

LE TORONTO INDIGENOUS HEALTH ADVISORY CIRCLE (TIHAC) :

Favoriser les stratégies axées sur
l'autodétermination en matière
de santé des Autochtones



**Toronto Indigenous
Health Advisory Circle**



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



MUSKRAT
MAGAZINE.COM

LE TORONTO INDIGENOUS HEALTH ADVISORY CIRCLE (TIHAC) :

Favoriser les stratégies axées sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones

Remerciements

Rebeka Tabobondung, de MUSKRAT Media, et Karen Fish, du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), ont rédigé la présente étude de cas sous la direction de Michelle Sault (Minokaw Consulting) et de Connie Clement (CCNDS). Erica Commanda (MUSKRAT Media) et Karen Fish (CCNDS) ont réalisé les entretiens préalables. Danielle McDonald (CCNDS), Jaime Stief (CCNDS) et Zainab Amadahy ont aidé à la révision, à la recherche et à la production. Les participants du Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC) dont les commentaires paraissent dans le présent document ont passé en revue la version préliminaire.

Veuillez citer le présent document et son contenu comme suit :

Toronto Indigenous Health Advisory Circle, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et MUSKRAT Media. (2019). *Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC) : Favoriser les stratégies axées sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

Veuillez vous reporter à l'annexe A pour en savoir plus sur les trois organismes ayant coopéré à la production de la présente étude de cas.

La production de la présente étude de cas est rendue possible grâce à l'aide financière du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, qui reçoit la majeure partie de son financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

ISBN: 978-1-989241-13-4

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *The Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC): Advancing Self-determined Indigenous Health Strategies*.



Ces conversations n'auraient pas eu lieu il y a 30 ou 40 ans. Quand mon grand-père avait mon âge, il n'avait pas le droit de quitter la réserve. À l'âge de ma sœur, il vivait dans un pensionnat. Je me sens très privilégié de vivre dans une ère où il nous est possible de travailler à décoloniser les systèmes de notre société.

(Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)



TABLE DES MATIÈRES

LEÇONS TIRÉES AU SUJET DES PRINCIPAUX MÉCANISMES PROPRES À FAVORISER L'AUTODÉTERMINATION DES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ	2	ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES	24
		Cadrer la stratégie et établir les priorités	24
		Rédiger, réviser, mettre en page et publier la stratégie	25
RECONNAISSANCE DU TERRITOIRE	3	LEÇONS TIRÉES PAR LE CERCLE : PRINCIPAUX MÉCANISMES DE RÉUSSITE	27
PRÉFACE : PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ÉTUDE DE CAS	5	A. Faire de l'autodétermination le fondement de la démarche	27
Aperçu du TIHAC	5	B. Accepter la perspective des Autochtones en matière de santé et de mieux-être	28
Élaboration de l'étude de cas	6	C. S'appuyer sur les valeurs autochtones pour structurer le cadre de gouvernance	28
CONTEXTE ENTOURANT L'ÉTABLISSEMENT DU TIHAC	8	D. Employer les valeurs culturelles et les protocoles autochtones	30
Adoption d'une approche axée sur les déterminants de la santé	8	E. Reconnaître les conseillers et les commanditaires ayant de l'influence et une compréhension introspective du racisme	31
Population autochtone de Toronto	11	F. Donner aux jeunes une voix forte et les ressources nécessaires pour agir en toute autonomie	32
« Appels à l'action » de la Commission de vérité et réconciliation	11	G. Favoriser un cadre d'apprentissage encourageant l'inclusivité et la réflexion et fondé sur des rôles, un processus et des données probantes	33
Problèmes relatifs aux autorités et aux services de santé	12	H. Obtenir les ressources humaines et financières suffisantes	35
Principaux organismes et centres de santé autochtones et non autochtones à Toronto	12	I. Retenir les services d'une facilitatrice autochtone familière avec les modes de gouvernance autochtones	36
Travail de collaboration préalable à la création du TIHAC	13	J. Veiller à ce que la collectivité ait une part de responsabilité, qu'elle se fasse le témoin de ce qui se passe et qu'elle prenne part aux célébrations	36
MISE SUR PIED DU TIHAC	16	MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	37
Dynamisme des cadres de direction	16	Étapes de mise en œuvre	37
Haute direction	16	Quels sont les changements observés?	38
Leadership fonctionnel	17	Annexe A : Partenaires	40
Engagement envers l'autodétermination	18	Annexe B : Terminologie	41
Aide des Aînées pour la création d'un cadre de gouvernance autochtone	18	Annexe C : Participants et personnes interviewées	43
Mandat	19	Références bibliographiques	45
Processus de sélection des conseillers	19		
Embauche d'une facilitatrice autochtone indépendante	20		
Rôle des jeunes	21		
Rôle des Aînées et des gardiennes du savoir	21		
Rôle de SPT et du RLISS du Centre-Toronto	22		
Lancement	23		





LEÇONS TIRÉES AU SUJET DES PRINCIPAUX MÉCANISMES PROPRES À FAVORISER L'AUTODÉTERMINATION DES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'étude de cas du Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC) porte sur les mécanismes qui ont favorisé la réussite du TIHAC et de ses démarches qui ont mené à la création de la stratégie. Ces mécanismes pourraient s'appliquer à d'autres organismes et régions du Canada où on cherche à mettre sur pied des organes consultatifs pour l'autodétermination des Autochtones en matière de santé qui travailleraient en partenariat avec des organismes qui ne sont pas nécessairement d'appartenance autochtone et les bureaucraties gouvernementales du secteur de la santé.



(Pour lire sur chacun des mécanismes, voir la section 5.)



RECONNAISSANCE DU TERRITOIRE

Afin de reconnaître la richesse du patrimoine autochtone et le territoire où le TIHAC accomplit son travail, nous présentons ci-dessous la photographie de deux ceintures wampums^a, qui représentent l'histoire du territoire et du traité conclu sur la région maintenant appelée le Grand Toronto.

Ceinture wampum du bol à une seule cuillère

Une équipe de l'Université Ryerson a rédigé le texte de reconnaissance du territoire en consultation avec les collectivités autochtones de la région avoisinante. Le texte comporte une explication de la signification de la ceinture. Il indique un chemin utile et culturellement senti à emprunter pour parvenir au rétablissement des relations entre les peuples autochtones et non autochtones, un chemin fondé sur l'histoire, l'équité et le respect :

Toronto se trouve sur le « territoire du bol à une seule cuillère ». Le bol à une seule cuillère évoque le traité conclu entre les Anishinaabek, les Mississaugas et les Haudenosaunee et qui les lie dans le partage et la protection du territoire. Les Nations et les peuples autochtones, les Européens et les nouveaux arrivants ont par la suite été invités à accepter le traité dans un esprit de paix, d'amitié et de respect¹. (Traduction libre)



crédit photo : Richard D. Hamell

^a Les ceintures wampums sont une trace perlée utilisée comme guide pour la narration de l'histoire des traditions et des lois. On peut en trouver une description intéressante au www.haudenosauneeconfederacy.com/wampum (en anglais).



Kaswenta, la ceinture wampum à deux voies

La ceinture kaswenta, ou la ceinture wampum à deux voies, représente les traités conclus à l'origine entre les colons hollandais et le peuple haudensaunee. Les deux lignes de couleur pourpre symbolisent le respect mutuel quant à la manière dont les peuples autochtones et non autochtones voyagent sur la « rivière de la vie ». Les bouts de la ceinture ne sont pas attachés afin de signifier que les traités n'ont pas de fin. La ceinture évoque le fait que nous avons pour rôles, comme nations autochtones et canadiennes, de nous soutenir mutuellement, sans interférer dans la vie de l'autre ni essayer de la changer^{2(p.17)}. Le TIHAC reconnaît la ceinture kaswenta comme symbolisant son processus de gouvernance harmonieux fondé sur un leadership autochtone et non autochtone^{2(p.35)}.



crédit photo : Richard D. Hamell

REMARQUE AU SUJET DE LA TERMINOLOGIE

L'autodétermination suppose d'être capable de définir sa communauté dans ses propres mots. En sachant cela, le TIHAC et les auteures de la présente étude de cas ont choisi leurs mots avec intention et délicatesse. Dans la stratégie du TIHAC, intitulée *A Reclamation of Well Being : Visioning a Thriving and Healthy Urban Indigenous Community*², et la présente étude de cas, le mot « Autochtone » sert de générique pour englober la multiplicité des individus et des affiliations tribales au Canada, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis. (Voir l'annexe B pour en savoir plus sur les considérations et les décisions des auteures en matière de terminologie.)



PRÉFACE : PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ÉTUDE DE CAS

Aperçu du TIHAC

La présente étude de cas relate l'histoire du Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC), qui s'est réuni officiellement pour la première fois en janvier 2015. Pendant les 15 mois qui ont suivi, on a vu se rétablir les relations, se former un réseau pour les jeunes et naître la première stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto^b. Le TIHAC est un cercle consultatif formé de huit leaders autochtones—tous des représentants sans droit de vote des deux plus grands organismes de santé de Toronto—qui formulent des recommandations sur la manière d'améliorer les résultats de santé chez les Autochtones de Toronto. Le Cercle offre par exemple son avis sur l'orientation générale à prendre en matière de politiques et de plaidoyers pour agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones².

Le Cercle a été mis sur pied dans le respect de la culture autochtone. Son objectif était de mettre à la perpétuation des séquelles du colonialisme qui ont des effets négatifs sur la santé des Autochtones. Pendant 15 mois, le Cercle a enquêté et délibéré sur les écarts

entre les Autochtones et les non-Autochtones de Toronto pour ce qui est de leurs perspectives et leurs résultats de santé. Il a élaboré la première stratégie axée sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones de Toronto intitulée *A Reclamation of Well Being : Visioning a Thriving and Healthy Urban Indigenous Community*². Depuis le lancement de la stratégie en 2016, le Cercle continue de conseiller Santé publique Toronto (SPT) et le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto sur la mise en œuvre de la stratégie.

Le Cercle suit une approche autochtone à la santé. Une telle approche évoque et exige des processus propres à établir des liens équitables entre les organismes ordinaires et les organismes des Premières Nations, inuits et métis. Ces partenariats positifs et novateurs permettent de soutenir les systèmes de connaissances autochtones au même titre que les systèmes de connaissances occidentales, et la formation d'espaces créatifs où les partenaires peuvent œuvrer à l'atteinte d'un objectif commun. Dans l'esprit de cette approche, les bailleurs de fonds et les responsables de l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé respectent l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis quant à la mise sur pied et à l'exécution de programmes et de services et à l'élaboration de politiques et de normes fondées sur les connaissances autochtones offertes par les peuples autochtones mêmes.

^b L'élaboration de la stratégie a exigé huit ans de travail pour faire reconnaître le TIHAC comme organe consultatif officiel.



Le Cercle a réuni des partenaires d'un système de santé fragmenté, en renforçant les communications et en nouant des liens tant dans la communauté autochtone qu'avec le RLISS du Centre-Toronto et SPT. La stratégie, *A Reclamation of Well Being*, est née des délibérations du Cercle. Elle encourage l'échange de connaissances, ce qui pourrait donner lieu à la remise en question et à la modification des approches historiquement inefficaces en matière de santé des Autochtones au Canada. La mobilisation de la jeunesse constituait un élément clé des travaux du Cercle, qui continue de soutenir le dynamisme du Conseil de la jeunesse.

Élaboration de l'étude de cas

Dès les débuts du processus de planification du Cercle, les conseillers ont verbalisé leur intention de faire connaître leur démarche. Ils voulaient faire part de leurs découvertes relativement aux tensions auxquelles se butent les peuples autochtones qui veulent changer des systèmes de santé qui les traitent trop souvent avec indifférence. Après la publication de la stratégie, le CCNDS—l'un des six centres de connaissances

en santé publique du Canada—est entré en contact avec le Cercle, car il estimait ce que l'expérience du Cercle pouvait aider les acteurs de la santé publique à répondre aux 94 Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada³. Le CCNDS voulait faire connaître la démarche du Cercle, parce que celle-ci révélait un changement radical dans la manière d'aborder la santé des Autochtones et offrait aux acteurs des organismes de santé publique ordinaires un modèle où tirer des pratiques judicieuses pour améliorer les perspectives et les résultats de santé chez les Autochtones.

La présente étude de cas fait état des travaux du Cercle depuis ses débuts jusqu'au lancement de la stratégie. Elle met en lumière le temps et le dévouement requis pour que les bailleurs de fonds du système de santé et les collectivités autochtones puissent nouer des liens viables et réinventer les processus décisionnels afin d'y aménager un espace pour les Autochtones. Elle témoigne en outre du temps, des ressources et des efforts qu'il a fallu consacrer pour faire tomber les barrières structurelles qui exacerbent les iniquités de santé que subissent les Autochtones.



En acceptant de co-publier l'étude de cas, les conseillers du Cercle ont demandé que le CCNDS corédige le texte avec des Autochtones, ce qui a mené à l'établissement d'un partenariat avec MUSKRAT Media. Les équipes du Cercle, du CCNDS et de MUSKRAT Media étaient enchantées de travailler en partenariat à la production de l'étude de cas. Elles espèrent que celle-ci aidera à changer la culture dominante au sein du système de santé selon laquelle il faut « traiter tout le monde de la même manière », ce qui a pour effet d'exacerber les iniquités liées aux perspectives de santé et sociales. Elles espèrent aussi que l'étude de cas éclairera les hauts fonctionnaires de la santé qui s'intéressent à l'approche de l'autodétermination pour améliorer et « autochtoniser » les systèmes de santé de même que les dirigeants des collectivités autochtones qui cherchent à influencer les institutions du système de santé et à établir des partenariats avec elles.

En préparation pour la rédaction, les équipes de MUSKRAT Media et du CCNDS ont accepté l'invitation du Cercle de participer en octobre 2017 à une séance de réflexion et de visualisation de l'avenir. Les discussions portaient sur le fonctionnement et les connaissances acquises depuis la création du Cercle. Après la rencontre, Karen Fish et Erica Commanda se sont entretenues avec les membres fondateurs et les membres qui font partie aujourd'hui du Cercle pour recueillir leurs observations sur ce qui a motivé la formation du Cercle. Elles en ont dégagé les principaux mécanismes ayant favorisé sa réussite. Afin d'obtenir un large éventail de points de vue au sujet de la formation du Cercle, Karen et Erica ont interrogé dix participants, soit une Aînée, une gardienne du savoir, un membre du Conseil de la jeunesse, trois représentants de SPT et quatre représentantes du RLISS du Centre-Toronto. (Voir la liste des participants du TIHAC et la liste des personnes interviewées à l'annexe C.) Toutes ces personnes ont passé en revue une première version de la présente étude de cas. Les équipes de MUSKRAT Media et du CCNDS ont travaillé étroitement avec Michelle Sault, la facilitatrice du Cercle, pour mobiliser les conseillers et les participants du Cercle et pour rédiger et réviser l'étude de cas.

La collaboration avait pour objectif à long terme d'améliorer les perspectives et les résultats de santé chez les peuples des Premières Nations, inuits et métis habitant à Toronto, ailleurs au Canada et sur l'île de la Tortue. Il est à espérer que l'expérience du Cercle servira de modèle pour améliorer les mécanismes relativement à ce qui suit :

- partenariats et coapprentissage entre les Autochtones et non-Autochtones;
- conception et exécution de structures, de politiques, de services et de pratiques de soins de santé et de santé publique axés sur l'autodétermination et propres à favoriser la santé des Autochtones;
- élaboration de politiques pour améliorer les conditions de vie quotidienne des Autochtones.

L'étude de cas se révélera utile, notamment pour :

- les personnes qui travaillent dans les systèmes de santé, y compris les praticiens et les intervenants d'autres sphères du système de santé (p. ex. autorités de santé régionales; centres de santé communautaire; ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux), depuis le personnel de première ligne jusqu'aux cadres de direction;
- les organismes, les collectivités et les fournisseurs de service des Premières Nations, inuits et métis qui se préoccupent de santé, de mieux-être et d'autodétermination dans un contexte urbain;
- les individus et les organismes, tant autochtones que non autochtones, qui se préoccupent de santé et d'équité en santé.





