constaté que les messages ordinaires de promotion de la santé ne parviennent souvent pas aux groupes marginalisés, y compris les Autochtones. C'est là une des conclusions tirées par les auteurs d'une étude de la Keeweenaw Lakes Regional Health Authority (KLRHA), intitulée *Quelles sont les caractéristiques des clients et des obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation? (AB301-20)*. Cette étude portait sur les moyens d'améliorer les taux d'immunisation chez la population de la région qui ne respectait pas les consignes en la matière. Devant la situation, les chefs du projet ont décidé de mettre davantage l'accent sur les rapports personnels avec les clients (par téléphone ou en personne), et de demander aux professionnels de la santé de mieux guider les malades à risque tout en les encourageant à assurer la responsabilité de leur propre santé.

Dans la même veine, l'Université de la Saskatchewan a mené un projet intitulé *Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé (SK330)* en vue d'exécuter une enquête communautaire sur la santé des habitants du centre-ville de Regina et de Saskatoon. Les chercheurs ont constaté que les participants tendaient à ne pas réagir aux conseils médicaux. L'insuffisance des contrôles nous empêche de savoir si le projet a eu des effets durables sur les comportements des participants en matière de santé, mais il a mis en lumière la mesure dans laquelle une démarche vraiment participative, qui rend les membres de la collectivité

conjointement responsables de la conception, de la mise en œuvre et de la finalisation du projet, peut susciter un degré élevé d'engagement de leur part.

3.2.2 Mécanismes de médiation

Bon nombre des rapports ont mentionné l'importance d'intervenants clés, tels que les chefs de la collectivité ou les agents de liaison, dont le rôle ou l'appui a influé considérablement sur les résultats des projets. En d'autres mots, ces personnes ont assumé un rôle de médiateur, en encourageant les autres à participer, en facilitant la communication entre les responsables du projet et les membres de la collectivité, ou en aidant à régler les conflits et à dissiper les malentendus.

Le cas des agents de liaison pour la santé illustre bien ces propos, puisqu'ils ont fait le pont entre les clients autochtones et d'autres membres de l'équipe des services de santé. On a encouragé le recours à ces agents dans le contexte des soins prodigués à domicile aux Autochtones des villes (NA1022); en outre, l'influence positive de ces agents sur la réalisation du projet a été mise en lumière par les participants au projet *La santé pour tous* (AB301-18), que le Keeweenawinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA) a exécuté en collaboration avec quatre groupes métis. Le projet s'était caractérisé par une méfiance considérable des intervenants, et un agent de liaison autochtone a dès lors joué un rôle important en expliquant le but du projet aux membres des collectivités métisses et en obtenant leur participation. L'agent a aussi servi d'intermédiaire principal entre les dirigeants métis et l'équipe de gestion de la KLRHA.

Les résultats des projets financés par le FASS ont souligné à quel point les chefs des collectivités peuvent influencer sur le succès ou l'échec relatif d'une initiative donnée. Par exemple, à la faveur du programme pilote *Services d'appui communautaires/à domicile pour diabétiques - Premières nations et Inuits* (NA1012), que la DGSPNI a entrepris pour évaluer l'efficacité de différents modèles de soins à domicile destinés aux diabétiques autochtones et à leur famille, les chercheurs ont constaté que la réussite n'était pas tant fonction du modèle particulier choisi que de la mesure où il répondait aux besoins de la collectivité

et de l'appui que lui accordaient les dirigeants locaux. À cet égard, les auteurs du rapport final ont souligné que le degré de participation de ces derniers n'importait pas autant que la nécessité pour eux de reconnaître l'utilité du programme et de le soutenir (p. 28).

De même, les intervenants dans la mise en œuvre du projet *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits* (NA108) ont affirmé qu'à chaque stade de ce dernier, on avait cerné la nécessité, pour la collectivité et ses dirigeants, de participer aux efforts et de les appuyer (p. 23). L'évaluation a confirmé que les dirigeants soutenaient l'initiative et croyaient en son importance mais, d'après certains, il a été difficile d'obtenir du temps avec les dirigeants pour discuter de questions relatives aux soins à domicile.

4. Ressources humaines dans le domaine de la santé

En matière de ressources humaines, les gestionnaires du secteur de la santé dans les communautés autochtones font face à bon nombre de difficultés semblables à celles qui se posent à leurs collègues n'importe où ailleurs au pays. Malgré tout, les rapports sur les projets ont cerné divers problèmes particuliers qu'il convient d'examiner.

4.1 Gestion

L'intégration des services ou l'adoption d'un nouveau mode de prestation engendre toujours une certaine tension chez ceux qui sont touchés par le changement, y compris les clients et les membres du personnel. Afin de dissiper les inquiétudes, les responsables du projet ont mis l'accent sur l'importance de définir précisément les rôles et sur l'adoption immédiate de politiques sur les ressources humaines et d'appuis dans ce domaine. Dans le même ordre d'idées, une planification insuffisante ou le manque de supervision professionnelle risque d'aggraver la tension due à l'adoption d'un nouveau cadre.

Ainsi, dans le contexte du projet mené par le District de santé de Battlefords à l'intention des enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324), les professionnels participants ont souligné la nécessité de définir clairement et logiquement, dès le début du projet, les rôles et les responsabilités des nouveaux employés travaillant dans un régime intégré de prestation des services. Parallèlement, les expériences vécues par les collectivités pilotes prenant part au projet de la DGSPNI intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)* ont montré que des politiques détaillées sur les ressources humaines et de bons appuis en la matière avaient beaucoup favorisé le succès du projet. Ces appuis comprennent un manuel sur les politiques régissant le personnel qui est appliqué uniformément, des descriptions d'emploi et des attentes claires, des congés annuels et des congés de maladie payés, ainsi qu'une pension et des prestations-maladie.

En outre, les responsables ont insisté sur l'importance de collaborer avec le personnel existant des services communautaires de santé, pour redéfinir le rôle de chacun dans le contexte du nouveau régime de prestation des services. L'auteur du rapport final sur le *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (NA305)* a mis cet aspect en lumière en évoquant les effets d'une baisse du nombre de personnes se rendant à l'extérieur de la collectivité pour voir un médecin :

Ce changement relatif à l'accès aux soins primaires a considérablement avantagé le budget des transports pour raisons médicales, mais il a aussi beaucoup nui sur le plan financier aux 17 chauffeurs des taxis médicaux qui, pendant des années, avaient assuré le service de transport. Dans une localité où le taux de chômage est très élevé, la perte de ce nombre d'emplois relativement bien payés est énorme. [...] En rétrospective, il aurait fallu se soucier davantage de prévoir cette conséquence et prendre des mesures pour préparer ceux que le changement allait désavantager sur le plan économique (p. 42).

Enfin, les responsables ont affirmé qu'une supervision compétente était essentielle à la réussite des projets. Par exemple, selon l'évaluateur du projet concernant

les soins primaires à Eskasoni, l'absence d'un administrateur à temps plein a expliqué, en grande partie, pourquoi il a été difficile d'intégrer le personnel chargé des soins de courte durée et de la santé communautaire. Bien que bon nombre des problèmes aient été de nature culturelle ou structurelle, et causés par la séparation physique des deux personnels et par des principes organisationnels divergents, on avait fortement l'impression que les difficultés se régleraient à partir du moment où l'on nommerait un directeur du centre des soins de santé.

4.2 Sensibilité culturelle

À la lumière des constatations issues des recherches montrant que les Autochtones continuent de subir la discrimination et le racisme, à un degré élevé, de la part des fournisseurs de soins de santé non autochtones (Browne, Fiske et Thomas, 2000), les chefs des projets ont souligné l'importance des qualités personnelles quand on embauche des employés appelés à travailler dans les milieux autochtones de la santé, et la nécessité de veiller à ce que le personnel soit bien sensibilisé à l'identité culturelle des clients.

