

Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario

Améliorer l'équité en matière de santé
dans le Nord, par le Nord et pour le Nord

Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé



Table des matières

Avant-propos	4
Résumé	7
Introduction : Équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario	13
Une Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario	19
Pourquoi le Nord de l'Ontario a-t-il besoin d'une stratégie d'équité en matière de santé?	23
Qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario?	33
Aller de l'avant : Répercussions	49
Annexe A : Démarche méthodologique	51
Annexe B : Liste des participants et des partenaires de la consultation	54
Annexe C : Comité directeur de l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario	57
Notes en fin	58



Avant-propos

Du chef de la direction de Qualité des services de santé Ontario

Il est impossible d'avoir un système de soins de santé de qualité sans avoir des occasions équitables en matière de santé. L'équité fait partie des six dimensions essentielles de la qualité des soins (les autres étant la sécurité, l'efficacité, les soins axés sur le patient, l'efficience et le caractère opportun) et Qualité des services de santé Ontario y a récemment accordé une attention toute particulière.

Le Nord de l'Ontario est l'une des régions de la province où l'équité en matière de santé fait souvent défaut et doit être réglée de toute urgence. *Santé dans le Nord : Rapport sur la géographie et la santé de la population de deux régions du Nord de l'Ontario* est un rapport sur le rendement du système de santé dans le Nord que nous avons publié l'an dernier. Il a été démontré que les quelque 800 000 résidents qui vivent dans le Nord de l'Ontario ont une espérance de vie inférieure de 2 ans par rapport à l'ensemble de la province et sont plus susceptibles de mourir prématurément (avant l'âge de 75 ans) en raison d'un suicide, d'une maladie du système circulatoire ou d'une maladie respiratoire.

Plus tôt dans ma carrière, j'ai travaillé dans le Nord en tant que médecin. J'ai pu voir les enjeux uniques auxquels sont confrontées les personnes qui doivent parcourir de longues distances, affronter de mauvaises conditions météorologiques et faire face à une pénurie de ressources médicales (y compris les fournisseurs de soins de santé). Les personnes qui travaillent dans les deux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) situés les plus au nord savent que ces éléments font partie de la raison pour laquelle ceux qui y vivent dans ces régions n'ont pas le même niveau de santé et de soins de santé qui est constaté dans d'autres parties de la province. D'autres iniquités associées aux déterminants sociaux de la santé – le revenu, ainsi que l'accès à un logement convenable, à de l'eau potable et à une alimentation adéquate – jouent également un rôle important.

Notre démarche auprès d'autres intervenants afin d'élaborer une stratégie visant à améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord était fondée sur un principe aujourd'hui intégré dans le mouvement de défense des droits patients, c'est-à-dire «rien sur nous sans nous». Ou, comme l'a si bien dit la D^{re} Jennifer Walker, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la santé autochtone à l'Université Laurentienne, «[les] solutions ne peuvent tout simplement pas être importées du sud de la province. Le paysage – social, culturel ainsi que géographique – est complètement différent».

Orienté par des dirigeants dans le Nord, Qualité des services de santé Ontario a participé à la mise en œuvre d'un processus de consultation substantiel à volets multiples auquel ont participé des centaines de personnes vivant dans le Nord, ce qui a mené à une stratégie visant à améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord en mettant l'accent sur les importants obstacles et occasions dans l'établissement de l'équité en matière de santé.

La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario est guidée par la vision suivante : que toutes les personnes qui vivent dans le Nord aient un accès équitable aux ressources sociales et économiques ainsi qu'à des soins de santé de grande qualité, peu importe l'endroit où ils vivent, les soins dont ils ont besoin ou qui ils sont.

Je suis convaincu que cette vision et cet objectif clairs, ainsi que les recommandations énoncées dans le cadre de cette stratégie, nous permettront de nous attaquer aux défis auxquels fait face le Nord d'une manière qui aura une grande incidence.

Les personnes dans le Nord de l'Ontario vivent et travaillent depuis trop longtemps en étant désavantagées. Nous avons aujourd'hui une stratégie fondée sur l'élaboration d'un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord en collaboration avec les personnes et les organismes de l'ensemble du spectre pour s'attaquer à ces iniquités persistantes.



Joshua Tepper

Président et chef de la direction, Qualité des services de santé Ontario

Des coprésidents du comité directeur

Le Nord de l'Ontario couvre une vaste étendue de terre sauvage à couper le souffle, dont la superficie équivaut presque à celle de la France. La population du Nord de l'Ontario est diversifiée et résiliente. Nous vivons dans des centres urbains, des villages ruraux et des collectivités éloignées. Nous sommes composés d'Autochtones, de francophones, d'immigrants établis à long terme et de nouveaux arrivants. Nous travaillons dans le secteur des soins de santé, de l'éducation, dans l'extraction des ressources et le commerce au détail, et nous ressentons un attachement profond pour cette terre, pour nos collectivités et pour nos familles. En tant que résidents du Nord, nous savons que nous avons un énorme potentiel de santé, mais que nous sommes aussi confrontés à de grands enjeux en matière de santé. Comparativement à l'Ontario, le Nord a un plus haut taux de pauvreté et de problèmes de santé, des taux élevés de comportements qui nuisent à la santé et un accès plus restreint à des soins de santé et des services sociaux de grande qualité.

Nous devons collaborer afin de nous attaquer à ces enjeux urgents et de tirer parti de nos nombreux atouts. C'est en travaillant de concert dans l'ensemble des divers secteurs que nous serons en mesure d'atteindre des objectifs communs en matière de santé et de veiller à ce que chacun ait un accès à des occasions équitables de soins de santé. Le leadership conjoint est pour nous très prometteur, car il rassemble les points de vue dans l'ensemble du Nord (les régions situées à l'est et à l'ouest, ainsi que les régions urbaines, rurales et éloignées), de même que dans l'ensemble des soins de santé, de la santé publique, d'autres secteurs publics et des collectivités. Nous croyons que la présente stratégie constitue une étape cruciale dans la réalisation d'une action commune pour l'équité en matière de santé.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont pris le temps de partager leurs histoires avec l'équipe de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario et de faire entendre leur point de vue dans le cadre de l'élaboration de la stratégie. Des centaines de personnes provenant de partout au Nord nous ont fait part des enjeux auxquels elles et leurs collectivités font face. Elles ont partagé leur vision de l'avenir ainsi que les réussites qu'elles ont connues et les leçons qu'elles en ont tirées. La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario s'inspire de ces histoires et nos futures actions devront se baser sur la sagesse de toutes ces contributions.

L'équité en matière de santé sera une réalité lorsque toutes les personnes qui vivent dans le Nord auront des occasions égales en matière de santé et que personne ne sera injustement désavantagé. L'équité en matière de santé sera également une réalité lorsque les résultats en matière de santé dans l'ensemble du Nord auront acquis le même niveau que ceux dans le reste de l'Ontario. Nos vastes consultations ont confirmé que nous sommes prêts à relever le défi d'améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord, par le Nord et pour le Nord!



Penny Sutcliffe

Médecin hygiéniste et chef de la direction,
Santé publique Sudbury & Districts

Coprésidente, comité directeur de la
Stratégie d'équité en matière de santé dans
le Nord de l'Ontario



Alex Vistorino

Directeur, planification et intégration
du système de santé, Réseau local
d'intégration des services de santé
du Nord-Ouest

Coprésident, comité directeur de la
Stratégie d'équité en matière de santé
dans le Nord de l'Ontario





Résumé

Comparativement au reste de la province, les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario connaissent une plus mauvaise santé et des iniquités en matière de santé plus importantes à l'égard de nombreux indicateurs. La présente stratégie et ses recommandations proviennent d'une vaste consultation menée en 2016 et en 2017 auprès de personnes qui vivent dans le Nord. La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario est guidée par la vision suivante : que toutes les personnes qui vivent dans le Nord aient des occasions équitables en santé, notamment l'accès aux ressources sociales et économiques, ainsi qu'à des soins de santé de grande qualité, peu importe l'endroit où elles vivent, la maladie dont elles sont atteintes ou qui elles sont.

La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario, élaborée dans le *Nord, par le Nord et pour le Nord*, se base sur quatre fondements que les intervenants dans le Nord considèrent comme les plus importants pour la prise de mesures :

- a prise en compte des déterminants sociaux de la santé;
- l'accès équitable à des services de santé de qualité et adéquats;
- la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones;
- la disponibilité des données pour la prise de décision en matière d'équité.

Une stratégie d'équité en matière de santé pour les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario exige que nous cernions les principales disparités en santé et éliminions les obstacles pour les personnes qui connaissent des iniquités. Elle exige également que nous nous attaquions aux possibilités d'améliorer la santé dans le Nord dans son ensemble et que nous déterminions des moyens d'élever les résultats en matière de santé d'un bout à l'autre du Nord au niveau de ceux dans le reste de l'Ontario.

L'équité en matière de santé est une responsabilité commune

La société s'efforce en général d'atteindre l'équité et l'inclusion, ainsi que de créer un sentiment d'appartenance; c'est particulièrement le cas en matière de soins de santé. Malgré ces intentions, les personnes qui vivent au Nord continuent de se heurter à des obstacles en matière d'équité. Dans le cadre d'une vaste consultation, nous avons appris de la part des personnes qui vivent au Nord que des mesures intersectorielles et collaboratives doivent être prises pour s'attaquer aux iniquités en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Le message était clair :

« Nous travaillons en silos. Pour apporter des changements, nous devons sortir de nos silos. La collaboration coordonnée de partenaires de l'ensemble des secteurs, plutôt que le travail en isolement, permettra de créer des changements significatifs. »

– Un fournisseur de soins de santé dans le Nord

Recommandation : un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord

Bien que la présente stratégie expose des préoccupations et propose diverses solutions, la principale recommandation est d'établir un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord (« le réseau ») qui soutiendra la prise de mesures intersectorielles dans l'objectif d'améliorer la santé et les résultats d'équité en matière de santé pour les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario. Le réseau n'offrira pas de soins ni n'effectuera le travail de tout secteur. Le réseau se concentrera plus largement sur l'équité en matière de santé et réunira des partenaires du réseau et des intervenants clés pour cibler les priorités clés en matière de santé qui ont des répercussions disproportionnées sur les populations plus vulnérables et qui ont été déterminées par les personnes qui vivent dans le Nord comme des priorités pour le Nord, telles que les problèmes de santé mentale et [de toxicomanie, la prévention et la gestion du diabète, ainsi que la santé des enfants et des parents.

Des données probantes solides dans d'autres territoires de compétence indiquent que ce genre d'approche coordonnée est essentielle à la réduction des iniquités sociales, de même que celles en matière de santé. Une fois établi, le réseau facilitera une collaboration intersectorielle favorisant des changements sur le plan des politiques et de la prestation de services afin de combler les lacunes inévitables dans les résultats en matière de santé que connaît actuellement le Nord de l'Ontario.

Partenaires et structure du réseau

Le réseau sera composé de personnes et d'organismes provenant de différents secteurs, y compris des partenaires de la santé publique, des municipalités, des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), des organismes et des autorités autochtones, des établissements d'enseignement et de recherche, des organismes francophones, des organismes et des ministères provinciaux et fédéraux, des intervenants du secteur des affaires ainsi que des organismes communautaires et des membres de la collectivité. Ce travail s'harmonise avec le mandat des RLISS de mener des tables rondes intersectorielles et soutient le mouvement actuel en faveur d'une collaboration étroite entre les bureaux de santé publique et les RLISS.

Le réseau sera dirigé par un comité directeur qui fournira une orientation et établira les priorités pour atteindre les objectifs de la présente stratégie. Le comité directeur sera appuyé par des groupes de travail axés sur des domaines particuliers et composé de représentants du Nord-Est et du Nord-Ouest. Les membres du groupe de travail seront des personnes ayant une expertise pertinente quant au domaine de leur groupe et seront des représentants d'organismes et de secteurs partenaires, notamment des secteurs autres que celui de la santé. Pour qu'il soit efficace dans l'orientation des changements de politique et dans l'élaboration d'initiatives concernant l'équité en matière de santé, le réseau disposera d'un personnel qu'il lui est affecté qui fournira leadership et coordination aux efforts concertés du comité directeur et de ses groupes de travail.

Par l'entremise de ces collaborations, la force combinée de tous les partenaires permettra d'améliorer la santé de toutes les personnes qui résident dans le Nord de l'Ontario au moyen de l'éducation, de l'élaboration de politiques et de la prise de mesures fondées sur des données

probantes. Grâce à un fort soutien et enthousiasme de tous les secteurs, le réseau sera bien placé pour poursuivre le travail déjà amorcé. Puisque la grandeur du territoire dans le Nord est importante, une grande partie du travail du réseau sera effectué virtuellement; le réseau n'aura pas besoin de ses propres locaux, mais le personnel du réseau s'installera dans les locaux d'un de ses organismes partenaires.

Fonctions du réseau d'équité en matière de santé dans le Nord

- Soutenir les partenaires du Nord dans l'intégration d'un engagement profond à l'égard de l'équité en matière de santé dans les objectifs de leur organisme;
- Inciter les intervenants, les partenaires et tous les ordres de gouvernement à collaborer sur le plan intersectoriel et à élaborer et à proposer des solutions politiques afin d'améliorer l'équité en matière de santé;
- Collaborer avec des groupes et des organismes de recherche dans le Nord dans la réalisation de recherche et de surveillance dans les domaines prioritaires afin d'orienter les mesures prises à l'égard de l'équité en matière de santé;
- Appuyer les chercheurs autochtones au besoin pour veiller à ce que les recherches effectuées avec les peuples autochtones soient dirigées par les Autochtones;
- Fournir une orientation, de la formation, du soutien technique et un leadership pour renforcer la capacité du travail intersectoriel sur l'équité en matière de santé dans le Nord;
- Faciliter l'échange de connaissances dans le Nord de l'Ontario à l'égard des données probantes, des renseignements et des pratiques exemplaires.

Objectifs du réseau

Les objectifs préliminaires de chaque fondement pour la prise de mesures du réseau proposé ont été élaborés en consultation avec des intervenants dans le Nord et consolidés grâce à une analyse environnementale. Les objectifs sont d'une grande portée et ambitieux; toutefois, les progrès réalisés à l'égard de l'équité en matière de santé reposent sur la prise de mesures audacieuses et sur l'avancement collectif vers un changement significatif. Ces objectifs et options proposés ne constituent pas un mandat final, mais reflètent les contributions essentielles des participants dans le cadre de l'élaboration de la présente stratégie et donnent une signification tangible quant au potentiel de l'établissement d'un réseau dirigé par le Nord. Le réseau mettra en œuvre un processus de planification afin d'étudier davantage ces objectifs et ces options de mesures à prendre.



Fondement 1 :

la prise en compte des déterminants sociaux de la santé

1.1

Améliorer la sensibilisation à l'égard des déterminants sociaux de la santé et des déterminants de la santé des Autochtones au sein du grand public et des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux

1.2

Consulter des partenaires dans l'ensemble des secteurs afin d'élaborer des stratégies de réduction de la pauvreté

1.3

Travailler avec des partenaires pour cerner les possibilités en vue d'améliorer l'accessibilité à des aliments sains, abordables et adaptés sur le plan culturel dans l'ensemble du Nord

1.4

Collaborer dans l'ensemble du Nord pour améliorer l'accès aux études postsecondaires

1.5

Consulter des partenaires dans l'ensemble des secteurs afin d'améliorer l'accès à des logements sécuritaires et abordables

1.6

Travailler avec des partenaires afin d'améliorer l'accès à l'éducation de la petite enfance et à la garde d'enfants

1.7

Travailler de manière intersectorielle afin de promouvoir l'inclusion sociale

Fondement 2 :

l'accès équitable à des services de santé de qualité et adéquats

2.1

Travailler avec les fournisseurs pertinents afin de promouvoir l'accès en temps opportun aux soins de santé où vivent les personnes et la coordination de ces soins

2.2

Travailler dans l'ensemble des territoires de compétence afin d'améliorer le recrutement des fournisseurs de soins de santé et les taux de maintien en poste

2.3

Améliorer la capacité de toutes les personnes, peu importe où ils vivent, d'avoir accès à des services

2.4

Améliorer l'accès à des services de soins de santé en français

2.5

Améliorer l'accès à des services de soins de santé inclusifs et adéquats

2.6

Améliorer l'accès à des services de soins de santé adaptés sur le plan culturel pour tous les Autochtones

Fondement 3 :

la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones

3.1

Travailler en collaboration avec toutes les compétences afin de fournir des services de soins de santé équitables pour tous les Autochtones

3.2

Répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et soutenir les efforts des populations autochtones dans l'atteinte de l'autodétermination

3.3

Travailler avec les fournisseurs et tirer parti des possibilités afin de fournir plus aisément des conditions de vie sécuritaires qui permettent aux résidents de toutes les collectivités des Premières Nations de s'épanouir

3.4

Soutenir la culture autochtone en tant que déterminant de la santé des Autochtones

Fondement 4 :

la disponibilité des données pour la prise de décision en matière d'équité

4.1

Élaborer une stratégie de données dans le Nord de l'Ontario pour simplifier la collecte, l'analyse et l'interprétation de données afin de prendre des décisions équitables

4.2

Soutenir l'engagement local dans la recherche et l'utilisation de données probantes

Regard vers l'avenir : Répercussions prévues

Ensemble, les mesures prises par un réseau coordonné permettraient de créer des occasions de faire progresser l'équité en matière de santé, ce qui aurait des répercussions dans des domaines clés, notamment les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, la prévention et la gestion du diabète ainsi que la santé des enfants et des parents. Ces domaines, ainsi que d'autres enjeux de santé fortement influencés par les conditions sociales et économiques, bénéficieraient d'une approche intersectorielle axée sur l'équité qui tient compte de multiples facteurs associés à la santé et au bien-être. Les résultats souhaités du réseau seront les suivants :

Au cours des deux premières années

- Établissement du comité directeur du réseau, composé de représentants des régions géographiques et des secteurs;
- Engagement du personnel de base du réseau;
- Élaboration des fondements pour la collaboration comme base des mesures à prendre afin d'atteindre l'équité en matière de santé, telles que des processus de participation, d'inclusion et de consultation, l'élaboration d'une charte du réseau et le travail avec les membres des organismes membres du réseau sur l'intégration aux plans stratégiques des priorités en matière d'équité;
- Mise en œuvre d'un processus d'établissement des priorités fondé sur des données probantes en utilisant, comme point de départ, les objectifs potentiels et les mesures que peut prendre le réseau pour répondre à l'objectif d'atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord;
- Prise de mesures coordonnées afin de s'attaquer aux déterminants de la santé, en s'appuyant sur le travail en cours au sein des secteurs et en renforçant les capacités grâce à ce dernier;
- Renseignements fournis régulièrement au gouvernement sur les priorités des partenaires du réseau et sur le plan de travail du réseau.



