



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Note d'information 7 | Octobre 2016

Recommandations:

Les priorités en soins de santé dans les
collectivités autochtones du Nord ontarien

Qui Nous Sommes

Certains des acteurs clés dans ce modèle et leurs rôles se trouvent ci-dessous :

Conseil d'administration : Le conseil d'administration détermine l'orientation stratégique de l'Institut des politiques du Nord. Les administrateurs font partie de comités opérationnels s'occupant de finance, de collecte de fonds et de gouvernance; collectivement, le conseil demande au chef de la direction de rendre des comptes au regard des objectifs de nos objectifs du plan stratégique. La responsabilité principale du conseil est de protéger et de promouvoir les intérêts, la réputation et l'envergure de l'Institut des politiques du Nord.

Président et Chef de la direction : recommande des orientations stratégiques, élabore des plans et processus, assure et répartit les ressources aux fins déterminées.

Conseil consultatif : groupe de personnes engagées et qui s'intéressent à aider l'Institut des politiques du Nord mais non à le diriger. Chefs de files dans leurs domaines, ils guident l'orientation stratégique et y apportent une contribution; ils font de même en communication ainsi que pour les chercheurs ou personnes-ressources de la collectivité élargie. Ils sont pour de l'Institut des politiques du Nord une « source de plus mûre réflexion » sur l'orientation et les tactiques organisationnelles globales.

Conseil consultatif pour la recherche : groupe de chercheurs universitaires qui guide et apporte une contribution en matière d'orientations potentielles de la recherche, de rédacteurs possibles, d'ébauches d'études et de commentaires. C'est le « lien officiel » avec le monde universitaire.

Évaluateurs-homologues : personnes qui veillent à ce que les articles spécifiques soient factuels, pertinents et publiables.

Rédacteurs et chercheurs associés : personnes qui offrent, au besoin, une expertise indépendante dans des domaines spécifiques de la politique.

Tables rondes et outils permanents de consultation – (grand public, intervenants gouvernementaux et communautaires) : moyens qui assurent que l'Institut des politiques du Nord demeure sensible à la collectivité, puis reflète les priorités de CELLE-CI et ses préoccupations lors de la sélection des projets. to the community and reflects THEIR priorities and concerns in project selection.

Président et Chef de la direction

Charles Cirtwill

Conseil d'administration

Martin Bayer (Chair)

Ron Arnold

Pierre Bélanger

Thérèse Bergeron-Hopson (Vice Chair)

Terry Bursey

Dr. Harley d'Entremont

Alex Freedman

Jean Paul Gladu

Dr. George C. Macey (Vice-Chair & Secretary)

Hal J. McGonigal

Dawn Madahbee

Gerry Munt

Doug Murray (Treasurer)

Dr. Brian Tucker

Conseil consultatif

Dr. Gayle Broad

Barbara Courte Elinesky

Brian Davey

Tony Dean

Don Drummond

Tannis Drysdale (Chair)

John Fior

Ronald Garbutt

Peter Goring

Frank Kallonen

Duke Peltier

Kathryn Poling

Peter Politis

Tina Sartoretto

Keith Saulnier

Conseil consultatif pour la recherche

Dr. John Allison

Dr. Hugo Asselin

Dr. Randy Battochio (Chair)

Dr. Stephen Blank

George Burton

Dr. Robert Campbell

Dr. Iain Davidson-Hunt

Jonathan Dewar

Dr. Livio Di Matteo

Dr. Morley Gunderson

Dr. Anne-Marie

Mawhiney

Leata Ann Rigg

S. Brenda Small

J.D. Snyder

Dr. Lindsay Tedds

Ce rapport a été possible grâce à l'appui de nos partenaires : l'Université Lakehead, l'Université Laurentienne et la Société de gestion du Fonds du patrimoine du Nord de l'Ontario. L'Institut des politiques du Nord exprime sa grande appréciation pour leur généreux soutien, mais insiste sur ce qui suit :

Les points de vue de ces commentaires sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Institut, de son conseil d'administration ou de ceux qui le soutiennent. Des citations de ce texte, avec indication adéquate de la source, sont autorisées.

Les calculs de l'auteur sont basés sur les données disponibles au temps de publication et sont sujets aux changements.