Par exemple, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik (QC434) a adopté une démarche très structurée pour choisir son personnel et s'assurer ainsi qu'elle réunirait des personnes dotées des compétences et des habiletés appropriées pour travailler au centre de ré-intégration d'Inukjuak, créé à l'intention des personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale. En particulier, les chefs du projet ont mis sur pied un comité de sélection du personnel qui représentait la diversité des intérêts des intervenants, y compris ceux de la collectivité et du centre de santé local. En outre, au moment d'examiner les compétences et les antécédents des candidats de l'extérieur, le comité a accordé une attention spéciale aux objectifs du programme, au contexte communautaire et à l'expérience du travail avec les collectivités autochtones, et à la capacité du candidat de fonctionner dans une équipe multidisciplinaire et de s'adapter à un nouveau milieu.

Entre-temps, dans un de ses rapports, l'Association des femmes autochtones du Québec a fait valoir avec vigueur la nécessité de se sensibiliser aux réalités culturelles quand on traite avec des clients autochtones (NA1022). L'auteure du rapport a affirmé que, pour répondre aux besoins en soins à domicile des Autochtones vivant dans les villes, il faut former et embaucher du personnel autochtone dans tous les domaines, depuis le soutien à domicile jusqu'aux services d'un médecin. S'il n'y a pas de personnel autochtone, il faut fournir des employés ayant reçu une formation appropriée sur les réalités culturelles propres à la clientèle.

4.3 Embauche et conservation des effectifs

Dans un certain nombre des études, les auteurs ont mentionné les problèmes dus à la pénurie de personnel ou à la difficulté d'embaucher et de conserver des effectifs compétents. Afin de régler ces problèmes, les gestionnaires de projet ont fait valoir qu'il fallait affecter plus de temps et de ressources au recrutement et adopter sans doute des mesures spéciales dans les régions éloignées pour attirer des candidats valables, notamment augmenter le salaire et les indemnités de logement, ou accorder aux personnes le temps nécessaire, dans leur horaire, pour s'adonner à des activités traditionnelles (p. ex.: la chasse).

Voici un exemple des défis que présente l'embauche du personnel dans le Nord : l'Inuit Tapirisat du Canada a fait observer dans son rapport *Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions Inuit (NA485)* que, même si les collectivités de la région ont accès à des services de soins infirmiers de base, le système est assujéti à des pressions considérables dues aux pénuries de personnel. Toutefois, comme le révèle l'analyse faite à l'issue d'un projet que le FASS a financé au Nunavut et qui a échoué (NV321), il est peu probable que l'on remédie à la pénurie de personnel en réservant tout simplement des ressources supplémentaires au recrutement. Le projet, qui devait alléger la charge des médecins en renforçant le rôle du personnel infirmier, n'a jamais été lancé, malgré un solide engagement des intervenants et la présence de fonds supplémentaires, car les gestionnaires n'ont tout

simplement pas réussi à trouver un(e) infirmier(ère) pour occuper le poste.

Entre-temps, les responsables du projet de la Lakeland Regional Health Authority (*La santé pour tous*) (AB301-18) ont mentionné un manque de candidats pour les postes d'infirmier de peuplement,² et ils ont expliqué que cela est dû en partie par l'isolement professionnel du titulaire. Les infirmiers qui occupent les postes de ce genre doivent essentiellement travailler en autonomie et risquent de vivre dans une grande solitude, surtout si la collectivité ne les prend pas sous son aile, ne les fait pas participer à ses activités et ne les met pas en rapport avec d'autres fournisseurs de services (p. 8). Ces conclusions ont incité les auteurs du rapport à recommander l'embauche d'un(e) infirmier(ère) expérimenté(e) dans un tel poste et à exhorter les chefs de collectivité à prendre des mesures concrètes pour faciliter leur intégration à la vie communautaire.

Dans le contexte du projet de la DGSPNI intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, les localités septentrionales prenant part à l'initiative ont insisté sur la nécessité de fonds supplémentaires pour payer les salaires et le logement du personnel, étant donné le coût de la vie élevé dans les régions en question. Les responsables de la mise sur pied du centre de réintégration de Nunavik (QC434) ont dit que l'épuisement professionnel des employés constituait un véritable problème, ce qui les a incités à recommander que les professionnels de la santé prenant part au projet passent régulièrement des périodes en dehors de la collectivité.

Les chefs de projet ont aussi eu du mal à constituer un personnel inuit stable. Les employés n'étaient disposés à travailler qu'à temps partiel, parce qu'ils voulaient pouvoir s'adonner à des activités traditionnelles et s'occuper de leur famille; d'autres employés ont laissé leur poste à cause de crises personnelles et d'autres

2. Les chefs de projet ont embauché quatre infirmiers de peuplement devant travailler à mi-temps dans chacun des quatre peuplements métis de la région de Lakeland, en Alberta. Il incombait aux infirmiers de fournir des services de santé publique et des soins à domicile, au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins de santé.

problèmes. Cela a amené l'auteur du rapport final à proposer de réserver au moins six à huit mois au processus de recrutement dans les petites localités démunies de personnel expérimenté, et de fournir une formation sur le tas dans le cadre de ce processus.

4.4 Formation

Les résultats de certains projets financés par le FASS ont montré les avantages qu'il y a à fournir une formation ciblée aux travailleurs de la santé professionnels et non professionnels. Ce genre de formation a pu non seulement améliorer le moral et le rendement au travail, mais elle a aussi amené le personnel à modifier ses méthodes pour accroître l'efficacité ou réduire le coût de la prestation des services. Il importait tout particulièrement de fournir une formation suffisante dans le contexte de la télésanté, pour que le personnel connaisse bien le fonctionnement de telle ou telle technologie et que les médecins et d'autres groupes clients se sentent à l'aise en l'utilisant.

Par conséquent, bien qu'au moins un des rapports sur les projets de télésanté ait souligné qu'une formation insuffisante du personnel et l'existence d'un matériel peu fiable avaient contribué à faire en sorte que le projet ne réponde pas uniformément aux besoins des malades, un autre (NA402) a mis en lumière l'importance de bien renseigner les fournisseurs de soins de santé sur la technologie en question, notamment sur ses avantages et sur ses faiblesses. Les auteurs du rapport ont précisé qu'il fallait, ce faisant, se pencher sur les préoccupations des fournisseurs en matière de responsabilité, par exemple en ce qui concerne la qualité technique des images médicales transmises.

Entre-temps, le projet *Services d'appui communautaire/à domicile pour diabétiques - Premières nations et Inuits (NA1012)* a mis en évidence l'utilité de fournir une éducation et une formation au personnel de première ligne non professionnel. En particulier, les

auteurs du rapport ont affirmé que, pour établir des services communautaires de lutte contre le diabète, une des étapes primordiales à franchir consistait à former les fournisseurs de soins. Cette opinion était aussi celle des responsables du projet *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, selon qui les programmes de formation destinés aux fournisseurs de soins à domicile avaient pour avantage d'améliorer les services, le rendement au travail, le professionnalisme et l'estime de soi des intéressés. Cependant, les chefs des projets ont évoqué un certain nombre de défis, y compris la difficulté de trouver des cours dont le prix était abordable dans la collectivité et le fait que certains participants éventuels n'ont pas le degré d'instruction nécessaire pour être admis au programme.

Un projet pilote mené par les Sœurs de la charité des Services de santé d'Ottawa, intitulé *Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille*, a aussi montré comment on peut obtenir des avantages concrets grâce à un programme de formation très ciblé. Après avoir conçu un modèle d'apprentissage pour améliorer la « collaboration structurée » entre le personnel infirmier et les médecins, les responsables du projet l'ont mis à l'essai dans deux centres d'intervention et deux centres de contrôle dans des régions rurales et éloignées de l'Ontario. Le comportement du personnel infirmier aux centres d'intervention a changé considérablement par suite de l'exercice de formation : il a renvoyé moins de cas aux médecins et a assumé la responsabilité de soins plus complexes. Bien qu'un changement semblable ne se soit pas produit chez les médecins ayant suivi la formation, le projet a néanmoins mis en évidence une démarche qui pourrait servir à amener le personnel infirmier à assumer un rôle plus grand que maintenant dans l'équipe des soins de santé primaires.