Dans cinq ans

- Continuer la prise de mesures coordonnées afin de s'attaquer aux déterminants de la santé, en s'appuyant sur le travail en cours au sein des secteurs et en renforçant les capacités grâce à ce dernier;
- Élaboration, mesure et évaluation de l'équité et des indicateurs de santé pertinents dans le Nord.

Dans dix ans

- Amélioration des indicateurs d'équité et de santé chez les populations dans le Nord;
- Progrès réalisés dans les domaines prioritaires d'équité déterminés par les partenaires de réseau.

Prochaines étapes

La formation du réseau d'équité en matière de santé dans le Nord est la première étape dans l'atteinte des objectifs de la présente stratégie. La création du réseau exigerait un engagement des intervenants dans l'ensemble du Nord de l'Ontario et le soutien du personnel afin de réunir les partenaires du réseau.

La stratégie exprime l'ambition, la passion et le dévouement du secteur social et du secteur de la santé à travailler ensemble afin que le Nord de l'Ontario soit un endroit plus équitable où les personnes seront en meilleure santé. Au cours de l'élaboration de la stratégie, nous avons entendu qu'il existe, d'un bout à l'autre du Nord et dans l'ensemble des secteurs, une reconnaissance de l'obligation sociétale de tenir compte des iniquités urgentes auxquelles font face les personnes qui vivent dans le Nord. La présente stratégie vise à poser les fondements pour atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord et renforcera la capacité de s'attaquer à l'avenir aux enjeux urgents d'équité en matière de santé.

Ce réseau est une entreprise ambitieuse, car il aspire à réunir et à faire collaborer divers dirigeants et collectivités dans l'ensemble d'une vaste région géographique. En cas de réussite, il réalisera la vision de la stratégie : des occasions équitables en matière de santé pour tous les résidents dans le Nord de l'Ontario.



Introduction : Équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario

Comparativement au reste de la province, les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario connaissent une plus mauvaise santé et des iniquités en matière de santé plus importantes à l'égard de nombreux indicateurs. L'espérance de vie globale est inférieure dans le Nord¹, et les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, le diabète ainsi que la santé des enfants et des parents sont particulièrement préoccupants². Les faibles résultats en matière de santé dans le Nord sont influencés par des limitations quant aux possibilités sociales et économiques suivantes : revenu, logement, alimentation saine, éducation, développement de l'enfance, soutien social, accès aux services en général et accès à des services adaptés sur les plans linguistique et culturel. Ces disparités en matière de santé entre le Nord et le reste de la province ont donné lieu à l'élaboration de la présente stratégie. Cette dernière s'efforce de tenir compte de toutes les populations dans le Nord de l'Ontario. Elle souligne, parmi les disparités, les iniquités plus importantes auxquelles font face les populations autochtones en raison des conséquences de la colonisation, des traumatismes historiques et actuels, du racisme et de l'absence d'autodétermination.

Les possibilités sociales et économiques qui déterminent la santé des personnes vont au-delà de la génétique et des comportements individuels. Elles correspondent aux conditions de vie dans lesquelles ces personnes sont nées et ont grandi et dans lesquelles elles vivent et travaillent³. Bien que ces facteurs aient une incidence pour chacun, certains environnements nuisent à la santé ou la favorisent et ont des répercussions sur les possibilités des personnes et des collectivités d'atteindre leur plein potentiel de santé. Toute différence ou variation dans l'état de santé entre des groupes sont connues comme des inégalités de santé. Si les inégalités de santé peuvent être modifiées ou atténuées grâce à des changements dans les politiques ou dans l'action sociale, elles sont appelées iniquités de santé⁴. Lorsque les membres de la population ont des occasions équitables pour atteindre leur plein potentiel de santé, il s'agit d'équité en matière de santé⁵.

Nous nous concentrons sur une région géographique déterminée appelée « Nord de l'Ontario » dans la présente stratégie. Toutefois, nous souhaitons reconnaître les premiers habitants des régions concernées par les traités Robinson-Huron, Robinson-Superieur, Manitoulin, no3, no5 et no9 ainsi que par la réserve indienne non cédée de Wikwemikong comme les propriétaires et responsables traditionnels de ces terres. Nous honorons et respectons leurs rapports culturels et spirituels avec le Nord de l'Ontario.

Nous reconnaissons les Premières Nations, les Métis et les Inuits comme trois groupes d'identité culturelle distincts, chacun possédant une histoire, un ensemble de traditions et de pratiques culturelles ainsi que des structures de gouvernance uniques. Pour les besoins du présent document, le terme « Autochtone » sera utilisé pour inclure toutes ces populations. Cependant, l'expression « collectivités des Premières Nations » sera utilisée pour faire référence aux collectivités situées dans une réserve.

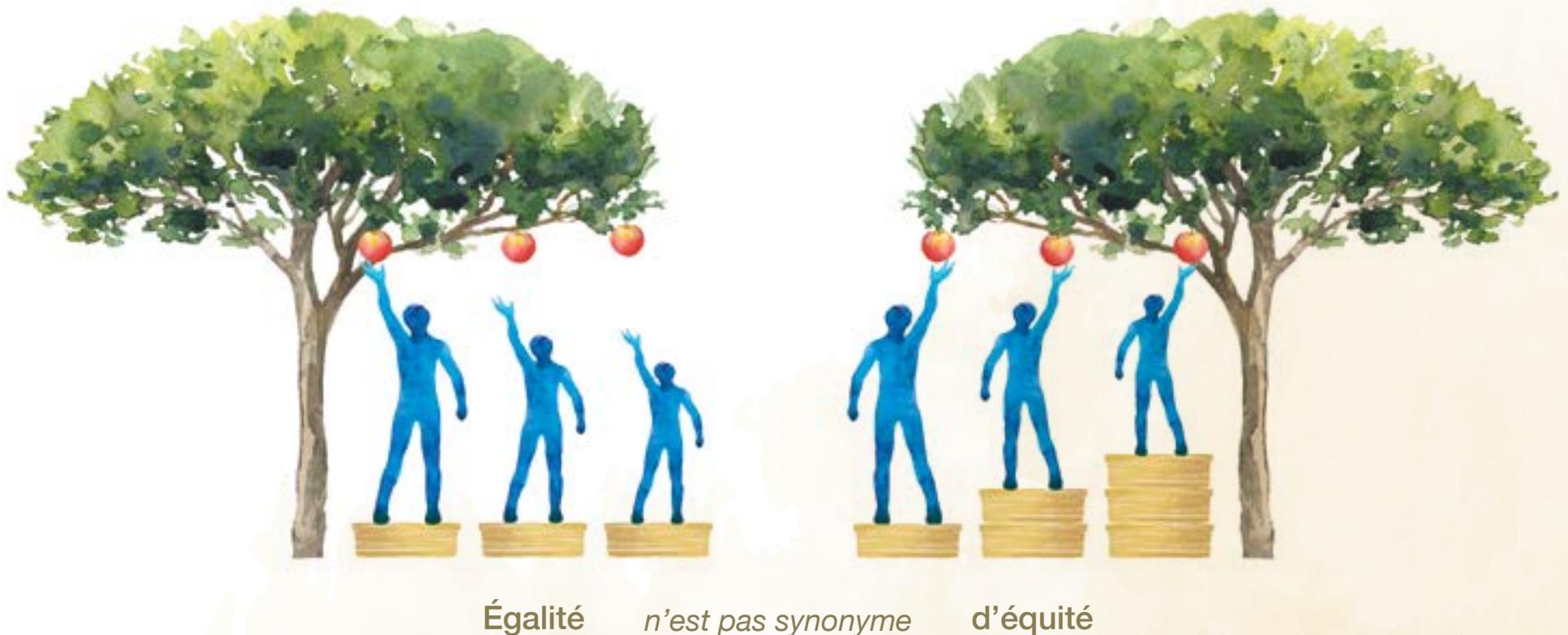
Le sens de la justice est le concept central de l'équité en matière de santé. Alors que l'*égalité en matière de santé* renvoie à la division des ressources de soutien en santé en parts égales afin que chacun ait accès à la même chose, l'*équité en matière de santé* fait appel au sens de la justice dans l'attribution des ressources et des occasions afin que les personnes puissent obtenir le soutien nécessaire pour être en

bonne santé (voir la figure 1). Atteindre l'équité en matière de santé, c'est créer des occasions viables d'obtenir le « niveau de santé le plus élevé pour chacun⁶ ».

Une stratégie d'équité en matière de santé pour les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario exige que nous cernions les principales disparités en santé

et éliminons les obstacles pour les personnes qui connaissent des iniquités. Elle exige également que nous nous attaquions aux possibilités d'améliorer la santé dans le Nord dans son ensemble et que nous déterminions des moyens d'élever les résultats en matière de santé d'un bout à l'autre du Nord au niveau de ceux dans le reste de l'Ontario.

Figure 1: L'équité en matière de santé nécessite une approche qui reconnaît les divers besoins de chaque personne et population⁷



Malgré les obstacles auxquels font face les personnes qui vivent dans le Nord, la force et le potentiel du Nord pour atteindre l'équité en matière de santé sont rendus évidents par les mesures qui ont déjà été prises, les programmes qui ont déjà été créés et les politiques qui ont amélioré l'équité en matière de santé :

- L'École de médecine du Nord de l'Ontario se concentre à répondre aux besoins des collectivités du Nord, ainsi que des collectivités rurales et éloignées, à l'aide d'occasions d'apprentissage intentionnel pour les étudiants auprès des populations vulnérables, notamment les collectivités autochtones et francophones;
- La santé publique est à l'avant-poste dans la sensibilisation de la population générale quant aux déterminants sociaux de la santé;
- La paramédecine communautaire offre des soins de soutien aux personnes qui en ont le plus besoin;
- Les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest ont entrepris de confier le travail de planification aux sous-régions pour appuyer la mise en œuvre de méthodes de prestation de soins convenant au contexte local afin d'améliorer l'équité en matière de santé pour leurs populations;
- Un grand nombre d'organismes, francophones et anglophones, travaillent de concert avec la population francophone afin de trouver des moyens novateurs pour assurer l'accès à des soins en français en utilisant des technologies ou d'autres solutions si des soins directs aux patients ne sont pas disponibles en français;
- Les organismes autochtones préconisent et fournissent les soins à leur population octroyés de façon mieux adaptée sur le plan culturel que par le passé;
- Des recherches menées dans le Nord de l'Ontario mettent l'accent sur la transformation des politiques, des systèmes et des pratiques de santé afin d'améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord.

Nous sommes prêts à poursuivre sur la lancée de l'excellent travail qui est en cours. La présente stratégie tire profit de l'autonomie et de l'autodétermination caractéristiques à l'esprit du Nord afin d'améliorer les occasions en santé pour chacun grâce à une vision puissante de l'avenir.

VISION

Toutes les personnes qui vivent dans les Nord ont des occasions équitables en santé, notamment l'accès aux ressources sociales et économiques, ainsi qu'à des soins de santé de grande qualité, peu importe l'endroit où elles vivent, la maladie dont elles sont atteintes ou qui elles sont.

La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario s'appuie sur ce que nous avons entendu dans l'ensemble du Nord sur ce qui fonctionne, sur ce qui ne fonctionne pas et sur ce qui sera nécessaire pour veiller à ce que *toutes les personnes qui vivent dans les Nord aient des occasions équitables en santé, notamment l'accès aux ressources sociales et économiques, ainsi qu'à des soins de santé de grande qualité, peu importe l'endroit où elles vivent, la maladie dont elles sont atteintes ou qui elles sont.*

Le contenu et l'orientation de la présente stratégie proviennent d'un examen de documents existants et d'une vaste consultation multisectorielle avec des personnes, des collectivités et des dirigeants dans l'ensemble du Nord et s'inspirent de leurs expériences de vie et de travail dans le Nord de l'Ontario. Les participants représentent les soins de santé, la promotion de la santé, les établissements de recherche et d'enseignement, les services sociaux

(gouvernementaux et non gouvernementaux), l'application des règles et des lois, les municipalités, les collectivités et les organismes autochtones, les organismes francophones, les organismes LGBTQ2⁸, le développement de la petite enfance, les soins aux aînés et bien d'autres encore. Une vision, un but, des principes directeurs ainsi que des objectifs ont été créés à l'aide de commentaires significatifs des personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario.

Grâce à ce processus de consultation, les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario ont déterminé quatre fondements dans la mise en œuvre d'une stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario :

- la prise en compte des déterminants sociaux de la santé⁹;
- l'accès équitable à des services de santé de qualité et adéquats;

- la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones;
- la disponibilité des données pour la prise de décision en matière d'équité.

Les personnes qui vivent au Nord étaient d'avis qu'une approche intersectorielle s'avère essentielle pour s'attaquer aux problèmes complexes associés à l'équité en matière de santé. Elles ont souligné que le travail actuellement mis en œuvre par divers secteurs afin d'améliorer l'équité en matière de santé dans l'ensemble du Nord doit établir des liens de façon judicieuse, c'est-à-dire qu'il harmoniser le travail au sein du système de santé et avec les établissements de recherche, l'éducation, les services sociaux, le développement économique, les affaires municipales, la justice et les organismes communautaires non gouvernementaux.



La principale recommandation de la stratégie est d'établir un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord. Le réseau sera responsable de la prise de mesures au sein des quatre fondements énumérés ci-dessus afin d'améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Le réseau mettra plus largement l'accent sur l'équité en matière de santé et commencera avec trois priorités de santé essentielles déterminées dans le cadre du processus de consultation, chacune ayant des répercussions disproportionnées sur les populations plus vulnérables : les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, la prévention et la gestion du diabète, ainsi que la santé des enfants et des parents.

Les sections suivantes fournissent un aperçu de la façon dont cette stratégie a été mise au point, du contexte dans le Nord de l'Ontario, de l'état de santé des personnes qui y vivent et des enjeux auxquels ces personnes font face lorsqu'elles essaient d'atteindre leur plein potentiel de santé.

« Les soins actifs sont importants, mais si nous ne voyons pas à régler ce qui rend les personnes malades, nous n'arriverons jamais à avancer. »

– Un médecin dans le Nord de l'Ontario



Une Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario

L'élaboration de la stratégie

La présente stratégie a été élaborée *dans le Nord, par le Nord et pour le Nord*. Il vise à tirer parti des points forts du Nord afin de s'attaquer au défi d'atteindre l'équité en matière de santé.

Au printemps 2016, Qualité des services de santé Ontario a élaboré un plan concernant la santé et l'équité en matière de soins de santé. L'une des priorités de ce plan consistait à travailler en partenariat avec les personnes qui vivent dans le Nord de la province afin d'élaborer une stratégie d'équité en matière de santé propre au Nord de l'Ontario. En octobre 2016, le comité directeur de l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario a été mis sur pied. Il est composé de représentants de groupes dans les secteurs des soins de santé, de la santé publique, de groupes universitaires et de recherche, d'organismes francophones, d'organismes autochtones, ainsi que de dirigeants communautaires et de résidents de l'ensemble du Nord de l'Ontario¹⁰. La tâche du comité directeur était de diriger l'élaboration d'une stratégie qui tient compte des besoins et des aptitudes uniques des personnes qui vivent dans le Nord et qui énonce un ensemble de mesures recommandées nécessaires pour améliorer dans l'ensemble la santé et le bien-être en soutenant l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Ce comité fournit une orientation continue pour l'élaboration de la stratégie et était soutenu par une équipe de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario de Qualité des services de

santé Ontario en partenariat avec Santé publique Sudbury & Districts. Ce travail a été réalisé grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ce qui démontre la reconnaissance du ministère de l'importance de l'équité en matière de santé dans le Nord.