Traduction par Natalie Melanson-Martin.

© 2016 Institut des politiques du Nord
Publication de l'Institut des politiques du Nord
874, rue Tingsten
Thunder Bay, Ontario P7B 6T6

Contents

Qui nous sommes _____	2
À propos de l'auteur _____	3
Raison d'être _____	4
Contexte _____	4
Analyse _____	5
Recommandations _____	6
Conclusion _____	7
Références _____	8
Qui nous sommes _____	11
Related Research _____	11

À propos des auteurs

Julie Duff Cloutier

Julie Duff Cloutier est étudiante du Programme de doctorat interdisciplinaire en santé dans les milieux ruraux et du Nord, à l'Université Laurentienne. Elle a une maîtrise ès sciences en soins infirmiers, de l'Université Queen's. Dans ce qui l'intéresse en recherche se trouvent la santé respiratoire (BPCO et l'asthme), les populations défavorisées et l'utilisation des services de santé. Elle est professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne.

Nichola Hoffman

Nichola Hoffman est étudiante du Programme de doctorat interdisciplinaire en santé dans les milieux ruraux et du Nord, à l'Université Laurentienne. Nichola possède une maîtrise ès arts en psychologie appliquée, de l'Université Laurentienne. Ses intérêts en recherche sont la communication verbale, les prises de décision et le ton émotif. Nichola est psychothérapeute dans la pratique privée.

Kristen Morin

Kristen Morin est étudiante du Programme de doctorat interdisciplinaire en santé dans les milieux ruraux et du Nord, à l'Université Laurentienne. Kristen possède une maîtrise en santé publique, de l'Université Queen's, et porte un intérêt spécial à la recherche sur les systèmes de santé. Elle a eu des emplois en planification des systèmes de santé et en évaluation de programmes.

John Dabous

John Dabous est étudiant du Programme de doctorat interdisciplinaire en santé dans les milieux ruraux et du Nord, à l'Université Laurentienne. John a une maîtrise ès sciences en biochimie, de l'Université Laurentienne. Ses intérêts en recherche portent sur les modèles d'utilisation des services de santé, l'accès aux soins primaires et à l'enseignement médical.

Raison d'être

Le Dr Murray Trusler, médecin généraliste travaillant dans des collectivités autochtones éloignées, a commencé une campagne de rédaction de lettre destinée aux autorités provinciales ontariennes et décrivant certains problèmes sociaux et de santé clés de ces collectivités, mais de son point de vue (contenu cité dans Kay, 2013). Cette lettre a été rédigée il y a neuf ans, pourtant, beaucoup des problèmes soulevés demeurent pertinents aujourd'hui. Ces problèmes étaient formulés de façon générale et comprenaient des déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté, l'éducation ainsi que le manque de logements et d'infrastructures adéquats dans les collectivités autochtones. Les problèmes de soins de santé, y compris l'accès aux services de santé publique provinciaux et les équipes de santé familiale, ont été signalés comme des sources de préoccupations importantes, et cela demeure pertinent de nos jours.

La Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVRC) a récemment rendu public son document Appels à l'action (2015), qui comprend de nombreuses recommandations reliées aux soins de santé et ayant pour objet d'améliorer la situation dans

le domaine, chez les Autochtones du Canada, ce qui évoque certains des problèmes signalés par le Dr Trusler. Une des suggestions de la Commission est de combler l'écart entre les résultats en santé de la population dominante et ceux des Autochtones; elle porte sur les besoins de compétence interculturelle en éducation, et ce, pour les fournisseurs de soins de santé et les responsables des politiques. (CVR, 2015; Centre de Gouvernance de l'information des Premières Nations [RCAP], 2009) La compétence interculturelle peut être définie par un ensemble de comportements et d'attitudes pertinents et permettant aux personnes de travailler efficacement dans un contexte transculturel (Cross et coll., 1989; Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong 2e, 2003). Cet article a pour objet de décrire des recommandations stratégiques en soins de santé, un accent spécifique étant alors mis sur la réussite de l'accès et de l'intégration améliorés en matière de services de soins de santé culturellement sécuritaires pour les Autochtones du Nord ontarien.