CONTEXTE ENTOURANT L'ÉTABLISSEMENT DU TIHAC

Adoption d'une approche axée sur les déterminants de la santé

Pour comprendre le mandat et le travail du TIHAC, il faut tout d'abord connaître les raisons pour lesquelles les peuples autochtones subissent en général un plus lourd fardeau de la maladie et ont de moins bonnes perspectives de vivre en santé que le reste de la population canadienne. Pour son analyse, le Cercle s'appuie sur la perspective des déterminants de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont « des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent⁴ ». Certains chercheurs autochtones ont intégré les perspectives autochtones à la conceptualisation des déterminants de la santé, ce qui permet de mieux comprendre des facteurs comme les effets de la colonisation historique qui a cours encore aujourd'hui, du racisme et des perspectives holistiques, la relation avec la terre, l'autodétermination et les traumatismes intergénérationnels⁵.

Dans leur document sommaire *First Peoples, Second Class Treatment*, Allen et Smylie font valoir que le processus de colonisation a fait en sorte que :

le racisme envers les peuples autochtones est toujours aussi ancré et bien présent. Les idéologies racistes continuent d'avoir de graves conséquences sur la santé et le mieux-être des peuples autochtones [...] parce qu'elles entrent en ligne de compte dans l'accès à l'éducation, au logement, à la sécurité alimentaire et à l'emploi et qu'elles règnent dans les institutions et les systèmes sociétaux, y compris les soins de santé, l'aide à l'enfance et les systèmes de justice pénale^{6(p2)}. (Traduction libre)

Sur le plan de l'accès aux soins de santé, les études sur l'expérience vécue par les peuples autochtones montrent que le racisme est si prévalent que les gens se préparent à devoir affronter les comportements racistes avant même de se rendre aux services d'urgence ou décident parfois tout simplement de ne pas se prévaloir des soins médicaux^{6(p.2),7}. Les données disponibles indiquent que les résultats de santé des peuples autochtones sont pires que ceux de tous les autres groupes de population au Canada^{6,8(p.1)}. Plus particulièrement, selon les données d'une étude de quatre ans menée dans le cadre du projet Our Health Counts Toronto auprès de 1200 adultes autochtones et 600 enfants autochtones habitant dans la ville⁹, plus de 25 % des répondants adultes ont déclaré que les professionnels de la santé les avaient traités de manière injuste en raison de leur identité autochtone¹⁰. De ce nombre, 71 % ont mentionné que ce comportement avait nui à leur volonté de tout de même chercher de l'aide dans d'autres services de santé¹⁰.

Ces résultats sont liés aux effets du racisme sur nos appareils sociaux et judiciaires, par exemple :

- Aujourd'hui, 30 % des enfants en famille d'accueil sont des Autochtones, même s'ils constituent seulement 7,7 % de la population¹¹. Mary Ballantyne, chef de la direction de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, a déclaré que les pratiques du passé et du présent en matière d'aide à l'enfance font en sorte que les enfants autochtones sont surreprésentés dans les familles d'accueil. Ces pratiques ont également entraîné le génocide culturel des Autochtones de l'Ontario¹².
- En 2014-2015, la proportion des adultes en détention était environ huit fois plus élevée chez les hommes autochtones et 12 fois plus élevée chez les femmes autochtones que chez les autres groupes de contrevenants¹³.
- Durant la même période, la proportion des jeunes autochtones sous garde provinciale ou territoriale

était environ cinq fois plus élevée que chez les autres groupes de jeunes contrevenants du Canada¹³. La surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale perdure malgré la diminution des taux d'incarcération en général¹⁴. Voilà des signes de perpétuation du racisme systémique et du colonialisme sous forme, par exemple, d'interventions policières excessives à l'égard des Autochtones ou d'insuffisance des ressources allouées aux collectivités autochtones. Ces disparités ont très certainement des effets sur la santé et le mieux-être des peuples autochtones.

Dans ces circonstances, il est tout à fait remarquable que les peuples autochtones aient survécu et tendent de plus en plus à l'autodétermination pour prendre en charge le mieux-être de leurs familles et de leurs collectivités.



COLONISATION ET RACISME

Le racisme et la colonisation sont interreliés, et ils ont des effets conjugués sur la santé et le mieux-être des peuples autochtones du Canada¹⁵. Dans *Comprendre le racisme*¹⁶, Reading fait la synthèse des études montrant que la race demeure une catégorie sociale, même après l'avoir écartée comme catégorie biologique. La classification sociale de la race crée et perpétue « la structure inéquitable qui accorde des privilèges à certains groupes au détriment d'autres groupes^{16(p.3)} ». Le construit social de race est fondé sur des différences superficielles quant à la physionomie des personnes, avec « des différences établies artificiellement en ce qui a trait à la capacité intellectuelle et au caractère moral des gens considérés comme des “blancs” et de ceux considérés comme des non-blancs, y compris les Autochtones^{16(p.3)} ». Greenwood et collab. font valoir que le racisme—via la promulgation des stéréotypes négatifs dans les médias et ailleurs—ronge l'identité, limite les choix et crée du stress, tous des facteurs qui nuisent à la santé.

Le racisme [...] est un indice de colonisation avancée, et il s'est enraciné dans la société. Conjuguées, ces deux réalités peuvent être considérées comme des déterminants de la santé spécifiques aux Autochtones, parce qu'elles font subir des iniquités socioéconomiques disproportionnées qui sont ancrées dans un contexte sociohistorique donné^{17(p.382-383)}. (Traduction libre)

La Doctrine de la découverte est l'assise du colonialisme au Canada (ainsi que dans bien d'autres régions du monde colonisées par les Européens). C'est sur quoi reposent les lois, les politiques et les litiges historiques et actuels au sujet des territoires et de l'autodétermination¹⁸. La Doctrine de la découverte émane d'une série de bulles papales (déclarations officielles du pape) remontant aux années 1400 déclarant la supériorité raciale des Européens et revendiquant l'absence de tout droit de propriété sur les territoires colonisés avant l'arrivée des Européens. Elle fournissait la « justification juridique et morale¹⁸ » de traiter les peuples autochtones comme étant moins que des êtres humains¹⁹.

Les croyances ancrées dans ces doctrines validaient le déplacement des peuples autochtones par les colons européens, en brisant et en jetant aux oubliettes leurs cultures fondées sur leurs relations profondes et permanentes avec la terre. Le système de réserves restreignait l'espace des peuples autochtones aux terres ayant la plus petite valeur et le moins de ressources, tout en empêchant les déplacements et l'accès aux terres traditionnelles et aux rassemblements, ce qui a joué un rôle prépondérant dans la destruction de la culture, de la tradition orale, de la famille, des ancêtres, de l'identité et des ressources²⁰, et de la santé.

Ces proclamations et croyances bien ancrées continuent de nuire à la cohésion, au mieux-être et à la santé des familles et des collectivités autochtones. Elles sont une grande source de préoccupation pour le Cercle¹⁸. L'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones reconnaît les répercussions des doctrines pour ce qui est « de la santé et du bien-être psychologique et social, [qui] se traduisent par le déni de droits et d'accès à la propriété, aux ressources, et aux médicaments, ainsi que par la violence à l'égard des femmes; elles se mesurent au suicide des jeunes et au désarroi dans lequel se trouvent de nombreux autochtones, en particulier les jeunes²¹ ».

Population autochtone de Toronto

Toronto se trouve sur les territoires traditionnels de la nation anishinaabek et de la confédération haudenosaunee. Aujourd'hui, la région du Grand Toronto demeure un carrefour culturel et abrite l'éventail le plus diversifié des cultures autochtones en Amérique du Nord²². La population autochtone urbaine de Toronto est la plus importante et la plus diversifiée de l'Ontario²³. L'étude *Our Health Counts Toronto*²⁴ menée par l'équipe du Well Living House à l'hôpital St Michael's révèle que de 34 000 à 69 000 Autochtones habitent aujourd'hui à Toronto.

La stratégie du Cercle fait état de quelques statistiques tirées de cette étude :

- Revenu : Bien que le nombre d'Autochtones ayant un revenu élevé tend à augmenter, 90 % de la population autochtone torontoise vit toujours sous le seuil de faible revenu, soit 24 000 \$^{2(p.6)}.
- Situation familiale : 84 % des familles monoparentales ont à leur tête une femme^{2(p.7)}.
- Niveau de scolarité : 25 % de la population autochtone de plus de 15 ans ne détient ni attestation ni diplôme d'études (comparativement à 17,5 % de l'ensemble de la population)^{2(p.6)}.
- Itinérance : Parmi la population en situation d'itinérance à Toronto, 16 % s'identifient comme Autochtones^{2(p.6)}.

Ces données dressent le portrait d'une situation ayant des effets considérables pour la santé. Un revenu du ménage faible constitue un indicateur important de mauvaise santé autodéclarée. Les Autochtones ayant un faible revenu, ne détenant aucun diplôme d'études secondaires ou sans emploi présentaient un pourcentage plus élevé de diagnostic de maladies chroniques. Parmi les patients autochtones hospitalisés en santé mentale, 14 % ont déclaré être sans domicile fixe (comparativement à 8 % des patients en santé mentale parmi l'ensemble de la population). Il importe de souligner que deux tiers des Autochtones de Toronto ont signalé souffrir des séquelles des pensionnats, que ce soit personnellement ou par l'entremise d'un membre de leur famille².

« Appels à l'action » de la Commission de vérité et réconciliation

En 2015, la Commission de vérité et réconciliation du Canada a publié son dernier rapport et ses 94 appels à l'action en vue de remédier aux séquelles laissées par les pensionnats et faire progresser le processus de réconciliation au Canada. Les appels à l'action qui concernent plus particulièrement le système de soins de santé sont les suivants³ :

- reconnaître et mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé^{3(p.3)};
- reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve^{3(p.3)};
- reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et... utiliser ces pratiques dans le traitement des patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande^{3(p.3)};
- en consultation avec les peuples autochtones, établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard^{3(p.3)}.

Dans ses autres appels à l'action, la Commission recommande en outre d'accroître le nombre de professionnels de la santé et d'exiger que l'ensemble des étudiants des programmes d'études liés à la santé suivent un cours sur les questions touchant la santé des Autochtones. Elle fait référence dans plusieurs autres appels à l'action aux déterminants de la santé, par exemple dans son appel pour établir une stratégie en concertation avec les groupes autochtones pour combler les écarts en matière d'éducation et d'emploi entre les populations canadiennes autochtones et non autochtones.



Problèmes relatifs aux autorités et aux services de santé

Au Canada, bien des gens ont du mal à naviguer dans les méandres du système de soins de santé. Cependant, pour les Premières Nations et les Inuits, c'est pire, car ils doivent faire appel aux services de divers ordres de gouvernement, à la fois provincial et fédéral²⁵. La situation donne lieu à une fragmentation des services et à un manque de clarté quant à la manière de s'y prendre pour accéder aux services de santé utiles. Les autorités provinciales et fédérales débattent souvent de savoir qui devrait payer pour quels services. De telles ambiguïtés ont entraîné d'énormes écarts dans la prestation des services de santé aux peuples autochtones.

Aujourd'hui, plus de 80 % des collectivités des Premières Nations (dans les réserves) et inuites s'occupent elles-mêmes de gérer leurs services de santé locaux²⁵. Les études montrent qu'elles obtiennent ainsi de meilleurs résultats de santé²⁵. Cela dit, les services de santé dans les réserves sont généralement sous-financés par rapport au financement des services de santé offerts à la population en général²⁶. Un grand nombre d'Autochtones habitent dans des collectivités éloignées où les services ou établissements de santé se font rares et où le transport n'est pas facile. Les barrières culturelles et de langue compliquent aussi leur accès aux services nécessaires²⁵.

En milieu urbain, il y a un manque flagrant de services de santé adaptés à la culture. Il importe d'appliquer aux collectivités autochtones urbaines le modèle d'autodétermination en matière de services de santé, puisque plus de la moitié des Autochtones du Canada vivent dans les centres urbains²⁷. Lavoie²⁵ fait valoir que les prochains accords fédéral-provinciaux-territoriaux devront comporter des engagements explicites envers les peuples autochtones du Canada, y compris en termes de prestations aux Autochtones vivant en milieu urbain.

Principaux organismes et centres de santé autochtones et non autochtones à Toronto

Au fil des ans, un certain nombre d'organismes de santé autochtones et non autochtones ont mis sur pied des services à l'intention des Autochtones. Le West Neighbourhood (St. Christopher's) House et le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) ont reçu pour leurs projets des subventions des gouvernements ontarien et fédéral. Des organismes tels que le Centre de santé communautaire Anishnawbe Health Toronto, 2 Spirited People of the 1st Nations, Seventh Generation Midwives of Toronto, le Well Living House, l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, le Toronto Aboriginal Support Services Council et d'autres encore ont revendiqué la multiplication des services de santé pris en charge par les Autochtones et assurant la sécurité culturelle.

Anishnawbe Health Toronto

Des représentants du Centre de santé communautaire Anishnawbe Health Toronto (AHT) faisaient partie du comité qui a fini par créer le TIHAC. Le Centre AHT est aussi l'un des organismes commanditaires du Cercle (tout comme SPT et le RLISS du Centre-Toronto). Le Centre est né de la vision du défunt Aîné Joe Sylvester. Le tout a commencé par un projet de recherche sur le diabète qui a fait ressortir la nécessité d'une démarche plus globale en matière de soins de santé pour et par les collectivités autochtones. C'est ainsi que le Centre AHT est mis sur pied en 1984. L'un de ses objectifs était de rétablir, de documenter et de promouvoir les pratiques de guérison traditionnelles autochtones, le cas échéant et dans la mesure du possible²⁸. En 1989, grâce aux ressources financières du ministère de la Santé, le Centre a reçu l'assentiment et le financement nécessaire à titre de centre de santé communautaire—le premier centre de santé communautaire agréé entièrement voué aux Autochtones à Toronto.

Aujourd'hui, le Centre AHT offre l'accès à des professionnels de nombreuses disciplines, y compris des guérisseurs traditionnels, des Aînés et des médecins. Il offre en outre d'intégrer les cérémonies culturelles et les traditions intrinsèques aux soins de santé autochtones.

Le Centre place les pratiques traditionnelles autochtones au cœur de ses programmes et de ses services²⁸. Toutefois, il n'a ni l'envergure ni les ressources pour répondre aux besoins de l'importante population autochtone de Toronto en matière de soins de santé.

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto (RLISS du Centre-Toronto) est un organisme subventionnaire du TIHAC. Il fait partie des 14 organismes de la Couronne à but non lucratif du système de santé publique de l'Ontario. Les RLISS ont été mis sur pied au début 2006 et gèrent les deux tiers de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé par le gouvernement de l'Ontario. L'engagement communautaire fait partie des principales fonctions des RLISS. Ces « réseaux d'intégration » autonomes travaillent en concertation avec de nombreux organismes pour planifier, intégrer et financer les services de santé à l'échelon local, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires et les centres de santé communautaire. Le RLISS du Centre-Toronto dessert la zone du centre-ville (y compris les secteurs de Scarborough, de North York et d'Etobicoke) qui compte plus de 1,15 million de personnes. Des milliers de personnes de plus s'ajoutent à ce bassin de population, car elles viennent travailler au centre-ville, fréquentent les centres de santé et y reçoivent des soins spécialisés²⁹.

Santé publique Toronto

Santé publique Toronto (SPT) est un organisme commanditaire du TIHAC. Étant un service municipal qui relève du conseil de santé de la Ville de Toronto, SPT a la responsabilité des initiatives liées à la santé d'une population de 2,8 millions d'habitants. Il a pour mandat ce qui suit :

- faire participer les habitants de la ville à l'établissement et à la satisfaction des besoins en matière de services de santé destinés à la population;
- améliorer la répartition équitable des possibilités de vivre en bonne santé;
- travailler avec les communautés et le gouvernement local à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé;

- protéger la population contre les menaces émergentes pour la santé³⁰.