En novembre 2016, une réunion de planification a eu lieu avec plus de 60 personnes provenant de l'ensemble du Nord de l'Ontario afin de définir la portée, la vision, l'objectif et les fondements de la prise de mesures de la stratégie. De janvier à novembre 2017, l'équipe de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario a mené une vaste consultation dans l'ensemble du Nord de l'Ontario. Le processus de consultation était constitué de discussions entre les intervenants clés et les personnes qui représentaient près de 150 organismes et plus de 300 participants, y compris des membres de la collectivité, des travailleurs de première ligne ainsi que des décideurs dans les milieux ruraux, éloignés, urbains, francophones et autochtones. Les organismes participants sont énumérés à l'annexe A.

Afin de soutenir les conclusions de la consultation communautaire, l'équipe a examiné, au cours de l'élaboration de la stratégie, des stratégies et des programmes d'équité en matière de santé déjà en place, des recherches sur l'état de santé des personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario et sur les iniquités en matière de santé dans le Nord, ainsi que d'autres renseignements complémentaires.

En résumé, l'engagement et la passion formidables des personnes qui vivent dans le Nord ont permis l'élaboration efficace d'une stratégie. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée dans l'élaboration de la présente stratégie, veuillez consulter l'annexe B.

Principes directeurs de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario :

1. Travailler en collaboration dans l'ensemble des secteurs afin de résoudre les causes fondamentales des iniquités sociales et de la mauvaise santé;
2. Promouvoir l'inclusion et l'équité en tant que valeurs sociétales;
3. Soutenir la prestation de programmes et de services qui appliquent les principes d'équité en matière de santé;
4. Consulter les différentes collectivités du Nord, les faire participer activement et les soutenir;
5. Respecter les principes d'autodétermination des Autochtones et les traditions et les langues des peuples autochtones;
6. Respecter la *Loi sur les services en français* et reconnaître les deux langues officielles;
7. S'attaquer au contexte et aux enjeux uniques dans le Nord en sollicitant les connaissances et les compétences des personnes qui vivent dans le Nord pour créer des solutions innovantes qui répondent aux besoins à l'échelle locale;
8. Appliquer les principes de prise de décisions fondées sur des données probantes.

Contexte dans le Nord de la province

Le Nord de l'Ontario englobe 80 % de la masse terrestre de l'Ontario, mais il représente seulement 5,8 % de la population de la province¹¹. Ce contexte crée une variation de la densité de la population dans l'ensemble du Nord, allant de centres urbains à haute densité à des collectivités peu peuplées accessibles uniquement par avion. La variation de la densité de la population soulève des enjeux, notamment en ce qui concerne la croissance économique et la prestation de programmes¹².

Comparativement à l'ensemble de l'Ontario, le Nord de l'Ontario comprend des proportions importantes de populations autochtones, francophones, rurales et éloignées. Ce profil de la géographie et de la population présente des forces ainsi que des enjeux uniques en matière de santé, comme l'accès à des services de soins de santé de grande qualité, l'atteinte d'économies d'échelle dans divers secteurs, des possibilités de déterminants de la santé de base comme l'accès à de l'eau potable, à des aliments nutritifs, à un logement adéquat et abordable ainsi qu'au transport en commun.



Figure 2: Nord de l'Ontario¹³

- 80 % de masse terrestre de l'Ontario
- 5,8 % de population de l'Ontario
- 106 collectivités des Premières Nations

NORD-OUEST

3,4 % de francophones

22 % d'Autochtones

NORD-EST

23 % de francophones

11 % d'Autochtones





Pourquoi le Nord de l'Ontario a-t-il besoin d'une stratégie d'équité en matière de santé?

Les résultats en matière de santé ne sont pas bons dans le Nord

- Les personnes qui vivent dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest ont respectivement une espérance de vie de 79 et de 78,6 ans, comparativement à 81,5 ans pour l'ensemble de l'Ontario¹⁴.
- Les taux de décès prématurés dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest sont respectivement de 235 et de 258 pour 100 000 habitants, comparativement à seulement 163 pour 100 000 habitants pour l'ensemble de l'Ontario.
- Seulement 24 % des personnes dans le Nord-Ouest et 28 % des personnes dans le Nord-Est ont indiqué avoir pu consulter leur fournisseur de soins primaires le jour où elles sont tombées malades ou le lendemain, comparativement à 43 % en Ontario¹⁵.
- 45 % des francophones dans le Nord de l'Ontario se sentent en très bonne ou en excellente santé, comparativement à 62% pour la population francophone générale de la province.

Les résultats sociaux ne sont pas bons dans le Nord

- Le taux de chômage dans le Nord de l'Ontario était de 6,5 % en septembre 2017, comparativement à 5,6 % pour l'ensemble de la province¹⁶.
- Moins de personnes dans le Nord de l'Ontario ont fait des études secondaires et postsecondaires par rapport à l'ensemble de la province¹⁷.

Dans l'ensemble, ces données dressent un portrait clair : les personnes qui vivent dans le Nord font face à des iniquités en matière de santé par rapport au reste de la population de l'Ontario. Mais au-delà de ces iniquités par rapport à l'ensemble de l'Ontario, il existe des iniquités importantes dans la région même du Nord. Les résultats en matière de santé des populations autochtones sont parmi les pires au Canada¹⁸, et ceux dans le Nord de l'Ontario ne font pas exception. Les francophones sont confrontés à des défis quant à l'accès aux soins de santé dans leur langue, ce qui peut nuire à l'accès à des soins de qualité et à une bonne santé. Ces écarts sont un résultat social et sont injustes.

Des priorités de santé particulières émergent pour le Nord

Les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario sont confrontées à de nombreuses iniquités en matière de santé, mais trois problèmes de santé ont été reconnus comme prioritaires dans le cadre de la stratégie : les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, la prévention et la gestion du diabète, ainsi que la santé des enfants et des parents. Ces priorités bénéficieront d'une approche intersectorielle axée sur chacun des quatre fondements de la prise de mesures : la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité et adéquats, le soutien à la guérison, à la santé et au bien-être des Autochtones, ainsi que l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des données pour la prise de décision en matière d'équité.

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario sont confrontées à des enjeux qui nuisent considérablement à leur santé mentale. Un certain nombre de facteurs contribuent à ce problème, y compris des obstacles économiques et l'isolement géographique pour les francophones et les Autochtones, des obstacles culturels et linguistiques pour les francophones, ainsi que les traumatismes actuels et intergénérationnels causés par la discrimination et des politiques discriminatoires pour les Autochtones¹⁹.

Le suicide est la principale cause de décès attribuables à des blessures dans le Nord de l'Ontario. Dans le Nord-Ouest, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide est environ 300 % plus élevé que celui de l'Ontario. Dans le Nord-Est, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide est 50 % plus élevé chez les hommes et plus de 80 % plus élevé chez les femmes comparativement à l'ensemble de la population de l'Ontario²⁰. Les taux de suicide, surtout chez les jeunes, sont beaucoup plus élevés pour les populations autochtones. Dans l'ensemble du Canada, le taux de suicide chez les jeunes des Premières Nations est de cinq à sept fois plus élevé que chez les jeunes dans l'ensemble de la population canadienne²¹. Il existe actuellement un état de crise qui persiste dans les collectivités des Premières Nations dans le Nord; ces collectivités vivent des traumatismes quant à la perte de leurs jeunes en raison du suicide. Au cours des 10 dernières années, 42 % des suicides chez les jeunes autochtones dans le Nord ont eu lieu dans seulement sept collectivités autochtones dans le Nord de l'Ontario²². Bien que ces collectivités cernent les types précis de services de soutien dont elles ont besoin, il est évidemment nécessaire de s'attaquer aux causes profondes des suicides

de façon continue (notamment aux traumatismes intergénérationnels causés par l'histoire coloniale, les pensionnats et les saisies de terre, aux politiques discriminatoires actuelles, à la pauvreté endémique et à l'accès limité à des conseils de santé mentale et à des services psychiatriques).

Actuellement, les patients hospitalisés dans le Nord pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ne peuvent pas recevoir le soutien dont ils ont besoin après avoir obtenu leur congé. En 2014-2015, seulement 17 % des patients dans le Nord-Ouest et 21 % dans le Nord-Est ont consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant leur congé, comparativement à 30 % dans l'ensemble de l'Ontario et à 40 % à Toronto²³. Pour la population francophone, l'accès aux services de soins de santé mentale constitue un enjeu en raison des ressources limitées disponibles en français. Des soins et des services dans sa langue de préférence sont essentiels pour le traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie; étant donné que les services disponibles en français sont limités, de nombreux francophones sont incapables de recevoir l'aide et le traitement dont ils ont besoin.

De même, la consommation excessive d'alcool, d'opioïdes et d'autres substances contribue à divers facteurs sociaux et économiques et touche de façon disproportionnée les membres les plus défavorisés de la société. Santé publique, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et Santé Canada peut financer des services de prévention et (ou) de traitement pour les personnes aux prises avec une dépendance, mais ces services ne s'attaquent pas aux causes profondes des dépendances. Les approches intersectorielles visant à s'attaquer à ces enjeux de santé mentale et de toxicomanie comprennent le soutien du développement économique des collectivités défavorisées afin d'améliorer les taux d'emploi

et la sécurité du revenu, d'améliorer les résultats en éducation dans les deux langues officielles dans l'ensemble des collectivités ainsi que de veiller à ce que les personnes et les familles aient accès à des logements et des milieux de vie stables et sécuritaires.

Les fournisseurs s'inquiètent que certaines populations passent entre les mailles du filet : Des membres de la collectivité ont déclaré que, lorsque des patients se présentent au service des urgences sous l'influence de l'alcool ou de drogues et qu'ils font part de préoccupations concernant une dépendance, ces incidents ne sont pas signalés si la dépendance n'est pas le problème médical pour lequel ces patients se sont présentés au service des urgences. Cette sous-déclaration minimise l'ampleur du problème.

Prévention et gestion du diabète

Le diabète est étroitement lié au revenu : Au Canada, les personnes qui vivent dans des milieux socioéconomiques pauvres présentent 13 % plus de risque de diabète que les personnes qui vivent dans des milieux socioéconomiques plus riches²⁴.

Les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest ont la prévalence la plus élevée de diabète en Ontario : 12,8 % et de 12,5 %, respectivement, comparativement à une moyenne de 10,2 % dans l'ensemble de l'Ontario²⁵. Le diabète est particulièrement élevé chez les adultes qui vivent dans les collectivités des Premières Nations, où, selon les rapports, jusqu'à 21 % des adultes font l'objet d'un diagnostic de diabète²⁶.

Les causes du diabète et d'autres maladies chroniques sont souvent trouvées dans les conditions sociales et économiques. Même si une personne peut être prédisposée génétiquement à certaines maladies, la pauvreté, combinée avec le coût de la vie élevé dans le Nord, font en sorte qu'il est difficile pour les personnes et les familles d'acheter des aliments sains et adéquats, de participer à des activités physiques quotidiennes, de mener une vie sans beaucoup de stress et d'adopter d'autres comportements favorisant la santé. Les collectivités éloignées font également face à un certain nombre d'obstacles pour ce qui est de l'activité physique. Dans de nombreuses collectivités éloignées des Premières Nations, les routes non pavées, les chiens errants et la vie sauvage empêchent les activités comme la marche et la course sur les routes, limitant ainsi les choix d'activités physiques, ce qui augmente le risque d'embonpoint et de diabète.

La prévention et la gestion du diabète pour la population exigent une coordination des efforts dans l'ensemble des secteurs. La prévention commence avec l'amélioration des conditions de

vie, notamment le revenu, l'accès aux aliments sains, les possibilités d'emploi et les collectivités où les gens peuvent être et demeurer actifs. La gestion exige une coordination des efforts dans l'ensemble du système de santé, y compris l'accès aux soins médicaux, des renseignements et un counselling appropriés et l'accès aux soins à domicile. Pour les francophones, il est essentiel que des renseignements en français soient fournis et que des services de traduction et d'interprétation soient offerts lorsque les services ne sont disponibles qu'en anglais.

La santé des parents et des enfants

Pour les futurs parents ayant des conditions médicales complexes et chroniques et qui vivent dans les quartiers à faible revenu en Ontario, le risque de mortalité infantile est 25 % plus élevé que pour ceux qui vivent dans les quartiers à revenu élevé²⁷. De plus, il y a des questions liées à la santé et aux services de soins de santé pour les parents, les enfants et les jeunes qui sont propres au Nord. Par exemple, une grossesse à haut risque, particulièrement dans les collectivités éloignées du Nord, peut entraîner des difficultés comme le déménagement dans un centre plus grand où la famille et les soutiens ne peuvent être présents. Cette situation ajoute un stress sur les nouveaux parents et les nouvelles familles. Il y a également de nombreuses collectivités sans centres de naissance qui nécessitent que les résidents se déplacent dans ces centres plus grands pour accoucher.

Les données indiquent que pour les populations autochtones, les taux de mortalité infantile élevés comparativement à la population générale du Canada sont des preuves de disparités en matière de santé²⁸. L'exposition pendant la grossesse, au tabac, à un stress élevé et aux dangers environnementaux comme une mauvaise qualité

de l'air dans un logement insalubre, est plus susceptible d'être vécue par les futures mères autochtones que par les futures mères dans l'ensemble du Canada²⁹. Les décès postnéonataux (les décès d'enfants âgés entre 29 jours et un an) sont plus susceptibles d'être causés par des facteurs sociaux et environnementaux (p. ex., la malnutrition, les maladies infectieuses et les conditions insalubres d'un logement). Dans les populations des Premières Nations, les taux de mortalité infantile se sont révélés presque deux fois plus élevés (190 %) que chez les populations qui ne sont pas des Premières Nations³⁰.

La prescription d'opioïdes pour les femmes enceintes est une préoccupation puisque 28,6 % de femmes provenant d'une clinique rurale dans le Nord-Ouest ont utilisé des opioïdes en 2013³¹. La morphine à action prolongée qui a été donnée aux futures mères en sevrage de narcotiques ou en réduction progressive a entraîné une diminution du nombre de bébés nés avec le syndrome de sevrage néonatal (retrait néonatal), passant de 29,5 % en 2010 à 18,0 % en 2013³².



« Il y a peu de soutien donné aux personnes qui doivent déménager pour des raisons de santé. Il existe souvent un temps d'attente important pour obtenir un logement dans la ville où le service peut être fourni, mais le logement offert n'est pas forcément adapté pour les familles ».

– Fournisseurs de services communautaires du Nord

Afin de s'assurer d'une bonne santé chez les nourrissons, les enfants et les parents, une approche intersectorielle visant à garantir des conditions de vie et des soins de santé adéquats pour les futurs parents, l'accès aux services de santé publique et aux soins de santé pour les nourrissons et jeunes enfants est essentielle.

Ce que nous avons appris sur l'équité en matière de santé dans le Nord

La société s'efforce en général d'atteindre l'équité et l'inclusion, ainsi que de créer un sentiment d'appartenance; c'est particulièrement le cas en matière de soins de santé. Malgré ces intentions, les personnes qui vivent dans le Nord continuent de se heurter à des obstacles en matière d'équité. Tout au long du processus de consultation en 2016-2017, les personnes provenant de l'ensemble du Nord ont partagé leurs points de vue concernant les obstacles pour atteindre l'équité en matière de santé. D'autres données ont été rassemblées pour mieux comprendre ces problèmes. Sept thèmes sont ressortis de ce travail :

1. Les besoins physiques de base : Une nutrition inadéquate, le logement et l'eau potable

Les participants soulèvent constamment les prix trop élevés des aliments sains dans le Nord de l'Ontario comme étant une préoccupation importante, particulièrement en raison des coûts très élevés dans le Grand Nord. Par exemple, un panier d'aliments mensuel pour une famille de quatre coûte plus que le double dans les collectivités des Premières Nations du Nord, comme à Attawapiskat, que dans les collectivités du sud comme Toronto³³. Au Canada, selon un sondage réalisé en 2011-2012, 22,3 %

des ménages autochtones hors réserve étaient en situation d'insécurité alimentaire, dont 8,4 % étaient gravement en situation d'insécurité alimentaire. Ces taux sont trois fois plus élevés que dans les ménages non autochtones³⁴.

Un grand nombre de ces populations était préoccupé par l'insuffisance de logements abordables, de refuges et de logement avec services de soutien dans les collectivités du Nord. De plus, les problèmes de logements insalubres sont très répandus dans les collectivités du Nord³⁵. L'interrelation entre être sans-abri ou être mal-logé et la toxicomanie a également été soulevée.