Contexte

L'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques est un problème de longue date en Ontario (Jacklin & Warry, 2012). Il est bien documenté que le poids de la maladie dans les collectivités autochtones est disproportionné par rapport à celui des populations non autochtones (Adelson, 2005; Jacklin & Warry, 2012). Les populations autochtones en Ontario ont des taux supérieurs de diabète, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BCO), de maladies infectieuses, de toxicomanie et de suicide (Jacklin & Warry, 2012; Health Canada, 2010). Les questions juridictionnelles relatives aux structures spécifiques de financement ainsi que la fragmentation des responsabilités et de la prestation des services pour les soins de santé, et ce, entre les gouvernements fédéral et provincial, compliquent davantage ces soins pour les Autochtones (Glazier, 2012; Réseau local d'intégration des services de santé – Nord-Est [RLISS-

NE], 2013a; Jacklin & Warry, 2012). Habituellement, le gouvernement fédéral fournit du financement ciblé de soins de santé aux collectivités autochtones des réserves cependant que les provinces assurent le financement des services de santé à l'extérieur des réserves (Santé Canada, sans date, Kelly, 2011). Ce financement relève de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), à Santé Canada. La Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1986) a été annoncée en 1986; elle offrait l'option de transférer le financement et la responsabilité administrative de la santé aux collectivités autochtones, afin que celles-ci aient davantage de souplesse pour la prestation des services (Santé Canada, 2005; Jacklin & Warry, 2012). Cela permet à ces collectivités de répondre à leurs propres besoins de santé communautaire, selon les directives en matière de responsabilité provenant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) (DGSPNI, 2008). La politique a depuis été modifiée pour permettre une adoption souple pour les collectivités qui désirent dans des mesures variables une autorité en matière de financement des services de santé fédéraux (Jacklin & Warry, 2012). La complexité de l'état de la santé des Autochtones et de la politique sur la santé est mal comprise; toutefois, une autonomie accrue a permis d'améliorer la qualité et l'efficacité des services dans certaines collectivités, du point de vue des clients (Lavoie & Gervais, 2012; Jacklin & Warry, 2012).

L'Ontario a déployé des efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé des Autochtones, par l'entremise de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (SRMA), ce qui a conduit à la création de dix Centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS) (Lavoie, 2013). La SRMA a été initialement financée par cinq ministères provinciaux, y compris le ministère des Affaires autochtones et le MSSLD (ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Cette stratégie avait pour objectif de créer des programmes et des ressources communautaires de soins de santé primaires pour les Autochtones sur les réserves comme à l'extérieur de celles-ci. Actuellement, les CAASS sont financés par le MSSLD et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (Association des centres de santé de l'Ontario, 2015). Les RLISS ont pour mandat de planifier la prestation des services de santé pour leur population à servir, dont les collectivités autochtones (MSSLD, 2006; RLISS, 2015). C'est particulièrement important pour les RLISS du Nord-Est (NE) et du Nord-Ouest (NO), car de gros segments de la population autochtone en Ontario se trouvent à l'intérieur de ces frontières géographiques (RLISS-NE, 2013a; RLISS-NO, 2013a). Même si nous savons qu'il y a des efforts de rationalisation du processus de financement, des conflits de compétences continuent de favoriser la prestation sous-optimale des services de soins de santé pour les collectivités autochtones.

De récents documents du gouvernement de l'Ontario, notamment *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, *Plan d'action en matière de soins de santé de l'Ontario*, *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord*, ont été produits pour guider dans les domaines des soins de santé et des politiques pour tous les Ontariens; ils couvrent aussi certains des problèmes de santé et de soins de santé importants qui ont été signalés par les Autochtones (MSSLD, 2015a; MSSLD, 2015). Parmi les problèmes clés se trouvent l'équité, l'accès et les soins culturellement sécuritaires. En raison du but, soit avoir un système de santé centré sur la personne, il est recommandé d'offrir un accès accru aux soins dans le bon contexte, par les bons fournisseurs et au bon moment, en ayant en tête la sécurité culturelle (MSSLD, 2014). La coordination transparente des services et des soins fondés sur des données probantes sont également des priorités (MSSLD, 2010; MSSLD, 2015; RLISS, 2015). Des soins centrés sur la personne tels qu'ils sont soulignés dans les documents ci-dessus devraient être élaborés en tenant compte de la sécurité culturelle.