Dans son plan stratégique de 2015 à 2019, SPT s'engageait à mettre en œuvre une stratégie en matière de santé des Autochtones fondée sur l'évaluation participative et collaborative des besoins de la population autochtone²⁹.

Travail de collaboration préalable à la création du TIHAC

En 2008, les membres du personnel de SPT et du RLISS du Centre-Toronto ont officiellement commencé à collaborer en vertu de leur engagement envers les peuples autochtones. Les organismes de santé et de services sociaux autochtones et non autochtones desservant Toronto ont animé la même année leur première table ronde sur la santé des Autochtones vivant en milieu urbain. En tout, quatre tables rondes du même genre ont eu lieu entre 2008 et 2010.

LECTURES CONNEXES

Nous vous encourageons à lire aussi la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto intitulée *A Reclamation of Well Being* (en anglais). Le document comporte des données informatives qui dépassent le cadre de la stratégie. En rédigeant la présente étude de cas, nous avons tenté de concentrer notre attention sur les relations, les facteurs et les décisions qui ont mené à l'élaboration d'une stratégie éclairée pour la ville de Toronto. Nous ne voulions pas simplement répéter les propos de la stratégie comme telle.

Il importe en outre de souligner que la stratégie de Toronto et la présente étude de cas traitent toutes deux du cheminement vers la santé. Les faits marquants du processus de planification en matière de santé des Autochtones de Toronto sont représentés sur une frise chronologique à la page 15 de la stratégie.

Au début 2009, le RLISS du Centre-Toronto a pris à son service Vanessa Ambtman-Smith, une femme métisse/Eeyou Istchee spécialisée en engagement communautaire et en équité en santé, à titre de responsable de l'équité en santé. Vanessa Ambtman-Smith a d'abord été embauchée à court terme grâce à une subvention unique versée par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones.

Une fois que son poste est devenu permanent, seulement 25 % de ses fonctions concernaient les services de santé aux Autochtones, et le reste, soit 75 %, concernait les autres populations « difficiles à servir ». Vanessa a accepté de relever le défi en sachant que le RLISS du Centre-Toronto chercherait à étendre son engagement auprès des peuples autochtones.

Vanessa Ambtman-Smith a découvert un système largement fragmenté :

Le RLISS et le système de santé en général avaient accordé suffisamment de priorité à la santé des Autochtones pour financer une structure de planification à long terme. Nous avons donc commencé par répondre aux besoins du moment. Parallèlement, j'ai fait valoir que, pour travailler fructueusement avec la communauté autochtone, la relation doit ressembler à un mariage, pas à un rendez-vous sans lendemain. Il faut s'engager à long terme. (Vanessa Ambtman-Smith, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

À ce moment-là, les organismes autochtones qui fournissaient des services de santé aux Autochtones n'entretenaient aucun lien avec les hôpitaux ou les services sociaux et en santé mentale de la ville, explique Vanessa Ambtman-Smith :

Le paysage de Toronto était à l'époque très fragmenté. Un bon nombre des services qualifiables de services de soins de santé aux Autochtones étaient offerts en périphérie... Je qualifierais la situation de colonisation à la source, ou je dirais : diviser pour mieux régner. Les organismes autochtones aussi bien que non autochtones se faisaient concurrence pour obtenir les ressources absolument insuffisantes pour répondre aux besoins de la collectivité. (Vanessa Ambtman-Smith, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

Vanessa Ambtman-Smith a commencé à collaborer avec Leila Monib, la spécialiste de l'équité en santé à SPT et une femme issue de groupes colonisateurs du Canada, dont l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Europe. Elles ont toutes deux fait partie du premier Cercle consultatif mis sur pied par la Ville de Toronto en 2011 et composé de représentants de la collectivité, d'universités, du domaine de la santé publique et du RLISS du Centre-Toronto. Le Cercle a débattu des questions de santé, y compris la santé mentale et la toxicomanie chez les jeunes, en s'appuyant sur la perspective des déterminants sociaux de la santé. Les membres du Cercle se sont rendu compte en cours de route qu'ils ne parvenaient pas à faire participer les Autochtones habitant Toronto. En effet, très peu de représentants de la communauté autochtone prenaient part aux consultations. Vanessa Ambtman-Smith a évoqué la question et les autres limites du Cercle consultatif intérimaire dans les termes suivants^c :

Nous ne disposions pas de la structure nécessaire pour influencer la direction à apporter des changements. Le Cercle n'avait aucun lien avec la haute direction ni avec l'organe de gouvernance du RLISS... Pendant plusieurs décennies, le système de santé avait été incapable de répondre ne serait-ce qu'aux besoins les plus fondamentaux exprimés par la communauté autochtone. Je menais un combat perpétuel : Comment répondre aux attentes de la communauté et du système à la fois? Surtout considérant les bouleversements et la complexité du système à l'époque. Les leaders autochtones n'étaient pas invités à entrer dans le cercle privilégié du système. La plupart d'entre nous ne le sont toujours pas. À certains égards, nous occupons toujours des postes symboliques simplement pour montrer que les choses avancent. (Vanessa Ambtman-Smith, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

^c Voir la frise chronologique du processus de planification en matière de santé des Autochtones à Toronto.

En décembre 2013, le Centre AHT a présenté au conseil de santé de Toronto les résultats alarmants de son étude dans son rapport *Premature and Preventable Death among Members of Toronto's Indigenous Community : Walking in Their Shoes*. L'étude faisait état de taux de mortalité infantile et de morbidité inacceptables chez les Autochtones qui mourraient de causes évitables.

Nicole Welch, directrice des collectivités en santé à SPT, a réagi au rapport en posant la question suivante :

Comment pouvons-nous justifier ne pas accorder davantage d'attention aux personnes qui meurent dans leur quarantaine au sein de la population? Il est ahurissant de voir que nous pouvons justifier une telle iniquité. (Nicole Welch, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

SPT et le RLISS du Centre-Toronto ont vu dans le rapport une occasion d'élaborer une stratégie globale autour des déterminants de la santé. Vanessa Ambtman-Smith souligne :

L'atténuation des iniquités de santé subies par la communauté autochtone de Toronto exige une démarche cohérente et holistique—qui s'harmonise avec les programmes et les services de santé ordinaires et traditionnels. (Vanessa Ambtman-Smith, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

En 2014, le Centre AHT, SPT et le RLISS du Centre-Toronto ont formé un comité directeur en vue de recommander les modes de fonctionnement et de gouvernance les mieux adaptés à un organe consultatif permanent qui serait chargé d'élaborer une stratégie de santé bien éclairée. En travaillant avec le Native Canadian Centre of Toronto, ces partenaires ont entamé un processus de consultation auprès d'organismes autochtones de Toronto, d'organismes provinciaux et territoriaux et de ministères du gouvernement de l'Ontario. Ils ont étudié les structures de gouvernance d'organes similaires, puis procédé à d'autres recherches et à l'analyse des données.

Leurs constatations ont confirmé que les peuples autochtones de Toronto se heurtent à une série d'obstacles disproportionnée par rapport aux déterminants de la santé et à l'accès aux services de santé.

Les partenaires ont également reconnu que les Autochtones de Toronto montrent des qualités, une résilience et une force hors de l'ordinaire. Puiser dans les connaissances, la culture et les croyances spirituelles permettrait de générer des processus et des politiques propres à améliorer la santé et le mieux-être des personnes, des familles et des groupes autochtones ainsi que les programmes, services et politiques de santé et communautaires de Toronto.





MISE SUR PIED DU TIHAC

Dynamisme des cadres de direction

Pour sa mise sur pied, le Cercle a profité du concours d'un personnel hautement compétent, qualifié et bien réseauté^d dans la collectivité et de cadres de direction déterminés qui ont fait confiance et donné leur soutien à leur personnel.

Haute direction

Le Cercle a profité de la participation et du soutien de la personne la plus haut placée dans chacun des organismes participants du réseau de santé ordinaire, c'est-à-dire : le Dr David McKeown, médecin hygiéniste en chef de SPT, et Camille Orridge, directrice générale du RLISS du Centre-Toronto. Les deux ont reconnu leur responsabilité en matière d'iniquités de santé. Comme décisionnaires, ils reconnaissaient qu'il fallait apporter des changements dans leur organisme et, dans le même souffle, délaisser leur mode de fonctionnement en vase clos.

En entrant au service du RLISS du Centre-Toronto, l'un des premiers défis à relever pour Camille Orridge a été de faire du lobbying auprès du gouvernement provincial au nom du Centre AHT afin d'obtenir plus de financement pour les services de santé. Camille savait que son vécu en tant que femme de couleur, une immigrante ayant connu la pauvreté et le racisme systémique, lui donnerait un point de départ pour apprendre à comprendre l'oppression systémique subie par les peuples autochtones.

À mon arrivée au RLISS, je savais que je voulais porter mon attention sur la dimension communautaire... J'avais l'impression que l'énergie du RLISS avait jusqu' alors été consacrée aux hôpitaux en négligeant les services communautaires. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Camille Orridge a aussi souligné ce qui suit :

Nous ressentions de la culpabilité de ne pas nous en être souciés ou de faire partie de systèmes qui ne s'en préoccupaient pas suffisamment... Nous savions que nous devons respecter la façon de fonctionner des Autochtones... et nous devons parvenir à établir un équilibre. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Le Dr McKeown se faisait le défenseur d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé qui faisait son chemin dans la culture de la santé publique à cette époque. Sous sa gouverne, des acteurs de la santé publique avaient publié des études et donné des conférences sur la racialisation de la santé, les questions entourant l'établissement des immigrants et la pauvreté. L'équipe de SPT avait inventorié les services offerts aux Autochtones et évalué l'état de santé des Autochtones, des données qui se sont révélées utiles lors de l'amorce des activités du Cercle. En sachant qu'il fallait en faire beaucoup plus, le Dr McKeown a fait pression au sein même de son organisme pour qu'une priorité soit accordée à la santé des Autochtones.

^d Le RLISS du Centre-Toronto a par la suite fourni les fonds nécessaires pour les dépenses de fonctionnement et autres frais, de même que pour les honoraires des conseillers du Cercle qui étaient sans emploi, par exemple les Aînés et les jeunes, et les frais ayant servi à l'embauche d'une facilitatrice autochtone indépendante.

Je voulais m'assurer que nous en faisons plus. Cependant, au contraire de Regina où la communauté autochtone se situe au cœur du dossier de l'équité en santé, nous devons à Toronto accorder la priorité à plusieurs populations en même temps. (Dr David McKeown, entretien individuel, 9 novembre 2017) (traduction libre)

En 2010, la Ville de Toronto a publié une déclaration par laquelle elle s'engageait envers les Autochtones. Le plan stratégique de SPT a donc fait état dès 2014 d'une stratégie sur la santé des Autochtones. Le Dr McKeown a souligné que, de son avis et de celui d'autres intervenants, son personnel aurait pu s'occuper d'élaborer la stratégie, mais le document n'aurait pas profité d'une crédibilité ni d'une authenticité similaires ou suffisantes.

D'autres personnes avec qui les auteures se sont entretenues ont parlé d'une « grande synergie » entre les deux dirigeants. Les deux se respectaient, comprenaient l'importance de l'écoute et estimaient que la communauté autochtone pouvait et devait élaborer sa propre stratégie en matière de santé. Les deux savaient qu'il fallait mettre l'accent sur les déterminants de la santé—et non pas simplement sur les services de santé, et qu'il était important de donner au personnel la marge de manœuvre nécessaire pour mobiliser positivement la communauté autochtone afin de déterminer les étapes suivantes comme alliés et amis. Camille Orridge a souligné qu'ils savaient que leurs anciennes...

méthodes coloniales pour prendre les choses en main... ne fonctionneraient pas et n'avaient pas fonctionné par le passé non plus. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Plus tard, après la création du TIHAC, le Dr McKeown et Camille Orridge ont continué de montrer l'engagement de la haute direction envers le processus d'autodétermination en participant à toutes les rencontres du Cercle à titre de commanditaires sans droit de vote. Leila Monib a précisé que la présence des têtes dirigeantes de ces organismes à « chaque rencontre sans exception » a fait grande impression.

Avant l'arrivée de David, absolument aucun des médecins hygiénistes n'avait officiellement rencontré les dirigeants de la communauté autochtone. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Leadership fonctionnel

En avril 2014, Vanessa Ambtman-Smith qui travaillait jusqu'alors au RLISS du Centre-Toronto a obtenu un poste de responsable du dossier autochtone au RLISS de London (Ontario). Elle a souligné qu'il avait fallu cinq ans pour bâtir les fondations nécessaires aux activités du Cercle. À son départ, elle considérait avoir réussi à mobiliser les organismes autochtones d'une façon novatrice, dont les liens de collaboration en matière de santé dureraient longtemps. Sa remplaçante, Ellen Blais était une sage-femme autochtone ayant une vingtaine d'années d'expérience en développement communautaire à Toronto, plus particulièrement auprès de la communauté autochtone. Elle connaissait les personnes clés sur le terrain, dans tous les domaines couverts par les déterminants de la santé. La directrice générale du RLISS du Centre-Toronto Camille Orridge a fait du poste un poste à temps plein à titre de conseillère en santé autochtone et responsable des communications. Ellen Blais et Leila Monib (de SPT) ont entamé en 2014 un processus de planification intensif afin de concevoir et de former le TIHAC, en s'appuyant sur les consultations décrites précédemment. La ronde de consultations comportait des rencontres individuelles avec des personnalités locales et une invitation à manifester son intérêt à faire partie du Cercle.

La confiance et l'harmonie entre Ellen Blais et Leila Monib se sont révélées des facteurs de réussite indéniables. Ellen Blais a indiqué :

Je n'avais jamais travaillé avec quelqu'un comme Leila [Monib]. ... Nos connaissances agissaient en synergie : les miennes découlaient de mon travail auprès des collectivités autochtones et les siennes se rattachaient aux iniquités de santé et aux populations marginalisées. Je pense que tout coulait de source et bénéficiait de l'intervention des ancêtres des personnes sur le terrain. (Ellen Blais, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)



Engagement envers l'autodétermination

Leila Monib a décrit le virage au sein de SPT au sujet de l'autodétermination comme fondamental. On a cessé de considérer les Autochtones comme faisant partie de la mosaïque multiculturelle torontoise et reconnu la nécessité d'établir des liens avec chacune des nations autochtones individuellement^e :

Lorsque je suis arrivée dans l'équipe de l'accès et de l'équité à Santé publique Toronto en 2007, les gens parlaient du racisme envers les Noirs, des droits des personnes handicapées et de la santé des Autochtones... [en s'appuyant] sur le construit du multiculturalisme. Les Autochtones étaient perçus comme un pétale de la fleur de la diversité. Ce n'est pas la bonne métaphore pour parler de ce qui se passe réellement. Les nouveaux arrivants... vivent sur les terres autochtones. Il a fallu beaucoup de temps pour que ce schème de pensée fasse son chemin. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Leila Monib a poursuivi en décrivant le virage comme un cheminement vers une humilité organisationnelle. Ainsi :

Le Cercle a commencé à poser les questions suivantes : Que signifie « autodétermination » [des Autochtones] dans le contexte des activités de la santé publique? Que représente le Cercle dans le contexte des structures coloniales ayant des responsabilités législatives et fiduciaires? (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Aide des Aînées pour la création d'un cadre de gouvernance autochtone

Leila Monib et Ellen Blais sont entrées en contact avec Kahontakwas Diane Longboat, une animatrice de cérémonies et enseignante des traditions qui a mis sur pied la Maison des Premières Nations à l'Université

de Toronto. Elles lui ont demandé de leur expliquer la manière de s'y prendre pour créer un cercle consultatif en s'appuyant sur les cadres autochtones. Diane Longboat a fait valoir le principe de l'autodétermination. Elle voulait que les membres du groupe puissent :

remettre en question les politiques de notre gouvernement au lieu de blâmer les peuples autochtones de leur mauvais état de santé. (Diane Longboat, entretien individuel, 1^{er} novembre 2017) (traduction libre)

Elle a en outre souligné la nécessité d'établir des processus décisionnels non colonialistes :

Pour revitaliser notre peuple, nous devons revitaliser nos processus. Nous devons nous éloigner des façons de faire colonialistes. (Diane Longboat, entretien individuel, 1^{er} novembre 2017) (traduction libre)

En 2014, elle a animé une cérémonie avec plus de 15 organismes autochtones de Toronto en mettant à profit une méthode participative. Les participants à la cérémonie ont demandé les conseils spirituels des Ancêtres afin de trouver une nouvelle façon de fonctionner qui respecterait la nécessité de donner un fondement spirituel au travail et qui permettrait aux membres d'agir de manière équitable et respectueuse.