Bien que la population ontarienne soit en droit de s'attendre, en vertu de la loi, à de l'eau potable, 37 collectivités des Premières Nations du Nord de l'Ontario faisaient face à des avis d'ébullition d'eau à long terme entre 1995 et 2017³⁶.

« Il est difficile de réfléchir sur la santé et le bien-être sans un toit au-dessus de votre tête ».

– Un membre de la collectivité



2. La sécurité et l'inclusion sociale – la stigmatisation, la colonisation, les traumatismes historiques et actuels ainsi que le racisme

Les participants ont défini l'exclusion sociale en tant que problème urgent pour plusieurs populations, y compris, mais sans s'y limiter, pour les populations francophones, les populations qui ont des faibles revenus, les populations LGBTQ2, les populations racialisées, les nouveaux arrivants, les personnes handicapées et les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La stigmatisation liée à l'orientation sexuelle, à l'identité du sexe, à la santé mentale et à la toxicomanie a été citée comme un problème de santé dans les petites collectivités où l'anonymat dans les interactions des soins de santé est plus difficile à maintenir.

Pour les Autochtones, la stigmatisation et l'exclusion existent dans un contexte de colonisation, de traumatismes historiques et actuels, de racisme systémique et sont des obstacles particuliers à l'équité. Les participants autochtones ont partagé des expériences de discrimination dans des milieux de soin de santé, leur lieu de travail et leur collectivité. Ils ont également fait part des répercussions que le système de pensionnats avait eues sur eux, leurs parents et leurs grands-parents et de la façon dont ces expériences ont continué d'avoir une influence sur leur bien-être physique et mental.

Les membres de la collectivité ont parlé de l'importance de l'inclusion sociale. Un des membres de la collectivité nous a dit :

« Au cours des dernières décennies, ceux parmi nous qui sont queers et plus âgés ont dû vivre, et survivre, en étant déclarés comme illégaux, puis comme ayant un problème de santé mentale et, ensuite, à travers la crise du VIH/SIDA. Le rejet des queers par leurs familles et leurs amis, par les groupes religieux et sur leurs lieux de travail les hante quotidiennement. Même s'il n'y a pas de harcèlement et de rejet direct, l'anxiété constante concernant cette éventualité les perturbe sur le plan émotif. La santé mentale, l'acceptation sociale et la sécurité sont des déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur la santé physique des populations LGBTQ dans l'ensemble du Nord, quel que soit l'âge, l'ethnie, la langue ou le statut d'Autochtone ».



3. Un revenu adéquat et des économies durables

Les participants ont constamment indiqué la pauvreté comme le plus important déterminant d'un mauvais état de santé autant sur le plan personnel que collectif. L'insécurité économique et le sous-emploi ont été cités comme des facteurs de pauvreté dans les collectivités du Nord. La discrimination et la stigmatisation en raison de la langue, de l'orientation et de l'identité sexuelles et de la race ont également été mentionnées comme des facteurs contributifs au chômage et au sous-emploi. Les participants ont souligné qu'une augmentation des soutiens au revenu est nécessaire pour se procurer des aliments adéquats et sains, un logement, les avantages liés à la santé et d'autres déterminants essentiels pour une bonne santé. Certains participants ont noté que les initiatives actuelles comme le projet pilote portant sur le revenu de base et la réforme sur la sécurité des revenus, s'ils sont élargis, pourraient éventuellement diminuer la pauvreté dans le Nord.

4. L'autodétermination et la compétence autochtone

Les participants ont noté que des approches non autochtones aux programmes et aux services de

Un enseignant a constaté que vers la fin du mois certains élèves manquaient l'école, car leurs parents n'avaient pas suffisamment d'argent pour acheter de la nourriture et ils se sentaient honteux d'envoyer leurs enfants à l'école sans lunchs.

santé pour les Autochtones ne sont pas bien reçues dans les collectivités autochtones, puisqu'elles ne tiennent pas compte de leurs valeurs, leurs croyances et de leurs traditions. Ce manquement freine l'adoption et l'efficacité de ces programmes à régler les enjeux importants en matière de santé et les déterminants sociaux auxquels sont confrontés les Autochtones.

Les participants ont souligné l'absence de structures pour veiller à ce que les collectivités des Premières Nations et les organismes autochtones aient l'autonomie et le pouvoir de prendre des décisions concernant les services de santé et les services sociaux dont ont besoin leurs collectivités. Il a été estimé que ces obstacles culturels, tels que les ententes sur les responsabilités financières du gouvernement provincial et fédéral ainsi que les lois sur le statut des Autochtones, ont une influence négative sur les services et les systèmes de soins de santé pour la population et les collectivités autochtones. Les soins de santé au Canada relèvent généralement de la responsabilité des provinces, mais le gouvernement fédéral fournit une grande partie du financement pour les programmes de soins de santé dans les réserves des Premières Nations. Les fournisseurs de soins de santé ont blâmé le partage de ces compétences pour de nombreux problèmes concernant la prestation de services

dans les collectivités des Premières Nations et pour les organismes fournissant des services aux Autochtones qui vivent et (ou) qui cherchent à obtenir des services hors réserve. Les participants ont aussi estimé que la collaboration et la coopération entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial sont limitées et que les ressources n'étaient pas optimisées. Les fournisseurs de soins de santé dans les collectivités des Premières Nations ont mentionné que ces multiples sources de financement nécessitent toutes une production de rapports substantielle pour les collectivités des Premières Nations, ce qui enlevait du temps et de l'argent pour les soins directs aux patients.

« Les histoires de la rafle des années 1960 et des pensionnats sont nos histoires et il est de notre responsabilité de s'en occuper. Nous avons des organismes crédibles qui sont en mesure de prendre le contrôle, mais nous avons besoin de ressources pour le faire ».

– Un fournisseur de service autochtone



5. Les familles solides et le développement sain de l'enfant

De nombreux participants ont souligné que les coûts très élevés de la garde d'enfants peuvent empêcher les parents, plus précisément les mères, de continuer à travailler alors qu'elles prennent soin de leurs enfants. Les participants ont aussi mentionné que, dans certaines collectivités, il n'y a aucune option de garde d'enfants officielle offerte. Les participants ont également signalé que, bien que les programmes communautaires et financés par les fonds publics sont disponibles pour certains, les programmes parascolaires sont coûteux et inabornables pour de nombreux parents qui travaillent dans leurs collectivités.

6. L'éducation et les occasions d'apprentissage

Pour un bon nombre de participants, la poursuite des études postsecondaires a été déclarée comme étant un problème en raison des droits de scolarité, de la perte de salaire entraînée par l'absence de travail lors des études et, pour la plupart des cas, un déménagement. Il a été rapporté que les programmes pour l'amélioration des compétences pour les adultes dans le Nord de l'Ontario sont difficiles d'accès en raison du manque de soutien financier, de l'emplacement, des besoins de garde d'enfants ou parce que les prérequis des cours ou des diplômes ne sont pas disponibles.

7. L'accès aux services de soins de santé

L'accès aux services de soins de santé a été cité comme une préoccupation majeure pour plusieurs groupes, y compris, sans toutefois s'y limiter, les Autochtones, les francophones, les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes s'identifiant en tant que LGBTQ2, les personnes handicapées,

les nouveaux arrivants et les populations rurales et éloignées. Dans l'ensemble, ces populations sont confrontées à des difficultés concernant l'accès aux soins adaptés à la culture et à la langue et (ou) inclusifs dans le Nord de l'Ontario, ce qui peut entraîner un stress et diminuer les résultats de santé.

Des déplacements de longue distance sont nécessaires pour avoir accès à de nombreux services, et les services sociaux et de santé sont dispersés dans les municipalités. Les conditions météorologiques extrêmes et le risque de collision avec des animaux rendent les déplacements dans le Nord risqués tant pour les patients que pour les fournisseurs de services. Dans les collectivités où l'accès est particulier, comme les collectivités accessibles uniquement par les airs ou celles accessibles par les routes de glace, les difficultés géographiques sont encore plus importantes. Les participants ont souligné que le retrait récent du soutien financier pour le transport ferroviaire et par autobus dans le Nord a laissé place à un système de transport interurbain très limité. Le budget limité des organismes de transport, qui s'est davantage restreint au cours des années, a sérieusement compromis la prestation de services. Le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales ne paie pas pour tous les coûts liés au déplacement de longue distance. Par conséquent, les participants ont déclaré que les personnes vivant dans la pauvreté ont de la difficulté à avoir accès à services de soins de santé.

Dans l'ensemble, les participants provenant de collectivités rurales et éloignées ont constaté un manque d'accès à des services, comme la dialyse, les services de réadaptation et les services de lutte contre la toxicomanie et ont déclaré que de nombreux traitements sont délaissés en raison de ce manque d'accès. Le manque de services pendant la grossesse et à la naissance est une

lacune dans les collectivités rurales et éloignées et des problèmes particuliers sont présents pour les grossesses à risque dans les collectivités éloignées. Les participants ont également déclaré que les logements pour personnes âgées, les soins de longue durée, les logements avec service d'aide à la vie autonome, les lits de soins palliatifs ainsi que les lits de réadaptation ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins des collectivités du Nord.

Parmi les populations autochtones, les participants ont noté un manque de services dans les langues autochtones et un manque de services qui utilisent les pratiques de guérison traditionnelles. Pour les personnes aux prises avec des dépendances, les participants autochtones ont constaté un manque de service de traitement en temps opportun, local et adapté sur le plan culturel.

Les fournisseurs de services et les membres de la collectivité ont fait part, que sur le plan de la santé, le droit des francophones d'avoir accès à des services en français n'est pas respecté.

D'autres populations marginalisées comme les nouveaux arrivants, les personnes âgées et les populations LGBTQ2 ont remarqué qu'il y avait des lacunes précises dans la prestation de soins.

De nombreux nouveaux arrivants ont des problèmes à trouver des soins et des services compétents sur le plan linguistique. Les membres de collectivités LGBTQ2 ont mentionné les problèmes auxquels les patients transgenres font face pour trouver des fournisseurs de soins qui offrent des traitements et des soins adéquats. Ils ont également affirmé qu'il y a un manque de formation pour les fournisseurs de soins concernant les soins adaptés aux besoins des personnes LGBTQ2.

Les participants ont mentionné des lacunes importantes concernant les services pour la santé mentale et la toxicomanie. Par exemple : Les établissements de désintoxication et de traitement des dépendances sont rares; l'accès aux services axés sur la réduction des méfaits de l'alcool et de la drogue dans de nombreuses régions est inadéquat et l'accès aux lits psychiatriques d'urgence est difficile.

Dans le Nord, en général, et particulièrement dans les régions plus rurales et plus éloignées, le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé sont un problème continu. Ce problème est encore plus apparent lorsque vient le temps de maintenir en poste et de recruter les fournisseurs de soins de santé ayant la capacité de fournir des soins en français.

Les membres de la collectivité et les fournisseurs de services ont fait part, à plusieurs reprises, de préoccupations à l'égard de la santé mentale et de toxicomanie tout au long de la consultation. Les besoins comprennent :

- Des installations de traitement appropriées qui sont adaptées à la culture et à la langue pour les Autochtones aux prises avec des dépendances.
- Des programmes d'aide sociale pour soutenir les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.



L'accès aux soins de santé en français

Pour les populations francophones, il est difficile d'accéder aux services de soins de santé en français dans de nombreuses collectivités en raison de la capacité limitée des services, du manque d'organismes désignés pour offrir des services en français ou du manque de volonté de la part des organismes à offrir des services en français. Dans certains cas, les services peuvent être disponibles, mais ils ne sont pas offerts de façon active et, par conséquent, les personnes ne savent pas qu'ils existent. Récemment, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a reconnu cette situation dans le document de travail intitulé « *Priorité aux patients* » : « Les Franco-Ontariens

éprouvent des difficultés à accéder à des services de santé en français. Afin de satisfaire leurs besoins et d'améliorer leur expérience en tant que patients et les résultats en matière de santé, nous devons nous assurer que le système de santé est sensible à la culture et facilement accessible en français »³⁷.

Au cours de la consultation, les participants ont souligné que les patients doivent avoir confiance en leur capacité à communiquer leurs problèmes médicaux à des fournisseurs de soins de santé. De plus, il y a des préoccupations à l'égard de la qualité des soins pour les francophones, notamment devoir obtenir un service en anglais qui présente des risques concomitants d'un mauvais diagnostic.



Qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario?

L'équité en matière de santé est une responsabilité commune

Tout au long de la consultation, les personnes qui vivent dans le Nord ont déclaré que les mesures collaboratives et intersectorielles doivent être prises pour résoudre les iniquités en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Le message était clair :

« Nous travaillons en silos. Pour apporter des changements, nous devons sortir de nos silos. La collaboration coordonnée de partenaires de l'ensemble des secteurs, plutôt que le travail en isolement, permettra de créer des changements significatifs. »

– Un fournisseur de soins de santé dans le Nord

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé que des stratégies intersectorielles visant l'amélioration et la « mise à niveau » de la santé des personnes, des groupes et des collectivités qui en ont le plus besoin auraient une influence importante sur la santé des gens et de la population³⁸. Des modèles intersectoriels visant à s'attaquer aux difficultés complexes associées à l'atteinte de l'équité en matière de santé ont été appliqués dans les pays comme l'Angleterre,

l'Australie et les États-Unis, et nous pouvons apprendre de ces démarches³⁹.

Recommandations clés : Le réseau pour l'équité en matière de santé dans le Nord

De nombreux intervenants travaillent actuellement pour améliorer la santé et l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Il s'agit d'un dur combat; pour réaliser des progrès significatifs envers l'équité en matière de santé, il faut déployer des efforts coordonnés.

La recommandation principale de la stratégie est d'établir un *réseau pour l'équité en matière de santé dans le Nord (le réseau)*, qui pourrait favoriser la prise de mesures intersectorielles pour s'attaquer aux iniquités en matière de santé dans le Nord. Le réseau favoriserait la création de partenariats et faciliterait le travail dans l'atteinte des objectifs communs. Le réseau n'offrirait pas de soins ni n'effectuerait le travail de tout secteur. Il rassemblerait plutôt des partenaires et des intervenants clés pour cibler les priorités clés communes relevées par les personnes qui vivent dans le Nord, comme la prévention et la

gestion du diabète, la santé mentale et la toxicomanie et la santé des parents et des enfants. Pour s'attaquer à de tels enjeux en matière de santé, il faut une approche coordonnée et intersectorielle qui permet l'élaboration de solutions à long terme.

Le réseau serait composé de personnes et d'organismes provenant de nombreux secteurs, y compris des partenaires du secteur de la santé publique, des municipalités, des RLISS, des organismes et des autorités, des centres de santé communautaires, des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, des instituts de recherche et d'enseignement, des organismes francophones, des organismes, des ministères provinciaux et fédéraux et les organismes communautaires et les membres de la collectivité. Ce travail s'harmonise avec le mandat du RLISS de mener des tables rondes intersectorielles et soutient le mouvement actuel en faveur d'une collaboration étroite entre les bureaux de santé publique et les RLISS.

Le réseau permettrait l'établissement de partenariats appropriés, la gouvernance et la responsabilisation, la coordination, le renforcement des capacités et la surveillance et l'évaluation pour promouvoir l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario.

La structure du réseau et les partenaires

Le réseau serait dirigé par un comité directeur qui fournirait une orientation et établira les priorités pour atteindre les objectifs de la présente stratégie. Le comité directeur serait appuyé par des groupes de travail composé de représentants du Nord-Est et du Nord-Ouest. Les membres du groupe de travail seraient des personnes ayant une expertise et des responsabilités pertinentes quant au domaine de leur groupe et seront des représentants d'organismes et de secteurs partenaires, notamment des secteurs autres que celui de la santé. Pour qu'il soit efficace dans l'orientation des changements de politique et dans l'élaboration d'initiatives concernant l'équité en matière de santé, le réseau disposerait d'un personnel qu'il lui est affecté qui fournira leadership et coordination aux efforts concertés du comité directeur et de ses groupes de travail.

Par l'entremise de ces collaborations, la force combinée de tous les partenaires permettra d'améliorer la santé de toutes les personnes qui résident dans le Nord de l'Ontario au moyen de l'éducation, de l'élaboration de politiques et de la prise de mesures fondées sur des données probantes. Grâce à un fort soutien et enthousiasme de tous les secteurs, le réseau sera bien placé pour poursuivre le travail déjà amorcé. Puisque la grandeur du territoire dans le Nord est importante, une grande partie du travail du réseau sera effectué virtuellement; le réseau n'aura pas besoin de ses propres locaux, mais le personnel du réseau s'installera dans les locaux d'un de ses organismes partenaires. Tous les partenaires devront signer une charte de réseau qui décrira les objectifs du réseau de même que les responsabilités et les résultats souhaités de chaque membre. La figure 3 montre le concept de ce réseau.