Analyse

Le Dr Trusler a trouvé dix facteurs préoccupants dans ses lettres, inspirés de son expérience de médecin offrant des services de soins de santé dans des collectivités autochtones du Nord ontarien. Toutefois, plusieurs de ses suggestions, par exemple, celles reliées au logement, à l'éducation, à la police et à l'infrastructure ne relèvent pas du mandat du MSSLD. Le présent article porte sur les problèmes trouvés par le Dr Trusler, qui sont relatifs à la politique sur la santé de l'Ontario et pertinents pour le MSSLD : l'accès aux services provinciaux de soins de santé; l'accès aux équipes de santé familiale; l'utilisation de dossiers médicaux électroniques. En outre, même si l'accès aux services de soins de santé adéquats demeure incontestablement difficile pour les Autochtones, les recommandations et priorités du Dr Trusler semblent avoir été élaborées dans l'isolement, sans consultation avec des membres de collectivités autochtones. Cette sorte d'intervention, sans collaboration, est maintenant perçue comme inappropriée et un autre geste de colonialisme paternaliste, par lequel des solutions aux problèmes autochtones sont imposées par des non autochtones (Lavoie et Gervais, 2012; Jacklin & Warry, 2012). Aux fins de la présente critique, nous offrons donc des recommandations qui sont en accord avec l'esprit des constatations de la CVRC, (2015) Aux fins de la présente critique, nous offrons donc des recommandations qui sont en accord avec l'esprit des constatations de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada, (CVRC) 2015).

Recommandations

Pour aborder certains des problèmes décrits par le Dr Trusler, notre recommandation générale est d'accélérer la mise en œuvre de la formation liée à la sécurité culturelle des Autochtones, exigée récemment pour l'ensemble de la province, et ce, (Organisation nationale de la santé autochtone [ONSA], 2009) pour tous les fonctionnaire en Ontario, l'accent initial étant mis sur les programmes et services de santé financés par le MSSLD. Les manchettes récentes ont annoncé que le gouvernement de l'Ontario prévoyait introduire une telle formation mais, à ce jour, aucun plan spécifique n'a été exécuté. En harmonie avec le plan d'action *Priorité aux patients* (MSSLD, 2015), l'Ontario a la possibilité de créer un programme de formation unique et ciblé ayant pour objet d'éduquer et d'informer à la fois des fournisseurs de soins de santé et des responsables des politiques dans le domaine des soins de santé des Autochtones. Même s'il y a des difficultés pour rendre pertinente cette formation pertinente et utile (Puck, 2008), cela n'élimine pas la nécessité d'une telle formation comme point de départ pour opérer le changement.

Sous le thème de la sécurité culturelle, le présent document contient d'autres recommandations permettant de miser sur les modèles ontariens existants en matière de soins de santé primaires culturellement sécuritaires; nous traitons aussi d'endroits éloignés, de communications améliorées et de coordination entre les organismes autochtones et non autochtones. L'expression *sécurité culturelle* sert à exprimer une approche pour les soins de santé et reconnaissant les contraintes contemporaines des Autochtones (Brascoupé, 2009). La notion de *sécurité culturelle* représente le développement et la prestation de services adaptés aux Autochtones et à d'autres groupes culturels, dans tous les domaines de la politique publique (Brascoupé, 2009). La communication et la coordination améliorées peuvent être facilitées par un meilleur accès aux dossiers médicaux électroniques (DME) et par une intégration supérieure. Les endroits éloignés peuvent alors bénéficier substantiellement d'une communication améliorée avec les fournisseurs dominants de services de santé dans la province.

Les fournisseurs de soins de santé interdisciplinaires du Nord ontarien peuvent bénéficier de l'accès rationalisé aux DME intégrés. Il a été démontré que les DME et les systèmes intégratifs adéquats avaient des effets positifs sur les soins aux patients et la collaboration interprofessionnelle, grâce au partage d'information plus sécuritaire, plus précise et complète parmi les fournisseurs de soins de santé, grâce aussi à une efficacité et à une communication supérieures, puis à la réduction du temps d'attente pour des rendez-vous, des traitements et des résultats de tests de laboratoire

(Davis et coll., 2015; cyberSanté Ontario, sans date; Harper, Edge, Schuster-Wallace, Ar-Rushdi et McEwen, 2011; Rosser, Colwill, Kasperski et Wilson, 2010).