Diane Longboat s'est ensuite appuyée sur ce qui s'est dégagé de l'exercice pour élaborer un cadre de gouvernance inspiré des objets sacrés du sac-médecine. Ellen Blais a décrit la démarche comme suit :

Nous voulions laisser tomber le jeu colonialiste habituel, surtout lorsqu'il est question d'argent. Nous aurions pu passer beaucoup de temps à établir des critères, mais nous étions d'avis que le processus aurait eu une saveur trop occidentale. J'estimais qu'une démarche organique respectueuse de la manière de penser des Autochtones se dessinait. (Ellen Blais, entretien personnel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

^e Pour en savoir plus au sujet des relations avec chacune des nations, allez au : www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2017/03/March-18-2017-GA-defining-nation-to-nation-relationship.pdf (en anglais).

Le sac-médecine porte des enseignements et leurs fondements. Il respecte l'esprit, rend le Cercle responsable de ses actes et encourage les participants à contribuer de manière équitable. Le sac-médecine contient des objets sacrés qui sont tous porteurs de sens et d'enseignements spirituels. Le recours à un tel cadre de fonctionnement permettait de faire en sorte que les participants cessent de représenter leur organisme pour représenter plutôt un élément symbolique et un point cardinal qu'incarne le sac-médecine. Diane Longboat proposait de tenir chaque conseiller du Cercle responsable des enseignements liés à un objet sacré précis dans le sac-médecine², par exemple la plume d'aigle symbolisant l'amour et les soins portés aux enfants ou le feu sacré symbolisant les jeunes comme représentant la prochaine génération de leaders. Les huit éléments du sac-médecine correspondent aux huit branches de l'étoile du logo du TIHAC et coïncident avec la décision de choisir huit conseillers.

Mandat

En bout de piste, le TIHAC a été créé en tant que groupe consultatif guidé par le concept d'une gouvernance en harmonie ou par une conjugaison de l'identité traditionnelle autochtone et des systèmes occidentaux^{2(p.14)}. Le Cercle déterminerait sa propre méthode de travail et sa propre stratégie et tâcherait de rendre les conseils et les gouvernements responsables de mettre en œuvre ses recommandations.

Le Cercle n'a pas le dernier mot. Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Toronto, le conseil de santé de Toronto et les gouvernements concernés décideraient à la fin de la répartition des fonds et des politiques à mettre en œuvre.

Camille Orridge a reconnu le fait que les gouvernements ne nous laisseraient pas leur dire comment dépenser leur argent... Nous devons l'accepter même si le conseil de santé avait mal servi les peuples autochtones par le passé.
(Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017)
(traduction libre)

Processus de sélection des conseillers

Lors de l'exercice de consultation, les dirigeants autochtones de Toronto avaient été invités à agir comme conseillers au sein du Cercle. L'objectif consistait à recruter des conseillers—ou des membres clés—qui seraient représentatifs des divers peuples et dossiers autochtones à Toronto. Les conseillers devaient accepter de travailler aux côtés des services sociaux de manière à renforcer la collectivité dans son ensemble. Ils devaient s'engager à servir un point cardinal et un objet sacré du sac-médecine plutôt que leur organisme. Ils devaient aussi s'engager à consacrer le temps nécessaire pour élaborer et faire valoir une stratégie sur la santé des Autochtones.

Cette « invitation » aux dirigeants autochtones était lancée dans un climat de méfiance—non seulement entre les dirigeants autochtones et ceux du réseau de santé ordinaire, mais aussi entre et dans les organismes autochtones comme tels. Les conseillers du Cercle d'origine ont déclaré que l'engagement des têtes dirigeantes de SPT et du RLISS du Centre-Toronto de participer à toutes les rencontres du Cercle a permis de dissiper une partie de cette méfiance. L'exercice a ainsi mené six dirigeants autochtones très dynamiques à accepter l'invitation. (Voir l'annexe C.)

Diane Longboat a lancé l'idée de sélectionner deux autres conseillers, pour un total de huit.

Diane jonglait avec l'image de l'étoile à huit branches que nous avons choisie comme symbole. Quand nous lui avons dit que nous avions six conseillers prêts à s'impliquer, elle nous a répondu : « c'est bien; il faudrait maintenant ajouter un Aîné et un jeune—huit personnes représentant les huit branches ». C'était en effet la bonne chose à faire.
(Ellen Blais, entretien individuel, 20 novembre 2017)
(traduction libre)

L'invitation de représenter le Conseil des jeunes a donc été lancée à Sam Kloetstra, un jeune anishinaabe fraîchement installé à Toronto, originaire de la Première Nation de Mattagami située au nord de l'Ontario et



jeune employé du Native Canadian Centre of Toronto. La représentation du Conseil des Aînés est allée à Kahontakwas (Diane) Longboat et à Kawennaronon (Cindy) White, une Aînée originaire du territoire mohawk d'Akwesasne, près de Cornwall, qui fait partie de l'équipe des services aux Autochtones au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (CAMH).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, chaque conseiller s'est engagé à suivre le cadre de gouvernance fondé sur les huit branches de l'étoile et le sac-médecine. Par exemple, Sarah Midanik, directrice générale du Native Women's Resource Centre of Toronto, est l'un des deux conseillers qui ont représenté l'Est, qui signifie la naissance et la renaissance. Son objet sacré dans le sac-médecine était le panier, qui symbolise la langue, la culture et les systèmes de connaissances. Joe Hester, directeur général du Centre AHT, était l'un des deux conseillers représentant l'Ouest, qui signifie la connaissance. Parce qu'il s'occupait de cérémonies depuis plusieurs années, son objet sacré était la pipe, qui symbolise l'inspiration sacrée de l'esprit, les systèmes de connaissances traditionnelles et la cérémonie sacrée.

Comme l'a expliqué Ellen Blais, il a été décidé après mûre réflexion de limiter le mandat de chaque conseiller du Cercle à deux ou trois ans. La décision concernant la durée avait pour but d'encourager le dévouement envers le Cercle tout en veillant à ce que les membres se détachent du cycle à un moment donné pour permettre à de nouveaux membres d'apporter un nouveau souffle et de nouvelles idées.

Embauche d'une facilitatrice autochtone indépendante

Les planificateurs du TIHAC savaient qu'il fallait embaucher une personne douée en communication et en collaboration, maîtrisant bien les façons de faire et les protocoles culturels des Autochtones et jouissant du respect de la collectivité. Michelle Sault, une membre de la Première Nation des Mississaugas de Credit qui est d'ascendance anishinaabek, répondait à tous ces critères et plus. Le RLISS du Centre-Toronto a accepté de verser les honoraires de Michelle dont les services avaient été retenus pour orienter la démarche du groupe. Les participants du Cercle ont perçu cet investissement comme un engagement envers leur réussite. Les personnes interviewées ont déclaré que la présence de Michelle s'était révélée utile, particulièrement au début, vu l'importance d'établir une relation de confiance. Avec le soutien des conseillers du Cercle, Michelle Sault a concentré les premières rencontres sur le mandat et le mode de fonctionnement du groupe^f. Elle a encouragé les échanges entre les conseillers afin de les amener dans un premier temps à s'entendre sur un processus collaboratif, de manière à éviter tout conflit plus tard dans le processus. Les conseillers ont décidé qu'ils déclareraient tout conflit d'intérêts et qu'ils se retireraient du Cercle, advenant le cas. Camille Orridge a décrit l'importance des qualités d'animatrice de Michelle comme suit :

Les gens tenaient à parler du mandat et des aspects psychologiques et spirituels de la démarche... Traiter en profondeur de tous ces éléments nous a été très profitable... En quelques rencontres seulement, [Michelle] nous a montré comment nous allions prendre nos décisions... Elle a eu recours à un processus appelé gradients sur l'échelle de l'entente^g qui est à mon avis l'un des meilleurs processus décisionnels. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

f Le rapport du personnel de la Ville de Toronto concernant le processus d'élaboration de la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto comporte des commentaires intéressants sur le mandat du Cercle (<https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/hl/bgrd/backgroundfile-85829.pdf>; en anglais).

g <http://tools.sparkpolicy.com/wp-content/uploads/2015/04/Gradients-of-Agreement.pdf> (en anglais).



Rôle des jeunes

Lors des préparatifs pour les consultations du Cercle, les participants ont recommandé de mettre sur pied un Conseil de la jeunesse afin d'assurer une forte représentation des jeunes. Au départ, il s'agissait de former le Conseil de la jeunesse avec huit jeunes âgés de 16 à 29 ans capables de plaider pour le mieux-être de la jeunesse. Leila Monib et Ellen Blais ont travaillé avec Sam Kloetstra à l'organisation d'élections générales afin de nommer sept autres membres du Conseil de la jeunesse. Le coordonnateur et un autre jeune membre participeraient au Cercle comme conseillers. Le premier à représenter les jeunes, Sam a été remplacé par deux jeunes femmes leaders. Selon Sam, le Conseil de la jeunesse a très bien réussi à faire entendre la voix des jeunes dans les délibérations du Cercle :

Je me suis trouvé dans une situation où les gens ne font pas du tout confiance aux jeunes, ce qui est dommage, car nous sommes très capables.

(Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017)
(traduction libre)

Le Conseil de la jeunesse continue de travailler étroitement aux travaux du Cercle et à d'autres projets. Le mandat du groupe fait état de l'aspiration des membres d'agir un jour comme figures de proue dans la collectivité et au sein du gouvernement, et de l'espoir que le Conseil favorise l'action communautaire. Comme l'a mentionné Sam Kloetstra :

Même avec la meilleure politique au monde, si rien ne bouge, la politique ne sert à rien. (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Le Conseil de la jeunesse a créé une application informatique (appli) qui connecte les jeunes Autochtones aux services de santé, sociaux et culturels

de la ville. L'appli donne accès à une carte et à un forum en ligne. Le Conseil a également organisé à l'intention de tous les jeunes de la ville un excellent forum sur le thème de l'amour et du leadership.

Rôle des Aînées et des gardiennes du savoir

Diane Longboat a invité la gardienne du savoir Cindy White à faire partie du Cercle, à porter le sac-médecine et à amener les conseillers à comprendre leur rôle dans le contexte du sac-médecine. Cindy White a expliqué ce rôle comme suit :

La présence des Aînées et l'utilisation du sac-médecine fait en sorte que tout le monde reste concentré sur les objectifs de la rencontre.

(Cindy White, entretien individuel, 3 novembre 2017)
(traduction libre)

Aussi longtemps qu'elle a eu la responsabilité de porter le sac-médecine, Cindy White était la seule à pouvoir l'apporter à la table de discussion. Si elle était absente, le sac-médecine aussi. Les membres du Cercle ont mentionné que la qualité de la rencontre du Cercle n'était pas pareille en l'absence de Cindy—et du sac-médecine.

Avant chaque rencontre, la gardienne du savoir prépare la salle en la purifiant par la fumée, une cérémonie pratiquée en brûlant l'une des quatre herbes médicinales sacrées (cèdre, sauge, foin d'odeur ou tabac). Les herbes médicinales sacrées sont répandues sur la table afin de bien ancrer les discussions. À leur arrivée, les membres passent à côté des herbes médicinales avant de s'asseoir autour de la table. Si les personnes autour de la table ne parviennent pas à s'entendre, ou si une personne demeure inflexible, l'Aînée discutera avec cette personne en aparté afin de



déterminer s'il y a des problèmes plus profonds. Le rôle de l'Aînée consiste aussi à communiquer les processus de paix émanant du code de déontologie du TIHAC. L'Aînée donne ainsi le ton aux rencontres et s'assure que tout le monde a l'occasion de s'exprimer.

Les conseillers ont souligné que l'une des particularités du Cercle est son maintien de l'honnêteté et de l'intégrité culturelle. Ils ont tous déclaré que la présence des Aînées et le recours à la cérémonie avaient un effet calmant :

Cela nous a fait adopter un comportement civil en tout temps, nous a ouvert l'esprit aux possibilités infinies, m'a fait comprendre que nous étions guidés par nos ancêtres prêts à nous aider. (Commentaires recueillis à l'aide de cartes distribuées lors de la séance de réflexion du TIHAC, octobre 2017) (traduction libre)

Les conseillers, la facilitatrice et le Conseil des Aînés du Cercle ont élaboré un code de déontologie fondé sur les enseignements haudenausée et anishinaabek afin d'encadrer le comportement des conseillers du Cercle. Le Code fait état des modes de règlement traditionnels en cas de tensions et de conflits et constitue un document d'importance pour le Cercle.

Une fois que les structures de gouvernance éthique et culturelle du Cercle ont été élaborées et mises en place, le Conseil des Aînés avait terminé son travail. Diane Longboat et Cindy White ont continué de participer aux rencontres du Cercle et à encourager l'utilisation du Code de déontologie et des protocoles culturels. Toutefois, le travail de départ des Aînées et des gardiennes du savoir pour établir la vision et la structure du Cercle avaient pris fin.

Rôle de SPT et du RLISS du Centre-Toronto

SPT et le RLISS du Centre-Toronto ont largement contribué au processus de mise sur pied du Cercle et à l'élaboration de la stratégie sur la santé des Autochtones. Ils ont tous deux affecté du personnel, plus particulièrement Ellen Blais et Leila Monib, qui

ont consacré leur talent, leur temps et leur énergie. SPT a mandaté l'organisme Well Living House de réaliser le recensement des services communautaires autochtones à Toronto et ailleurs, en relevant aussi les lacunes. L'organisme a également effectué une analyse documentaire afin d'en dégager les éléments liés aux déterminants sociaux de la santé des Autochtones de même qu'aux structures de gouvernance de conseils similaires au Canada. La Well Living House a par la suite créé une série de produits d'information (énumérés dans la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto) qu'a passé en revue le TIHAC pour établir ses priorités de travail.

Outre son travail avec la Well Living House, SPT a également collaboré avec le Native Canadian Centre of Toronto (NCCT) afin d'organiser des séances d'engagement communautaire en faisant appel à divers groupes de population autochtone, y compris les jeunes, les Aînés, les transsexuels et les bispirituels de Toronto. SPT a également retenu les services de l'experte-conseil Bernice Downey, Ph. D., une infirmière, anthropologue et spécialiste en santé des Autochtones qui est de descendance oji-cri et celte, et l'a mandatée d'élaborer un cadre d'orientation pour les travaux du Cercle.

Le RLISS du Centre-Toronto a embauché Michelle Sault à temps plein, et l'a nommée facilitatrice du Cercle. Il a alloué les fonds nécessaires pour couvrir les honoraires des conseillers non rémunérés par un organisme quelconque. Ces paiements servaient à rembourser la participation à la séance de réflexion pour discuter de la stratégie, aux rencontres du Cercle, au lancement public et à l'élaboration et à l'impression du rapport. Le RLISS a également mandaté la Well Living House, un centre de recherche et d'action autochtones ayant de l'expérience en élaboration et en application de cadres d'action autochtones au sein d'établissements de santé occidentaux, de produire des outils de planification stratégique pour faciliter les travaux du Cercle.

Très vite, on s'est entendu pour que SPT et le RLISS du Centre-Toronto participent au Cercle, mais qu'ils n'aient aucun droit de vote. À titre de commanditaires, ils auraient la tâche de participer, d'écouter, de nouer des liens, de

Vision

Nous imaginons une communauté autochtone torontoise prospère et en santé grâce au respect et à l'harmonisation des pratiques, des politiques et des ressources.

Mission

Orienter la réforme des programmes et des services de santé vers le mieux-être des peuples autochtones de Toronto.