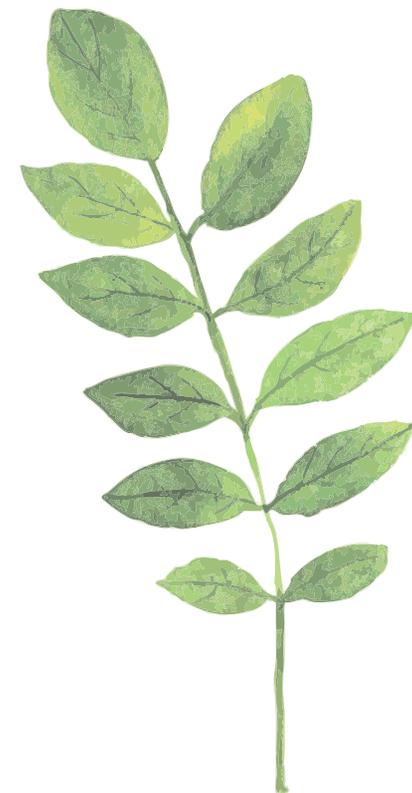


Figure 3 : Réseau du nord pour l'équité en matière de santé

VISION

Tous les résidents du Nord ont des possibilités équitables en matière de santé



SOUTENIR

- L'établissement de partenariats
- La gouvernance et la responsabilisation
- La coordination des efforts
- Le renforcement des capacités
- La surveillance et l'évaluation

DANS DES DOMAINES PRIORITAIRES DONT

- Le diabète
- La santé mentale et lutte contre les dépendances
- La santé des parents et des enfants

Le réseau permettra aux résidents du Nord d'unir leurs efforts pour atteindre l'équité en matière de santé

Fonctions du réseau du nord pour l'équité en matière de santé :

- Soutenir les partenaires du Nord dans l'intégration d'un engagement profond à l'égard de l'équité en matière de santé dans les objectifs de leur organisme;
- Inciter les intervenants, les partenaires et tous les ordres de gouvernement à collaborer sur le plan intersectoriel et à élaborer et à proposer des solutions politiques afin d'améliorer l'équité en matière de santé;
- Collaborer avec des groupes et des organismes de recherche dans le Nord dans la réalisation de recherche et de surveillance dans les domaines prioritaires afin d'orienter les mesures prises à l'égard de l'équité en matière de santé;
- Appuyer les chercheurs autochtones au besoin pour veiller à ce que les recherches effectuées avec les peuples autochtones soient dirigées par les Autochtones;
- Fournir une orientation, de la formation, du soutien technique et un leadership pour renforcer la capacité du travail intersectoriel sur l'équité en matière de santé dans le Nord;
- Faciliter l'échange de connaissances dans le Nord de l'Ontario à l'égard des données probantes, des renseignements et des pratiques exemplaires.

Les quatre fondements de la prise de mesures

Des intervenants provenant de partout dans le Nord ont déterminé les quatre fondements de la prise de mesures sur lesquels se pencher pour atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord. Les progrès à l'égard de l'équité en matière de santé dans le Nord s'appuieront sur les progrès réalisés dans chacun de ces domaines.

Fondement 1 :

la prise en compte des déterminants sociaux de la santé;

Fondement 2 :

l'accès équitable à des services de santé de qualité et adéquats;

Fondement 3 :

la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones;

Fondement 4 :

la disponibilité des données pour la prise de décision en matière d'équité.

Objectifs du réseau

Les objectifs préliminaires de chaque fondement pour la prise de mesures du réseau proposé ont été élaborés en consultation avec des intervenants dans le Nord et consolidés grâce à une analyse environnementale. Les objectifs sont d'une grande portée et ambitieux; toutefois, les progrès réalisés à l'égard de l'équité en matière de santé reposent sur la prise de mesures audacieuses et sur l'avancement vers un changement significatif. Ces objectifs et options proposés ne constituent pas un mandat final, mais reflètent les contributions essentielles des participants dans le cadre de l'élaboration de la présente stratégie et donnent une signification tangible quant au potentiel de

l'établissement d'un réseau dirigé par le Nord.

Le réseau mettra en œuvre un processus de planification afin d'étudier davantage ces objectifs et ces options de mesures à prendre.

Les objectifs préliminaires de chaque fondement pour la prise de mesures découlent de la consultation.

Fondement 1 : la prise en compte des déterminants sociaux de la santé

1.1

Améliorer la sensibilisation à l'égard des déterminants sociaux de la santé et des déterminants de la santé des Autochtones au sein du grand public et des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux

La sensibilisation à l'importance des déterminants sociaux de la santé est la première étape pour apporter des changements aux politiques et aux programmes. Pour ce faire, il faut réaliser un travail intersectoriel afin d'accroître la sensibilisation au sujet de ces déterminants ainsi que de ces facteurs d'iniquité en matière de santé, notamment le racisme, le colonialisme, le sexisme, l'homophobie, la transphobie, la discrimination fondée sur la capacité et le classisme.



1.2

Consulter des partenaires dans l'ensemble des secteurs afin d'élaborer des stratégies de réduction de la pauvreté

Tout au long du processus de consultation, les participants ont mentionné la pauvreté comme étant le déterminant le plus important à une santé. Les participants ont souligné qu'un meilleur soutien au revenu est nécessaire pour assurer un revenu suffisant afin de payer des aliments, un logement, la garde d'enfants, les frais liés à la santé et d'autres frais liés au coût de la vie. Les personnes ont également parlé d'initiatives à prendre pour sortir les collectivités de la pauvreté, comme l'amélioration des conditions de logement et le soutien de possibilités d'études pour tous.

« Nous avons besoin d'un plus grand nombre de programmes pour les enfants et pour les centres d'accueil pour les adolescents. Il y a des programmes parascolaires, mais ils ne sont pas abordables pour un bon nombre de personnes. Les garderies sont très dispendieuses. Les parents doivent parfois quitter leur emploi parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer une garderie ».

– Parent qui vit dans une ville dans le Nord de l'Ontario

1.3

Travailler avec des partenaires pour cerner les possibilités en vue d'améliorer l'accessibilité à des aliments sains, abordables et adaptés sur le plan culturel dans l'ensemble du Nord

La sécurité alimentaire est atteinte lorsque les gens ont accès des aliments en quantité suffisante, nutritifs, appropriés à leur culture qui répondent à leurs besoins alimentaires⁴⁰. Les participants ont relevé que l'insécurité alimentaire dans le Nord de l'Ontario est constamment un problème, à la fois en raison de la pauvreté et des prix élevés des aliments qui sont attribuables aux longues distances de livraison. La perte de systèmes traditionnels alimentaires a également eu une incidence dévastatrice sur la sécurité alimentaire des populations autochtones.

1.4

Collaborer dans l'ensemble du Nord pour améliorer l'accès aux études postsecondaires

L'accès aux études postsecondaires est un facteur essentiel pour assurer la sécurité du revenu et la santé à long terme des personnes et de leurs familles. D'autres possibilités d'études doivent être offertes dans le Nord, et des solutions doivent être proposées pour régler les problèmes d'accès pour ceux qui n'ont pas les moyens de fréquenter l'école.

1.5

Consulter des partenaires dans l'ensemble des secteurs afin d'améliorer l'accès à des logements sécuritaires et abordables

Les logements abordables sont essentiels pour éviter que les personnes deviennent sans-abri et pour éviter les répercussions sur la santé physique et mentale liées à la vie en logement de qualité inférieure et (ou) à une situation de logement précaire.

1.6

Travailler avec des partenaires afin d'améliorer l'accès à l'éducation de la petite enfance et à la garde d'enfants

La santé des enfants est déterminée par la santé de leurs familles; le soutien pour la garde d'enfants de grande qualité est un moyen d'améliorer la santé des familles. La garde d'enfants de grande qualité soutient la croissance et le développement des enfants et donne à chaque enfant le meilleur début de vie possible tout en réduisant le stress des parents. De nombreuses collectivités dans le Nord de l'Ontario n'ont actuellement pas beaucoup d'options pour la garde d'enfants de grande qualité ou n'ont tout simplement pas d'options pour la garde d'enfants.

1.7

Travailler de manière intersectorielle afin de promouvoir l'inclusion sociale

L'inclusion et le sentiment d'appartenance sont des éléments importants pour une bonne santé. Les personnes provenant de groupes marginalisés sont particulièrement vulnérables à l'exclusion sociale et il faut déployer des efforts pour améliorer le sentiment d'appartenance pour ces personnes et ces groupes.

« La promotion de l'identité culturelle auprès des enfants et des jeunes, de même qu'un fort sentiment de l'histoire et de la résistance de la communauté est très importante pour le bien-être de l'ensemble des collectivités ».

– Les membres de la collectivité d'une collectivité éloignée des Premières Nations

De quelle façon le réseau pourrait-il s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé?

- Faire part de et tirer parti des messages et stratégies de marketing social qui sont en cours dans le Nord pour informer la population sur les déterminants de la santé, notamment les campagnes de Santé publique Sudbury & Districts « Vous êtes une force de changement! » et « Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé ».
- Soutenir le développement économique et communautaire dans le Nord en identifiant des intervenants qui créeront une vision commune, détermineront les données utilisées dans les propositions, soutiendront l'élaboration de politiques et les activités de défense des droits et s'engageront de manière unifiée avec le gouvernement à tous les niveaux.
- Créer des partenariats avec les entreprises et les entrepreneurs du Nord et explorer des possibilités d'entrepreneuriat social.
- Travailler avec l'ensemble des secteurs pour explorer les possibilités de mettre en place des services de soutien au revenu adéquats pour les personnes vivant dans la pauvreté, tels que la garantie d'un revenu de base, l'augmentation des taux d'aide sociale et une assurance-médicaments universelle.
- S'appuyer sur le travail, comme le rapport intitulé « Débourser pour se nourrir : un rapport sur le coût des aliments dans le Nord » publié par Réseau pour une alimentation durable en 2016, dans le but d'augmenter le soutien au revenu et les subventions alimentaires afin d'assurer l'accès à une alimentation saine et abordable pour tous. Examiner les options concernant un partenariat avec des organismes agricoles (c.-à-d., la Fédération de l'agriculture de l'Ontario) et les établissements d'enseignement (Université de Guelph) pour étudier les possibilités pour les collectivités rurales et éloignées.
- Soutenir la création de logements avec services de soutien, de programmes de gestion d'alcool en établissements et de logements de transition. Cet aspect peut prendre appui sur le Logement novateur et services de soutien en santé dans le RLISS du Nord-Est 2016-2019, et le travail en cours ayant lieu dans le RLISS du Nord-Ouest selon leur forum de 2016 intitulé « A Healthy Foundation: Bridging the Gap Between Health and Housing ».
- Soutenir la création de nouvelles places de garderies subventionnées dans l'ensemble du Nord en appliquant le Cadre stratégique renouvelé pour la petite enfance et les services de garde d'enfants de l'Ontario (2017).
- Collaborer avec les conseils scolaires afin de faciliter la mise en œuvre du Plan d'action ontarien pour l'équité en matière d'éducation qui vise à améliorer le système d'éducation de façon plus équitable et plus inclusive pour tous les élèves en permettant de cerner et d'éliminer les obstacles systémiques.

Fondement 2 : l'accès équitable à des services de santé de qualité et adéquats

2.1

Travailler avec les fournisseurs pertinents afin de promouvoir l'accès en temps opportun aux soins de santé où vivent les personnes et la coordination de ces soins

L'accès à des services en soins de santé coordonnés et de grande qualité mène à de meilleures expériences pour les patients et accroît les résultats en matière de santé. L'accès en temps opportun aux soins de santé primaires permet aux patients de mieux gérer les maladies chroniques comme le diabète et d'obtenir régulièrement des soins préventifs comme la vaccination et la détection précoce comme le dépistage du cancer. Il permet d'éviter les consultations dans les salles d'urgence pour des conditions de santé qui peuvent être mieux traitées par un fournisseur de soins primaires et de réduire la crainte que vivent les patients lorsqu'ils ignorent quand et où ils recevront des soins⁴¹.

Un médecin travaillant dans un hôpital du Nord décrit pourquoi l'hôpital est utilisé actuellement pour les logements d'urgence :

« Tant de logements abordables ont été enlevés. C'est particulièrement difficile quand il fait froid, lorsqu'il n'y a aucune famille pour les héberger et qu'ils ont des handicaps. Il n'existe aucune unité, aucun abri adéquat et aucune option. Nous ne pouvons pas renvoyer quelqu'un de l'hôpital sans une place où rester ».

L'accès en temps opportun à des services comme les soins obstétricaux, les services de réadaptation, les soins palliatifs, les services des urgences et les services de soins aux patients hospitalisés et la proximité de ses services au domicile des patients sont également importants pour la santé des personnes et des collectivités.

« Les professionnels de la santé dans le Nord n'ont pas accès à la technologie ou aux diagnostics qui sont communs ailleurs. Il s'agit d'un problème de recrutement puisque les professionnels ne sont pas prêts à travailler sans les diagnostics auxquels ils sont habitués. Leur réaction en dit long sur la qualité des diagnostics disponibles dans les petites collectivités du Nord et aux traitements qui en résultent. Les salaires ne sont pas le seul problème de recrutement ».

– Chef de la direction d'un petit hôpital dans le Nord de l'Ontario



2.2

Travailler dans l'ensemble des territoires de compétence afin d'améliorer le recrutement des fournisseurs de soins de santé et le taux de maintien en poste

Le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé et du personnel qui ont l'expérience, qui respectent les contextes du Nord et qui sont compétent sur le plan de la langue et de la culture, assurent les possibilités continues d'offrir des soins de santé de grande qualité. Dans les petites collectivités dans le Nord de l'Ontario, le recrutement et le maintien en poste des médecins et des autres fournisseurs de soins de santé dans les hôpitaux permettent d'assurer l'accès à des services au-delà des soins primaires aussi près du domicile que possible.

2.3

Améliorer la capacité de toutes les personnes, peu importe où ils vivent, d'avoir accès à des services de soins de santé

L'amélioration de l'accès signifie veiller à ce que des services inclusifs et adaptés sur le plan de la langue et de la culture soient offerts, sans obstacle. Pour ce faire, il faut également fournir des moyens de transport pour aider les gens à accéder à ces

Le chef et le conseil d'une collectivité des Premières Nations ont partagé leur frustration associée à l'égard du changement constant de fournisseurs et des travailleurs de passage qui arrivent dans la collectivité.

services, tant au sein de leurs propres collectivités que dans les principaux centres de services de santé⁴². Il est également important que des services de transport soient mis à la disposition des médecins pour transférer les patients vers des soins plus intensifs, puis à nouveau vers leurs domiciles⁴³ et pour que les fournisseurs de services puissent sensibiliser les gens là où ils vivent⁴⁴.

2.4

Améliorer l'accès à des services de soins de santé en français

La langue et la culture jouent un rôle essentiel dans la prestation de services de soins de santé sécuritaires et de haute qualité⁴⁵. Les services en français doivent être pris en charge et améliorés de sorte que les francophones puissent recevoir des soins dans leur langue maternelle et puissent consentir à recevoir des traitements et des procédures.

2.5

Améliorer l'accès à des services de soins de santé inclusifs et adéquats

Dans le Nord, diverses populations, y compris, mais sans s'y limiter, celles qui sont arrivées récemment au Canada, les personnes handicapées, celles qui s'identifient en tant que LGBTQ2S et celles qui vivent avec un faible revenu, font face à certains obstacles liés aux services de soins de santé en raison du manque de soins appropriés et inclusifs provenant des fournisseurs de soins de santé. Les fournisseurs de soins de santé ont besoin de formation et de ressources pour appuyer ces diverses populations, notamment de la formation sur l'inclusion sociale, une formation pour les fournisseurs de soins de santé afin de prodiguer des soins aux patients transgenres et queers, de même qu'une formation de sensibilisation à la culture.

2.6

Améliorer l'accès à des services de soins de santé adaptés sur le plan culturel pour tous les Autochtones

Dans le respect des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en matière d'éducation et de formation, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la formation obligatoire sur la sensibilité culturelle autochtone et contre le racisme pour tous les employés des services publics. L'objectif de cette formation permet aux organismes de contribuer à l'acquisition des compétences, des connaissances, des attitudes et des valeurs nécessaires pour soutenir l'établissement des relations solides et informées avec les collectivités autochtones.

Dans une série de groupes de discussion menés dans le Nord de l'Ontario, les francophones ayant des rendez-vous avec des médecins qui ne parlaient pas leur langue ont révélé que leur expérience en tant que patients en était affectée. Un des participants a affirmé :

« Communiquer en anglais est difficile. Il est plus difficile de se sentir à l'aise et cela devient un obstacle pour la communication »⁴⁶.

Comment le réseau peut-il s'attaquer à l'accès équitable en temps opportun à des services de qualité et adéquats?