Une complication de l'utilisation accrue des DME est la gestion des données électroniques; les collectivités autochtones assument la responsabilité et s'occupent du contrôle des données obtenues dans leurs collectivités, conformément aux principes RCAP (responsabilité, contrôle, accès et possession) (Comité de gouvernance sur l'information des Premières Nations [CGIPN]), sans date). De plus, le Projet de loi 119, relatif à la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS), protège spécifiquement les dossiers médicaux des patients dans le système de santé (MSSLD, 2016). Un équilibre soigneux entre les données sur la santé individuelle et communautaire et l'accès nécessaire afin de faciliter des services rationalisés peuvent devoir être pris en compte (Kewayosh et coll., 2015; Assemblée des Premières Nations [APN], 2013; Wilson, 2004). Il est à noter que les chefs de l'Ontario (CO) et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) ont récemment conclu une entente sur la gouvernance des données (EGD, 2015), qui pourrait servir de modèle potentiel pour aider à protéger les données des Autochtones en matière de santé au sein d'une base de données provinciale. Il ne manque pas de précédent au regard de l'application de cette entente sur la gouvernance pour l'information sur la santé, spécifiquement en ce qui a trait aux dossiers sur les immunisations (EGD, 2015). Des solutions mutuellement acceptées entre les organismes autochtones, le MSSLD et le gouvernement fédéral sont nécessaires, afin de concevoir un système de DME qui assure de façon transparente la coordination avec les systèmes dominants de DME, tout en tenant compte des inquiétudes entourant la protection des renseignements personnels et communautaires (Kewayosh et coll., 2015; APN, 2013).

En plus des DME, il faut de la collaboration intégrative pour améliorer l'accès aux soins primaires dans les collectivités autochtones. L'amélioration des résultats des patients d'une façon culturellement sécuritaire et à des coûts efficients peut s'obtenir par l'élargissement des ESF (équipes Santé familiale) et des CAASS interprofessionnels (MSSLD, 2012; Gocan et Woodend, 2004). Contrairement aux CAASS, les ESF ne sont pas nécessairement structurées pour offrir des services spirituels ou de guérison traditionnels. Pour cette raison, les ESF ont besoin d'une souplesse considérable dans chaque collectivité, afin de répondre à des besoins connus.

Les services devraient être planifiés et développés au sein des collectivités autochtones, en intégrant de façon culturellement adéquate les valeurs, croyances et besoins connus, un peu comme les CAASS existants sur les réserves et à l'extérieur de celles-ci (Sioux Nations First Lookout Health Authority [SNFLHA] 2006; Association des centres de santé de l'Ontario [ACSO]. 2015).

La reddition de comptes et les responsabilités des gouvernements fédéral et provincial devront aussi être pris en compte dans cette planification. Les ESF interdisciplinaires autochtones peuvent exiger une gamme de services autochtones traditionnels et non autochtones pour lesquels la responsabilité financière gouvernementale peut varier (SNFLHA, 2006; Ontario Regional HSIF Advisory Committee [ORHAC], 2011; RLISSNO, 2015). Actuellement, la responsabilité financière fédérale est axée sur les dépenses des cliniques de santé sur les réserves, tandis que la responsabilité provinciale est axée sur les services de santé financés publiquement (SNFLHA, 2006; ORHAC, 2011). L'élargissement des services peut exiger la collaboration entre les organismes autochtones ainsi que les gouvernements fédéral et provincial (Adelson, 2005; Bisset, Cargo, Delormier, Macaulay et Potvin, 2004; Tobe, Maar, Roy et Warburton, 2015). Bien qu'il ait un risque de conflit de compétences, cette collaboration a déjà existé en Ontario (SNFLHA, 2006; Davis, Reeve et Humphreys, 2015). Le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations en Ontario est un exemple de la façon dont les différents paliers gouvernementaux (fédéral, provincial et autochtone) travaillent à créer un cadre pour la future politique sur la santé (CO, 2013).