Principes de fonctionnement

1. L'élaboration des plans de santé s'effectue à l'aide d'un partenariat sincère avec les peuples autochtones.
2. Les Autochtones reçoivent des soins efficaces, adaptés à leur culture et assurant leur sécurité culturelle chaque fois qu'ils cherchent à se prévaloir des programmes et des services, parce que les obstacles aux meilleurs soins sont tombés.
3. La planification des soins de santé s'effectue de manière à répondre aux besoins de la communauté autochtone. Les soins sont adaptés, appropriés, efficaces, efficaces et d'excellente qualité tant du point de vue systémique qu'interpersonnel.
4. Les ressources financières et humaines allouées aux programmes et aux services de santé offerts aux Autochtones visent à soutenir un système harmonisé et collaboratif.
5. Utiliser et renforcer les forces de leadership autochtone et des communautés autochtones pour qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes.

fournir de l'information en la situation dans le contexte, de communiquer de l'information à leur organisme, et de faire rapport sur les résultats de leurs suivis organisationnels. Ellen Blais, Leila Monib et d'autres membres du personnel ont fourni les services de secrétariat.

Lancement

Le lancement du TIHAC s'est effectué, sur les conseils des Aînés, dans le cadre d'une fête communautaire lors de la nouvelle lune. La journée du 23 janvier 2015 a été entièrement consacrée au lancement du Cercle dans les bureaux du NCCT, avec des cérémonies le matin et le soir et des festivités. Plus de deux cents habitants et parties prenantes y ont pris part. (Ellen Blais a fait

remarquer que cette journée tombait exactement neuf mois après son entrée au service du RLSS du Centre-Toronto : « et je suis sage-femme! ») Le lancement s'est révélé une excellente occasion de faire part de la vision, de la mission et des principes de fonctionnement énoncés pour orienter la démarche du Cercle.

Le TIHAC a tenu sa première rencontre mensuelle de trois heures en janvier 2015. Sur les conseils de Michelle Sault, les conseillers ont accepté de commencer chaque rencontre avec une cérémonie pratiquée par une Aînée, notamment la cérémonie de la fumée, qu'une bougie symbolisant le feu sacré reste allumée tout le temps de la rencontre de manière à favoriser l'accord des esprits et qu'un tour de table soit fait afin d'assurer que tout le monde puisse s'exprimer.





ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Cadrer la stratégie et établir les priorités

Après son lancement et l'établissement de ses méthodes de travail, le Cercle a consacré ses énergies à l'élaboration de la stratégie. Il s'est réuni en octobre pour une retraite d'une journée et demie, dans un centre des congrès du nord de Toronto. Le centre des congrès est reconnu pour soutenir la façon de travailler des peuples autochtones et les cérémonies dans ce contexte. Il dispose d'espaces nécessaires pour allumer un feu sacré et animer la cérémonie de purification par la fumée.

Une gardienne du feu s'est chargée de maintenir le feu sacré allumé tout le temps de la retraite. Les conseillers et les autres participants du Cercle sont venus souvent s'y recueillir, en offrant du tabac traditionnel conformément au processus de visualisation. Une chandelle est restée allumée au centre de la table, afin de symboliser le feu sacré et l'orientation sacrée. Le rituel du tambourinage a aussi fait partie des cérémonies.

SPT a compilé l'information recueillie lors des premières consultations, de l'analyse contextuelle et de l'analyse documentaire, en a dégagé les possibilités de priorités, puis a présenté des pistes de priorité aux conseillers du Cercle, qui en ont dégagé les thèmes communs.

Bernice Downey, Ph. D., a joué un rôle de premier plan dans la création des outils de planification autochtone pour l'organisme Well Living House. Les participants à la séance de réflexion, guidés par Michelle Sault, se sont inspirés d'un modèle élaboré par Bernice Downey pour organiser leurs activités autour de trois grands thèmes :

1. Rétablissement du mieux-être : La stratégie rétablit un cadre de gouvernance d'appartenance autochtone et facilite l'accès aux connaissances et aux pratiques de guérison autochtone.
2. Esprit de réconciliation—redresser la situation : La stratégie repose sur les Appels à l'action de la CVR adressés aux gouvernements et aux responsables du système de santé pour réparer les séquelles de la colonisation et des pensionnats autochtones.
3. Renforcement d'une approche axée sur la santé des populations : La stratégie vise à réduire les iniquités de santé vécues par les Autochtones afin d'assurer le mieux-être de l'ensemble des populations.

Le modèle de Bernice Downey s'est révélé « le fil conducteur de toute la démarche ». Il tient compte du contexte international dont il est question dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, de la CVR, des trois grands

CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATÉGIE SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES



thèmes de restauration et de l'équité en santé des Autochtones. Le modèle a orienté la démarche des conseillers qui ont procédé par étapes afin d'établir les questions de priorité et déterminer, par consensus, les éléments à inclure dans la stratégie. Les thèmes dominants ont servi d'assises à la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto.

Rédiger, réviser, mettre en page et publier la stratégie

Entre octobre 2015 et mars 2016, les conseillers du TIHAC se sont réunis tous les mois pour revoir et peaufiner les éléments de la stratégie. Leila Monib s'est occupée d'une bonne partie de la rédaction des premières versions, en transmettant les documents préliminaires à Ellen Blais, puis aux conseillers pour révision. Les services d'un graphiste et de

photographes autochtones ont été retenus. Ceux-ci ont commencé à travailler avec les rédactrices dès l'amorce des travaux.

En mars 2016, 14 mois après sa première rencontre, le Cercle publiait la stratégie intitulée *A Reclamation of Well Being : Visioning a Thriving and Healthy Urban Indigenous Community*². Dans cette première stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto, le Cercle recommande des mesures et des livrables, en nommant les responsables en fonction de trois orientations stratégiques différentes : 1) réduire les iniquités de santé vécues par les Autochtones; 2) agir sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones; 3) harmoniser les programmes et services de santé autochtones et ordinaires. (Un résumé des grandes lignes de la stratégie se trouve à la page 26).

GRANDES LIGNES DE LA STRATÉGIE *A RECLAMATION OF WELL BEING*

La stratégie fait état de trois grandes orientations stratégiques pour la période 2016-2021. Sous chacune des orientations stratégiques, un objectif, une stratégie décrivant la démarche pour atteindre l'objectif sous forme d'indicateurs de rendement, les livrables et les partenaires et les parties concernées. (Voir la [version intégrale](#) en anglais pour obtenir plus de détails.)

- **ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 1**—Réduire les iniquités de santé vécues par les Autochtones.
Objectif : Faire tomber les barrières et combler les lacunes en matière de programmes et de services de santé et en faciliter l'accès aux Autochtones de Toronto.
- **ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 2**—Agir sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones.
Objectif : Intervenir dans les systèmes qui agissent sur l'état de santé des Autochtones de Toronto. Les stratégies à l'appui de cette visée concernent le logement, l'alimentation, l'éducation, la justice, les droits de la personne, la violence et la petite enfance.
- **ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 3**—Harmoniser les programmes et services de santé autochtones et ordinaires.
Objectif : Combler l'écart institutionnel en matière de soins de santé par l'entremise d'espaces de guérison et de services de première ligne harmonisés.

Dans sa stratégie, le Cercle reconnaît que l'amélioration de l'état de santé des Autochtones de Toronto exige la concertation des dirigeants autochtones et des hauts fonctionnaires de divers ordres de gouvernement dans les domaines suivants : l'éducation, le logement, la justice, l'aide à l'enfance, la sécurité alimentaire, les droits de la personne, la violence domestique et le développement de la petite enfance.

Le Cercle a décidé que son représentant de la jeunesse, Sam Kloetstra, devait prendre la responsabilité de présenter la stratégie aux fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère des Affaires autochtones de l'Ontario. Sam avait les compétences et le

dynamisme voulus pour expliquer les recommandations et le contexte. En plus, il représentait la population croissante de jeunes autochtones à Toronto. Ellen Blais, Leila Monib et d'autres conseillers du Cercle l'ont accompagné dans cette démarche. Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Toronto et le conseil de santé de Toronto ont tous les deux adhéré à la stratégie au printemps 2016 et ont affecté des membres de leur personnel à la mise en œuvre.

Le RLISS du Centre-Toronto a demandé à ce que Michelle Sault garde son poste de facilitatrice durant la première phase de mise en œuvre. Michelle relève en effet du Centre AHT.



LEÇONS TIRÉES PAR LE CERCLE : PRINCIPAUX MÉCANISMES DE RÉUSSITE

Les mécanismes énumérés ci-dessous ont contribué à la réussite des activités entourant la formation du TIHAC et l'élaboration de la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto. Ils ressortent des entretiens individuels et de la séance de réflexion tenue le 20 octobre 2017 avec les conseillers et les commanditaires du TIHAC au sujet des processus et de l'incidence du Cercle.

A. Faire de l'autodétermination le fondement de la démarche

Intitulée *A Reclamation of Well Being: Visioning a Thriving Healthy Urban Indigenous Community*, la première stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto est venue confirmer que l'autodétermination l'ingrédient essentiel pour bâtir une communauté autochtone forte, en santé et résiliente.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- intégrer la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones;
- répondre aux appels à l'action de la CVR qui concernent la santé et autres domaines connexes;
- reconnaître que les solutions en matière de santé des Autochtones viendront des collectivités autochtones elles-mêmes;
- comprendre les besoins et les contextes à l'échelle locale et nouer de solides relations avec les communautés locales.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

Les gens se tournaient vers le bureau de santé publique en pensant que l'organisme parviendrait à travailler avec les Autochtones là où d'autres avaient connu l'échec. Pourtant, nous n'avons pratiquement rien fait. Voilà tout l'intérêt. Nous avons appris à cesser de chercher à tout contrôler, c'est-à-dire de décider du calendrier d'action, des porte-parole, de l'importance de certaines personnes par rapport à d'autres. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)



B. Accepter la perspective des Autochtones en matière de santé et de mieux-être

Le TIHAC respecte la perspective des Autochtones par rapport à la santé. Cette perspective repose sur une conception holistique de la santé et l'interrelation. Dès les premiers temps, le personnel du RLISS du Centre-Toronto et les Aînés ont schématisé leur vision en créant une roue basée sur les enseignements de la roue de médecine, destinée à encadrer leur démarche.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- tenir compte des enseignements de la roue de médecine qui évoquent les dimensions spirituelles, mentales, physiques et affectives du soi;
- appliquer une perspective des déterminants sociaux de la santé qui tient compte de la colonisation;
- employer une approche de santé des populations pour cerner les problèmes et trouver des solutions.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

En respectant leur engagement envers une démarche holistique, les conseillers et les commanditaires du Cercle ont décidé d'au moins tenter d'influencer l'orientation stratégique du gouvernement dans les domaines autres que la santé (p. ex., l'éducation des jeunes) qui ressortaient comme posant problème.

La roue nous a fait reconnaître que nous ne pouvons pas dire « ce n'est pas dans ma description de poste », car elle nous rappelait que tout était interrelié. Notre schème de pensée occidentale fait en sorte que nous avons une vision fragmentée. Nous utilisons la responsabilité comme un élément diviseur, non pas unificateur. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

C. S'appuyer sur les valeurs autochtones pour structurer le cadre de gouvernance

Les conseillers et les commanditaires ont déclaré que la roue de la vision, les protocoles culturels et le code de déontologie les avaient aidés à travailler en harmonie, à se concentrer sur les besoins de la collectivité et à contribuer à l'établissement de liens profitables. Le fait de jouer leur rôle en respectant le sac-médecine a donné lieu à un processus relationnel où les zones de responsabilité et de transparence étaient clairement définies. Le statu quo des affiliations organisationnelles a ainsi cédé sa place à une structure de gouvernance autochtone qui encourageait les membres à participer sur un même pied d'égalité. Par exemple, Kenn Richard a mis à profit ses quatre décennies d'expérience auprès des gouvernements et des peuples autochtones de Toronto comme fondateur et directeur des Native Family and Child Services of Toronto. Conformément au rituel du sac-médecine, il s'assoit au sud de la table, à côté de la plume d'aigle, et avait la responsabilité de s'occuper des enfants dans la prière et la foi. La difficulté pour les conseillers consistait à abandonner leurs affiliations organisationnelles et à se percevoir comme des représentants de la collectivité dans son ensemble.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- apprendre les méthodes et les démarches autochtones en se tournant vers les gardiennes du savoir pour leur demander conseil;
- se placer en cercle pour les rencontres;
- repositionner les affiliations organisationnelles en représentant les grandes responsabilités par les quatre points cardinaux et les éléments du sac-médecine;
- employer un modèle de prise de décision par consensus semblable au modèle des gradients sur l'échelle de l'entente.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

Sam Kloetstra s'est dit surpris par la structure égalitaire du Cercle. Les jeunes n'étaient pas habitués à s'asseoir à la même table que les dirigeants autochtones et à ce qu'on les écoute :

Je pense que l'installation en cercle permettait de rappeler à tout le monde la fonction de la table : je ne suis pas ici à cause de mon titre, je suis ici parce qu'il faut reconnaître certains problèmes et voici comment nous allons nous y prendre pour y remédier. (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Lors de la séance de réflexion, les conseillers ont rédigé sur des cartes, dans l'anonymat, des commentaires au sujet du modèle de sac-médecine utilisé par leur participation au Cercle :

Le sac-médecine nous aide à garder notre attention sur la collectivité dans son ensemble, au lieu de la partie de la collectivité desservie par nos organismes respectifs. Il nous aide à rester concentrés et à comprendre, à respecter et à valoriser la perspective des autres. (Commentaires recueillis à l'aide de cartes distribuées lors de la séance de réflexion du TIHAC, octobre 2017) (traduction libre)

En étant chacun responsable d'un point cardinal, nous gardons à l'esprit la direction à prendre. Tous les membres ont une place sur la roue. Les décisionnaires avaient un endroit où parler des besoins et des priorités de la collectivité, ce qui les dégageait de la responsabilité de devoir parler au nom d'un organisme en particulier et leur permettait de parler d'après leur expérience et leur rôle. (Commentaires recueillis à l'aide de cartes distribuées lors de la séance de réflexion du TIHAC, octobre 2017) (traduction libre)

Nous sommes en mesure de cerner plus de lacunes si nous pouvons exprimer notre point de vue à titre de citoyens. (Commentaires recueillis à l'aide de cartes distribuées lors de la séance de réflexion du TIHAC, octobre 2017) (traduction libre)

Camille Orridge décrit en quoi le fait de donner aux conseillers des responsabilités tirées du sac-médecine a changé la conversation :

Les gens devaient parler des services en général, pas de qui allait les fournir. Ils devaient se le dire si quelqu'un recoiffait son chapeau de son organisme d'attache. Ils devaient s'attarder aux services adaptés culturellement, quel que soit l'endroit où il était possible de les obtenir. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017)

La commanditaire Tess Romain, vice-présidente de la stratégie, de l'intégration et de la planification du système de santé, RLISS du Centre-Toronto, explique :

Ce règlement nous a donné l'occasion de nous connaître réellement. Nous pouvions voir évoluer la pensée de chacun. Nous avons constaté à quel point nous devenions de plus en plus des alliés les uns des autres. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

La commanditaire Nicole Welch, directrice des collectivités en santé à SPT, a souligné que le personnel de son bureau a beaucoup appris de sa participation à la démarche du Cercle, particulièrement pour ce qui est de l'écoute et de l'apprentissage. Elle s'est trouvée à se servir de son poste de cadre de direction pour se faire le modèle de comportement et de décision à adopter, selon elle, par son organisme. Nicole Welch s'efforce de garder à l'esprit les principes de fonctionnement du Cercle et à faire participer les Autochtones rapidement et concrètement.



D. Employer les valeurs culturelles et les protocoles autochtones

Faire appel aux Aînés pour structurer les principes de gouvernance et inclure les cérémonies aux délibérations se sont révélés les principaux mécanismes de réussite du Cercle. Dès le commencement et tout au long de son cheminement, le Cercle s'est servi de protocoles autochtones qui faisaient notamment intervenir l'Esprit. Les Aînés membres du Cercle ont agi comme guides et gardiennes du savoir, en faisant profiter les autres de leurs connaissances au sujet de la culture, des cérémonies et des processus liés à la santé des Autochtones et au renforcement de la confiance de la collectivité.

Durant les rencontres mensuelles, l'accompagnement spirituel a augmenté le degré de conscience nécessaire pour favoriser la collaboration, le respect mutuel, la patience et la bonté, et de sensibilité nécessaire pour innover en élaborant la stratégie.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- la présence des Aînés a permis d'assurer le respect mutuel, d'imprégner les conseillers et les commanditaires de l'Esprit et de créer un climat empreint de calme, de sécurité et de convivialité;
- les modes de communication des connaissances, comme les récits, ont permis aux participants de mieux se comprendre;

- les rituels culturels, les cérémonies et l'adoption d'un code de déontologie ont favorisé le respect des dons individuels et des besoins de la collectivité, la création d'un espace pour tout le monde, le retour de l'attention de tout le monde sur l'objet de la discussion et la protection de l'intégrité et de l'intention de la démarche;
- la cérémonie de purification par la fumée et la prière d'ouverture faites par les Aînés ont donné le ton à la rencontre de manière à ce que l'objectif et l'intention encouragent les échanges en termes positifs et indulgents, en tenant compte de l'avenir, du passé et du présent et en assurant l'inclusivité;
- durant toute la durée de chaque rencontre, une bougie symbolisant le Créateur était allumée pour rappeler aux conseillers d'imaginer les possibilités infinies et d'ouvrir leur esprit à cette idée;
- tous les conseillers avaient la responsabilité de se conformer aux protocoles et au code de déontologie, ce qui a renforcé leur engagement envers l'Esprit dans le Cercle;
- le lancement public a servi de forum où la collectivité avait la possibilité d'être témoin de la démarche du Cercle et d'y prendre part;
- les jeunes et les Aînés avaient la même voix au chapitre.



crédit photo : Spirithands Photography

RÉFLEXIONS DU CERCLE

La présence constante et le rappel du sac-médecine sont critiqués à la réussite de notre groupe. (Commentaire sur un carton recueilli lors de la séance de réflexion d'octobre 2017) (traduction libre)

Quelques membres du Conseil de la jeunesse auraient voulu qu'un plus grand nombre de cérémonies soient intégrées aux rencontres du Conseil et aussi du Cercle.

E. Reconnaître les conseillers et les commanditaires ayant de l'influence et une compréhension introspective du racisme

Les personnes qui ont aidé à mettre sur pied le TIHAC ont cherché à recruter de hauts dirigeants autochtones de manière à assurer une bonne représentation de la diversité des services. En outre, que ce soit intentionnel ou simplement par hasard, un bon pourcentage des membres du personnel et des commanditaires de SPT et du RLIS du Centre-Toronto affectés à ce dossier étaient des femmes de couleur. Diane Longboat a souligné que les individus qui ont agi comme conseillers ou commanditaires :

ont beaucoup contribué à la démarche. Ils sont capables de faire confiance. Ils s'investissent dans tous les aspects de la démarche. Certains établissent des parallèles avec leurs propres communautés racialisées. (Diane Longboat, entretien individuel, 1^{er} novembre 2017) (traduction libre)

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- recruter des visionnaires et des exécutants comme membres du groupe, en cherchant l'équilibre des perspectives;
- inviter des représentants qui entretiennent de solides réseaux dans les communautés locales;
- inclure des dirigeants autochtones qui ont l'expérience vécue du système de santé et des souffrances de leurs peuples;
- faire appel aux cadres de direction du bureau de santé publique et du système de santé ordinaire qui sont ouverts à l'idée de changer leurs façons de faire;
- recruter des cadres de couleur du milieu de la santé ordinaire qui ont subi le racisme tout comme les peuples autochtones.



RÉFLEXIONS DU CERCLE

Tess Romain a formulé les commentaires suivants :

En tant que femme de couleur, je me sens très motivée à participer à cette démarche, plus qu'une autre personne, sans doute. Je veux nous voir changer les choses. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

Tess Romain, qui est souvent la seule personne de couleur aux réunions liées à son travail au RLISS du Centre-Toronto, était reconnaissante de voir d'autres femmes de couleur parmi les commanditaires du Cercle :

Aux réunions auxquelles je prends part, les gens ne sont pas représentatifs des plus grands utilisateurs du système de soins de santé. Les Autochtones autour de la table ont sans doute l'impression de devoir s'occidentaliser—ou du moins en donner l'impression—pour participer au changement. En tant que vice-présidente, j'ai l'occasion de faire entendre la voix des gens qui n'en ont pas... une occasion que je ne manquerai pas de saisir. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

Leila Monib a décrit comme suit le vent de changement organisationnel opéré sous la gouverne du Dr David McKeown à SPT :

Entendre une personne aussi haut placée—un homme blanc hétéronormatif à la tête d'un organisme de 2000 personnes, le plus grand bureau de santé publique au pays—dire qu'il fallait trouver une nouvelle façon de fonctionner m'a beaucoup impressionnée. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

F. Donner aux jeunes une voix forte et les ressources nécessaires pour agir en toute autonomie

Les membres du Conseil de la jeunesse contribuent en tous points au leadership décrit ci-dessus, dans la section E. Les répercussions du Conseil de la jeunesse du TIHAC ont débordé bien au-delà de son rôle d'origine, ce qui justifie l'énonciation de son propre mécanisme. Bien des conseillers sont d'avis que l'un des exploits les plus marquants du Cercle est la création et le cheminement de son Conseil de la jeunesse. Tess Romain a déclaré que, grâce au Conseil de la jeunesse, le Cercle a entendu des points de vue jamais exprimés auparavant, y compris de la part de jeunes bispirituels et de jeunes de la rue. Le Conseil de la jeunesse continue de déléguer des représentants à chaque rencontre et s'investit ailleurs, sur d'autres plans, à faire entendre encore mieux la voix des jeunes autochtones habitant à Toronto.

Le Conseil de la jeunesse dispose d'un coordonnateur à temps partiel qui s'occupe en partie de la « Mino Map », une application mobile conçue par les membres et pour laquelle les membres ont demandé et obtenu une subvention pour la développer. L'appli contient en un seul endroit l'information utile pour aiguiller les jeunes vers les ressources sociales, culturelles et de santé disponibles à Toronto, et offre un espace assurant la sécurité culturelle voulue pour discuter de questions communautaires et de santé.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- allouer les ressources financières nécessaires à la mobilisation et à la consultation des jeunes;
- veiller à donner aux jeunes une voix au chapitre, en inscrivant cette volonté dans les protocoles et les mécanismes de gouvernance;
- offrir aux jeunes un mentorat par des leaders d'expérience et plus âgés;
- fournir au Conseil de la jeunesse les ressources suffisantes pour fonctionner de manière autonome, de manière à ce que les jeunes puissent mettre sur pied des projets en marge des activités du Cercle.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

Camille Orridge estime que le Cercle a profondément influencé les jeunes autochtones de la ville :

Que le Cercle intègre aussi bien les jeunes et qu'il multiplie les possibilités de mentorat a des effets indéniables. C'est une occasion pour les jeunes de se familiariser avec leur culture, de parler leur langue et de pratiquer leurs cérémonies traditionnelles. Cette jeune génération goûtera et comprendra encore mieux la culture autochtone.

(Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Leila Monib et Sam Kloetstra ont tous deux souligné qu'ils avaient beaucoup appris l'un de l'autre. Leila Monib a mentionné à cet effet :

Apprendre des jeunes exige une certaine dose d'humilité. La sagesse ne correspond pas nécessairement au nombre d'années vécues sur la planète. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017).

Sam Kloetstra s'est exprimé comme suit sur les connaissances dont a fait profiter Camille Orridge au Cercle et au Conseil de la jeunesse :

Elle nous a appris à naviguer à travers les systèmes, à contribuer aux tables du gouvernement, à retrouver notre chemin dans les méandres de la bureaucratie. Elle nous a servi de modèle de leadership. Elle nous a communiqué sa grande énergie, puis nous avons discuté entre nous.

(Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

G. Favoriser un cadre d'apprentissage encourageant l'inclusivité et la réflexion et fondé sur des rôles, un processus et des données probantes

Les commanditaires non autochtones ont déclaré avoir trouvé difficile d'entendre parler des iniquités troublantes et des tragédies courantes dans la collectivité. Ils se sont dits inspirés de voir les conseillers se présenter à chaque rencontre, malgré les décennies de réunions auxquelles ils avaient déjà participé pour conscientiser les hauts fonctionnaires de Toronto à ces iniquités. Certains d'entre eux avaient même personnellement été victimes de racisme et vécu dans la pauvreté, en plus de comprendre que l'autodétermination joue un rôle décisif dans une démarche de changement pour améliorer les choses.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- porter constamment attention aux relations;
- faire participer les membres non autochtones aux cérémonies et aux protocoles autochtones;
- accepter et soutenir l'approche à double perspective³¹ en matière de données probantes, selon laquelle les connaissances émanent du corps, du mental, du cœur et de l'esprit^h;
- encourager les participants non autochtones à se détendre, à écouter et à apprendre, et aussi à accueillir les commentaires difficiles à entendre sans se tenir sur la défensive, mais plutôt en portant leur attention sur la recherche de solutions;
- promouvoir le fait qu'il est possible d'apprendre les uns des autres et pour tout le monde de contribuer positivement, et qu'aucune culture n'est supérieure à une autre (humilité culturelle).

^h Pour en savoir plus au sujet de la double perspective (two-eyed seeing), allez au www.integrativescience.ca/Principles/TwoEyedSeeing/ (en anglais)



RÉFLEXIONS DU CERCLE

Camille Orridge a souligné qu'elle s'est éduquée les premiers temps en se rendant dans les organismes communautaires et en assistant à des pow-wow. Elle s'est tournée vers Vanessa Ambtman-Smith pour lui demander conseil :

J'ai demandé à Vanessa son avis sur ce que je devais faire. Elle m'a répondu : « Vous allez vous asseoir; vous allez vous détendre; vous ne chercherez pas à provoquer les choses ». Vanessa m'a amenée à pouvoir fonctionner aisément dans le Cercle. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Tess Romain et Nicole Welch ont toutes deux signalé à quel point elles se sont senti les bienvenues dans le Cercle, même si elles étaient non autochtones et d'organismes commanditaires :

Je pense que voilà la véritable clé de la réussite... Les membres du Cercle nous ont accueillies comme si nous faisons partie de la famille. Ils nous ont donné l'impression que nous faisons partie de la communauté autochtone. (Nicole Welch, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

À son arrivée dans le Cercle, Tess Romain a rapidement compris que la démarche tournait essentiellement autour des relations, ce qui peut sembler un défi pour les bureaucrates non autochtones :

Le personnel du RLISS du Centre-Toronto doit composer avec les deux mondes... avec les gestionnaires qui dictent la marche à suivre et les conseillers du Cercle qui veulent réfléchir sur la portée des mesures sur leur communauté. C'est le choc des cultures. L'idée même de parler des méthodes de guérison traditionnelles dans le rapport ne plaisait pas à tout le monde. J'ai perçu mon rôle comme étant celui de pouvoir traduire ce qui se passait dans le Cercle au bénéfice de mes collègues du RLISS du Centre-Toronto. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

Un participant à la séance de réflexion d'octobre 2017 a écrit :

Il faut du temps pour nouer des liens et espérer en obtenir des résultats positifs. Écoutons et respectons le point de vue des autres et tirons-en des enseignements. Nous avons le droit de faire des erreurs. (Commentaire écrit sur un carton distribué durant la séance de réflexion, octobre 2017) (traduction libre)

Nicole Welch résume sa pensée comme suit :

Nous n'avons pas souvent la chance d'être en position d'écouter et d'apprendre... J'ai beaucoup appris sur le travail, la vie et ce que je peux faire pour contracter des alliances. L'expérience m'a été très profitable. L'espoir et la résilience des Autochtones sont hors du commun. Nous avons tous beaucoup à apprendre. (Nicole Welch, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Tess Romain a mentionné en outre :

... la mesure dans laquelle SPT et le RLISS du Centre-Toronto fonctionnaient en silos dans la même ville. SPT s'occupe davantage de la santé en amont [et] le RLISS du Centre-Toronto se concentre davantage sur la prestation des services, mais nous couvrons souvent les mêmes fournisseurs de services. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

Grâce à leur participation au Cercle, les deux organismes ont maintenant des rapports plus étroits. Par exemple, le RLISS du Centre-Toronto fait maintenant appel aux intervenants communautaires de SPT pour renforcer ses activités d'engagement communautaire.

Tess Romain a souligné que sa participation au Cercle l'a incitée et mieux préparée à poser la question « Avons-nous pensé à la population autochtone? » Elle a déclaré en outre :

se servir maintenant plus souvent du Cercle comme exemple ce qu'il est possible d'accomplir en travaillant ensemble. (Tess Romain, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)



H. Obtenir les ressources humaines et financières suffisantes

Deux des plus grands organismes de santé ordinaires du Canada, soit SPT et le RLISS du Centre-Toronto, ont soutenu la démarche du TIHAC. Le RLISS du Centre-Toronto a fourni la majeure partie des fonds et SPT a fourni un appui non financier non négligeable. Le RLISS du Centre-Toronto continue d'allouer les ressources nécessaires à la tenue des rencontres mensuelles et au travail de la facilitatrice. Les deux organismes ont en outre affecté du personnel au projet toujours en cours.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- financer ce qui suit grâce aux fonds obtenus :
 - » toutes les étapes de la démarche du Cercle, depuis la planification jusqu'à la formulation des conseils sur la mise en œuvre de la stratégie,
 - » l'intégration d'Autochtones compétents dans toutes les facettes de la démarche, par exemple, l'animation, la gouvernance, la recherche et l'analyse contextuelle, et l'évaluation,
 - » les rencontres en personne, y compris les activités intensives comme la séance de réflexion pour discuter de la stratégie du Cercle,
 - » les dépenses de fonctionnement et autres frais, ainsi que les honoraires des Aînés et des jeunes dont les dépenses ne sont pas couvertes par un employeur,

- » les communications, par exemple le lancement public, la mise en page et l'impression du rapport, et la production d'une courte vidéo;
- affecter du personnel d'organismes du secteur de la santé et lui permettre de consacrer son temps et ses compétences pour :
 - » participer aux rencontres du Cercle,
 - » fournir du soutien administratif au Cercle,
 - » collaborer et contribuer positivement aux travaux de recherche et d'évaluation menés par des Autochtones.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

Sam Kloetstra a indiqué que les jeunes avaient pu participer à l'exercice parce qu'ils recevaient des honoraires à cet effet. En outre, le Conseil de la jeunesse avait reçu les fonds nécessaires pour mobiliser un groupe de jeunes et discuter des recommandations et des points. Sam a souligné que la subvention ne leur avait pas permis d'accomplir beaucoup plus que leur responsabilité de base qui consistait à maintenir le dialogue avec les jeunes autochtones (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017). Un autre membre du Conseil de la jeunesse a déclaré que les responsabilités des membres ne leur donnaient pas suffisamment de temps pour vivre le deuil d'une personne morte à la suite d'une surdose, ce qui permettrait de recruter d'autres jeunes et d'amener du sang neuf au Conseil.

I. Retenir les services d'une facilitatrice autochtone familière avec les modes de gouvernance autochtones

Michelle Sault s'est révélée le pilier du Cercle. Elle a porté la vision durant toutes les étapes de planification, d'exécution et de collecte des récits.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- Retenir les services d'un facilitateur autochtone ayant les compétences voulues en matière de protocoles culturels.