- Soutenir les initiatives visant à recruter et à maintenir en poste les professionnels de la santé, particulièrement dans les collectivités rurales et éloignées.
- Soutenir les RLISS dans le cadre de l'expansion du service de consultation électronique afin que les fournisseurs de soins primaires disposent d'un meilleur accès par voie électronique à des spécialistes pour obtenir du soutien pour les décisions relatives au traitement.
- Travaillez avec les sous-régions des RLISS afin de vous familiariser avec le contexte local et les aider à élaborer et à appliquer des méthodes appropriées de prestation de soins pour améliorer l'équité en matière de santé pour leurs populations.
- Joignez-vous au personnel de direction clinique des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest pour promouvoir et appuyer des méthodes de prestation de soins centrées sur la population dans le but d'instaurer l'équité en matière de santé.
- Évaluer l'utilisation du Réseau Télémédecine Ontario (RTO) dans les collectivités autochtones, francophones, rurales et éloignées en parallèle avec les RLISS afin de promouvoir et d'élargir le Réseau Télémédecine Ontario de manière à trouver des façons de mieux répondre aux besoins en matière de soins de santé de ces populations.
- Collaborer avec les municipalités du Nord de l'Ontario pour travailler avec les hôpitaux et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin d'offrir des subventions aux fournisseurs de transport et de rétablir les niveaux de services de Northland Ontario de manière à augmenter le nombre et la fréquence des déplacements, surtout jusqu'aux centres de santé importants à partir des quartiers périphériques. Ces mesures viendraient soutenir

le rapport de la Northwestern Ontario Municipal Association intitulé *The future of inter-community bus service in northwestern Ontario*.

- Soutenir la création et (ou) l'expansion des systèmes de coordination tels que les centres de santé communautaire, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, les maillons santé, les carrefours de santé en milieu rural et les programmes d'intervenant pivot et de coordination des soins avec des partenaires, comme le RLISS du Nord-Est, le RLISS du Nord-Ouest, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et Action Cancer Ontario.
- Soutenir la formation sur la sécurité culturelle autochtone et la formation sur la lutte contre le racisme pour tout le personnel du système de santé.
- Collaborer avec des partenaires comme Santé arc-en-ciel Ontario pour fournir une formation relative aux personnes LGBTQ2 aux fournisseurs de soins de santé, et élaborer un registre des fournisseurs de soins de santé pour les régions du Nord qui sont des alliés et ont reçu cette formation.
- Collaborer avec les partenaires pour recueillir des données probantes pour soutenir les changements apportés au Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales de manière à répondre aux besoins des personnes à faible revenu qui doivent payer des frais de déplacement et d'hébergement lorsqu'ils reçoivent des soins loin de chez eux.
- Collaborer avec le RLISS du Nord-Est, le RLISS du Nord-Ouest et le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario pour soutenir leur Plan d'action conjoint sur les services en français 2016-2019 pour améliorer l'accès et la coordination des services de soins de santé en langue française.
- Soutenir la formation de toutes les ressources humaines en santé et les fournisseurs de soins de santé pour favoriser l'offre active de services de santé en français.

Principe de Jordan

Le Principe de Jordan place les intérêts de l'enfant en priorité de manière à assurer que les enfants des Premières Nations ne sont pas confrontés à des refus, des délais ou des interruptions pour des services qui sont habituellement disponibles aux autres enfants en raison de conflits juridictionnels. Le Principe de Jordan a été appelé ainsi en mémoire de Jordan River Anderson, un enfant autochtone de Norway House Cree Nation au Manitoba né avec une maladie neuromusculaire rare. Puisque ses besoins médicaux ne pouvaient être traités dans la réserve, il a été transféré dans un hôpital de Winnipeg, où une équipe a décidé que les besoins de Jordan seraient mieux satisfaits dans une famille d'accueil près de sa collectivité. Toutefois, les gouvernements fédéraux et provinciaux ne s'entendaient pas sur la responsabilité financière associée aux services à domicile proposés, alors Jordan est demeurée à l'hôpital pendant plus de deux ans, bien qu'il n'était médicalement pas nécessaire pour lui d'y être. Il est décédé à l'hôpital en 2005 à l'âge de cinq ans, n'ayant jamais passé une journée dans sa famille d'accueil.

Selon le Principe de Jordan, lorsque des conflits juridictionnels surviennent entre deux entités gouvernementales pour le paiement de services destinés à un enfant qui est un Indien inscrit qui sont autrement accessibles aux autres enfants canadiens, le gouvernement ou le ministère *de premier contact doit payer pour les services sans retard ou interruption*. L'entité gouvernementale qui défraie les coûts peut ensuite renvoyer l'affaire aux mécanismes de résolution de conflits de compétences. De cette façon, les besoins de l'enfant sont satisfaits d'abord, tout en offrant la possibilité de résoudre le conflit de compétences⁴⁷.

Le Principe de Jordan a été adopté par la Chambre des communes du Canada en 2007. Cependant, en 2017, le Tribunal canadien des droits de la personne a conclu que le gouvernement du Canada a continué d'appliquer « ses façons de procéder en réduisant au minimum la portée du Principe de Jordan », ce qui entraîne des retards bureaucratiques inutiles, des lacunes et des refus de services publics essentiels aux enfants des Premières Nations. Par conséquent, le Tribunal a publié une troisième série d'ordonnances de non-conformité.

Iniquités en matière de santé dans les collectivités autochtones du Nord

La colonisation et le peuplement au sein et autour des collectivités autochtones du Nord de l'Ontario et dans l'ensemble du Canada ont donné lieu à d'importantes iniquités en matière de santé pour les Autochtones⁴⁸. La *Loi sur les Indiens* de 1876 a été adoptée pour opprimer les peuples et la culture autochtones dans le but de dépeupler les terres ancestrales et de les transférer aux immigrants, ainsi que d'assimiler les Autochtones à la culture et à la société coloniale. Elle visait également à miner les traités et à permettre l'appropriation des terres.

Des années 1880 jusqu'à la fermeture du dernier pensionnat en 1996, les enfants étaient retirés de leurs familles et des collectivités, souvent séparés de leurs frères et sœurs et placés dans des pensionnats où les mauvais traitements étaient courants. Les traumatismes infligés à ces enfants continuent aujourd'hui d'affecter les collectivités et les nouvelles générations. Les collectivités autochtones font encore face à de profondes iniquités en matière de protection de la jeunesse et continuent de ressentir les effets des politiques coloniales destinées à opprimer leur culture et leurs pratiques culturelles, et à miner leurs gouvernements traditionnels. Ces politiques coloniales sont fondées sur des mentalités racistes et discriminatoires qui font partie intégrante des institutions et des systèmes de santé et de la société. Le racisme et la discrimination systémique ont entraîné une marginalisation dans tous les domaines de la vie publique, notamment, sans toutefois s'y limiter, un accès inadéquat aux soins de santé⁴⁹.

Dans l'ensemble, les Autochtones sont plus susceptibles de connaître la pauvreté que les personnes non autochtones au Canada⁵⁰. Ces taux élevés de pauvreté sont directement liés au racisme systémique, ce qui se traduit par une distribution

inégale des ressources, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement et les soins de santé. En 2011, 29 % des Autochtones qui vivaient hors réserve ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires, comparativement à 12 % au sein de la population non autochtone⁵¹. Chez les adultes, seulement 38 % des répondants autochtones vivant hors réserve ont déclaré occuper actuellement un emploi, comparativement à 53 % de la population canadienne en général⁵². Les personnes des Premières Nations vivant sur la réserve sont sept fois plus susceptibles de vivre dans des foyers bondés, et six fois plus susceptibles de vivre dans des foyers nécessitant des réparations majeures que la population non autochtone.

Des progrès sont réalisés pour réduire ces iniquités. Les leaders autochtones dans l'ensemble de l'Ontario favorisent le changement et améliorent la santé et le bien-être des Autochtones grâce à la création d'occasions de propriété collective et d'autodétermination en ce qui concerne les déterminants de la santé sous-jacents comme l'éducation, le développement économique et la santé. De plus, la compréhension croissante du grand public de l'importance d'une réconciliation est une étape très prometteuse vers l'élimination des iniquités en matière de santé auxquelles sont confrontés les Autochtones du Nord de l'Ontario.

Fondement 3 : la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones

3.1

Travailler en collaboration avec les compétences afin de fournir des services de soins de santé équitables pour tous les Autochtones

Offrir des occasions équitables en matière de santé physique et mentale pour les populations

autochtones peut signifier que les services sont fournis dans différents endroits, de différentes manières et qu'ils sont déterminés par la collectivité, tiennent compte des traumatismes et sont adaptés sur le plan culturel. Les anciennes structures du système ne peuvent être modifiées qu'en remettant en question les hypothèses, les politiques et les services, ainsi que les attitudes et les comportements. De nouveaux systèmes de prestation doivent être élaborés avec une perspective autochtone et au sein d'un cadre de travail autochtone. Pour atteindre l'équité, le Principe de Jordan (voir l'encadré à la page 42) doit être maintenu pour les enfants et étendu à toutes les personnes des Premières Nations. Les Autochtones qui vivent dans les milieux urbains ont besoin de services de soins de santé propres à leur culture pour améliorer l'accès aux services de santé et l'équité, ainsi que pour améliorer de façon globale les résultats en matière de santé⁵³.

La guérison et le bien-être des Autochtones doivent être guidés par les croyances, les valeurs, les coutumes, les langues et les traditions autochtones qui viennent compléter celles des systèmes de santé actuels et futurs. Le système de soins de santé est fondé, en grande partie, sur une optique curative tandis que les démarches autochtones fondées sur la culture, qui sont de nature holistique, mettent l'accent sur la promotion de la santé et la prévention à titre d'éléments permanents de la santé. Les collectivités autochtones reconnaissent les guérisseurs, les chamans, les aînés, les sages-femmes, les travailleurs de la santé de la collectivité, et les systèmes de soutien communautaires, ainsi que les fournisseurs représentés dans la *Loi sur les professions de la santé réglementées* de l'Ontario comme des fournisseurs de soins de santé.

« Combien d'organisations gèrent les RH adéquatement? Combien d'entre elles ont évalué l'outil d'embauche qu'ils utilisent pour s'assurer qu'il convient à la culture et à l'embauche des Autochtones? Les dirigeants doivent assumer une responsabilité personnelle afin d'assurer que les Autochtones ne sont pas exclus du processus d'embauche. Le conseil d'administration de district des services sociaux revoit la manière dont nous recrutons les nouveaux employés. Si nous devons publier un emploi trois fois, il y a quelque chose que nous ne faisons pas correctement. »

– Chef de la direction d'un conseil d'administration de district des services sociaux du Nord de l'Ontario.

3.2

Répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁵⁴ et soutenir les efforts des populations autochtones dans l'atteinte de l'autodétermination

Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada invitent tous les paliers du gouvernement à reconnaître que l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct de politiques et de pratiques discriminatoires. Pour aller de l'avant, il faut résoudre les conflits de compétences, élaborer des indicateurs afin de combler les lacunes en matière de santé, offrir un financement viable aux centres de guérison autochtones et appuyer le recours aux guérisseurs autochtones au sein du système de soins de santé canadien. De plus, la Commission de vérité et réconciliation demande au système de santé d'augmenter le nombre de fournisseurs de soins de santé autochtones, de garantir leur maintien en poste dans les collectivités autochtones et de s'assurer d'offrir une formation sur la sécurité culturelle autochtone à tous les fournisseurs de soins de santé. Au-delà de la santé, les 94 appels à l'action ont pour objectif d'aborder les questions relatives au bien-être des enfants, à l'éducation, au langage, à la culture et à la justice, et d'énoncer les mesures pouvant mener à une réconciliation.

Les démarches non autochtones des programmes et services de santé pour les Autochtones ne sont pas bien accueillies dans les collectivités autochtones puisqu'elles ne tiennent souvent pas compte des valeurs, croyances et traditions autochtones. Cet échec nuit à l'adoption et à l'efficacité de ces démarches de manière à faire face aux enjeux importants en matière de santé ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé auxquels sont confrontés les Autochtones. Les solutions normatives continuellement imposées par

le gouvernement pour les questions relatives à la santé des Autochtones ont pérennisé la peur et la méfiance envers l'intention et la forme des services, des institutions et des systèmes de soins de santé. Un changement d'approche envers les questions relatives à la santé des Autochtones de manière à soutenir leur autodétermination est essentiel pour atteindre l'équité en matière de santé pour les populations autochtones.

3.3

Travailler avec les fournisseurs et tirer parti des possibilités afin de fournir plus aisément des conditions de vie sécuritaires qui permettent aux résidents de toutes les collectivités des Premières Nations de s'épanouir

De l'aide est nécessaire pour assurer des conditions de vie sécuritaires, notamment la fourniture de logements appropriés sans moisissure, d'eau saine et d'installations sanitaires. D'autres investissements en infrastructure, y compris la construction de routes pavées et le contrôle des populations de chiens errants permettront également d'améliorer les conditions de vie.



« Nous savons que nous aurons moins de consultations aux services des urgences pour le traitement de l'asthme si les gens ne vivent plus dans des logements insalubres. Il y a aussi moins de consultations aux services des urgences lorsque les gens peuvent se permettre d'acheter les médicaments qui leur sont prescrits. Les soins actifs sont importants, mais si nous ne voyons pas à régler ce qui rend les personnes malades, nous n'arriverons jamais à avancer. »

– Fournisseur de soins de santé auprès des collectivités éloignées des Premières Nations

3.4

Soutenir la culture autochtone en tant que déterminant de la santé des Autochtones

Pendant des siècles, les Autochtones ont été soumis à un génocide culturel par l'entremise des lois et des politiques coloniales et canadiennes (passées et actuelles) dans le but d'éliminer ou d'invalider leur identité culturelle, ce qui a eu des effets dévastateurs sur leur santé et leur bien-être. Si les Autochtones peuvent laisser la culture autochtone s'épanouir dans leur vie, tous les aspects de leur vie, y compris leur santé, en bénéficieront. Les différentes composantes de la culture, y compris la spiritualité, les sports, l'alimentation, l'art et le lien avec la terre, font tous partie intégrante des identités autochtones. Comprendre et soutenir la culture à titre de facteur essentiel de la création de personnes et de collectivités qui sont en santé et qui sont autonomes et dynamiques est crucial pour la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones.

Fondement 4 : Disponibilité des données probantes pour la prise de décision en matière d'équité

4.1

Élaborer une stratégie de données dans le Nord de l'Ontario pour simplifier la collecte, l'analyse et l'interprétation de données afin de prendre des décisions équitables.

Les décisions relatives aux pratiques, aux programmes et aux services en vue d'améliorer l'équité en matière de santé doivent être fondées sur les meilleures données probantes disponibles. Une stratégie relative aux données fournirait une démarche systématique permettant d'orienter, de soutenir et de synchroniser le travail de plusieurs organismes multiples qui recueillent des données au sein de la population. L'élaboration et l'amélioration

des indicateurs et des paramètres du point de vue des régions du Nord apporteraient une pertinence et une valeur accrues pour le travail sur la santé et l'équité en matière de santé dans le Nord.

4.2

Soutenir l'engagement local dans la recherche et l'utilisation de données probantes

L'orientation et la participation communautaire dans la collecte de données, l'utilisation des données probantes et la recherche contribuent à accroître la pertinence des processus, et mieux encore, à prendre des décisions bien fondées.

« Des statistiques précises sont nécessaires pour dresser un portrait complet de la population que nous desservons de manière que nous puissions mieux servir ces populations et défendre leurs droits. »

– Dirigeant en santé publique dans le Nord de l'Ontario

Comment le réseau peut-il aborder la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones?

- Élaborer des structures de responsabilisation pour assurer la mise en œuvre des *appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015)* parmi tous les partenaires du réseau.
- S'efforcer d'offrir des services de traduction en langues autochtones dans les hôpitaux. Par exemple, le Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre a élaboré un guide de traduction; des guides semblables peuvent être élaborés pour d'autres collectivités.
- Obtenir du financement pour que les organismes autochtones puissent élaborer des programmes pour soutenir les pratiques culturelles autochtones, notamment la chasse, la pêche, la récolte d'aliments traditionnels, l'apprentissage de l'histoire, la langue, l'art et les sports.
- Coordonner les organismes gouvernementaux provinciaux, fédéraux et des Premières Nations sur le plan du financement des projets d'infrastructure tels que les routes, les hôpitaux, les écoles et les logements au sein des collectivités des Premières Nations afin d'assurer des conditions de vie sécuritaires et saines.
- Créer une occasion pour les collectivités autochtones, ainsi que pour les secteurs de la santé et de la santé publique, de collaborer avec les établissements de recherche et d'enseignements postsecondaires pour promouvoir les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en s'appuyant sur la *Réponse de l'École de médecine du Nord de l'Ontario aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (2017)*.
- Encourager tous les fournisseurs de services de santé et de services sociaux à suivre une formation en matière de compétence culturelle autochtone offerte par des organismes autochtones, notamment le programme de formation sur la sécurité culturelle autochtone de l'Ontario.
- Soutenir les programmes de santé publique au sein des collectivités autochtones et apprendre des modèles existants. La Weeneebayko Area Health Authority et la Sioux Lookout First Nations Health Authority, par exemple, ont mené une vaste consultation auprès des membres des collectivités pour faire avancer les services de santé publique élargis dans les collectivités qu'elles desservent.

Comment le réseau peut-il assurer la disponibilité des données probantes pour la prise de décision en matière d'équité?

- Soutenir l'élaboration d'ententes de service qui favorisent le partage des données entre les organismes afin de faciliter la planification des programmes.
- S'assurer de l'application du principe PCAP (propriété, contrôle, accès et possession)⁵⁵ ou de principes de gouvernance des données semblables pour ceux qui recueillent des données auprès des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- Soutenir l'application des principes de la recherche éthique, adaptée sur le plan culturel et dirigée par les collectivités au sein des collectivités autochtones, lesquels peuvent être orientés par le cadre de travail de recherche USAI (Utility, Self-Voicing, Access, Inter-Relationality) mis au point par l'Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres.
- Recueillir systématiquement les données relatives à la population francophone grâce à la variable linguistique dans les dossiers de santé et partager cette information avec les planificateurs du système afin de planifier les services en français.
- Fournir un forum pour la collaboration des partenaires comme l'Institute for Clinical Evaluative North (ICES North), le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord (CRaNHR), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et l'Institut des politiques du Nord (IPN) afin d'établir les indicateurs d'équité en matière de santé indicateurs dans le Nord de l'Ontario qui pourraient être utilisés pour mesurer les progrès de l'atteinte de l'équité en matière de santé.
- Soutenir la collaboration avec les principaux établissements et organismes qui œuvrent dans les régions du Nord et soutiennent ces régions, comme l'ICES North, le CRaNHR, Our Health Counts Ontario et l'IPN, afin de soutenir la recherche, l'évaluation et l'analyse locales qui conviennent au contexte, à la géographie et aux populations uniques des régions du Nord.
- Aider les organismes de santé et de services sociaux avec l'adoption de l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé et d'autres outils qui serviront à la planification du programme et la prise de décisions;
- Collaborer avec les collectivités pour développer les capacités locales de recherche, y compris le soutien pour la conception de la recherche, la collecte de données, l'analyse et le partage des données en vue d'améliorer la programmation locale et l'équité en matière de santé dans l'ensemble du Nord.



Aller de l'avant : Répercussions

Ensemble, les mesures prises par un réseau coordonné permettront de créer des occasions de faire progresser l'équité en matière de santé, ce qui aurait des répercussions dans des domaines clés, notamment les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, la prévention et la gestion du diabète ainsi que la santé des enfants et des parents. Ces domaines, ainsi que d'autres enjeux de santé fortement influencés par les conditions sociales et économiques, bénéficieront d'une approche intersectorielle axée sur l'équité qui tient compte de multiples facteurs associés à la santé et au bien-être.

Les objectifs précis de la stratégie seront déterminés par le comité directeur du réseau et les membres du groupe de travail. La feuille de route ci-dessous présente les résultats souhaités à court et à long terme du réseau :

Au cours des deux premières années

- Établissement du comité directeur du réseau, composé de représentants des régions géographiques et des secteurs;
- Engagement du personnel de base du réseau;
- Élaboration des fondements pour la collaboration comme base des mesures à prendre afin d'atteindre l'équité en matière de santé, tels que des processus de participation, d'inclusion et de consultation, l'élaboration d'une charte du réseau et le travail avec les membres des organismes membres du réseau sur l'intégration aux plans stratégiques des priorités en matière d'équité;
- Mise en œuvre d'un processus d'établissement des priorités fondé sur des données probantes en utilisant, comme point de départ, les objectifs potentiels et les mesures que peut prendre le réseau pour répondre à l'objectif d'atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord;

- Prise de mesures coordonnées afin de s'attaquer aux déterminants de la santé, en s'appuyant sur le travail en cours au sein des secteurs et en renforçant les capacités grâce à ce dernier;
- Renseignements fournis régulièrement au gouvernement sur les priorités des partenaires du réseau et sur le plan de travail du réseau

Dans cinq ans

- Continuer la prise de mesures coordonnées afin de s'attaquer aux déterminants de la santé, en s'appuyant sur le travail en cours au sein des secteurs et en renforçant les capacités grâce à ce dernier;
- Élaboration, mesure et évaluation de l'équité et des indicateurs de santé pertinents dans le Nord.

Dans dix ans

- Améliorations des indicateurs d'équité et de santé chez les populations dans le Nord;
- Progrès réalisés dans les domaines prioritaires d'équité déterminés par les partenaires de réseau.

Prochaines étapes

La formation du réseau d'équité en matière de santé dans le Nord est la première étape dans l'atteinte des objectifs de la présente stratégie. La création du réseau exigerait un engagement des intervenants dans l'ensemble du Nord de l'Ontario et le soutien du personnel afin de réunir les partenaires du réseau.

La stratégie exprime l'ambition, la passion et le dévouement du secteur social et du secteur de la santé à travailler ensemble afin que le Nord de l'Ontario soit un endroit plus équitable où les personnes seront en meilleure santé. Au cours de l'élaboration de la stratégie, nous avons entendu qu'il existe, d'un bout à l'autre du Nord et dans l'ensemble des secteurs, une reconnaissance de l'obligation sociétale de tenir compte des iniquités urgentes auxquelles font face les personnes qui vivent dans le Nord. La présente stratégie vise à poser les fondements pour atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord et renforcera la capacité de s'attaquer à l'avenir aux enjeux urgents d'équité en matière de santé.

Ce réseau est une entreprise ambitieuse, car il aspire à réunir et à faire collaborer divers dirigeants et collectivités dans l'ensemble d'une vaste région géographique. En cas de réussite, il réalisera la vision de la stratégie : des occasions équitables en matière de santé pour tous les résidents dans le Nord de l'Ontario.



Annexe A : Démarche méthodologique

Ci-dessous vous trouverez le processus utilisé pour la création de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. L'orientation de la stratégie et le présent rapport ont été fournis par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec le comité directeur de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. La consultation était dirigée par l'équipe de Santé publique Sudbury & Districts avec le soutien de Qualité des services de santé Ontario, et des analyses environnementales ont été effectuées à la fois par l'équipe de Qualité des services de santé Ontario et par l'équipe de Santé publique Sudbury & Districts.

Stade embryonnaire

Qualité des services de santé Ontario a élaboré un plan concernant la santé et l'équité en matière de soins de santé pour l'organisme. L'une des priorités de ce plan consiste à travailler en partenariat afin d'élaborer une Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Pour garder cette stratégie *dans le Nord, par le Nord, pour le Nord*, un partenariat a pris forme entre Qualité des services de santé Ontario et Santé publique Sudbury & Districts, qui a fourni une équipe dans le Nord de l'Ontario. Pour surveiller la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario et soutenir les recommandations de la stratégie, un comité directeur a été mis sur pied et était formé de personnes ayant de l'expérience dans le domaine

des iniquités en matière de santé dans le Nord et celles-ci représentaient les groupes suivants : les Autochtones, les francophones, la santé publique, les soins de santé, la santé mentale, la recherche et l'éducation. Les groupes participant au comité directeur étaient les suivants : Qualité des services de santé Ontario, Santé publique Sudbury & Districts, Northwestern Health Unit, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, Association canadienne pour la santé mentale, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, École de médecine du Nord de l'Ontario, Sioux Lookout First Nations Health Authority, Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, ainsi que des représentants de la collectivité.

Préparation de la réunion de planification

Les noms des personnes intéressées à travailler dans le domaine de l'équité en matière de santé ont été recueillis par Qualité des services de santé Ontario et d'autres entités qui avaient participé aux discussions initiales avec Qualité des services de santé Ontario et Santé publique Sudbury & Districts au sujet de la création d'une Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario. Les invitations à la réunion de planification ont été envoyées aux personnes figurant sur cette liste.

Toute personne ayant fait des démarches auprès du comité de planification qui souhaitait assister à la réunion a également été invitée.

En préparation pour la réunion, une analyse environnementale a été réalisée afin de retracer les stratégies d'équité en matière de santé existantes (principalement les stratégies issues de l'Ontario, mais aussi quelques-unes provenant du Canada et d'ailleurs ont été incluses). Les stratégies sélectionnées ont été utilisées pour aider à définir la portée potentielle de la stratégie dans le Nord de l'Ontario.

Réunion de planification

Soixante dirigeants, universitaires, fournisseurs de services de santé et de services sociaux, décideurs, bailleurs de fonds et les personnes ayant une expérience vécue du Nord de l'Ontario se sont rassemblés pour une réunion d'une journée à l'École de médecine du Nord de l'Ontario simultanément à Sudbury et à Thunder Bay, ainsi que dans les territoires traditionnels des Premières nations d'Atikameksheng Anishnawbek et de Fort William, tandis que d'autres ont participé à distance.

L'objectif de la réunion de planification était de déterminer les initiatives d'équité en matière de santé, la portée du travail sur l'équité en matière de santé à venir, ainsi qu'un processus d'élaboration d'une Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario.

Les participants ont fait un exercice visant à aider à définir la portée de la stratégie. Vingt-six énoncés ont été présentés aux groupes, tels que colligés dans le cadre de l'analyse environnementale, et les participants ont classé leurs dix meilleurs choix et ont ajouté certains de leurs propres énoncés. Ces énoncés ont été examinés en petits groupes et les cinq meilleurs choix ont été colligés dans le but de mieux cerner la portée. Cinq domaines d'intérêt ont pris la tête : s'attaquer aux déterminants de la santé, offrir un accès équitable aux services de soins de santé, favoriser la santé des Autochtones, accroître la disponibilité des données pour la prise de décisions, et assurer le partenariat et la collaboration. Il a été décidé que les quatre premiers deviendraient des domaines d'intérêt en sachant que le partenariat et la collaboration constitueraient des fondements pour tous les domaines d'intérêt.

On a demandé aux participants d'indiquer les personnes qui, selon eux, devraient être consultées et de quelle façon elles devraient être consultées. Il était très clair que les discussions devaient se faire au niveau de la collectivité, en anglais et en français, avec les personnes, les aidants naturels, les fournisseurs de services et les dirigeants municipaux et autochtones. On a aussi déterminé que les discussions devraient inclure des représentants des gouvernements provinciaux et fédéraux afin de mieux comprendre les obstacles juridiques et ministériels. On a jugé qu'il serait préférable de consulter les collectivités sur la meilleure façon de joindre les participants. On a établi qu'il était important que les consultations avec les décideurs, les travailleurs de première ligne et les personnes ayant une expérience vécue se déroulent en face à face, dans la mesure du possible. Ces consultations doivent être coordonnées de manière à bien représenter le Nord-Ouest et le Nord-Est, les milieux ruraux, urbains et éloignés, ainsi que les collectivités autochtones et non autochtones.

Processus de consultation

Le processus de consultation comportait deux volets :

Discussions de consultation par l'entremise des comités existants des membres du comité directeur :

Les membres du comité directeur ont cerné les réunions appropriées pour discuter de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario et pour solliciter la rétroaction des participants à la réunion;

Discussions des principaux intervenants avec des personnes et des groupes :

Le comité directeur et les participants à la réunion de planification ont identifié d'autres intervenants clés qui doivent être consultés pour aider à fournir un tableau complet du contexte d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario et des mesures à venir recommandées. Les invités comprenaient des personnes provenant des milieux urbains, ruraux et éloignés, ainsi que des collectivités des Premières Nations. Les fournisseurs de première ligne, les décideurs et les personnes faisant face à des iniquités étaient invités à participer.

Questions de consultation

Comment pouvons-nous accroître la sensibilisation à l'égard des déterminants sociaux de la santé et comment pouvons-nous nous attaquer à ces déterminants?

Que faut-il faire pour améliorer l'accès à des soins de santé de grande qualité qui sont offerts en temps opportun, accessibles et appropriés?

Que faut-il pour améliorer la guérison, la santé et le bien-être des Autochtones?

Qu'elle est la meilleure approche relativement à la collecte de données et à l'accès aux données pour la planification de l'équité en matière de santé et la prestation des services?

Séances de consultation

Pour répondre aux questions ci-dessus, 32 groupes de discussion ont été organisés (avec un total de plus de 300 participants représentant 125 organismes) et cinq informateurs clés du Nord-Est et du Nord-Ouest ont été consultés. Ces participants représentent les membres de la collectivité, les travailleurs de première ligne et les décideurs, ainsi que les personnes qui vivent dans les milieux ruraux et urbains et dans les collectivités autochtones. On peut trouver une liste des organismes représentés durant les séances de consultation à l'annexe B. Les participants ont été consultés dans le cadre de groupes de discussion.

Les séances de consultation et les entrevues des intervenants clés ont été effectuées, en français et en anglais, par le responsable principal du projet de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario, ainsi que le chef de projet.

Analyse

Les renseignements issus des séances de consultation et des entrevues ont été analysés en fonction des thèmes générés par les questions de consultation. Les énoncés ont été divisés en deux catégories : les iniquités en matière de santé et les solutions proposées pour atteindre l'équité en matière de santé. Des sous-thèmes ont été cernés pour la plupart des domaines d'intérêt. De là, les principes globaux, des objectifs et des mesures, ainsi qu'une seule recommandation pour la stratégie ont été créés.

Validation

Les résultats des séances de consultation ont été validés par le comité directeur et dans le cadre du sommet sur la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario qui a eu lieu le 25 mai 2017. L'objectif du sommet était de clarifier et de valider les conclusions et les solutions proposées, et d'étudier les idées de mise en œuvre des solutions proposées. Une validation supplémentaire des principes et des objectifs, ainsi qu'une recommandation unique issues de la consultation et du sommet ont eu lieu dans le cadre d'un sondage en ligne tenu en français et en anglais et envoyé à tous les membres du comité directeur, ainsi qu'aux participants de la réunion de planification, des séances de consultation et du sommet. Les principes et les objectifs ont été modifiés en fonction des réponses du sondage.

Consultation supplémentaire et continue

Une consultation supplémentaire s'est déroulée après le sommet en fonction des lacunes cernées, de manière à consulter des groupes qui n'étaient pas disponibles pendant la phase initiale de consultation. Ces séances de consultation ont utilisé des questions plus ciblées pour combler les lacunes identifiées.

Recherche documentaire secondaire

Une recherche documentaire secondaire a été effectuée pour vérifier la véracité des renseignements recueillis pendant la consultation. Une analyse provinciale a été réalisée pour retracer les programmes gouvernementaux existants et dont pourrait s'inspirer la Stratégie d'équité en matière

de santé dans le Nord de l'Ontario. Puisque la recommandation de la stratégie était de créer un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario, une recherche a été effectuée pour retrouver les modèles potentiels pour l'établissement d'un réseau de collaboration et pour retrouver les réseaux de collaboration existants desquels pourrait s'inspirer le réseau.

Annexe B : Liste des participants et des partenaires de la consultation

Les membres des organismes suivants ont contribué à l'élaboration du présent document.

Nous leur sommes reconnaissants de leur sagesse et de l'intérêt qu'ils portent à la promotion de la santé pour les résidents du Nord de l'Ontario.

L'Accueil Francophone, Thunder Bay

AEFO, Thunder Bay

Algoma Family Services

Algoma Public Health

Alzheimer's Society, Manitoulin

AIDS Committee of North Bay and Area

Anishnawbe Mushkiki, Thunder Bay

Assiginack Family Health Team

Assisted Living, Manitoulin

Atikameksheng Anishnawbek

Atikokan General Hospital

Attawapiskat First Nation

Brain Injury Service of Ontario

CMHA, Cochrane/Temiskaming

CMHA, Fort Frances

CMHA, Kenora

CMHA, Sault Ste. Marie

CMHA, Sudbury/Manitoulin

Canadian Red Cross, Timmins

Cancer Care Ontario

Carrefour Santé de Kapuskasing

Carrefour Santé de Kirkland Lake

Carrefour Santé de Timmins

Centre de santé communautaire
du Grand Sudbury

Centre de santé communautaire du Temiskaming

Centre for Rural and Northern Health Research

Centr'Elles, Thunder Bay

City of Greater Sudbury

City of Kenora

City of Sault Ste. Marie

Cochrane District EMS

Cochrane District Social Planning Council

Cochrane DSSAB

Cochrane Temiskaming Resource Centre

Community Care Access Centre, Little Current

Community Care Access Centre, Kirkland Lake

Community Living, Fort Frances & District

Community Living Manitoulin

Conseil scolaire catholique de district des Grandes-Rivières	Health Sciences North	Monarch Recovery Services
Conseil scolaire de district catholique des Aurores boréales, Thunder Bay	Health Sciences North, Mental Health and Addiction, Manitoulin	Neighbourhood Resource Centre, Sault Ste. Marie
Conseil scolaire de district du Nord-Est de l'Ontario, Timmins	Huron School Board	Nipissing University
Consortium National de Formation en Santé, Université Laurentienne, Sudbury	Institute of Clinical Evaluative Sciences (ICES) North	Nokiiwin Tribal Council
Constance Lake First Nation	Independent First Nations Alliance, Sioux Lookout	Noojmowin Teg Health Centre
Crane Institute for Sustainability, Sault Ste. Marie	Jubilee Centre, Timmins	North Bay and District Multicultural Centre
Dilico Anishinabek Family Care, Fort William First Nation	Kapuskasing community members	North Bay Parry Sound District Health Unit
Elder Abuse Ontario	Kenora Association for Community Living	North Eastern Ontario Family and Children's Services, Timmins
Elevate NWO	Kenora Chiefs	North East Local Health Integration Network
Elliot Lake Family Health Team	Lakehead University	Northeastern Manitoulin Family Health Team
Elliot Lake Pride	Laurentian University	Northern Ontario School of Medicine
Emo & Area Assisted Living	M'Chigeeng Health Centre	Northern Ontario Service Deliverers Association
Englehart & District Hospital	Maamwesying North Shore Community Health, Cutler	Northwestern Health Unit
Espanola Rural Health Hub	Maison McCulloch Hospice, Sudbury	North Shore Health Centre
Firefly Best Start Hub, Kenora	La Maison Verte, Hearst	North West Local Health Integration Network
Fort Frances Tribal Health Services	Manitoulin Central Family Health Team	NorthWest LHIN Regional Palliative Care Program
Fort William First Nation	Manitoulin Health Centre	NorWest Community Health Centres
Foyer des Pionniers, Hearst	Manitoulin Sudbury DSB Paramedic Services, Little Current	Notre-Dame Hospital, Hearst
Gizhewaadiziwin Health Access Centre, Fort Frances	Marathon Family Health Team	Ontario Hospital Association
Group Health Centre, Sault Ste. Marie	Ministry of Health and Long-Term Care	Ontario Native Women's Association
	Misiway Milopemahtesewin Community Health Centre, Timmins	Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres
		Ontario Provincial Police, Fort Frances

Ornge	Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre
Porcupine Health Unit, Timmins	Smooth Rock Falls Health Centre
Pratique de Sage-femme de Hearst	South Cochrane Addiction Service
Pride Manitoulin	Sudbury Action Centre for Youth
Project Love, Timmins	Public Health Sudbury & Districts
Rainbow Health Ontario	Superior Family Health Team
Rainy River District School Board	Temiskaming Health Unit
Rainy River DSSAB	Temiskaming Hospital
Regional Rehabilitative Care Programs	TG Innerselves
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario Sudbury	Thunder Bay District Health Unit
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, Timmins	Thunder Bay Pride
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, Thunder Bay	Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Riverside Health Care, Fort Frances	Thunder Bay Regional Palliative Care Program
Sagamok Anishnawbek First Nation	Timmins Family Health Team
St. Joseph's Care Group	Grand Council Treaty #3
St. Joseph's General Hospital, Elliot Lake	United Native Friendship Centre, Fort Frances
Sault Area Hospital	Victoria Order of Nurses, Little Current
Sault College	Weeneebayko Area Health Authority
Sensenbrenner Hospital, Kapuskasing	West Nipissing General Hospital
Serpent River First Nation	Wiwemikong Health Centre
Shelter House, Thunder Bay	West Parry Sound Health Centre
Sioux Lookout First Nation Health Authority	

Annexe C : Comité directeur de l'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario

Penny Sutcliffe, (coprésidente)

Médecin-hygiéniste et chef de la direction, Santé publique Sudbury & Districts

Alex Vistorino (coprésident)

Codirecteur par intérim, conception et élaboration du système de santé, RLISS du Nord-Ouest

Marion Quigley

Directrice générale, ACSM Sudbury/Manitoulin

D^r Jeffrey Turnbull

Chef, Qualité clinique, Qualité des services de santé Ontario

George Stephen

Consultant en situation de vécu autochtone

Alain Gauthier

Professeur agrégé, Université Laurentienne

Sharon Lee Smith

Sous-ministre associée, politiques et renouvellement, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Kate Fyfe

Chef de la direction par intérim et vice-présidente, rendement et responsabilisation, RLISS du Nord-Est

Terry Tilleczek

Vice-président, stratégie et planification du système, RLISS du Nord-Est

Laura Kokocinski

Chef de la direction, RLISS du Nord-Ouest

Robert Barnett

Directeur administratif, Community Engagement and Integrated Clinical Learning (CEICL)
École de médecine du Nord de l'Ontario

D^{re} Kit Young-Hoon

Médecin-hygiéniste, Bureau de santé du Nord-Ouest

Diane Quintas

Directrice générale, Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario

Janet Gordon

Chef des opérations, Sioux Lookout First Nations Health Authority

Notes en fin

- ¹ Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès et Division de la démographie, tableau CANSIM 102-4315, tableau CANSIM 102-4307.
- ² Booth, G. L., L. L. Lipscombe, O. Bhattacharyya, D. S. Feig, B. R. Shah, A. Johns, N. Degani, B. Ko et A. S. Bierman (2012). «Diabetes», dans A. S. Bierman (édit.), «Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report», vol. 2, Toronto, consulté à l'adresse : <http://www.powerstudy.ca/power-report/volume2/diabetes/>; Institute of Clinical Evaluative Sciences (2015). «The Mental Health of Children and Youth in Ontario: A Baseline Scorecard», consulté à l'adresse : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2015/Mental-Health-of-Children-and-Youth>; Ward, M. S., V. S. Sahai, K. C. Tilliczek, J. L. Fearn, R. C. Barnett et T. Zmijowskyj (2005). «Child and Adolescent Health in Northern Ontario: a quantitative profile for public health planning», *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, no 4, pp. 287 à 290.
- ³ Organisation mondiale de la Santé (2008). «Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr.
- ⁴ Kawachi, I., S. V. Subramanian et N. Almeida-Filho (2002). «A glossary for health inequalities», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, pp. 647 à 652.
- ⁵ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (s.d.). «Glossaire français : Inégalités sociales de santé ou iniquités de santé et Équité en santé», consulté le 13 décembre 2017 à l'adresse : <http://nccdh.ca/fr/resources/glossary>.
- ⁶ Ontario Public Health Association (2015). «Position statement on applying a health equity lens», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <http://www.opha.on.ca/Position-Papers/Applying-a-Health-Equity-Lens.aspx>.
- ⁷ Saskatoon Health Region (2014). «Better Health for All: Health Status Reporting Series 3 Advancing Health Equity in Health Care», Saskatoon (SK) : auteur, consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Pages/ReportsPublications.aspx.
- ⁸ Désigne collectivement les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les queer, les bispirituels et toute personne qui s'identifie de cette façon.
- ⁹ Le terme général «déterminants de la santé» est utilisé tout au long du présent document pour englober à la fois les déterminants sociaux de la santé et les déterminants de la santé des Autochtones (GREENWOOD, M., S. de Leeuw, N. M. Lindsay et C. Reading [édit.] [2015]. «Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social», Canadian Scholars Press.) Des termes précis seront utilisés, au besoin.
- ¹⁰ Les organismes partenaires comprennent les suivants : l'Association canadienne pour la santé mentale, le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, Qualité des services de santé Ontario, l'Université Laurentienne, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, le réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, l'École de médecine du Nord de l'Ontario, le Bureau de santé publique du Nord-Ouest, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, le Sioux Lookout First Nation Health Authority et Santé publique Sudbury & Districts. Le comité comprend également un conseiller membre de la collectivité.
- ¹¹ Calculé à partir des Statistiques du RLISS du Nord-Est et du RLISS du Nord-Ouest (2015). Consulté à l'adresse : http://www.nelhin.on.ca/?sc_Lang=fr-CA/ et http://www.nwhin.on.ca/?sc_Lang=fr-CA.
- ¹² Gouvernement du Canada (2016). «Programme de développement du nord de l'Ontario : Rapport d'évaluation final», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : https://www.ic.gc.ca/eic/site/ae-ve.nsf/fra/h_03832.html#p1.
- ¹³ Figure 2, Sources : La population et la masse terrestre sont calculées à partir des renseignements fournis sur le site Web du RLISS du Nord-Est et celui du RLISS du Nord-Ouest et sont comparées aux données de Statistique Canada, tableau CANSIM 051-0001, consulté à l'adresse : http://www.nelhin.on.ca/aboutus.aspx?sc_Lang=fr-CA; http://www.northwestlin.on.ca/?sc_Lang=fr-CA. Les données sur les collectivités des Premières Nations ont été consultées à l'adresse : <http://firstnation.ca>. Les populations francophones autochtones sont calculées à partir des données du RLISS. Le nombre d'Autochtones est susceptible d'être considérablement sous-estimé en raison de limites inhérentes aux données.
- ¹⁴ Données fondées sur celles de 2007-2009. Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès et Division de la démographie, tableau CANSIM 102-4315, tableau CANSIM 102-4307.
- ¹⁵ Données fondées sur celles de 2015. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2015). Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (2015).
- ¹⁶ <https://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/employment/index.html>.
- ¹⁷ Institut des politiques du Nord (2015). «Sommes-nous à la hauteur? Tendances de l'éducation dans le Nord ontarien», consulté à l'adresse : <http://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/commentaries/fr-commentary-education-french-version-1.pdf>.
- ¹⁸ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2014). «Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones», préparé par le Comité consultatif sur la santé des Autochtones et le Bureau des politiques de la santé et des communications.
- ¹⁹ Institut des politiques du Nord (2015). «Access to culturally appropriate care for physical and mental health», consulté à l'adresse : <http://www.northernpolicy.ca/healthpolicy/priorities2>.
- ²⁰ Qualité des services de santé Ontario (2017). «Santé dans le Nord», consulté à l'adresse : <http://healthinthenorth.hqontario.ca/sante-dans-le-nord>.
- ²¹ Santé Canada (2010). «Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/promotion-sante/savoir-agir-prevention-suicide-chez-jeunes-premieres-nations-sante-canada-2003.html>.
- ²² Eggerston, E. (2015). «Aboriginal youth suicide rises in northern Ontario», *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 187, no 11 (2004), pp. E335 et E336.
- ²³ Qualité des services de santé Ontario (2016). «À la hauteur», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2016-fr.pdf>.
- ²⁴ Rabi et coll. (2006). «L'association du statut socioéconomique par rapport à la prévalence du diabète et à l'utilisation des services de soins aux diabétiques» BMC Health Services Research, vol. 124, n° 6, consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <https://bmchealthservs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-124>. articles/10.1186/1472-6963-6-124
- ²⁵ Direction de l'analytique en matière de santé (2013). «Les mesures de rendement clés pour la stratégie de lutte contre le diabète de l'Ontario. Rapport final Ministère de la Santé et des Soins de longue durée», consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.champlaindrcc.ca/downloads/toolbox/Key%20Performance%20Measures_Ontario%20Diabetes%20Strategy_Final%20Report%202013.pdf.

- ²⁶ Le Centre de gouvernement de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2012). « L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations Ottawa, CGIPN », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <http://fnigc.ca/fr/our-work/regional-health-survey/un-coup-doeil-ers.html> .
- ²⁷ Wang, C., A. Guttman et T. To (2009). « Neighborhood Income and Health Outcomes in Infants », *Archives of Pediatrics & Adolescent* vol. 7, n°163, pp. 608 à 615, consulté à l'adresse : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/381749>.
- ²⁸ Smyllie, J et coll. (2010). « A Review of Aboriginal Infant Mortality Rates in Canada : Striking and Persistent Aboriginal/Non-Aboriginal Inequities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 101, pp. 143 à 148.
- ²⁹ Le Centre de gouvernement de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2012). « L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations Ottawa, CGIPN », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <http://fnigc.ca/fr/our-work/regional-health-survey/un-coup-doeil-ers.html>.
- ³⁰ Lo et coll., au nom de Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births (2011). « Pregnancy and neonatal outcomes of aboriginal women: A systematic review and meta-analysis », *Women's Health Issues*, vol. 21, pp. 28 à 39.
- ³¹ Kelly, L., J. Guilfoyle, J. Dooley, I. Antone, L. Gerber-Finn, R. Dooley, J. Maki (2014). « L'abus de narcotiques durant la grossesse dans le nord-ouest de l'Ontario : Trois ans d'étude de cohorte prospective », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 10, n° 60, pp. e493-e498.
- ³² Kelly, L., J. Guilfoyle, J. Dooley, I. Antone, L. Gerber-Finn, R. Dooley, J. Maki (2014). « L'abus de narcotiques durant la grossesse dans le nord-ouest de l'Ontario : Trois ans d'étude de cohorte prospective », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 10, n° 60, pp. e493-e498.
- ³³ Réseau pour une alimentation durable (2016). « Déboursé pour se nourrir : un rapport sur le coût des aliments dans le Nord », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : https://foodsecurecanada.org/sites/foodsecurecanada.org/files/debourser_pour_se_nourrir_-_rapport_sur_evaluation_du_cout_des_aliments_dans_le_nord_rad.pdf.
- ³⁴ Gouvernement du Canada (2017). « Statistiques et graphiques sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada (2011 à 2012) », consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/science-nutrition-et-recherche/securite-alimentaire/statistiques-insecurite-alimentaire-menages-2011-2012.html>.
- ³⁵ Association canadienne pour la santé mentale (2017). « Rural and Northern Community Issues in Mental Health », consulté à l'adresse : <https://ontario.cmha.ca/documents/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health>.
- ³⁶ Gouvernement du Canada (2017). « Avis sur la qualité de l'eau : Premières Nations au sud du 60° parallèle », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/sujets/sante-et-environnement/qualite-eau-sante/eau-potable/avis-premieres-nations-sud-60.html>.
- ³⁷ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2015). « Priorité aux patients : Proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario. Document de travail, 17 décembre 2015. Voir : http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/discussion_paper_20151217.pdf.
- ³⁸ Association pour la santé publique de l'Ontario (2015). « Énoncé de position sur l'application d'une perspective axée sur l'équité en matière de santé », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <http://www.opho.on.ca/Position-Papers/Applying-a-Health-Equity-Lens.aspx>.
- ³⁹ D^e Anderson L. et S. Um (2015). « Examen international de stratégies d'équité en matière de santé. Toronto : Wellesley Institute ». Voir : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2016/07/International-Review-of-Health-Equity-Strategies.pdf>.
- ⁴⁰ Gouvernement de l'Ontario (2017). « Élaboration de la première stratégie ontarienne pour la sécurité alimentaire », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/page/elaboration-de-la-premiere-strategie-ontarienne-pour-la-securite-alimentaire>.
- ⁴¹ Gouvernement de l'Ontario (2014). « L'excellence des soins pour tous », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/pri_access.aspx.
- ⁴² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (s.d.). « Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. Étape 1 du rapport », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralNorthern/docs/report_rural_Northern_EN.pdf.
- ⁴³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (s.d.). « Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. Étape 1 du rapport », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralNorthern/docs/report_rural_Northern_EN.pdf.
- ⁴⁴ Association canadienne pour la santé mentale (2009). « Rural and Northern Community Issues in Mental Health », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : <https://ontario.cmha.ca/documents/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health/>.
- ⁴⁵ Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest (2015). « Joint Action Plan on French Language Services », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2016/06/Joint-Action-Plan_NE-LHIN-NW-LHIN-RMEFNO_-_2016-2019.pdf.
- ⁴⁶ CRaNHR (2017). « Concordance et discordance linguistique : Comprendre l'expérience des patients francophones chez leur médecin de famille dans le Nord de l'Ontario. Recherche en FOCUS sur la recherche », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://docs.wixstatic.com/ugd/bca2bf_7518bbe5d7ea403aa269f7aa1c0d1f18.pdf.
- ⁴⁷ Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada (2011). « Principe de Jordan », consulté à l'adresse : <https://fncaringsociety.com/fr/principe-de-jordan>.
- ⁴⁸ Frideres J. et R. R. Gadacz (2011). « Aboriginal Peoples in Canada », 9^e édition, Toronto : Pearson Canada.
- ⁴⁹ Waldram, J.B., A. Herring, T. K. Young (2006), « Aboriginal health in Canada. Historical, cultural, and epidemiological perspectives », 2^e édition, Toronto : University of Toronto Press.
- ⁵⁰ Wien, F. (2017). « Combattre la pauvreté dans les collectivités autochtones au Canada, CCNSA », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : https://www.ccsna-nccah.ca/525/Voir_publication.nccah?id=196.
- ⁵¹ Statistique Canada (2011). « Enquête nationale auprès des ménages ».
- ⁵² Statistique Canada (2011). « Enquête nationale auprès des ménages ».
- ⁵³ Colombie-Britannique, Provincial Health Officer (2009). « Pathways to Health and Healing – 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia : Rapport annuel du Provincial Health Officer de 2007. Victoria, C.-B. : Ministry of Healthy Living and Sport ».
- ⁵⁴ Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015). « Appels à l'action », consulté le 24 octobre 2017 à l'adresse : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf.
- ⁵⁵ PCAP® est une marque déposée du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (www.FNIGC.ca/OCAP).

Qualité des services de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest, 10e étage
Toronto, ON M5S 1N5
Téléphone : 416-323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Courriel : info@hqontario.ca
Site web: www.hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-1500-5 (Imprimé)
ISBN 978-1-4868-1501-2 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018