Les coûts associés aux DME et aux services d'intégration améliorés peuvent être contrebalancés par la réduction des chevauchements de services et l'efficacité supérieure des soins aux patients dans les secteurs de la santé (cyberSanté Ontario, sans date). Toutefois, il y a d'autres obstacles associés à la

connectivité de l'infrastructure et aux limites techniques que présentent les problèmes de champs de compétences à l'extérieur du mandat du MSSLD (Ajami et Arab-Chadegani, 2013; Kewayosh et coll., 2015). Ainsi, nous recommandons la planification et la mise en place de modèles de financement qui favorisent non seulement la formation pour les compétences culturelles nécessaires, les ESF restructurées et l'accès aux DME, mais aussi pour l'infrastructure nécessaire au soutien de ces tâches. Ce financement peut potentiellement être abordé par l'instauration de protocoles de collaboration entre les gouvernements fédéral et provincial ainsi que les Autochtones, afin de faciliter la coordination des services de soins de santé et de répondre aux besoins d'infrastructures (Kewayosh et coll., 2015; RLISS-NE, 2013; APN, 2013).

Un modèle similaire a été utilisé en Colombie-Britannique, et des évaluations préliminaires ont montré qu'il y avait eu, entre autres, des investissements dans l'amélioration des soins de santé primaires, dans la connectivité au sein du secteur de la santé, le transfert d'information sur la santé et la cybersanté, les services de santé destinés aux enfants et aux mères (Lavoie, Varcoe, Wong et Fridkin, 2015; CO, 2013; Conseil des leaders des Premières Nations, Canada et Colombie-Britannique, 2007). En Ontario, le nombre de divers traités font que les relations entre les collectivités autochtones ainsi que les gouvernements fédéral et provincial sont plus complexes (ACSO, 2015; Warry, 2012). Non seulement le contenu des traités varie-t-il considérablement, il y a aussi dans les collectivités autochtones des différences dans la façon de les interpréter et d'en apprécier la valeur. La planification de cette sorte de recommandation devra se faire à de nombreux niveaux, et il sera très important de se pencher sur le climat et le patrimoine politiques entourant les soins de santé (Warry, 2012).

Conclusion

Encourager un milieu de pratique culturellement sécuritaire dans la province est une étape cruciale au moment d'aborder les disparités en santé chez les Autochtones de l'Ontario. Le MSSLD a l'occasion d'opérer un virage; en plus d'offrir des soins de santé axés sur les populations autochtones, il faut ajouter du travail connexe sur les collectivités. Les besoins et les plans de développement devraient être pensés en collaboration avec les membres des collectivités autochtones (ORHAC, 2011; RLISS-NO, 2013a). Les réformes des soins de santé devraient comprendre des ESF additionnelles et/ou restructurées, ainsi qu'une meilleure intégration des services de santé, facilitée par une utilisation supérieure des DME. Des ressources et du financement significatifs seront nécessaires à la réalisation de réformes de grande envergure. Ces recommandations sont les premières étapes essentielles vers une sécurité culturelle accrue, l'équité en soins de santé ainsi que de plus grands changements de politique qui ont des effets sur la santé des Autochtones en Ontario.