RÉFLEXIONS DU CERCLE

Ellen Blais a commenté comme suit la capacité de Michelle Sault à saisir la charge émotionnelle des mots employés par certaines personnes :

Michelle arrête tout dès qu'elle sent l'intensité émotionnelle monter déranger l'harmonie dans la salle, un malaise général, ou si quelqu'un emploie la domination et le contrôle et ne respecte pas la façon de fonctionner du Cercle. Elle arrête tout et dit : « Nous devons reprendre notre souffle. Que se passe-t-il? » (Ellen Blais, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Sam Kloetstra a mentionné que Michelle Sault accordait du temps pour jaser avant de commencer la rencontre officiellement. Cette conversation informelle permettait :

... de faire émerger des idées novatrices chez les membres, car ceux-ci ont la possibilité de s'entretenir durant ce temps de détente de sujets qu'ils ne pourraient pas aborder autrement. Nous apprenons des choses durant ces conversations et nous les utilisons ensuite ailleurs. (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Il ajoute au sujet de Michelle Sault qu'elle les aide à percevoir « le fonctionnement dans le dysfonctionnement » :

Michelle s'occupe de garder notre attention sur l'objet de la discussion. Elle revient sur ce qui a été dit pour que nous puissions comparer sa compréhension des propos avec la nôtre. Elle demande aux gens d'écrire sur papier ce qu'ils pensent et les choix à faire selon eux, avant que nous en discutons ensemble. (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

J. Veiller à ce que la collectivité ait une part de responsabilité, qu'elle se fasse le témoin de ce qui se passe et qu'elle prenne part aux célébrations

Le Cercle a placé les besoins de la collectivité, y compris l'importance d'être témoin et de célébrer, au cœur de toutes ses activités.

PRINCIPAUX MÉCANISMES

- consulter les collectivités à toutes les étapes de la démarche en utilisant une approche respectueuse de leur culture;
- employer des modèles autochtones axés sur les valeurs et les besoins de la collectivité;
- assurer une représentation qui reflète la diversité de la collectivité;
- organiser des activités où les membres de la collectivité pourront échanger avec les membres du Cercle (p. ex. le lancement public du TIHAC);
- placer les protocoles culturels (p. ex. cérémonies, festivités, être les témoins, célébrations) au cœur des processus;
- publier la stratégie sur la santé des Autochtones, puis la diffuser et la faire connaître auprès du grand public.



MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Étapes de mise en œuvre

La stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto est ambitieuse. Outre les recommandations de changement dans le secteur de la santé, elle comporte des appels à des changements concrets dans les politiques afin d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Fort d'une solide stratégie ciblant plus particulièrement la ville de Toronto, le Cercle veut voir ses recommandations se matérialiser. La fonction du Cercle demeure toutefois consultative. Ses rôles consistent à influencer et à encourager les organismes ayant l'autorité voulue à apporter des changements.

Est-ce le rôle du Cercle d'assigner des tâches aux divers organismes et de les tenir responsables? Il semble que nous en sommes là en ce moment, mais c'est délicat. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Tess Romain et Camille Orridge sont d'avis que la Ville Toronto doit aider le Cercle à mobiliser les acteurs du système de santé qui travaillent autrement en vase clos, puis à former et à conseiller ces acteurs et à les tenir responsables de mettre en œuvre les recommandations. Camille Orridge voudrait que le

Cercle puisse entretenir un lien financier et consultatif officiel avec des fonctionnaires affectés à ce dossier au gouvernement de l'Ontario, de préférence par l'entremise de l'organisme Qualité des services de santé Ontario :

Il devrait y avoir 14 Cercles comme le TIHAC dans la province et les RLISS devraient avoir l'obligation de rendre des comptes. (Camille Orridge, entretien individuel, 10 novembre 2017) (traduction libre)

Le Dr David McKeown s'est montré d'accord pour dire que le gouvernement de l'Ontario est le mieux placé pour subventionner :

cet examen intégré de l'état de santé des Autochtones et les déterminants sociaux. (Dr David McKeown, entretien individuel, 9 novembre 2017) (traduction libre)

Dès le départ, le Cercle a soumis une demande de subvention pour financer ses activités de conseil et de plaidoyer. Les conseillers jugeaient la démarche du Cercle vulnérable, parce que celui-ci n'était pas doté de personnel. Après le lancement de la stratégie, Ellen Blais a rédigé une demande de subvention assez substantielle pour permettre au RLISS du Centre-Toronto de commencer à mettre en œuvre les recommandations formulées dans la stratégie. Elle a travaillé durant plus d'un an pour obtenir le soutien nécessaire à cet effet. Elle a dû affronter sur son chemin des personnes récalcitrantes et la lourdeur bureaucratique :



À un moment donné, j'ai pensé devoir baisser les bras. Mes mentors m'ont avertie que les choses avancent lentement dans le secteur de la santé, dans les systèmes, quoi. Nous ne verrons peut-être pas le fruit de notre travail actuel avant un demi-siècle. Ainsi donc, si tout coulait de source pour la création du TIHAC, on ne peut en dire autant du processus de mise en œuvre. (Ellen Blais, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)

En 2018, le RLISS du Centre-Toronto a alloué les fonds nécessaires pour qu'une personne puisse appuyer les divers organismes, plaider pour la mise en œuvre de la stratégie, fournir de l'aide pour les activités des jeunes et des Aînés, et aider à suivre le processus d'évaluation. Les fonds n'étant pas renouvelables, le Cercle ne compte maintenant que sur les heures de la facilitatrice à la pige.

Grâce au plaidoyer et au soutien du TIHAC, le Conseil de la jeunesse a reçu les fonds nécessaires pour embaucher un coordonnateur à temps partiel. Cela a permis au groupe de développer l'application mobile « Mino Map » qui aiguille les jeunes autochtones de Toronto vers les ressources et les services sociaux, culturels et de santé disponibles.

La transition entre les étapes d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie a coïncidé avec le remplacement des conseillers et des commanditaires du Cercle. Les conseillers d'origine, qui avaient initialement accepté un mandat de deux ou trois ans, ont cédé leur place à d'autres. Le Cercle se composait ainsi dorénavant d'un mélange de nouveaux et d'anciens membres. Camille Orridge et le Dr David McKeown ont terminé leur mandat en 2015 et en 2016 respectivement. Durant l'été 2017, Ellen Blais et Leila Monib ont toutes deux cédé leur place pour travailler dans d'autres domaines de la promotion de la santé des Autochtones. Le RLISS du Centre-Toronto a embauché Todd Ross, un Métis ayant une longue expérience de travail auprès de la communauté

autochtone, comme responsable de la santé des Autochtones. Eric Ng a remplacé Leila Monib comme spécialiste de l'équité en santé à SPT.

Les conseillers du Cercle, nommément Steve Teekens, de la résidence pour hommes autochtones (Na-Me-Res), et Tera Beaulieu, de l'organisme Métis Nation of Ontario, ont rempli les lacunes observées en termes de représentation de la communauté. Leila Monib a expliqué la situation comme suit :

Il y a un processus et des effets naturels découlant de la vision du groupe de départ. La relève vient porter la vision encore plus loin. (Leila Monib, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)

Une séance d'orientation a été mise sur pied et permet d'informer les participants de tous les aspects de la démarche : les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, les répercussions de la colonisation, les appels à l'action de la CVR, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des Autochtones, ainsi que le cheminement, les protocoles et le fonctionnement du TIHAC.

Quels sont les changements observés?

Les Aînés estiment que la démarche du Cercle est la réalisation des prophéties autochtones selon lesquelles les nations autochtones refleuriront un jour. Par exemple, selon la prophétie transmise oralement par les Anishnaabek—la prophétie des Sept Feux—tous les peuples de la Terre s'uniront un jour pour vivre dans la paix et la prospérité. Selon la prophétie, il viendra un jour où « le peuple à la peau blanche » devra choisir entre deux routes : celle de la destruction ou celle de la spiritualité. S'il choisit la voie spirituelle, alors le septième feu allumera le huitième et dernier feu, un feu éternel de paix, d'amour, de fraternité. S'il choisit la destruction, toute forme de vie mourra et la terre se purifiera elle-même. Diane Longboat a souligné :

Pour travailler en tenant compte des prophéties, nous devons fonctionner en harmonie et différemment de manière à réellement servir l'humanité en général. (Diane Longboat, entretien individuel, 1^{er} novembre 2017) (traduction libre)

Lors des entretiens individuels et du cercle de discussion tenus en octobre 2017 en préparation de la présente étude de cas, les conseillers et les autres participants du TIHAC ont réfléchi aux premières réalisations du Cercle et à leur démarche depuis l'élaboration jusqu'à la promotion et au suivi de la mise en œuvre de la stratégie. Ils ont noté les changements suivants dans le paysage de la santé des Autochtones à Toronto :

- Nous avons un plan stratégique. Nous avons créé une carte permettant de planifier la prestation des services dans plusieurs secteurs.
- En unissant nos efforts, nous avons établi la voie à suivre pour trouver les solutions avec plus de justesse et de cohérence.
- Nous avons rétabli la compréhension et les interprétations autochtones en ce qui a trait à la mobilisation des connaissances culturelles.
- Le RLISS du Centre-Toronto et SPT comprennent mieux les priorités en ce qui a trait aux Autochtones et sont mieux disposés à trouver des solutions.
- Nous travaillons plus souvent ensemble maintenant.
- Il y a des changements dans la façon de planifier les programmes et les services à SPT.
- Le TIHAC est de plus en plus reconnu comme étant un modèle urbain en matière de santé urbaine des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- Le modèle de planification du TIHAC s'est révélé un élément catalyseur pour la mise en œuvre par divers ordres de gouvernement, y compris les ministères, d'une stratégie sur la santé des Autochtones.

- Le tout a renforcé l'influence et la voix des peuples autochtones de Toronto.
- La démarche a donné aux jeunes plus de place pour faire entendre leur voix, ce qui a eu un effet d'entraînement positif dans la collectivité.

Le principal indicateur de réussite résidera dans l'amélioration de l'état de santé des Autochtones habitant à Toronto. Le Cercle suit de près tout signe de changement ou de non-changement.

Le Cercle a établi une nouvelle norme d'évaluation, de planification et d'orientation pour ce qui est de la santé des Autochtones prise en charge par les Autochtones. Les membres du Cercle espèrent que leur expérience en inspirera d'autres à faire de l'autodétermination le modèle par excellence pour améliorer le mieux-être des peuples autochtones de partout au Canada. Les conseillers et les commanditaires offrent les commentaires suivants :

- Vanessa Ambtman-Smith a mentionné qu'elle avait constaté moins de condescendance : Nous ne bouleversons plus le système. La structure a déjà été adoptée. C'est une période très encourageante pour nous. (Vanessa Ambtman-Smith, entretien individuel, 20 octobre 2017) (traduction libre)
- Le Dr David McKeown a souligné : Cette démarche profitera à plus de populations que la communauté autochtone. Nous pourrions peut-être nous en servir comme modèle auprès des autres populations. (Dr David McKeown, entretien individuel, 9 novembre 2017) (traduction libre)
- Sam Kloetstra a indiqué qu'un cercle consultatif sur la santé des Autochtones aura un visage différent d'un endroit à un autre, car chacun reflétera la diversité des nations, des langues, et des déterminants sociaux de la santé à l'échelle locale. (Sam Kloetstra, entretien individuel, 23 octobre 2017) (traduction libre)



ANNEXE A

Partenaires

Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC), MUSKRAT Media et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) ont travaillé en partenariat à l'élaboration de la présente étude de cas.

Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC)

La mise sur pied du TIHAC visait à reconnaître « l'importance que la [responsabilité de la] santé des Autochtones se trouve dans les mains des Autochtones »³². Le Cercle avait pour mission « de faire en sorte que la réforme des programmes et des services de santé soit axée sur le mieux-être des peuples autochtones de Toronto »^{2(p.23)}. Il se composait de leaders autochtones de Toronto, y compris des Aînées et des jeunes, et il a reçu l'appui de Santé publique Toronto (SPT) et du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto. L'Anishnawbe Health Toronto (le Centre AHT) est cofondateur du Cercle.

MUSKRAT Media

MUSKRAT Media est une entreprise autochtone primée plus d'une fois. Elle offre toute la gamme des services de communication depuis ses bureaux du centre-ville de Toronto, le territoire de la Première Nation Wasauksing. Son équipe s'intéresse particulièrement aux récits qui s'inscrivent dans les traditions autochtones. MUSKRAT MEDIA emploie comme principal véhicule le MUSKRAT Magazine.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

Le CCNDS est l'un des six centres de collaboration nationale en santé publique. Il fournit aux acteurs de la santé publique l'aide nécessaire pour appliquer les connaissances à leurs processus décisionnels et améliorer leur capacité d'agir sur les déterminants de la santé et de faire avancer l'équité en santé. Le Centre traduit les données de recherche émergente en information concrète, interprète les concepts complexes, facilite l'échange des pratiques prometteuses et favorise les occasions de rencontre.

Les bureaux administratifs du CCNDS sont situés à l'Université St. Francis Xavier, à Antigonish (Nouvelle-Écosse), en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac. Ce territoire est visé par les « traités de paix et d'amitié » que les Micmacs et les Wolastoqiyik/Wəlastəkwiyyik (Malécites) ont conclus à l'origine avec la Couronne britannique en 1725. Les traités en question ne comportaient pas de clause relative à la cession des terres et des ressources, mais reconnaissaient de fait le titre des Micmacs et des Wolastoqiyik/Wəlastəkwiyyik (Malécites) et définissaient les règles quant à ce qui devait être des relations durables entre les nations. Nous reconnaissons ce territoire et en remercions le peuple micmac qui continue d'entretenir un lien avec ces terres depuis des générations. Nous reconnaissons en outre la réalité du colonialisme qui perdure depuis très longtemps.

ANNEXE B

Terminologie

La démarche autochtone en matière de santé

réfère au processus d'établissement de relations équitables entre, d'une part, les organismes, les fournisseurs de services et les collectivités ordinaires et, d'autre part, les organismes des Premières Nations, inuits et métis. Ces partenariats de travail novateurs impliquent de mettre en valeur tant les connaissances occidentales que les systèmes de connaissances autochtones et de trouver des espaces créatifs propices à la concertation des efforts pour atteindre un objectif commun. Dans une telle démarche, les organismes subventionnaires et les responsables de l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé respectent l'autodétermination des peuples des Premières Nations, inuits et métis pour ce qui est de mettre sur pied et d'exécuter des programmes et des services adaptés à leurs besoins, en appliquant des politiques et des normes fondées sur les connaissances autochtones qui sont issues des peuples autochtones. La capacité de définir sa propre communauté en ses propres termes se situe au cœur de l'autodétermination.

Peuples autochtones. L'Assemblée des Premières Nations et le National Congress of American Indians reconnaissent tous deux la grande diversité des peuples autochtones sur les territoires connus sous le nom de Canada et de l'île à la Tortue. « Bien que nos

peuples et nos nations autochtones possèdent des identités, des cultures, des langues et des traditions différentes, ils ont tous été guidés par des objectifs et croyances semblables qui ont été façonnés par une multitude d'expériences communes. [...] Nous avons tous conservé le droit inhérent à l'autodétermination³³. »

Pour respecter cette diversité, le TIHAC a décidé d'utiliser le mot « Autochtone » comme générique afin de décrire la multitude d'individus et d'affiliations tribales au Canada. Ses activités concernent plus particulièrement les Premières Nations, les Inuits et les Métis de l'Ontario et, plus globalement, du Canada. Les peuples autochtones du Canada s'identifient aussi en fonction de leur Première Nation d'appartenance et par leurs affiliations tribales et politiques, par exemple Micmac, Cri, Innu, Ojibwé ou Anishinabek et Haudenosaunee⁶. Plus de 600 Premières Nations reconnues vivent en Canada³⁴.

Selon le gouvernement du Canada :

L'expression « peuples autochtones » désigne les premiers peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes distincts de peuples autochtones : les Indiens (appelés « Premières Nations »), les Métis et les Inuits³⁴.



Dans son rapport intitulé *First Peoples, Second Class Treatment*⁶, les auteures soulignent que le mot « Indien » est un terme juridique imposé par le gouvernement fédéral dans la *Loi constitutionnelle de 1982* conformément aux définitions énoncées dans la *Loi sur les Indiens*, c'est-à-dire une personne inscrite à titre d'Indien dans le registre des Indiens. On appelle communément les Indiens ou les membres des Premières Nations qui ne sont pas inscrits au registre conformément à la Loi « Indiens non inscrits ». Toutefois, les Indiens inscrits et non inscrits peuvent s'inscrire auprès des gouvernements des Premières Nations qui détiennent leur propre code et fonctionnent selon leur propre entente d'autonomie gouvernementale. Les personnes (et parfois les collectivités) de descendance des Premières Nations, inuite ou métisse qui ne sont pas admissibles au statut d'Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens* ne sont pas exclues des considérations du TIHAC.

Le TIHAC reconnaît en outre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Dans le contexte international, l'ONU décrit les peuples autochtones comme étant les héritiers et les gardiens de cultures uniques et des relations entre les gens et l'environnement. Ils présentent encore aujourd'hui des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques qui les distinguent de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils vivent³⁵.

Les définitions du mot « Autochtone »—le terme employé par le TIHAC—peuvent changer avec le temps. Elles ne sont pas statiques. Dans la présente étude de cas, nous avons parfois utilisé d'autres expressions uniquement pour traiter de nations, de groupes et d'individus autochtones précis ou pour mentionner des statistiques ou des titres professionnels précis qui font mention d'autres termes aux fins de description et de collecte de données³⁶.

ANNEXE C

Participants

CONSEILLERS, AÎNÉES, JEUNES, SOUTIEN ET SECRÉTARIAT	
Veuillez vous reporter au tableau présenté à la page 17 de la stratégie intitulée <i>A Reclamation of Well Being : Visioning a Thriving and Healthy Urban Indigenous Community – Toronto’s first Indigenous Health Strategy, 2016 – 2021</i> , pour connaître le rôle de chaque membre.	
2015	2017
<p><i>Conseil des Aînées</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diane Longboat (présidente) • Cindy White (représentante) • Amy Desjarlais (représentante) 	
<p><i>Conseil de la jeunesse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cedar Landon (représentant) • Myles Jacko (représentant) 	<p><i>Conseil de la jeunesse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sam Mukwa Kloetstra
<p><i>Conseillers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenn Richard • D^r Janet Smylie • Joe Hester • Larry Frost • Sara Wolfe 	<p><i>Conseillers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Steve Teekens, Native Men’s Residence (en remplacement de Joe Hester) • Tera Beaulieu, Métis Nation of Ontario (en remplacement de la Dre Janet Smylie)
<p><i>Soutien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • D^r David McKeown, médecin-hygiéniste en chef, SPT • Camille Orridge, directrice générale, RLISS du Centre-Toronto • Bernice Downey, Ph. D., experte-conseil en matière de gouvernance dans le secteur de la santé des Autochtones 	<p><i>Soutien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • D^{re} Eileen de Villa, médecin-hygiéniste en chef de SPT (en remplacement du D^r McKeown) • Nicole Welch, directrice des collectivités en santé, SPT • Susan Fitzpatrick, directrice générale, RLISS du Centre-Toronto (en remplacement de Camille Orridge) • Tess Romain, vice-présidente, stratégie, de l’intégration et de la planification du système de santé, RLISS du Centre-Toronto
<p><i>Secrétariat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ellen Blais, experte-conseil en santé des Autochtones et responsable des communications, RLISS du Centre-Toronto • Leila Monib, spécialiste de l’équité en santé, SPT 	<p><i>Secrétariat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Todd Ross, RLISS du Centre-Toronto (en remplacement d’Ellen Blais) • Eric Ng, spécialiste de l’équité en santé, SPT (en remplacement de Leila Monib)

Tous les entretiens individuels ont eu lieu en novembre 2017



Personnes interviewées

Karen Fish, CCNDS, et Erica Commando, MUSKRAT Media, ont mené tous les entretiens individuels en novembre 2017.

Vanessa Ambtman-Smith agissait comme experte-conseil en matière d'engagement communautaire et responsable du dossier des Autochtones au sein du RLISS du Centre-Toronto (2009-2014) au moment de la mise sur pied du TIHAC. Au moment de la parution de la présente étude de cas, elle est chercheuse et doctorante en santé autochtone à l'Université Western.

Ellen Blais a travaillé comme experte-conseil en santé des Autochtones et responsable des communications au RLISS du Centre-Toronto de 2014 à 2017. Au moment de la parution de la présente étude de cas, elle est directrice, profession de sage-femme autochtone, Association of Ontario Midwives, et vit à Toronto.

Kahontakwas Diane Longboat, Aînée auprès du TIHAC, guérisseuse traditionnelle et principale gestionnaire de projet de mise en œuvre des principes directeurs (Guiding Directions), au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et chef de l'organisme Soul of the Mother.

Sam Kloetstra, ancien représentant du Conseil de la jeunesse du TIHAC et jeune employé du Native Canadian Centre of Toronto (NCCT), étudie actuellement en administration publique et en gouvernance à l'Université Ryerson.

D^r David McKeown, ancien médecin-hygiéniste en chef de Santé publique Toronto (SPT).

Leila Monib agissait comme spécialiste de l'équité en santé à Santé publique Toronto (SPT) aux premières heures du TIHAC. Elle travaille à l'heure actuelle comme gestionnaire, champ d'exercice, programme de sécurité culturelle autochtone du gouvernement de l'Ontario.

Camille Orridge est agrégée supérieure au Wellesley Institute. Elle était auparavant directrice générale du RLISS du Centre-Toronto.

Tess Romain est vice-présidente de la stratégie, de l'intégration et de la planification du système de santé, RLISS du Centre-Toronto.

Nicole Welch est directrice des collectivités en santé à Santé publique Toronto (SPT).

Cindy White est gardienne du savoir et gardienne du sac-médecine du TIHAC. Elle agit en outre comme Aînée auprès des services aux Autochtones au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), à Toronto.



Affiche du lancement public du TIHAC^{2(p34)}

L'affiche réalisée afin de promouvoir le lancement public du TIHAC est le fruit de la collaboration entre, d'une part, la conceptrice et Aînée Diane Longboat et, d'autre part, les artistes autochtones Joseph Sagaj et Holly Fisher. Le graphisme représente la guérison spirituelle, émotionnelle, mentale et physique. On y voit plusieurs symboles en couleur, dont la lune et les étoiles, une femme debout sur une falaise et deux lignes ondulées de couleur mauve. L'étoile à huit branches au centre de l'image est le logo du Cercle. Cette étoile symbolise les sept lois sacrées auxquelles s'ajoute la huitième branche, qui représente les conseils et la sagesse des Ancêtres^{2(p.34-35)}. Les huit conseillers du Cercle incarnent chacun une branche de l'étoile qui pointe vers une direction différente pour évoquer les dons et les contributions uniques de chaque conseiller. Le cercle rouge derrière l'étoile symbolise le lien qui unit les conseillers les uns aux autres et aussi avec la collectivité en général. Pour en savoir plus sur les symboles représentés sur l'affiche du Cercle, veuillez vous reporter à la stratégie sur la santé des Autochtones de Toronto.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aboriginal Education Council. (2016). *Aboriginal Education Council land acknowledgement* [Internet]. Toronto (Ont.) : Aboriginal Education Council [cité le 14 novembre 2018], 1 p. Accessible de : [https://www.ryerson.ca/content/dam/aec/pdfs/Land%20Acknowledgement%20and%20Protocol%20\(Aug%202016\).pdf](https://www.ryerson.ca/content/dam/aec/pdfs/Land%20Acknowledgement%20and%20Protocol%20(Aug%202016).pdf) (en anglais)
2. Toronto Indigenous Health Advisory Circle. (2016). *A reclamation of well being: Visioning a thriving and healthy urban Indigenous community. Toronto's first Indigenous health strategy. 2016-2021*. Toronto (Ont.) : TIHAC [cité le 15 novembre 2018], 35 p. Accessible de : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2016/hl/bgrd/backgroundfile-93077.pdf> (en anglais)
3. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action* [Internet]. Winnipeg (Man.) : CVR [cité le 14 novembre 2018], 13 p. Accessible de : https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Calls_to_Action_French.pdf
4. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St Francis Xavier [cité le 15 novembre 2018], 7 p. Accessible de : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/english-glossary-of-essential-health-equity-terms>
5. Greenwood, M.L., S.N. de Leeuw, et N.M. Lindsay. (c2018). *Determinants of Indigenous Peoples' health: Beyond the social*. Second Edition. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars, 314 p.
6. Allan, B., et J. Smylie. (2015). *First peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Executive summary* [Internet]. Toronto (Ont.) : Wellesley Institute [cité le 14 novembre 2018], 17 p. Accessible de : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf> (en anglais)
7. Browne, A.J., V.L. Smye, P. Rodney, S.Y. Tang, B. Mussell, et J. O'Neil. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*. Vol. 21, no 3, p. 333-348.
8. Comité consultatif sur la santé des Autochtones et Bureau des politiques de la santé et des communications. (2013). *Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [cité le 26 novembre 2018]. 20 p. Accessible de : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health/faq-royal-college-indigenous-health-initiative-f>
9. Well Living House [Internet]. (c2019). Toronto (Ont.) : Our Health Counts Toronto [date inconnue], [cité le 2 mai 2019], [environ 9 écrans]. Accessible de : <http://www.welllivinghouse.com/what-we-do/projects/our-health-counts-toronto/> (en anglais)
10. Xavier, C., K. O'Brien, S. Wolfe, R. Maddox, N. Laliberté, et J. Smylie. (2018). *Access to health care*. [Feuille d'information publiée par Our Health Counts Toronto sur Internet]. Toronto (Ont.) : Well Living House, Seventh Generation Midwives, Toronto (Ont.) [cité le 2 mai 2019]. 6 p. Accessible de : <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2019/02/Access-to-Health-Care-OHC-Toronto.pdf> (en anglais)
11. Commission ontarienne des droits de la personne. (2018). *Enfances interrompues : Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario* [Internet]. Ontario : CODP [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <http://www.ohrc.on.ca/fr/enfances-interrompues>
12. The Canadian Press. (Affiché le 12 avril 2018). Too many black, Indigenous kids in Ontario child-welfare system, report finds [Internet]. Ontario : CBC news [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.cbc.ca/news/indigenous/black-indigenous-children-child-welfare-ontario-report-1.4616956> (en anglais)
13. Ministère de la Justice. (Janvier 2017). *Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/pf-jf/2017/jan02.html>
14. McIntosh, E., et A. McKeen. (2018). Overrepresentation of Indigenous people in Canada's prisons persists amid drop in overall incarceration [Internet]. *The Star*. Toronto (Ont.) [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.thestar.com/news/canada/2018/06/19/overrepresentation-of-indigenous-people-in-canadas-prisons-persists-amid-drop-in-overall-incarceration.html> (en anglais)
15. Reading, C.L., et F. Wien. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones* [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [cité le 26 novembre 2018], 40 p. Accessible de : <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=46>
16. Reading, C.L. (2013). *Comprendre le racisme* [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [cité le 26 novembre 2018], 8 p. Accessible de : <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=103>
17. Greenwood, M.L., et S.N. de Leeuw. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*. Vol. 17, no 7, p. 381-384.
18. CBC Radio. (Affiché le 2 juillet 2017). 500 years ago: Pope gives permission to conquer Indigenous people [enregistrement audio sur Internet]. Toronto (Ont.) : CBC Radio [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.cbc.ca/radio/tapestry/reclaiming-indigenous-spirituality-1.3636858/500-years-ago-pope-gives-permission-to-conquer-indigenous-people-1.3637062> (en anglais)



19. Assemblée des Premières Nations. (Janvier 2018). *Abolir la doctrine de la découverte* [Internet]. Ottawa (Ont.) : APN [cité le 19 décembre 2018]. 8 p. Accessible de : <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2018/09/18-01-22-Dismantling-the-Doctrine-of-Discovery-FR.pdf>
20. Amadahy, Z., et A. Kanji. (Affiché le 15 novembre 2017). Religion is still an instrument of colonialism in Canada [Internet]. *The Star*. Toronto (Ont.) [cité le 20 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2017/11/15/religion-is-still-an-instrument-of-colonialism-kanji-amadahy.html> (en anglais)
21. Conseil économique et social des Nations Unies. (18 mai 2012). Concluding session, permanent forum says impact of racist 'Doctrine of Discovery' endures today, but Indigenous Rights Declaration offers framework for redress [Internet]. New York (NY) : Organisation des Nations Unies [cité le 19 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.un.org/press/en/2012/hr5099.doc.htm> (en anglais)
22. Sanderson, F., et H. Howard-Bobiwash (dir.). (c1997). *The meeting place: Aboriginal life in Toronto*. Toronto (Ont.) : Native Canadian Centre of Toronto, 172 p.
23. Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal people's study: Toronto report* [internet]. Toronto (Ont.) : Environics Institute [cité le 14 novembre 2018], 82 p. Accessible de : <https://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/02/UAPS-Toronto-report.pdf> (en anglais)
24. Firestone, M., C. Xavier, K. O'Brien, R. Maddox, S. Wolfe, et J. Smylie. (2018). Demographics [feuillelet d'information sur Internet; projet Our Health Counts Toronto]. Toronto (Ont.) : Well Living House, Seventh Generation Midwives, Toronto (Ont.) [cité le 19 novembre 2018], 7 p. Accessible de : <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2018/02/Demographics-OHC-Toronto.pdf> (en anglais)
25. Lavoie, J. (Publié le 9 mai 2017). How to improve Indigenous health? Address jurisdictional disputes [Internet]. *The Globe and Mail*. Toronto (Ont.) [cité le 15 novembre 2018]. Accessible de : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/how-to-improve-indigenous-health-address-jurisdictional-disputes/article34928858/> (en anglais)
26. Nickerson, M. (2017). *Characteristics of a nation-to-nation relationship* [Internet]. [Endroit inconnu] : Institut sur la gouvernance [cité le 19 novembre 2018], 40 p. Accessible de : <https://iog.ca/docs/IOG-Nation-to-Nation-Discussion-Paper-2017-02.pdf> (en anglais)
27. Statistique Canada. (c2018). Enquête nationale auprès des ménages de 2011 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 19 novembre 2018]. Accessible de : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
28. Anishnawbe Health Toronto. (c2011). About Anishnawbe Health [Internet]. Toronto (Ont.) : AHT [cité le 14 novembre 2018]. Accessible de : <http://www.aht.ca/about/overview> (en anglais)
29. RLISS du Centre-Toronto. (c2014). À propos du RLISS du Centre-Toronto [Internet]. Ontario : RLISS CT [cité le 19 novembre 2018]. Accessible de : http://torontocentrallhin.on.ca/aboutus.aspx?sc_Lang=fr-CA
30. Ville de Toronto. (2015). *Developing the Toronto Indigenous health strategy: Staff report* [Internet]. Toronto (Ont.) : Ville de Toronto [cité le 14 novembre 2018], 7 p. Accessible de : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/hl/bgrd/backgroundfile-85829.pdf> (en anglais)
31. Martin, D.H. (2012). Two-Eyed Seeing: a framework for understanding Indigenous and non-Indigenous approaches to Indigenous health research [avec résumé en français]. *Canadian Journal of Nursing Research*. Vol. 44, no 2, p. 20-42.
32. Ville de Toronto [Internet]. (c2019). Toronto (Ont.) : Toronto Indigenous Health Strategy [date inconnue], [cité le 15 novembre 2018], [environ 1 écran]. Accessible de : www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/health-programs-advice/toronto-indigenous-health-strategy/
33. Assemblée des Premières Nations. (1999). *Déclaration de parenté et de coopération entre les peuples et nations autochtones d'Amérique du Nord* [Internet]. Ottawa (Ont.) : APN [cité le 19 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.afn.ca/fr/a-propos-de-lapn/declaration-de-parente-et-de-cooperation-entre-les-peuples-et-nations-autochtones-damerique-du-nord/>
34. Gouvernement du Canada. (2017). Peuples autochtones et droits de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 19 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/droits-personne-peuples-autochtones.html>
35. Organisation des Nations Unies—Peuples autochtones, Département des affaires économiques et sociales. (c2018). Les Autochtones à l'ONU [Internet]. [Endroit inconnu] : DAES de l'ONU [cité le 19 décembre 2018]. Accessible de : <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-fr/what-we-do.html>
36. Gouvernement du Canada. (1982). *Lois constitutionnelles de 1867 à 1982, partie II, Droits des peuples autochtones du Canada*. Paragr. 35(2). Ottawa : Gouvernement du Canada.