5. Conséquences inter-sectorielles

Quand le rapport Lalonde intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* a paru en 1974, on y lisait une observation novatrice : l'état de santé dépend des rapports entre le mode de vie, l'environnement, le patrimoine génétique de l'individu et les services de santé. Certes, notre compréhension des déterminants sociaux et physiques de la santé s'est raffinée au cours des 25 dernières années, mais la conclusion fondamentale du rapport Lalonde a essentiellement conservé tout son à-propos : l'état de santé dépend de beaucoup plus que l'accès aux médecins, aux hôpitaux et à d'autres services de santé. En fait, il est aussi fonction de facteurs tels que le mode de vie, l'environnement et la biologie humaine, d'où l'importance des recherches mettant l'accent plus généralement sur les conditions nécessaires pour que les individus mènent une vie saine, enrichissante et productive. Les résultats de bon nombre de projets financés par le FASS ont jeté de la lumière sur l'effet de ces paramètres élargis sur la santé des Autochtones.

5.1 Niveau de scolarité

Les recherches montrent que les femmes autochtones sont plus susceptibles que les hommes de posséder un diplôme universitaire ou d'avoir fait des études secondaires ou postsecondaires, mais le niveau de scolarité atteint par l'ensemble des Autochtones est nettement inférieur à celui du reste de la population canadienne (Canada, 2000). Les conséquences de cet état de choses pour la santé sont importantes. Comme le précise clairement Santé Canada dans son *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, ceux ayant fait des études formelles moins poussées sont plus susceptibles d'être chômeurs et pauvres et d'être caractérisés par un taux élevé de tabagisme et d'inactivité physique, et moins nombreux seront ceux parmi eux qui décriront leur état de santé comme étant « excellent » (Canada, 1999).

Dans un certain nombre de cas, les auteurs des études financées par le FASS ont recommandé des façons d'améliorer le bagage scolaire des particuliers. Par exemple, le projet *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)*, mené par le District de santé de Battlefords, a montré comment des interventions ciblées B par exemple, la gestion intégrée des cas et l'offre de counselling familial à la maison, à l'école et dans d'autres contextes non conventionnels B pouvaient contribuer à remédier aux problèmes de comportement des enfants. Bien qu'une évaluation quantitative du projet n'ait révélé aucun changement digne de mention dans les comportements des enfants,³ les enseignants, les fournisseurs de soins et d'autres professionnels des services sociaux ont exprimé une opinion très favorable sur le projet; ils ont observé une amélioration du rendement des participants en classe et de leur capacité d'entretenir des rapports avec les autres. Étant donné ces constatations, d'autres organismes, y compris les Premières nations, les conseils scolaires et les gouvernements provinciaux et territoriaux auront sans doute intérêt à envisager le lancement de programmes semblables sur leur propre territoire.

5.2 Emploi et revenu

En général, le taux de pauvreté et de chômage est sensiblement plus élevé chez les Autochtones du Canada que dans les autres segments de la population. Le nombre de gagne-petit est particulièrement élevé dans certains groupes autochtones, notamment chez les femmes, dont 42,7 p. 100 vivaient sous le seuil de la pauvreté en 1996 (Canada, 2000). Or, on a montré que les pauvres attrapent plus de maladies et meurent plus jeunes que les personnes ayant un revenu plus élevé (Canada, 1999).

Il faut voir, dans le développement économique des collectivités autochtones, un élément critique de toute stratégie visant à améliorer la santé et le mieux-être des Autochtones du Canada. Par exemple, les auteurs d'études telles que celles menées par la DGSPNI

3. Selon les auteurs du rapport final, ces résultats s'expliquent peut-être par la petite taille de l'échantillon ou par la courte durée du projet.

auprès de la Première nation d'Eskasoni (NA305) et par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik à Inukjuak (QC434) ont montré que le manque de perspectives d'emploi était un problème grave dans les deux collectivités. Le projet d'Inukjuak, en particulier, a révélé comment un emploi, combiné avec d'autres ressources, peut aider les personnes atteintes d'une maladie mentale grave à stabiliser leur vie, à accroître leur indépendance et à améliorer leur qualité de vie.

Il faut aussi mentionner les conclusions des études mettant en exergue un rapport entre la pauvreté et les modes de vie malsains. Par exemple, l'étude menée par la KLRHA sur les obstacles entraînant le non-respect des calendriers d'immunisation (AB301-20) a montré que les enfants des parents jeunes, célibataires, autochtones, ayant un revenu plus bas que la moyenne et un niveau de scolarité inférieur à la 12^e année étaient les plus susceptibles d'être sous-immunisés. De même, dans le cadre d'un projet qui visait à réduire le taux de récidivisme chez les délinquants incarcérés dans les pénitenciers de la province (SK333), les sociétés Elizabeth Fry et John Howard de la Saskatchewan ont constaté que les détenus avaient fortement connu la pauvreté et le chômage avant d'être incarcérés : 65 p. 100 des participantes recevaient des prestations d'aide sociale et 50 p. 100 des hommes étaient au chômage au moment de commencer à purger leur sentence. Ces résultats mettent en lumière la nature complexe des problèmes de santé et des problèmes sociaux affligeant les Autochtones, et la nécessité d'adopter des stratégies multisectorielles pour les régler.

5.3 Milieux sociaux

L'aliénation sociale ainsi que la violence communautaire et familiale constituent de graves problèmes dans de nombreuses localités autochtones. Par exemple, le taux de suicide chez les hommes inuits de 16 à 30 ans est environ dix fois plus élevé que chez les hommes non autochtones du même groupe d'âge (Brann, 1996), tandis que le nombre de personnes admises à l'hôpital pour des causes liées à l'alcool est trois fois plus grand chez les femmes autochtones que chez les autres femmes (Canada, 1996). Au moins trois quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence

au moins une fois dans leur vie (Canada, novembre 1999).

Ces problèmes ont de lourdes conséquences pour le tissu social autochtone, et de profonds effets sur la santé et le mieux-être des individus et de leur famille. Certes, l'autonomie gouvernementale, la réconciliation et un retour à la culture, aux langues et aux traditions autochtones sont des éléments fondamentaux du processus de guérison, mais il faudra des années pour les concrétiser pleinement. De toute évidence, des mesures s'imposent aussi à court et à moyen terme pour lutter contre la marginalisation des Autochtones.

Deux des projets financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé méritent une attention particulière à cet égard : *Soins de santé primaires aux familles à risque élevé* (AB301-14) et *Intervention face à l'utilisation à mauvais escient des médicaments de prescription dans les collectivités des Premières nations* (NA408). Dans le premier cas, un projet entrepris par la Capital Health Authority pour améliorer les compétences parentales et stimuler le développement personnel chez les familles à faible revenu d'Edmonton a été couronné de succès. Les parents sont non seulement parvenus à mieux comprendre le développement de leur enfant grâce au projet, mais ils ont également affirmé que leur relation avec lui s'était améliorée. Bien que l'évaluation du projet se poursuive, le succès remporté jusqu'ici met en exergue les avantages d'une démarche holistique faisant intervenir divers fournisseurs de services, depuis les organismes de santé jusqu'aux groupes communautaires.

Entre-temps, les administrations des Premières nations et les gestionnaires des ministères fédéraux, tels que le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, auront avantage à examiner les résultats d'un projet de la DGSPNI (NA408) mené pour faire échec à la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance dans la Première nation de Red Bank, au Nouveau-Brunswick. Le projet s'est heurté à toutes sortes de difficultés, mais ses conclusions montrent malgré tout comment de nombreux facteurs compliquent les efforts déployés pour enrayer l'aliénation et la toxicomanie chez les jeunes : citons la facilité avec laquelle on peut se

procurer des médicaments dans la collectivité; l'absence de sanctions juridiques et sociales en cas de mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance, et la résistance de la collectivité à discuter du problème ou à s'y attaquer. Parallèlement, le rapport rédigé sur le projet évoque la puissance des pratiques traditionnelles, telles que les pow-wow et les sueries, pour promouvoir un mode de vie sain chez les enfants, les jeunes et les adultes.

6. Conséquences pour les politiques et la pratique

A fin d'essayer de relever les défis qui se posent à la population autochtone du pays en matière de santé, les responsables des projets financés par le FASS ont cherché à atteindre un ou plusieurs des objectifs suivants : améliorer l'état de santé des Autochtones et leurs résultats sur ce plan; éliminer les obstacles qui empêchent les Autochtones d'accéder au système de soins de santé; développer dans les communautés autochtones la capacité de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs propres programmes de santé. Chacun de ces objectifs est important en soi, mais les trois doivent faire partie d'une stratégie intégrée devant permettre d'éliminer les profondes différences qui, en matière de santé, continuent de séparer les Autochtones du reste de la population canadienne.

En ce qui concerne le premier objectif, pour améliorer l'état de santé des Autochtones il faut s'attaquer aux politiques et aux méthodes existantes qui favorisent l'inefficacité et qui ont des effets pernicioseux. Par exemple, le fait que les personnes ayant droit aux prestations de la DGSPNI doivent voir un médecin pour se faire rembourser le prix de tout produit de santé, depuis les médicaments d'ordonnance jusqu'aux écrans solaires, a entraîné le recours excessif aux services des médecins dans certaines collectivités. Devant ce problème, les décideurs voudront déléguer la responsabilité d'approuver les médicaments en vente libre au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un

régime de rationnement fondé sur les niveaux de consommation actuels. Parallèlement, les résultats du projet de la DGSPNI mené pour faire échec à l'utilisation excessive des médicaments d'ordonnance dans la Première nation de Red Bank (NA408) soulignent la nécessité de sensibiliser davantage la population aux dangers inhérents à la mauvaise utilisation de tels médicaments, tout en encourageant les chefs de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé à collaborer pour instituer un programme de surveillance devant permettre de repérer les personnes qui abusent du système.

Les recherches financées par le FASS ont montré que la mesure dans laquelle un projet permet d'améliorer la santé des participants n'est pas tant fonction de la taille du budget que de la capacité de l'équipe de travailler avec les groupes communautaires établis, pour s'attaquer à un besoin réel dans une population cible bien définie. Cette constatation fait ressortir le rôle déterminant que les organismes autochtones locaux peuvent jouer dans la mise en œuvre des initiatives de santé communautaires. Ils connaissent les besoins des clients autochtones et, de plus, leur crédibilité à titre de fournisseurs de services aide à promouvoir la participation des personnes au projet. La constatation montre en outre la nécessité de mettre l'accent sur les groupes en mauvaise santé, tels que les aînés diabétiques ayant besoin d'aide à domicile, ou sur ceux qui sont les plus susceptibles de profiter du projet à long terme, tels que les enfants et les jeunes. Sont tout particulièrement essentielles à cet égard les initiatives qui encouragent les jeunes mères à faire des choix de vie positifs, qui favorisent un développement sain de l'enfant, ou qui permettent de créer de bons programmes d'apprentissage et de divertissement pour les jeunes Autochtones.

À un niveau plus général, les projets financés par le FASS ont permis de mettre en évidence la nature multidimensionnelle de plusieurs défis qui se posent aux Autochtones en matière de santé. Par exemple, les maladies mentales ne forment qu'un des problèmes affligeant les résidents du centre de réintégration d'Inukjuak, au Nunavik (QC434). Il faut aussi mentionner la toxicomanie, le manque d'emplois et l'incapacité de la famille à fournir des soins suffisants

à ses membres malades. Dans de telles situations, les planificateurs des services de santé communautaires doivent évaluer les besoins des clients autochtones d'un point de vue holistique, en les situant dans le grand contexte socioéconomique. Cela met l'accent sur la possibilité d'établir des partenariats fructueux entre les organismes de santé, les établissements d'enseignement et les entités de développement économique B par exemple, pour encourager les mères adolescentes à retourner à l'école, ou pour procurer un emploi aux personnes ayant un handicap physique dans des entreprises locales.

Bon nombre des rapports examinés ont mentionné que l'élimination des obstacles à l'accès aux services de santé pour les Autochtones constituait un autre élément clé. Les responsables des projets ont adopté diverses stratégies pour améliorer l'accès B depuis la mise sur pied de cadres holistiques de prestation des services dans les localités éloignées jusqu'à l'utilisation accrue des agents de liaison autochtones B mais ce sont surtout les projets axés sur les services de télésanté qui ont mis des problèmes en évidence. Cette technologie peut certainement améliorer l'accès des clients aux services des spécialistes, et elle a suscité des commentaires positifs de la part du personnel de santé à qui elle procure de nouvelles occasions de perfectionnement professionnel et de soutien, mais ses effets sur les résultats en matière de santé et sur la qualité des soins ont été peu concluants, en fin de compte. En outre, dans plusieurs cas, les clients ont précisé que la technologie les mettait mal à l'aise ou que son manque de fiabilité les décevait. Bien que les projets financés par le FASS n'aient pas permis d'en démontrer la rentabilité, il faut poursuivre les recherches dans le domaine en mettant particulièrement l'accent sur les résultats en matière de santé, sur la rentabilité et sur l'interopérabilité entre les provinces et les territoires.

Cela ne veut pas dire qu'il faille entreprendre ces recherches aux dépens d'autres efforts visant à améliorer l'accès des Autochtones aux services de santé. Un des thèmes qui revenait particulièrement souvent dans bon nombre des rapports examinés concernait l'importance des relations personnelles et de formes de communication appropriées, sur les plans linguistique et culturel, pour promouvoir l'utilisation

du système de santé par les Autochtones. En effet, on peut militer fortement en faveur d'une démarche double pour régler le problème de l'accès. D'abord, les décideurs doivent prendre des mesures pour encourager les rapports personnels directs entre les fournisseurs de soins de santé et leurs clients autochtones. Par exemple, accroître le nombre des visites à domicile, réduire la charge de travail des fournisseurs, et assouplir l'horaire des rendez-vous. Cette interaction plus grande favoriserait une meilleure compréhension de part et d'autre, tout en donnant aux fournisseurs de soins la possibilité de suivre leurs clients de plus près et de les encourager à adopter des modes de vie sains.

Ensuite, les conclusions montrant que les clients autochtones se sentent souvent plus à l'aise quand ils traitent avec un travailleur autochtone de la santé soulignent la nécessité de recourir davantage aux agents de liaison autochtones dans les centres de santé ordinaires. De plus, il faut déployer d'autres efforts pour faciliter l'accès des Autochtones à une carrière dans le domaine de la santé, tant en augmentant le nombre des bourses offertes qu'en renforçant, ce qui est essentiel, le soutien personnel et professionnel fourni à ceux qui y travaillent déjà.

La question de l'acquisition des capacités se rapporte étroitement à la difficulté qu'il y a à recruter un nombre suffisant de travailleurs autochtones de la santé. Quelques projets financés par le FASS ont abordé explicitement la question de savoir ce que supposerait le transfert du contrôle des services de santé du gouvernement fédéral aux Premières nations, mais il s'agit là d'un processus en cours, d'où la nécessité pressante de voir à ce que les communautés autochtones aient les ressources nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et exécuter leurs propres programmes en matière de santé.

Dans le cadre de ce processus, il importe de procurer aux travailleurs de la santé et aux gestionnaires des occasions suffisantes de formation et de perfectionnement. Dans le domaine des soins à domicile, par exemple, la participation d'employés de première ligne aux ateliers de formation a amélioré la qualité des services, tout en accroissant l'estime de soi des

employés, leur rendement au travail et leur professionnalisme. (NA108). Les avantages de la formation seront sans doute plus visibles chez les gestionnaires, étant donné l'importance critique d'une supervision et d'un leadership professionnels pour la réussite des projets de santé communautaires. Par conséquent, les budgets affectés à ces projets doivent réserver des crédits à la formation et les décideurs auraient intérêt à songer à élaborer un programme national en vue de promouvoir l'excellence dans la gestion des soins de santé chez les Autochtones. En outre, l'ITC a fait observer qu'il existe plusieurs indicateurs de santé conventionnels pour lesquels il n'y a aucune donnée inuite (NA485); d'où la nécessité d'investir davantage dans la capacité des collectivités de réunir, de gérer et d'exploiter les données locales sur la santé.

À un niveau plus fondamental, la mesure dans laquelle plusieurs projets financés par le FASS ont permis d'aborder des problèmes de santé bien particuliers B par exemple : les faibles taux d'allaitement au sein ou le manque de soutien à domicile B montre à quel point les projets locaux peuvent contribuer à répondre aux besoins de santé de base des Autochtones. Cependant, dans un certain nombre de cas, les organismes communautaires qui participaient à la planification et à l'exécution de tels projets ont dit avoir eu du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec les projets. Les gouvernements et les organismes de financement doivent donc non seulement reconnaître la nécessité de faire preuve de souplesse en collaborant avec les organismes locaux, mais aussi être disposés à leur offrir un appui, sous la forme de ressources ou de compétences supplémentaires, pour s'assurer qu'ils réussiront à mener le projet à bien.

7. Conclusions et recommandations

7.1 Amélioration de l'état de santé des Autochtones et des résultats pour leur santé

Principales leçons apprises

- Les personnes ayant droit aux indemnités accordées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) doivent voir un médecin pour se faire rembourser le coût de tout produit de santé; cela a entraîné un recours excessif aux services des médecins dans certaines localités.
- L'usage abusif de médicaments d'ordonnance constitue un véritable problème dans certaines localités autochtones.
- Les projets de santé communautaires ont les meilleures chances de réussir quand ils répondent à un besoin confirmé, dans une population cible bien définie.
- En matière de santé, les difficultés auxquelles les Autochtones font face ont des dimensions individuelles, sociales, économiques et politiques.

Recommandations

- Santé Canada devrait amorcer une consultation avec les gouvernements autochtones et les intervenants concernés du domaine de la santé pour cerner des manières d'accroître la rentabilité du régime d'assurance-médicaments de la DGSPNI. Sans nécessairement se limiter aux options suivantes, on pourrait faire passer la responsabilité d'approuver l'achat des médicaments en vente libre nécessaires aux bénéficiaires du régime des médecins au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un système de rationnement de ces médicaments fondé sur leur consommation actuelle.
- Santé Canada, en partenariat avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les milieux de la santé, devrait concevoir et mettre en

œuvre un programme national d'éducation publique pour sensibiliser davantage les jeunes Autochtones aux dangers de l'abus des médicaments d'ordonnance.

- Santé Canada, les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient classer par ordre de priorité les besoins des membres des collectivités autochtones en matière de santé et mettre l'accent sur des interventions auprès des groupes les plus exposés et de ceux ayant les meilleures chances d'en tirer des avantages durables, tels que les enfants et les jeunes.
- Les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient envisager de s'associer à d'autres organismes communautaires pour promouvoir le développement personnel des clients des services de santé, notamment en leur trouvant des emplois ou en les dirigeant vers une formation professionnelle.

7.2 Élimination des obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé

Principales leçons apprises

- Il est possible d'atténuer les obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé en créant des cadres intégrés de prestation des services dans les localités éloignées, ou en déployant des agents de liaison autochtones dans l'équipe des soins de santé primaires.
- On a montré que les projets de télésanté améliorent l'accès des clients à certains services, mais leur effet sur les résultats en matière de santé et leur rentabilité demeurent nébuleux.

Recommandations

- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, l'Organisation nationale de la santé des Autochtones et d'autres intervenants du domaine de la santé devraient entreprendre d'autres recherches sur les moyens à prendre pour accroître l'efficacité et l'efficience des services de télésanté.

- Afin d'encourager les Autochtones à utiliser davantage et à mieux connaître le système de santé, Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les milieux s'intéressant à la santé des Autochtones devraient encourager les médecins et d'autres professionnels de la santé à passer plus de temps avec les clients autochtones, notamment en faisant plus de visites à domicile, en réduisant la charge de travail des travailleurs et en faisant preuve d'une plus grande souplesse quand ils dressent l'horaire des rendez-vous.
- Les organismes de santé ayant un nombre important de clients autochtones devraient songer à recourir davantage aux agents de liaison-santé autochtones.
- De concert avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et avec les milieux de la santé, Santé Canada devrait faciliter l'accès des Autochtones aux carrières dans le domaine de la santé. Par exemple, accroître le nombre de bourses d'études et augmenter le soutien personnel et professionnel accordé à ceux qui y travaillent déjà.

7.3 Créer chez les Autochtones la capacité de dresser leurs propres programmes de santé

Principales leçons apprises

- On a constaté qu'en offrant de bonnes possibilités de formation et de perfectionnement au personnel de santé employé en milieu autochtone, il était possible d'améliorer la qualité du service tout en accroissant l'estime de soi du personnel, le rendement au travail et le professionnalisme.
- Une surveillance et un leadership professionnels sont essentiels à la réussite des projets de santé communautaires.
- Il y a plusieurs indicateurs conventionnels de la santé pour lesquels il n'existe aucune donnée sur les Inuits.
- Bien que les organismes communautaires puissent aider grandement à répondre aux besoins de base des Autochtones en matière de santé, le manque de ressources et de personnel fait souvent en sorte

qu'ils ont du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec le projet en question.

Recommandations

- Les organismes qui financent des projets de santé communautaires en milieu autochtone devraient songer à affecter des fonds supplémentaires à la formation du personnel.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait envisager de créer un centre national de promotion de l'excellence dans la gestion de la santé des Autochtones.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait attribuer des ressources supplémentaires pour aider les collectivités autochtones à recueillir, gérer et utiliser des données locales sur la santé.
- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres organismes qui fournissent des fonds aux organismes de santé communautaires travaillant avec des clients autochtones devraient songer à leur accorder des ressources et des compétences supplémentaires pour les aider à renforcer leurs moyens de gestion ou d'administration.

Ouvrages de référence

Brann, C. (1996). *Issue Paper on Suicide among the Inuit*. First Draft. Ottawa: Pauktuutit Inuit Women's Association.

Browne, A., J. Fiske, and G. Thomas (2000). *First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Canada, Statistique Canada (2000), *Femmes au Canada 2000 : Rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa, le Ministère.

_____ (Novembre 1999), *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, Ottawa, le Ministère.

_____ (1999), *Pour un avenir en santé : Deuxième Rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, le Ministère.

_____. Commission royale sur les peuples autochtones (1996), *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : Perspectives et réalités*, Vol. 4, Ottawa, la Commission.

_____. Chambre des communes (1995), *Vers le mieux-être holistique : les peuples autochtones*, Ottawa, Chambre des communes.

Association canadienne de justice pénale (2000), *Les Autochtones et le système de justice pénale* (<http://home.istar.ca/~ccja/francl/autoch2.html>) [Accès : 6 août 2001].

Evers, S. (1991). "Dietary Intake and Nutritional Status of Canadian Indians: a Review." In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, and T. Young, eds. *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*. Winnipeg: University of Manitoba Press, pp. 731-734.

Lalonde, M.. (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Linehan, S. (1992). 'Giving Birth the White Man's Way.' *Healthsharing*. Vol. 13. No. 2, pp. 11-15.

Lowell, J. (1995). "Rethinking Traditions: Women Taking Charge of Culture, Medicine and Each Other." *Herizons: Women's News, Feminist Views*. Vol. 9. No. 1, pp. 25-26.

Martin, J. and P. Bell (1991). "Diabetes Mellitus in the Native Population of British Columbia." In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, and T. Young, eds. *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*. Winnipeg: University of Manitoba Press, pp. 433-435.

Association des femmes autochtones du Canada (1997), *"Hear their Stories:" 40 Aboriginal Women Speak*, Ottawa, l'Association.

_____ (1996). *Healthy Children, Healthy Nations: A Framework Document to Support the Well-being of First Nations' Children*. Ottawa: l'Association.

Organisation panaméricaine de la santé (OPS), 1999, "Canada: Basic Health Profiles, Summaries 1999." (<http://www.paho.org/English/SHA/prflcan.htm>) (Accès : le 17 janvier 2001).

Shestowsky, B. (1993). *Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People*. Ottawa: Aboriginal Nurses Association of Canada.

Groupe de travail sur la Stratégie nationale pour le développement sain des enfants (1998), *Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population*, Ottawa, le Groupe.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des Autochtones

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass.

(NA108) Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits

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

Contribution : 1 421 600 \$

L'évaluation de ce projet pilote de 18 mois a influencé l'élaboration et la mise en œuvre du nouveau Programme national de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Le projet avait pour objectif d'évaluer et de cerner de nouvelles manières de répondre aux besoins en soins à domicile de cinq sites autochtones d'une grande diversité géographique. Le projet a produit une quantité considérable d'information pratique et utile que les décideurs supérieurs de Santé Canada ont déjà exploitée pour lancer des programmes de soins à domicile et de soins communautaires dans plus de 600 collectivités des Premières nations et inuites. Les gestionnaires et les administrateurs de programmes de soins à domicile trouveront que les commentaires sur les calendriers, sur les défis en matière de communication et sur l'infrastructure pour la prestation des programmes sont d'une grande pertinence pour leurs travaux et l'élaboration de programmes.

(NA305) Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaire pour la Première nation Eskasoni

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (région atlantique), Santé Canada

Contribution : 465 133 \$

Ce projet a conçu, mis en œuvre et évalué un modèle global de prestation de services de santé à Eskasoni, une collectivité des Premières nations du Cap-Breton,

Nouvelle-Écosse. Le projet a mis en œuvre les éléments suivants : transfert permanent du gouvernement fédéral à la bande indienne locale de l'administration des soins de santé; abandon des services de médecins œuvrant en solo et la formule de rémunération à l'acte au profit d'une clinique multidisciplinaire regroupant plusieurs médecins; construction d'un nouveau complexe de soins accueillant des services de la collectivité et de l'extérieur; meilleure utilisation des médecins, des hôpitaux et des médicaments d'ordonnance; intégration des services fournis par les médecins aux programmes de santé communautaires; établissement de liens avec le centre régional de santé. Le modèle a entraîné des améliorations sur le plan de l'efficacité et de l'efficacité des programmes. Quoique toutes les données n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation, au cours de la première année, les visites au service des urgences ont baissé de 40 pour cent; quant aux visites chez les médecins de famille, elles sont passées de 11 par an, un niveau élevé, à 4, et le coût des médicaments prescrits a diminué de 7 pour cent et ce, malgré une augmentation de la population de 10 pour cent.

(NA342) Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille

Bénéficiaire : Services de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa

Contribution : 745 695 \$

Cette étude réalisait une évaluation systématique des moyens d'améliorer la « collaboration structurée » entre les infirmières de première ligne et les médecins de famille dans deux sites d'intervention et deux sites témoins dans des régions rurales et isolées de l'Ontario. Un module d'apprentissage sur la pratique en collaboration a été élaboré, mis à l'essai, puis mis en œuvre dans les sites d'intervention. Après avoir étudié le module, les professionnels de la santé participants (infirmières de première ligne et médecins de famille) ont sélectionné cinq actions qui pouvaient être entreprises dans le cadre temporel de l'étude en vue de renforcer leur collaboration. Le projet a constaté la survenue de changements au site d'intervention en réponse aux efforts fournis pour structurer la collaboration. Tandis que les infirmières assumaient une responsabilité accrue pour des activités de nature curative, se chargeaient de soins aux patients plus complexes, et orientaient moins de situations vers les médecins de famille, ces derniers n'ont pas modifié

leurs schémas d'orientation des patients – une collaboration complète, avec un haut degré d'aiguillage dans les deux sens, ne s'est pas produite. Les chercheurs estiment qu'il faut davantage de temps et d'expérience pour que ce virage réussisse. De nouvelles lignes directrices sur les rôles ont fait l'objet d'une adaptation réussie, et au site de comparaison, les aiguillages internes vers les médecins ont augmenté durant la période visée par l'étude.

(NA402) Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations

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

Contribution : 1 998 000 \$

Ce projet examinait dans quelle mesure la télémédecine pourrait améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales, isolées – deux termes qui décrivent un tiers de l'ensemble des collectivités des Premières nations et des Inuits. On a retenu cinq collectivités des Premières nations pour faire un essai pilote de ce projet de télémédecine de deux ans et demi. Il avait pour buts de permettre aux proches de rendre « visite », par le biais de vidéoconférences, aux malades hospitalisés à l'extérieur, aux patients d'être traités dans leur propre collectivité grâce à des connexions électroniques avec des experts sanitaires, et au personnel en milieu isolé d'accéder à la formation, à l'information et à l'expertise. Les coûts encourus concernaient l'introduction de la technologie et la nécessité de l'entretenir (en moyenne, les coûts d'infrastructure s'élevaient à 245 000 – 305 000 \$ par collectivité). L'utilisation de la technologie soulevait des défis de nature juridique et technique concernant la protection et la confidentialité des renseignements personnels et créait des besoins de formation et de soutien technique. La coordination de la télémédecine exigeait un supplément de personnel possédant une qualification médicale en vue de faciliter la communication avec les dispensateurs de soins à distance – un vrai défi dans des collectivités aux ressources financières limitées et faisant face à une pénurie chronique d'infirmières. Cette étude constatait que la télémédecine réduit l'efficacité en terme de charge de travail car elle accroît les pressions exercées sur les ressources humaines au niveau de la collectivité. De même, elle augmente les coûts liés à certains services de santé connexes. Pour que les collectivités des Premières nations et des Inuits puissent se connecter entre elles et participer à des

initiatives conjointes, il faut que l'on normalise le matériel de télémédecine et qu'on en assure l'interopérabilité. Bien que la présente évaluation montre que la télémédecine puisse faire l'objet d'une mise en œuvre réussie dans des collectivités isolées des Premières nations, le rapport conclut qu'il existe un risque élevé d'échec si les projets ne bénéficient pas des ressources humaines, financières ou techniques nécessaires.

(NA403) Projet pilote national de télémédecine en néphrologie

Bénéficiaire : Corporation hospitalière Beauséjour, Moncton

Contribution : 2 983 200 \$

Cette étude pilote réalisée dans le nord-est du Nouveau-Brunswick comportait trois volets : un projet d'enseignement à distance s'appuyant sur les vidéoconférences pour informer les diabétiques des Premières nations sur les risques d'insuffisance rénale chronique et sur les modifications des habitudes de vie nécessaires; une comparaison de l'efficacité de l'enseignement à distance par rapport à l'enseignement sur place aux patients juste avant qu'ils subissent une dialyse; traitements dialytiques supervisés administrés par des centres satellites par l'intermédiaire de liens vidéos et transmission électronique des données. Les deux premiers volets, qui faisaient appel aux vidéoconférences pour l'enseignement aux patients, s'avéraient prometteurs car ils appelaient une réaction positive de la part des patients, mais les résultats étaient non décisifs du fait des délais temporels rapprochés et de la faible taille des échantillons. Quant au troisième volet, c'était la toute première fois au Canada que les techniques de la télémédecine étaient appliquées à la dialyse, et les responsables du projet ont beaucoup appris sur la planification et la mise en œuvre de nouvelles technologies et logiciels complexes. Bien que les patients aient réalisé des économies puisqu'ils n'avaient plus à se déplacer et bien qu'ils aient exprimé leur satisfaction vis-à-vis des consultations à distance, les coûts de chaque traitement de dialyse revenaient à environ 10 pour cent plus cher que le traitement effectué à l'hôpital. Les chercheurs ont précisé que cette différence pourrait éventuellement disparaître si les sites satellites faisaient l'objet d'une utilisation plus intensive en se tournant vers d'autres applications de la télémédecine.

(NA408) Intervention face à l'utilisation à mauvais escient des médicaments de prescription dans les collectivités des Premières nations**Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada****Contribution : 165 200 \$**

La Première nation Red Bank a lancé ce projet pilote de deux ans afin de résoudre l'utilisation à mauvais escient de médicaments d'ordonnance tels que Tylenol 3®, les sirops antitussifs contenant de la codéine et la Ritaline®, qui sont gratuits, d'accès facile et acceptables car ils sont prescrits par le médecin. Le projet a fait naître, dans la collectivité même, et avec l'engagement des dirigeants politiques, la volonté d'aborder le problème. Il a conçu une approche d'équipe non critique selon laquelle l'utilisation à mauvais escient des médicaments d'ordonnance était un problème qui appartenait à la collectivité tout entière. Le projet a organisé plusieurs groupes de réflexion pour les fournisseurs de services, les membres de la communauté et les jeunes; des entrevues en profondeur avec des représentants de la collectivité et des soins de santé explorant les facteurs qui mènent à la consommation à mauvais escient de ces médicaments et la perpétuent, des réunions informelles; une étude de cas; de nombreux ateliers; un film vidéo. Le rapport constate cependant que le projet a souffert de l'absence d'un modèle concret de mise en œuvre et d'une certaine résistance de la part de la collectivité.

(NA485) Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuit**Bénéficiaire : Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa****Contribution : 163 800 \$**

Cette étude examinait la manière dont les soins de santé sont dispensés dans six régions inuites disparates du Canada, parmi des populations présentant l'espérance de vie la plus brève, le taux de suicide et le taux de natalité les plus élevés de tous les peuples autochtones du Canada. C'est en utilisant une approche holistique axée sur la santé de la population dans les entrevues réalisées auprès de 41 informateurs clés et une évaluation des commentaires émanant du Forum national sur la santé des Inuits que ce rapport jette les bases de l'analyse future des modèles de prestation de soins de santé. Il constate que les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide constituent les grandes priorités dans toutes

les régions inuites et que toutes les collectivités sont dotées de services en soins infirmiers de première ligne, quoique les pénuries de personnel mettent le système à rude épreuve. Il existe de nettes différences régionales en ce qui concerne les soins dispensés par les médecins. De manière générale, pour ce qui est de la santé, l'accent doit être mis sur la prévention, sur l'enseignement et sur la promotion, et il faut que les Inuits soient impliqués à tous les niveaux du système afin que ce dernier intègre le savoir traditionnel et la culture.

(NA1012) Services d'appui communautaire/à domicile pour diabétiques – Premières nations et Inuits**Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada****Contribution : 650 000 \$**

Ce projet pilote était conçu pour aborder les besoins des personnes atteintes de diabète et de leurs proches et pour élaborer des modèles de soins à domicile. Quatre collectivités des Premières nations et des Inuits ont accueilli le programme. Elles représentaient toutes des milieux géographiques et culturels différents, de semi-isolé à semi-urbain. Chaque collectivité a dégagé des lacunes dans trois domaines : services d'éducation sur le diabète, coordination adéquate des services; soins et traitement. Ensuite, chaque collectivité a élaboré son propre modèle pour les services de soins à domicile destinés aux diabétiques. Les chercheurs ont constaté que l'éducation et la formation du personnel de première ligne constituaient l'une des étapes prioritaires et critiques de la mise sur pied de services de soins communautaires pour les diabétiques. Quoiqu'il soit encore trop tôt pour évaluer l'incidence du projet sur les taux de complications du diabète, on a observé une tendance à la baisse des taux d'hémoglobine A1c, ce qui peut réduire le risque de complications du diabète.

(NA1022) Une approche communautaire pour répondre aux besoins en soins à domicile de la population autochtone des villes au Canada

Bénéficiaire : Femmes autochtones du Québec Inc., Montréal

Contribution : 133 245 \$

Ce projet de recherche avait pour but d'aider les responsables de services de santé à préparer, à l'intention des autochtones vivant en milieu urbain ou dans d'autres milieux hors réserve, des programmes et services de soins à domicile adaptés à la culture. Le projet a effectué une revue de la littérature afin d'explorer l'existence de programmes de soins à domicile appropriés à la culture, a consulté 120 femmes autochtones vivant hors réserve au Québec afin de définir leurs besoins en matière de soins à domicile, et a reçu les commentaires de plus de 50 personnes en provenance de cinq centres d'accueil autochtone. Le modèle proposé est une adaptation du modèle provincial des soins à domicile du Québec et du programme « Life Long Care » de l'Ontario. Les composantes les plus élaborées du modèle sont les suivantes : principes, objectifs, répartition des responsabilités, éléments de programme adaptés à la culture, cadre d'évaluation. La revue de la littérature comprend des détails pertinents sur les données démographiques et l'état de santé des Autochtones du Canada, sur le programme prototype de soins à domicile de l'Ontario pour les personnes vivant hors réserve et sur le rôle des autochtones dans l'élaboration des politiques de santé en Australie.

(AB301-12) Évaluation du projet « Okotoks en santé »

Le projet évaluait un programme communautaire existant intitulé Healthy Okotoks Coalition (HOC) – qui encourage la participation des citoyens et rehausse la capacité des dirigeants autochtones à aborder les enjeux de santé. Les chercheurs ont élaboré un ensemble d'instruments de mesure des résultats et des processus, ont tenté de dégager les obstacles, d'appliquer les conclusions de leur recherche à l'amélioration des processus et à la création d'un plan directeur pour l'évaluation des futurs projets « Communautés en santé ». L'étude révèle que le HOC a entraîné vingt-quatre changements de nature communautaire qui étaient autant d'améliorations du bien-être, y compris la création d'un jardin communautaire, d'un planchodrome, d'une sensibilisation accrue au syndrome de

l'alcoolisme foetal et la mise en place d'un couvre-feu pour les adolescents. Cependant, les membres de la collectivité estimaient que le projet HOC ne s'était pas suffisamment impliqué au niveau local et qu'il ne représentait pas adéquatement les besoins de tous, notamment ceux des groupes marginaux.

(AB301-14) Familles en santé – Soins de santé primaires aux familles à risque élevé

Ce projet de la Capital Health Region englobe l'évaluation des visites à domicile faites auprès de familles ayant eu leur premier enfant. Il a collaboré avec de nombreux organismes communautaires, y compris des centres de santé publics, des guérisseurs traditionnels et les services à l'enfance et à la famille en vue de cibler les familles ayant un enfant dont l'état de santé risque de pâtir de la pauvreté ou de facteurs sociaux. Le projet avait pour but d'améliorer les compétences parentales en développant les connaissances des parents et leur utilisation des services de soutien communautaire et en les aidant à améliorer leur développement personnel. Il visait également à améliorer la santé et le développement de l'enfant. Les familles participantes se sont déclarées très satisfaites des services offerts qui étaient aussi appréciés par le personnel et les autres intervenants. Les parents ont accru leurs connaissances relatives au développement de l'enfant et la plupart d'entre eux indiquaient avoir amélioré leurs rapports avec leurs enfants grâce au projet. L'étude a constaté la réduction du nombre de visites d'enfants aux salles d'urgence.

(AB301-18) La santé pour tous (établissements métis et régie régionale de santé de Lakeland)

Ce projet visait à améliorer la santé générale des résidents de quatre collectivités métisses du Centre-Est de l'Alberta en y installant une infirmière en poste éloigné dont le rôle consiste à fournir des programmes et des services sur place, mis à part les cas d'urgence. Il a été mis en œuvre dans le contexte d'une méfiance et d'un manque de dialogue de longue date entre les membres de la communauté métisse et les représentants de la régie régionale de santé. Un défi de taille était de combler les différences culturelles. Le projet a réussi à instaurer un climat de confiance entre les collectivités et la régie régionale. Il a aussi démontré l'importance de l'infirmière en poste éloigné à la fois comme lien avec d'autres services et comme fournisseur direct de soins. Quoique certains membres de la communauté

aient signalé que l'infirmière les avait aidés à améliorer leur santé, les autorités sanitaires n'ont décelé aucune évolution des connaissances de la population métisse à la suite des efforts de promotion de la santé.

(AB301-19) Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés dans les collectivités nordiques géographiques isolées de Trout Lake, Peerless Lake et de Red Earth Creek

Les chercheurs évaluaient l'efficacité d'un service de télésanté en matière de prestation des soins primaires dans trois collectivités géographiquement éloignées. On estime que les services de télésanté sont utiles parce qu'ils peuvent rehausser la continuité, la quantité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les collectivités isolées. Cependant, le personnel et les participants n'avaient pas reçu une formation suffisante au niveau du fonctionnement de tels services et on a constaté qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télésanté pour pouvoir conclure si cette technologie permettait de fournir des soins de qualité, si elle était rentable ou si elle accroissait l'accès aux soins. La trop petite quantité de données statistiques et de perceptions des clients dont disposaient les auteurs les a empêchés de répondre à la question de départ, à savoir si la télésanté est utile ou non. Les responsables du projet ont toutefois conclu que « dans les bonnes conditions et avec une orientation appropriée », la télésanté pourrait s'avérer avantageuse pour les collectivités visées par l'étude.

(AB301-20) Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation, et quel impact aura une stratégie de refus d'immunisation sur le respect ultérieur du calendrier à six mois, douze mois et dix-huit mois?

Ce projet cherchait à augmenter les taux de vaccination dans la régie régionale de la santé de Keeweenaw Lakes, une région couvrant un vaste territoire et d'une grande diversité culturelle, 50 % de ses 25 000 habitants étant d'ascendance autochtone. On espérait améliorer les taux de vaccination en invitant les personnes qui ne voulaient pas actualiser les vaccinations de leur enfant à signer un formulaire de refus ou à prendre rendez-vous pour la prochaine vaccination. Les chercheurs ont suivi le respect du calendrier relativement aux rappels de douze et dix-huit mois et

de la visite préscolaire. Les chercheurs ont découvert qu'en ce qui a trait aux parents, leur manque de connaissances au sujet des vaccins constitue peut-être le principal obstacle à la vaccination. Le manque d'accès à une clinique représentait un autre facteur de taille. Parmi les autres obstacles, on notait le manque de services de garde d'enfants et les problèmes de transport. Le projet a permis d'accroître les taux de vaccination de la région d'environ 20 pour cent. Le formulaire de refus ne constituait pas une stratégie efficace pour résoudre le problème de la sous-immunisation.

(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujuaq, Québec

Contribution : 488 238 \$

Ce projet pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

(SK323) « Naître en santé, grandir en santé », programme de soutien de l'allaitement et de la nutrition

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 191 733 \$

Ce projet avait pour objectif d'améliorer la santé de la mère et du nourrisson dans les localités dépendant du Battlefords Health District en établissant une culture propice à l'allaitement maternel et à la nutrition prénatale et en améliorant l'accès des clients aux

services de santé. La population ciblée comprenait notamment les adolescentes-mères, mères seules, familles à faible revenu, femmes de passage. Bon nombre d'elles étaient d'ascendance autochtone. Les services étaient offerts par une coordonnatrice de projet/consultante en allaitement et des travailleuses des services d'approche dans un centre local ayant pignon sur rue. Le projet a amélioré l'accès aux services de la population visée; a amélioré sa sécurité alimentaire; a abordé les déterminants de la santé tels que l'environnement social et physique, et a créé des ressources communautaires supplémentaires. Il était bien apprécié des clientes et des partenaires car il se traduisait par une amélioration de la santé de la population. Résultat plus important encore, les clientes qui bénéficiaient du programme avaient de plus hauts taux d'allaitement qu'un échantillon de mères n'appartenant pas au projet et rapportant leur taux d'allaitement.

(SK324) Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 171 600 \$

Ce projet fournissait des services de santé mentale à des enfants d'âge scolaire au comportement agressif en offrant ces services non plus dans les établissements de soins mais dans les écoles, les domiciles et la collectivité. On espérait ainsi intégrer les services et rejoindre les enfants que l'on ne rejoint pas traditionnellement. L'étude portait sur 13 enfants issus de familles présentant de « multiples problèmes ». La majorité des participants étaient d'ascendance autochtone, de sexe masculin, vivaient dans des familles monoparentales ou des familles élargies. Ils faisaient partie pour la plupart de foyers à faible revenu; tous manifestaient un comportement agressif ou de défi, et on estimait que certains d'eux risquaient de manifester un comportement criminel. Les professionnels en santé mentale et les travailleurs sociaux ont encouragé la participation des enseignants, des administrateurs d'école et des familles. Les services étaient fournis après les heures de classe et dans divers environnements non conventionnels. Une évaluation qualitative des données a conclu que chez 10 des 13 enfants, le projet s'est traduit par une amélioration du comportement. Cependant, une évaluation quantitative n'a pu confirmer ces résultats.

(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé

Bénéficiaire : University of Saskatchewan

Contribution : 318 726 \$

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercussions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

(SK333) Projet « Nouvelles orientations »

Bénéficiaire : John Howard Society of Saskatchewan

Contribution : 116 040 \$

Ce projet des sociétés Elizabeth Fry et John Howard de la Saskatchewan cherchait à savoir si les programmes d'éducation enseignant des habitudes de vie saines aidaient à diminuer les récidives à répétition chez les délinquants et les anciens délinquants. Le projet a renseigné 144 participants – hommes et femmes, qui étaient en prison ou non – dont il a aussi sollicité les réponses. L'information portait entre autres sur la toxicomanie, l'estime de soi, les mauvais traitements

et la violence, la maîtrise de la colère, la sexualité, la contraception et la planification de la libération. Il est intéressant de noter qu'aucun des participants masculins n'a complété le programme.

(SK402) Agents de liaison en matière de santé auprès des Premières nations

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 263 181 \$

Deux agents de liaison en matière de santé auprès des Premières Nations ont été embauchés dans le cadre de ce projet pilote de 18 mois en vue d'aider 250 personnes vivant dans des réserves et à l'extérieur à accéder aux services de santé appropriés dispensés par 44 organismes communautaires pertinents. Ces deux agents faisaient partie d'une équipe multidisciplinaire au centre de santé familiale de Battlefords, un site de démonstration des services de soins primaires nouvellement créé pour faire la promotion des services communautaires et de la prévention de la maladie. L'étude a constaté que les agents de liaison n'étaient pas associés à des fournisseurs de soins de santé précis et qu'ils étaient incertains quant aux voies hiérarchiques et aux liens de responsabilité. Par contre, les clients ont réagi de manière positive en accédant aux services de soins primaires; ils manquaient moins de rendez-vous et faisaient l'objet d'un suivi amélioré dans le cadre des programmes de soins. Puisqu'ils étaient des auxiliaires de santé qui parlaient le cri (la langue dominante) et qui connaissaient bien leur communauté, les agents de liaison étaient perçus comme des défenseurs des intérêts des clients. Les agents aidaient également les dispensateurs de soins à mieux comprendre la nature polyvalente des besoins de santé de leurs clients, promouvant ainsi une approche plus « holistique » de la santé.