Références

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada. *Can J Public Health*, 96 Suppl 2, 545-61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16078555>
- Ajami, S., & Arab-Chadegani, R. (2013). Barriers to implement Electronic Health Records (EHRs). *Mater Sociomed*, 25(3), 213-215. doi:10.5455/msm.2013.25.213-215
- Assembly of First Nations. (2013). Assembly of First Nations annual report 2012-2013. Retrieved from http://www.afn.ca/uploads/files/afn_annual_report_2012-13_en_usb.pdf
- Association of Ontario Health Centres. (2015). Aboriginal Health Access Centres Report. Retrieved from <http://www.aohc.org/sites/default/files/documents/2015%20AHAC%20>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong 2nd, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*, 118(4), 293.
- Bisset, S., Cargo, M., Delormier, T., Macaulay, A. C., & Potvin, L. (2004). Legitimizing diabetes as a community health issue: a case analysis of an Aboriginal community in Canada. *Health Promot Int*, 19(3), 317-326. doi:10.1093/heapro/dah305
- Brascoupé, S. W., C. . (2009). Cultural Safety Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness. Retrieved from http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf
- Chiefs of Ontario. (2013). Chiefs of Ontario Annual Report: Revitalizing Indigenous Nations. Retrieved from http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Final%20COO%20Annual%20Report_2013_1.pdf.
- Chiefs of Ontario. (2015). Chiefs of Ontario Annual Report 2014-2015: Strengthening our Relationships. Retrieved from <http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/1-FINAL-AR-2015.pdf>
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center
- Davis, S., Reeve, C., & Humphreys, J. S. (2015). How good are routinely collected primary healthcare data for evaluating the effectiveness of health service provision in a remote Aboriginal community? *Rural Remote Health*, 15(4), 2804. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26442446>
- eHealth Ontario(n.d.). Electronic Health Records: EHRs Explained. Retrieved from <http://www.ehealthontario.on.ca/en/ehrs>
- First Nations Information Governance Centre. (n.d.). The First Nations Principles of OCAP. Retrieved from <http://fnigc.ca/ocap.html>
- First Nations Leadership Council, Canada, & British Columbia (2007). Tripartite First Nations Health Plan. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/services/2007-06_tripartite_plan-eng.pdf
- First Nations & Inuit Health Branch. (2008). Transfer Status as of March 2008. Ottawa, Ontario, Canada Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/>.
- Glazier, R. Z., BM.; Rayner, J. (2012). Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use 2008/09. Retrieved from www.nccah-ccnsa.ca/docs/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20-%20June%202011.pdf
- Gocan, S. L., M. & Woodend AK (2004). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. Retrieved from <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84>

- Harper, S. L., Edge, V. L., Schuster-Wallace, C. J., Ar-Rushdi, M., & McEwen, S. A. (2011). Improving Aboriginal health data capture: evidence from a health registry evaluation. *Epidemiol Infect*, 139(11), 1774-1783. doi:10.1017/S095026881000275X
- Health Canada. (2005). Ten years of health transfer First Nation and Inuit control. Available from http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/2_intro-eng.php
- Health Canada. First Nations and Inuit Health. (2010). Available from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/index-eng.php>
- Health Canada. (n.d.). First Nations and Inuit Health Nursing. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/index-eng.php>
- Jacklin, K. & Warry, W. (2012). Decolonizing First Nation Health. In J.C. Kulig & Williams, A.M. (Eds.), *Health in Rural Canada* (p. 373-389). Vancouver: UBC Press
- Kay, J. (2013, January). What's wrong with remote native reserves? Let's ask a veteran doctor who worked there. *The National Post*. Retrieved from <http://news.nationalpost.com/full-comment/jonathan-kay-whats-wrong-with-remote-native-reserves-lets-ask-a-doctor-who-worked-there-for-43-years>
- Kelly, M. D. (2011). Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1). Retrieved from: <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol2/iss1/11> DOI: 10.18584/iipj.2011.2.1.11
- Kewayosh, A., Marrett, L., Aslam, U., Steiner, R., Moy Lum-Kwong, M., Imre, J., & Amartey, A. (2015). Improving health equity for First Nations, Inuit and Metis people: Ontario's Aboriginal Cancer Strategy II. *Healthc Q*, 17 Spec No, 33-40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25562132>
- Lavoie, J.G. & Gervais, L. (2012). Access to primary health care in rural and remote Aboriginal communities: Progress, challenges and policy direction. In J. C. Kulig, & A. Williams. (Eds), *Health in Rural Canada* (pp. 390-408). Vancouver: UBC Press.
- Lavoie, J. G. (2013). Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Metis health policy. *Int J Circumpolar Health*, 72, 22690. doi:10.3402/ijch.v72i0.22690
- Lavoie, J.G., Varcoe, C., Wong, S., & Fridkin, A. (2015). Missing Pathways to Self-Governance: Aboriginal Health Policy in British Columbia. *The International Indigenous Policy Journal*.
- Local Health Integration Network. (2015). Provincial Aboriginal LHIN Report. Retrieved from <http://www.lhins.on.ca/Pan-LHIN%20Content/Provincial%20Aboriginal%20LHIN%20Network.aspx>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2006). Local Health System Integration Act. Retrieved from <http://www.ontario.ca/statute/06104>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2010). Rural and Northern Health Care Framework/Plan Report of the Rural and Northern Health Care Panel. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/report_rural_norther_EN.pdf
- Ministry of Health and Long-Term Care (2012). Ontario's Action Plan for Health Care. Retrieved from http://health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_Healthychange.pdf
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2015). Patients First: Action Plan for Health Care. 2015a. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_patients_first.pdf
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2016). Bill 119, Health Information Protection Act. Retrieved from http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=en&BillID=3438
- National Aboriginal Health Organization (2009). Cultural competency and safety in First Nations, Inuit and Métis health care Ottawa [Fact Sheet]. Retrieved from <http://www.naho.ca/documents/naho/english/factSheets/culturalCompetency.pdf>
- North East Local Health Integration Network. (2013a). Integrated Health Services Plan 2013-2016. Retrieved from <http://www.nelhin.on.ca/Page.aspx?id=4020>

- North East Local Health Integration Network. 2012/13 Annual Report. (2013b). Retrieved from Ontario: <http://www.nelhin.on.ca/accountability/annual-reports.aspx>
- North West Local Health Integration Network. (2013a). Integrated Health Services Plan 2013-2016. Retrieved from <http://www.northwestlhin.on.ca/goalsandachievements/IntegratedHealthServicesPlan.aspx>
- North West Local Health Integration Network. (2013b). Creating Healthy Change: 2012-2013 Annual Report. Retrieved from <http://northwestlhin.on.ca/accountability/Annual-Reports.aspx>.
- Ontario Regional HSIF Advisory Committee, (2011). Ontario Health Services Integration Fund Integration Plan. Retrieved from <http://www.nelhin.on.ca/Page.aspx?id=11978>
- Puck, J. F., Kittler, M., Wright C. (2008). Does it really work? Re-assessing the impact of pre-departure cross-cultural training on expatriate adjustment. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(12), 2182-2197. doi:10.1080/09585190802479413
- Rosser, W. W., Colwill, J. M., Kasperski, J., & Wilson, L. (2010). Patient-centered medical homes in Ontario. *N Engl J Med*, 362(3), e7. doi:10.1056/NEJMp0911519
- Sioux Nations First Lookout Health Authority. (2006). The Anishabe Health Plan Final Report. Retrieved from <http://www.sfnha.com/files/4114/0007/2122/AHP-FINAL-REPORT.pdf>
- Tobe, S. W., Maar, M., Roy, M. A., & Warburton, D. E. (2015). Preventing Cardiovascular and Renal Disease in Canada's Aboriginal Populations. *Can J Cardiol*, 31(9), 1124-1129. doi:10.1016/j.cjca.2015.05.024
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and reconciliation commission of Canada: Calls to action. (2015). Retrieved from http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf
- Wilson, A. (2004). *Living well: Aboriginal women, cultural identity, and wellness*. Winnipeg, Manitoba: The Prairie Women's Health Center of Excellence.

À propos de l'Institut des politiques du Nord :

L'Institut des politiques du Nord est le groupe de réflexion indépendant de l'Ontario. Nous effectuons de la recherche, accumulons et diffusons des preuves, trouvons des opportunités en matière de politiques, afin de favoriser la croissance et la durabilité des collectivités du Nord. Nous avons des bureaux à Thunder Bay, Sudbury, Sault Ste. Marie, et à Kenora. Nous cherchons à améliorer les capacités du Nord ontarien de prendre l'initiative en politiques socioéconomiques qui ont des répercussions sur l'ensemble du Nord ontarien, de l'Ontario et du Canada.

Related Research

**Matière à réflexion:
Accès à l'alimentation dans
le Nord éloigné du Canada**

Holly Dillabough

**À ramasser les morceaux : Approche
fondée sur l'école communautaire en
vue du renouveau de l'éducation des
Premières Nations**

Paul W. Bennett et Jonathon Anuik

Une stratégie de changement

John A. Hodson et Julian Kitchen

Les priorités de santé 2

Emily Donato et John MacDonald

Pour vous tenir au fait ou pour participer, veuillez communiquer avec nous :

1 (807) 343-8956 info@northernpolicy.ca www.northernpolicy.ca



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca