


CADRE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE AUTOCHTONE

fondé sur les principes culturels.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



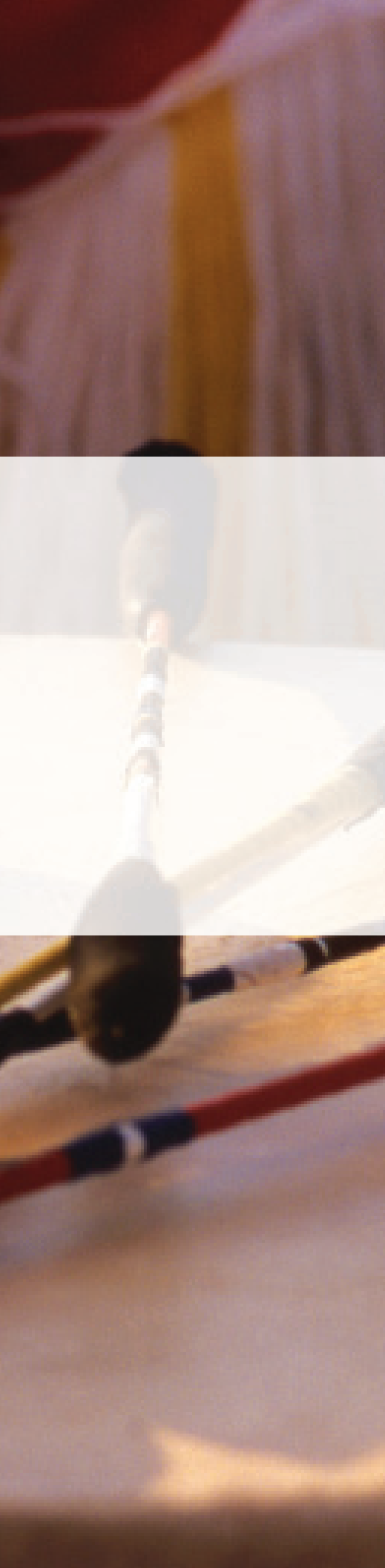
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE



Projet réalisé conjointement par le
Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone
le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones du Conseil canadien sur
l'apprentissage

et l'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire

Rapport préparé par : Shirley Tagalik, Chercheuse en chef et consultante en éducation, Inukpaujaq Consulting



© 2010 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone appuie le renouvellement du réseau de santé publique du Canada, afin qu'il soit inclusif et respectueux des diverses populations de Premières nations, Inuits et Métis. Hébergé par l'Université du Nord de la Colombie-Britannique à Prince George (Colombie-Britannique), le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du CCNSA.

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses documentaires ou une synthèse de connaissances, ou qui entreprennent une évaluation des lacunes au chapitre des connaissances. Nous tenons à remercier nos analystes qui ont généreusement donné de leur temps et de leur expertise dans le cadre de ce travail. Il est possible de télécharger la présente publication à l'adresse suivante : /www.ccnsa-nccah.ca/





TABLE DES MATIÈRES



Le contexte	7
Objet du projet	11
Cadres de travail autochtones	13
L'initiative	19
Résultats	23
Réponses aux questions	23
Dialogues internationaux	27
Conclusions	31
Cadre de travail sur la santé en milieu scolaire autochtone	32
Principes fondamentaux	32
Interdépendance et relations	32
Concepts culturels	32
Modèle conceptuel	32
Références	34
Autres sources et lectures recommandées	34





CONTEXTE

Les programmes et stratégies de santé en milieu scolaire ont vu le jour en Europe, au Canada et aux États-Unis, ainsi que sur la côte ouest du Pacifique, en réaction aux traditions et cultures occidentales dominantes de ces régions. Au cours des quelques dernières années, les territoires de compétence ont adopté de nombreuses et excellentes stratégies en matière de santé en milieu scolaire qui ont eu beaucoup de répercussions dans les écoles. Même si ces stratégies approfondies en matière de santé en milieu scolaire se veulent holistiques et enracinées dans le contexte local des écoles et communautés dans lesquelles elles ont été mises en œuvre, la recherche et la pratique ont révélé que les programmes actuels ne sont pas suffisamment pertinents ni

appropriés, dans les cultures et les contextes des régions, écoles et élèves indigènes pour améliorer l'état de santé.

Cela s'explique directement, et en grande partie, par les différences fondamentales dans la conceptualisation de la santé entre les populations indigènes et non indigènes. En fait, la plupart des services et programmes de santé autochtones¹, y compris les programmes de santé en milieu scolaire portent surtout sur les maladies plutôt que sur une approche holistique du mieux-être. De même, le financement de nouveaux programmes de santé cible généralement des problèmes de santé donnés sans suivre une orientation inclusive. Le Centre de collaboration

¹ Aux fins du présent document, les termes « autochtones » et « indigènes » désignent tous deux une population des Premières Nations.



nationale de la santé autochtone nous rappelle que :

« L'année 2006 a marqué le 60^e anniversaire de l'adoption de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, un document qui comprend l'une des définitions modernes de la santé parmi les plus influentes :

« La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et pas seulement [...] l'absence de maladie ou d'infirmité. » – (CCNSA, 2006:18).

Bien qu'on puisse espérer qu'après 60 ans cette vision de la santé soit en train de changer, même chez les non-indigènes, il n'en est rien. En pratique, les cadres omniprésents du domaine de l'éducation et de la santé servent toujours à définir la santé des indigènes; les programmes tendent toujours à ne pas représenter cette vision holistique du monde de la santé et du mieux-être. Il faut changer tout ça. De même, de nombreuses sources de financement et de nouveaux centres d'intérêt pour la recherche et l'élaboration de programme continuent de mettre l'accent sur ce qui ne va pas.

Dans le cas des populations autochtones, le changement à apporter a toujours été de passer de la prévention ou du traitement des maladies ou de problèmes de santé à la compassion envers la personne dans

tout son être. Cette approche doit prendre appui sur des valeurs et croyances qui sont au cœur du contexte et de la culture de la communauté et de l'environnement, et doit respecter les relations importantes qui les rapprochent toutes, pour pouvoir commencer à progresser vers une pratique davantage axée sur la culture.

Le terme « pertinence culturelle » est parfois utilisé, mais rarement défini. Dans le présent document, il s'agit de l'offre de programmes et services qui correspondent aux styles de communication, aux systèmes de sens et aux réseaux sociaux des bénéficiaires ou aux participants des programmes et autres parties intéressées (Thomas, 2002:2).

En vue de commencer à traiter de façon pertinente de la santé en milieu scolaire pour les populations indigènes, il faut s'assurer que le processus s'enracine dans la connaissance des philosophies indigènes, en particulier les visions du monde; et de tenir compte des divergences entre ces approches et les présomptions des non-indigènes.

Il y a des différences culturelles entre les idées de base sous-jacentes aux programmes de santé en milieu scolaire. Par exemple, dans la culture occidentale, la « santé » est perçue comme un bien personnel, une ressource pour la vie quotidienne. En revanche,

la plupart des cultures autochtones définissent la santé comme un ensemble continu de relations et de responsabilités qui concernent l'environnement, la famille, la tribu et les ancêtres. L'enjeu des éducateurs et professionnels d'aujourd'hui consiste à décoloniser les programmes actuels de manière à les rendre applicables aux bénéficiaires indigènes sur le plan culturel.

La colonisation fait intervenir une relation dans laquelle une des parties dépend de l'autre pour définir le monde. Sur le plan personnel, le colonialisme donne lieu à une situation dans laquelle une personne doit entrer en relation avec une autre dans des conditions définies unilatéralement par l'autre (McCaskill, 1983:289).

Ces différentes orientations culturelles peuvent avoir des répercussions importantes sur les programmes. Par exemple, on a mis en œuvre un programme de prévention du décrochage scolaire dans un territoire du Nord canadien visant à aider les adolescentes enceintes. Bien que celui-ci ait été inspiré de programmes très efficaces dans le Sud, peu d'adolescentes inuites enceintes y ont participé. Healey et Meadows (2008) se sont aperçus qu'en ce qui concerne la grossesse chez les adolescentes, les femmes inuites sont considérées comme prêtes au mariage au milieu de l'adolescence. Par conséquent, le fait qu'une jeune adolescente inuite soit enceinte n'a rien d'anormal à leurs yeux.

De même, on ne considère pas comme une mauvaise répercussion le fait qu'elle abandonne ses études pour avoir un enfant. L'adoption selon les coutumes inuites, qui consiste à confier un enfant à un autre membre de la famille, n'est pas mal vue non plus. Au contraire, l'adoption selon les coutumes inuites est considérée comme une bonne solution pour s'assurer de répondre aux besoins de l'enfant. Dans un tel cas, l'approche occidentale consisterait probablement à déterminer le « problème » et à lui faire correspondre une déficience quelconque. Les communautés indigènes auront plus tendance à mettre l'accent sur les forces dans une situation donnée, ce qui permet de trouver une solution collective et selon des approches axées sur le consensus. Ces paradigmes très différents nécessitent des cadres de travail différents à l'appui de la pratique, de la planification et de l'élaboration d'une politique. De ce point de vue, décoloniser les stratégies en matière de santé en milieu scolaire exige que les programmes, les politiques et les pratiques s'enracinent dans la vision du monde indigène et dans la réalité des contextes indigènes en matière de santé et de mieux-être. De même, le caractère distinctif de la philosophie indigène doit être à la base de la conception et de l'élaboration des programmes. Essentiellement, les programmes indigènes doivent être pertinents et appartenir à la communauté indigène même.

Les populations indigènes sont extrêmement diversifiées. Cette diversité repose à la fois sur le caractère unique et les contextes particuliers aux lieux et à la géographie qui caractérisent une culture. Ces « différences » sont à la base des valeurs et des croyances propres aux peuples indigènes. Les valeurs définissent qui nous sommes comme peuple et structurent nos croyances ainsi que les pratiques et choix ultérieurs. On les qualifie d'éthique culturelle ou de règles du comportement (Brant, 1990). Ces valeurs et croyances ne peuvent être interprétées

que dans la vision du monde ou la philosophie distincte propre à un peuple. Lorsque les valeurs elles-mêmes sont nommées, comme l'honnêteté, le partage, l'humilité, la bonté, il y a quelquefois une tendance à les considérer comme des valeurs universelles et, par conséquent, à ne pas tenir compte du contexte culturel dans lequel elles s'appliquent. Cela peut mener soit à une sorte d'appropriation, soit à une négation du caractère unique d'une vision du monde ou d'une philosophie culturelle. C'est plutôt la reconnaissance du caractère distinctif de la vision du monde qui nous permet de nous approcher du cœur de la pertinence culturelle au regard des populations indigènes.

En nous efforçant de mieux comprendre ces valeurs traditionnelles et leur caractère unique dans la vision du monde ou la « philosophie » indigène, nous pouvons utiliser cette connaissance du passé, notre compréhension des réalités contemporaines vécues par les peuples indigènes, et pour nous assurer d'offrir des services, des programmes et des ressources vraiment utiles et conçus de façon à répondre aux besoins des parents indigènes (CCNSA, 2009:28).

Lorsque nous essayons d'examiner les systèmes de sens et les visions du monde des populations indigènes, nous constatons que les pratiques de chacune sont très diversifiées, mais qu'il y a tout

de même un bon degré de consensus. Des éléments de leurs façons de savoir et d'être sont les mêmes et c'est ce sur quoi on pourrait s'appuyer pour élaborer un cadre de travail en vue d'une nouvelle programmation de la santé en milieu scolaire autochtone. Un examen complet des philosophies indigènes nous amène à résumer comme suit les éléments conceptuels communs à la plupart des visions indigènes du monde.

Les philosophies indigènes découlent d'une vision du monde faite d'interrelations entre le spirituel, le naturel et le soi, formant ainsi le fondement où prennent racine les façons indigènes de savoir et d'être.

... Les fondements du caractère indigène, par conséquent, comprennent en partie les valeurs qui privilégient les interrelations entre le spirituel, le naturel et le soi; reflètent une orientation sacrée au lieu et à l'espace; englobent une fluidité des connaissances échangées entre le passé, le présent et l'avenir, permettant ainsi une croissance et une évolution constantes et dynamiques du savoir; et considèrent respectueusement la langue et l'expression orale comme moyens importants de transmission du savoir; (Greenwood, 2005:554).

C'est avec cette définition de la vision indigène du monde que nous avons entrepris l'élaboration d'un cadre commun de travail sur la santé en milieu scolaire.





Voyageur



OBJECTIF DU PROJET

Une nouvelle conception d'approches, de pratiques et de programmes liés à l'école et axés sur l'école, qui conviennent aux communautés indigènes, doit s'enraciner sur les forces, les traditions, le savoir et les valeurs de ces communautés. Cette nouvelle conception doit prendre appui sur les excellents travaux déjà effectués dans les communautés indigènes et tenir compte des priorités actuelles pour la santé en milieu scolaire, telles que déterminées par les communautés indigènes elles-mêmes. Le nouveau concept doit donner naissance à des projets et politiques en matière de santé en milieu scolaire qui favorisent la santé des enfants indigènes, mais qui reflètent également les diverses façons indigènes de savoir, d'être et d'apprendre. Ce sont les forces de la culture indigène et les facteurs protecteurs de la santé et du mieux-être.

Malgré les agressions historiques et contemporaines du colonialisme que les peuples autochtones ont subies, Waller et Yellow Bird (2002) maintiennent qu'il est possible d'entrevoir dans la culture autochtone une « tapisserie colorée et énergique de forces ». (p. 50). Toutefois, Waller et Yellow Bird (2002) suggèrent qu'un aperçu des forces des peuples autochtones peut nous aider à concevoir un cadre permettant aux autres intervenants auprès des [peuples] autochtones d'exploiter les forces existantes et d'en découvrir bien d'autres. (CCNSA, 2009a:15).

Un point de départ, à cette fin, a consisté à déterminer les forces des communautés indigènes qui favorisent la santé et le mieux-être. Une approche axée sur les forces consiste à exploiter les forces des communautés indigènes dans des domaines comme le savoir indigène; le

rôle influent des Aînés, de la famille élargie et des structures de relation, y compris avec la nature et la spiritualité. Comme Jennifer Espey (2002) le mentionne :

Chaque culture est particulièrement bien placée pour produire des connaissances de certains aspects de nous-même, de notre société et de notre milieu, tout comme chacune est particulièrement bien placée pour favoriser l'ignorance des autres aspects de nous-même, de notre société et de notre milieu. On ne peut pas séparer le savoir de la culture qui l'a créé. De même, notre savoir exerce un impact sur notre culture. Le savoir et la culture sont co-constructifs.

Ce projet avait pour objectif d'établir un format qui permette le lancement d'un cercle d'échange et d'un processus co-constructif, faisant intervenir des voix indigènes de partout dans le monde et qui mènerait à l'élaboration d'un cadre de travail commun pour les programmes de santé en milieu scolaire à l'intention des écoles et communautés indigènes. Afin d'y parvenir nous avons examiné les aspects communs aux cadres de travail indigènes qui existent déjà pour la santé et pour l'éducation. À partir de ces cadres de travail, nous avons élaboré un document de consultation que nous avons affiché sur un site Web afin que les personnes intéressées puissent y contribuer, compléter les concepts et éléments et ajouter de nouvelles idées. En outre, nous avons organisé des présentations et des discussions en personne à plusieurs endroits, en vue de donner forme à ce travail en évolution et de le valider. Nous avons présenté diverses approches axées sur la culture en matière de santé en milieu scolaire, dont des travaux effectués par des professionnels maoris, navajos, séminoles, hawaïens, aborigènes, inuits, métis et autochtones.





CADRES DE TRAVAIL AUTOCHTONES



La culture est le cadre de travail social pour comprendre le monde et y contribuer. Chaque culture comporte des éléments de base. Le premier est la vision du monde... (Alberta Education, 2005:10). La vision du monde pénètre tous les aspects de l'éducation efficace des élèves autochtones. Les visions du monde sont comme les ronds dans l'eau qui se forment lorsqu'on y jette une pierre (Alberta Education, 2005:vi).

Chaque groupe autochtone exprime sa culture de diverses façons, selon sa situation géographique ou son histoire propre. Pourtant, de nombreux peuples autochtones d'Amérique du Nord ont les mêmes valeurs traditionnelles et les mêmes orientations.

Ces fils conducteurs que les cultures autochtones ont en commun sont parfois appelés visions du monde fondatrices. Elles reflètent les principes directeurs et valeurs traditionnelles des sociétés autochtones. (Alberta Education, 2005:13).

Les fils communs aux visions autochtones du monde sont au nombre de cinq :

- perspective holistique;
- interdépendance entre tous les êtres vivants;
- lien à la terre et à la communauté;
- nature dynamique du monde;
- force dans le « pouvoir avec ».²

Du point de vue de l'éducation, le rapport intitulé *Redéfinir le mode d'évaluation de la réussite de l'apprentissage chez les Premières nations, les Métis et les Inuits*,

²Le « pouvoir avec » est conceptualisé dans le cercle où toutes les choses s'assemblent, dans un face à face, dans une relation d'égal à égal. C'est l'antithèse du « pouvoir sur » des relations hiérarchisées. (Alberta Education, 2005:18).



du Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones (2007) a déterminé ces fondements pour les Premières nations, les Inuits et les Métis en matière d'apprentissage et d'éducation :

1. Les peuples autochtones considèrent que l'éducation est holistique, dure toute la vie et est essentielle à leur survie économique.
2. L'apprentissage nécessite des occasions formelles et non formelles à tout âge.
3. La terre, les connaissances et les techniques en un lieu ou d'un lieu, la langue et la culture font partie intégrante du processus d'apprentissage et d'éducation chez les peuples autochtones.
4. L'apprentissage doit se faire de façon holistique en fonction de l'être spirituel, intellectuel, émotionnel et physique, et reconnaître les dons et habiletés tout en favorisant l'épanouissement.

Ces éléments ressortent des trois cadres d'apprentissage que le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones a élaboré (www.cclca.ca/CCL/Reports/RedefiningSuccessInAboriginalLearning). Bien que chacun soit propre à une

culture et qu'ils varient quelque peu, ils sont fondamentalement plus semblables que différents. Les quatre fondements mentionnés ci-dessus sont au cœur de tous les modèles. En outre, ces modèles comportent tous les éléments de la communauté et de l'importance de l'apprentissage qui appartient à la communauté et de l'apprentissage dirigé en termes de vitalité culturelle et mieux-être durables.

Le modèle hawaïen pour l'éducation axée sur la culture comporte quatre éléments : commencer avec les besoins et les forces de la personne; mettre l'accent sur le contexte culturel de l'apprenant; établir le contenu culturel et s'assurer de l'intégration de la spiritualité.

Le modèle holistique maori du programme d'éducation se fonde sur les éléments de la participation, de la protection et du partenariat. La participation fait en sorte que la direction est maorie; la protection fait en sorte que l'éducation leur appartient et fait appel à des processus autodéterminants; et le partenariat fait en sorte qu'une approche holistique aux programmes et aux services répond le mieux aux besoins des communautés.

Le gouvernement de la Nouvelle-

Zélande a publié récemment un nouveau document directeur. Te Aho Matua mentionne six principes conceptuels qui forment le cadre de l'éducation maorie : validation de la langue; attentes culturelles pour le développement du caractère; opérationnalisation des institutions sociales au sein de la pratique traditionnelle maorie; prise en compte des aspects planétaires qui ont un impact sur la personne; dons spirituels; génération d'espoir en l'avenir par des évaluations dynamiques. Ces derniers sont liés à une approche équilibrée des quatre pierres angulaires du mieux-être chez les Maoris. Ces piliers sont spirituels, mentaux, physiques et relationnels. Ce sont les fondements du document Kura Hauora: Health Promoting Schools, qui porte sur un certain nombre de concepts de base et qui sert à intégrer la culture dans tous les programmes scolaires. De même, les processus qui soutiennent la mise en œuvre de ce cadre de travail sont l'approche relationnelle holistique où s'enracine la façon de faire les choses et la création d'une philosophie scolaire inclusive où le contexte qui soutient la mise en œuvre prend appui sur l'échange et la participation collective de toute la communauté.

Dans l'ouvrage de Mihi Ratima (2000) — l'approche maorie de la promotion de la santé fondée sur les principes de l'interdépendance, de l'autodétermination, de l'identité, de la qualité, des relations fraternelles (Whanau) et de la crédibilité communautaire a été utilisée avec succès.

Le document intitulé *Inuit Qaujimagatuqangit Education Framework for Nunavut Schools* a également comme hypothèse l'intégration de la culture. Ce document résume quatre principales croyances qui sont fondamentales : œuvrer au bien commun, respecter tous les êtres vivants, maintenir l'harmonie et l'équilibre, et se préparer sans cesse pour l'avenir. Ces principales croyances s'articulent ensuite en huit principes directeurs exprimés sous forme de

compétences et appuyés par quarante principales valeurs exprimées sous formes d'attentes en matière d'éducation. Le terme inuit *Qaujimajatuqangit* se rapporte à la vision inuite du monde. Le document décrit cette vision comme un système de croyances qui considère l'importance des relations et de l'interdépendance pour l'environnement, ou *sila*, et les autres personnes. Ces relations cruciales sont intégrées aux cercles de l'appartenance, du changement des saisons et du cours de la vie. Dans son ensemble, la conceptualisation est décrite comme les forces d'une personne.³

Il y a de très grandes ressemblances entre les cadres sur l'éducation et les cadres sur la santé dans les communautés indigènes. En décrivant les caractéristiques des conceptions indigènes du mieux-être, les termes qui reviennent constamment dans la documentation sont : holistique, respectueux, inclusif, collaboratif, harmonieux, axé sur les forces et renforcé par la communauté. Ce sont les fondements conceptuels qui doivent

guider les programmes à mettre en œuvre dans les communautés indigènes et servir à les évaluer.

Les cadres indigènes de la santé mentionnent également les quatre aspects, spirituel, émotif, physique et mental, dans les cadres du cercle d'influences, de l'arbre sacré et du cercle sacré.

Les quatre directions, le nord, le sud, l'est et l'ouest, sont représentées dans le cercle d'influences, de même que les couleurs qui symbolisent les quatre races humaines. Les quatre aspects de l'humanité, soit le spirituel, l'émotif, le physique et le mental, sont représentés avec les quatre saisons, les quatre éléments que sont la terre, l'air, le feu et l'eau, et les quatre étapes de la vie humaine. Tous ces aspects complètent le cercle d'influences. Alors que la recherche de l'équilibre nécessite un ajustement constant, Hart (2002) explique que :

« [u]ne personne a atteint l'équilibre lorsqu'elle est en paix et en harmonie dans son humanité physique, émotionnelle,

mentale et spirituelle; avec les autres dans sa famille, dans sa communauté et dans sa nation, et avec tous les autres êtres vivants, y compris la terre et le milieu naturel » (CCNSA, 2009a:29).

Même s'il existe plus d'une version du cercle d'influences, le cercle symbolise l'interprétation culturelle fondamentale de la complétude, de l'interdépendance et de l'équilibre (CCNSA, 2009a:28).

De même, la santé et le mieux-être sont souvent décrits comme un cheminement de toute une vie, avec l'aide de nombreuses leçons et de nombreux dons, décrits dans la culture, qui font souvent intervenir un rite de passage qui conduit à une meilleure compréhension de soi et à un respect plus profond des valeurs et des pratiques culturelles qui servent de soutien. Par exemple, l'épanouissement spirituel est également décrit sous la forme de quatre facultés : la faculté de rêver, d'avoir des visions et des idéaux; la faculté d'accepter le changement et l'inconnu; la faculté de communiquer ces connaissances; la faculté de passer des idées à la pratique. (Lane,



³ Inuuqatigiit : Le programme du point de vue inuit, p. 36.

1984:30). Le cheminement lui-même nous apporte mieux-être et sagesse et c'est ce cheminement qui est considéré comme le « véritable apprentissage ».

Au Nunavut, une collaboration entre Nunavut Tunngavik, Santé Canada et le gouvernement du Nunavut a mené à la publication d'un document intitulé « Working together for the common good: A health integration initiative project for Nunavut. » (Œuvrer de concert au bien commun : un projet d'intégration des services de santé pour le Nunavut). Ce document fait la promotion d'une approche axée sur la santé de la population qui met l'accent sur les conditions et facteurs interreliés et présente un cadre de travail sur la santé qui concerne les enjeux environnementaux, sociaux et économiques, ainsi que les habitudes et les comportements en tant que déterminants de la santé et du mieux-être des Nunavutmiuts. Cette approche amène la communauté à stimuler le processus de planification du mieux-être, en mettant l'accent sur les valeurs et principes culturels inuits, sur le caractère holistique de la communauté et sur l'appartenance d'un ensemble flexible

de services qui peuvent répondre à divers besoins. Des projets du même genre sont en cours en Australie et en Nouvelle-Zélande, caractérisés par l'appartenance à la communauté, l'acquisition de capacités et l'évaluation des services par rapport à une série de compétences culturelles (Craven et Parente, 2003) : Durie, 2004).

À partir de la documentation actuelle concernant les approches du mieux-être indigène qui ont donné des résultats, la synthèse suivante de principes généraux forme la base de la plupart des cadres actuels qui ont été examinés : relations ou interdépendance; vision du monde et identité culturelles; autonomie et propriété collective. Ces principes se définissent ainsi :

Interdépendance et relations

Les communautés autochtones englobent plus que les organisations sociales humaines. Dans la vision du monde autochtone, la personne fait partie d'une communauté beaucoup plus grande qui comprend le milieu naturel et l'univers

spirituel. Le respect de ces relations peut générer de grandes forces. Une approche axée sur les forces exploite les forces des communautés autochtones, du milieu et des liens spirituels, et célèbre ces liens dans le partage et la compassion. Du fait que les façons d'être autochtones s'enracinent dans de solides réseaux de relation et d'engagement dans la communauté, ces relations constituent le fondement du mieux-être. Elles s'établissent dans les pratiques et le savoir culturels; prennent appui sur le rôle influent des Aînés de la famille élargie et des structures relationnelles, y compris les liens avec la nature et la spiritualité. Le respect des relations dans un nouveau projet suscite des approches engendrées et dirigées par la communauté, qui font appel à des stratégies et des systèmes axés sur la culture et qui sont intégrées culturellement. La force de la confiance au collectif est également intégrée à une croyance selon laquelle la survie nécessite de ne jamais abandonner, et la persévérance est un don à respecter lorsqu'on recherche des solutions à l'adversité.

La réalité autochtone au Canada est devenue un cercle vicieux où la cause et l'effet se définissent l'un par l'autre. Si l'on veut que ce cercle vicieux devienne cercle de guérison, il faut s'attaquer aux racines de l'injustice. Il faut remplacer la notion de problèmes qui engendrent des problèmes, par celle des solutions qui engendrent des solutions (Erasmus et Dussault, 1996).

Vision du monde et identité culturelles

Il existe des façons culturelles intrinsèques d'être, de savoir et de voir le monde. Cette identité est inscrite dans des croyances, valeurs et principes propres à la culture et qui guident les comportements, déterminent les attentes et gouvernent nos accomplissements à la fois en tant que personne et qu'être social. On ne peut séparer ce que nous sommes de ce



que nous faisons, de la façon dont nous le faisons et de nos sentiments à ces égards. Notre sens de la santé et du mieux-être est inextricablement lié à notre sens de qui nous sommes dans le monde et de ce qui nous lie à ce monde. Ces liens identifient et construisent à partir du pouvoir guérisseur de la renaissance culturelle et de l'actualisation positive de soi.

La santé [indigène] signifie faire attention à l'environnement, à l'eau et à l'air; préserver le savoir, la langue et les traditions culturelles; promouvoir les relations de paix entre les cultures et les religions; et promouvoir le mieux-être afin que les générations futures héritent de l'essentiel dans la vie, la paix et une identité forte (Canadian Association of School Health, 2008:7).

Autonomie et propriété collective

L'autonomie est valorisée dans la vision du monde autochtone, au point que nous devons tous acquérir des compétences qui nous permettront d'améliorer la vie des autres. De cette façon, on s'attend à ce que chacun s'épanouisse en vue de contribuer au mieux-être de tous. Le modèle d'apprentissage métis, qui s'étend sur toute la vie, décrit une vie réussie comme un « acte sacré ». Pour les Inuits, bien vivre sa vie est la principale attente et le processus de l'inunnguiniq ou « faire un être humain » qui vise à s'assurer qu'on y parvienne. Pour les Hawaïens, ces aspects sont inscrits dans les kanawai ou lois sur l'hospitalité et le partage avec les autres. Le terme *aloha* véhicule l'accent mis sur l'établissement de relations et sert de moyen de lier le collectif à des relations mutuellement aidantes. Dans ces visions du monde, la capacité pour la personne de contribuer à l'amélioration du bien commun fait partie d'un réseau d'alliances interdépendantes et mutuellement aidantes qui établissent un solide sens du collectif. Le sentiment de mieux-être dans de nombreux groupes indigènes se reflète dans le sentiment de confiance mutuelle,

d'appartenance et de détermination collective. Dans la culture des Navajos de Hano (Tewa), ces derniers croient que la collaboration fait partie des exigences pour maintenir un équilibre solide entre toutes choses dans la vie. Il est alors essentiel que chacun travaille au bien de tous. Cela est vrai au point qu'ils croient que c'est lorsqu'un déséquilibre affecte l'ordre naturel des choses que surviennent les maladies, les sécheresses prolongées, les famines et autres malheurs (Dozier, 1967).

L'être humain a surtout été créé pour aider les autres, être utile à sa famille, à sa communauté, à sa nation et au monde. Ne vous limitez pas à vos propres affaires en oubliant la plupart de vos importantes tâches. Le vrai bonheur n'est donné qu'à ceux qui se dévouent toute leur vie au service des autres. Observez la modération et l'équilibre en toute chose. Sachez ce qui vous conduit au mieux-être et ce qui vous conduit à votre perte (Lane, 1985:81).

La détermination et l'affirmation des aspects de la propriété collective deviennent très importantes en termes de décolonisation et de réaffirmation de l'interprétation traditionnelle du mieux-être.







LE PROJET

Afin de prendre appui sur les travaux réalisés au regard de la synthèse des renseignements véhiculés par les cadres existants et de la formulation de principes généraux, nous avons engagé un processus de consultation. Ce processus fait appel à deux approches. La première est une consultation virtuelle. Nous avons résumé ces principes généraux dans un document distribué et affiché sur le site Web en vue de recueillir les commentaires des parties intéressées. Afin d'orienter la discussion et d'obtenir de l'aide en vue de formuler les principes généraux, nous avons posé les questions suivantes :

1. Quels sont les principes fondamentaux qui devraient guider nos discussions dans le cadre de ce projet et soutenir l'élaboration de nouveaux programmes de santé en milieu scolaire pour les élèves, les écoles et les communautés autochtones?
2. Quels sont les principales connaissances et pratiques, et les principaux concepts culturels autochtones à connaître et à mettre en pratique pour redéfinir les

programmes de santé en milieu scolaire pour les communautés autochtones?

3. Quelles sont les forces personnelles, communautaires et culturelles des populations autochtones, et comment se manifeste leur résilience? Comment peut-on mettre ces forces à profit pour élaborer des programmes de santé en milieu scolaire efficaces?
4. Quels sont les problèmes à résoudre par les programmes en matière de santé en milieu scolaire au regard de la santé, de l'éducation et de la société et qui revêtent le plus d'importance pour les communautés autochtones?

L'autre démarche a consisté en une consultation en personne de chefs et professionnels autochtones, y compris des décisionnaires et des chercheurs, soit les intervenants qui peuvent formuler des commentaires authentiques sur les enjeux. Ces derniers ont été invités à participer au dialogue international. Les dialogues internationaux avaient pour

objectif de cerner les contextes et projets actuels de cadres autochtones, en vue de mettre l'accent sur des approches axées sur la culture et de déterminer les enjeux prioritaires en matière de bien-être qui revêtent le plus d'importance pour les communautés indigènes.

Ce dialogue international a été mis en œuvre par plusieurs chefs indigènes de différents pays, en collaboration avec leurs associations nationales en matière de santé en milieu scolaire et avec le soutien de deux organisations canadiennes : Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones (CSAA). Le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada et œuvre de concert avec les organisations de promotion en matière de santé autochtone du Canada. Le CSAA est dirigé conjointement par le First Nations Adult and Higher Education Consortium (FNAHEC) et l'Aboriginal Education Research Centre (AERC) College of Education de l'Université de la Saskatchewan, et est financé par le Conseil canadien sur l'apprentissage. L'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire (ACSMS) a animé le projet en collaboration avec l'International School Health Network (ISHN).

Dans son document d'analyse environnementale et de consultation, intitulé *Regards sur la santé indigène*, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (Greenwood 2006) retient les cinq priorités suivantes en matière de santé publique autochtone au Canada : santé mentale, santé de la mère et des jeunes enfants, accidents et violence, dépendances et déterminants sociaux de la santé. Bien que ces enjeux soient communs à toutes les communautés en matière de santé en milieu scolaire, l'élaboration de programmes efficaces doit se faire à partir d'un cadre de promotion de la santé axé sur la culture. L'importance de considérer la santé en milieu scolaire autochtone

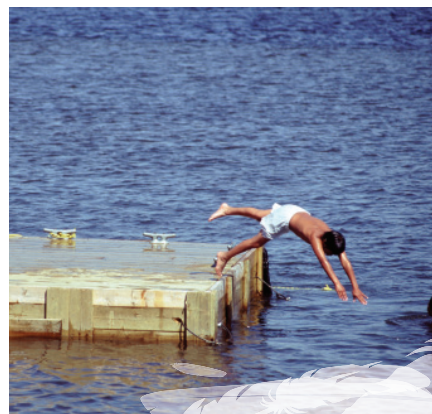
par la loupe des déterminants sociaux de la santé est décisif pour l'approche de l'inclusion sociale d'un modèle holistique. Dans les territoires de compétence inuite, des travaux importants ont été réalisés dans le domaine de la santé de la population :

En janvier 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) a défini la santé de la population comme suit : Une approche axée sur la santé de la population reconnaît que toute analyse de l'état d'une population ne doit pas se limiter à l'évaluation des traditionnels indicateurs de santé, comme la mortalité, les maladies et les incapacités physiques. D'autres indicateurs doivent être pris en compte. Ils ont trait au bien-être mental et social, à la qualité de vie, à la satisfaction de vivre, au niveau de revenu, à l'emploi et aux conditions de travail, à l'éducation et à d'autres facteurs dont on sait qu'ils exercent une incidence sur la santé. Ces facteurs sont également appelés « déterminants de la santé » et comprennent le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, les environnements physiques, le patrimoine biologique et génétique, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, les services de santé.

Les gouvernements comprennent bien que les déterminants non médicaux de la santé, comme le chômage, le revenu, l'évolution de famille, l'éducation et l'alphabétisation ont une incidence sur la santé et le mieux-être d'une population. C'est pourquoi les communautés du Nunavut sont exposées à un risque élevé d'un mauvais état de santé en raison des taux élevés de chômage, des faibles niveaux d'éducation et de revenu, du grand nombre de familles monoparentales et des mauvaises conditions de logement. En outre, pour évaluer la santé de la population inuite

du Nunavut, il faut tenir compte d'autres facteurs comme le traumatisme laissé par l'expérience des pensionnats autochtones, des bouleversements culturels, le regroupement forcé de familles dans des communautés, et d'autres événements historiques.

La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé. Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, et applique l'information qui en résulte à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations. Le cadre en matière de santé de la population convient que les questions environnementales, les problèmes sociaux, les facteurs économiques, les habitudes et les comportements personnels sont tous des déterminants importants de la santé et du bien-être de la population (NTI, 2008 : 13).



Traditionnellement, les programmes et la recherche sur la santé des Inuits ont mis l'accent strictement sur les indicateurs de l'état de santé sans se pencher sur une vue holistique des déterminants sociaux de la santé en ce qu'ils concernent les Inuits en particulier. Par conséquent, les prochains projets sur la santé doivent porter sur des enjeux comme la salubrité des aliments, l'acculturation, le degré de participation politique, l'autodétermination et la productivité, de même que sur des résultats précis en matière de santé. Ce changement de point de vue favoriserait une perspective plus réaliste en matière de santé des Inuits pour les organisations et les gouvernements inuits (ITK, 2009:16).

Il a également été nécessaire d'élaborer des déterminants sociaux de la santé qui s'appliquent aux populations autochtones. Le CCNSA a récemment apporté d'importantes contributions à ces travaux. Il a publié une série de feuillets d'information sur les déterminants de la santé autochtone, notamment sur l'emploi, la violence familiale, l'éducation, le développement économique, la culture et la langue, le logement et la pauvreté. Un principe fondamental exprimé dans le cadre de ces travaux est que :

La santé se définit par le bien-être physique, spirituel, mental, économique, émotionnel, environnemental, social et culturel de l'individu, de la famille et de la communauté. On peut comprendre la maladie comme un manque d'harmonie ou d'équilibre entre tous les aspects de la vie (NCCAH, 2009b:1).

Dans son examen des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé mentionne ce qui suit :

Au moins quatre groupes de théories ont été proposés pour expliquer les inégalités en matière de santé dans la position socio-économique. La théorie matérialiste/structuraliste propose qu'un revenu insuffisant fait en sorte que la personne manque de ressources requises

pour lutter contre les facteurs de stress de la vie et, par conséquent, nuit à sa santé (Goldberg et coll., 2003; Frohlich et coll., 2001; Macintyre, 1997). Le modèle psychosocial propose que la discrimination fondée sur la place occupée dans la hiérarchie sociale cause un stress qui, à son tour, entraîne une réaction neuro-endocrinienne qui produit la maladie (Karasek, 1996; Siegrist et Marmot, 2004; Evans et Stoddart, 2003; Goldberg et coll., 2003). Le modèle de la production sociale de la maladie part de l'hypothèse que les priorités capitalistes d'accumulation des richesses, du pouvoir, du prestige et de biens matériels se réalisent aux dépens des personnes moins avantagées. La théorie écosociale rapproche la production psychosociale et sociale des modèles de santé, et s'intéresse aux interactions entre les milieux sociaux et physiques d'une part et, d'autre part, la biologie et la façon dont les personnes incarnent des aspects des contextes dans lesquels ils vivent et travaillent (Goldberg et coll., 2003; Krieger, 2001). Elle prend appui sur l'approche des styles de vie collectifs et sur la théorie néo-wébérienne qui veut que les choix du style de vie soient influencés par les chances définies par l'environnement dans lequel les personnes évoluent (Frohlich, 2001; Cockerham, 1997).

En raison des incertitudes concernant les mécanismes causaux précis et les différences théoriques des explications, les décideurs à l'échelle internationale ne disposent guère de guides qui puissent les aider à intervenir sur toute la gamme des déterminants sociaux de la santé. Il y a encore moins d'outils et de techniques facilement accessibles pour intégrer les questions d'équité à l'élaboration des politiques et programmes ou la collecte des données et indices probants (Oxman et coll., 2006) (WHO, 2007: 12).

Pour les populations indigènes, ce dilemme théorique est moins compliqué, puisque la plupart des peuples indigènes se

retrouveraient aux échelons les plus bas pour chacune de ces théories. À partir de là, avec une vision holistique du monde, nous traiterions de toutes les interactions sociales décrites dans les théories de la même façon, à partir des attentes collectives culturelles, de l'identité et des systèmes de valeur axés sur les forces. Pour ce qui est de l'équité en matière de santé autochtone, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone en arrive à la conclusion qu'il faut...

Les éléments suivants d'une stratégie de soins de santé axée sur la culture des Canadiens autochtones :

- *des professionnels de la santé œuvrant dans les communautés autochtones qui apprennent à communiquer dans leur langue;*
- *des professionnels qui combinent le savoir local sur la santé et la guérison à la médecine occidentale;*
- *des services qui répondent aux besoins locaux par le développement communautaire et la prise en charge des réseaux de soins de santé;*
- *l'application des concepts autochtones de la santé et du mieux-être dans la pratique et la politique des soins de santé;*
- *le recours aux pratiques traditionnelles de guérison. (CCNSA, 2009b:4)*

En vue de définir à quoi le cadre de travail pourrait ressembler, il est important de partir d'un cadre élargi de la santé indigène pour le travail de conception requis sur la scène des politiques et des programmes, et pour pouvoir formuler clairement comment une approche intégrée aux croyances indigènes pourrait différer des autres approches non indigènes.





RÉSULTATS



Réponses aux questions

1. Quels sont les principes fondamentaux qui devraient guider nos discussions dans le cadre de ce projet et soutenir l'élaboration de nouveaux programmes de santé en milieu scolaire pour les élèves, les écoles et les communautés autochtones?

Interdépendance et relations

Le savoir et la culture sont co-constructifs. Chaque culture est particulièrement bien adaptée pour produire des connaissances axées sur les croyances, la géographie, les contextes sociaux et les interprétations. Ce savoir a été appliqué à de nombreuses

générations et est essentiel au mieux-être d'une culture en ce qu'il définit la façon dont les éléments spirituels, physiques, émotionnels et relationnels sont liés dans une vision du monde particulière. Cette capacité co-constructive doit être reconnue et respectée par les courants non autochtones. Elle doit être stimulée et honorée par un groupe autochtone particulier qui tente d'améliorer sa santé et son mieux être. Cela témoigne de la nécessité d'établir des relations respectueuses au moyen de processus co-constructifs avec les personnes chargées d'élaborer des politiques et des programmes et les communautés autochtones elles-mêmes. Cela témoigne également de la nécessité d'amener la communauté à se charger de ce processus de conception et de développement afin que le nouveau cadre appartienne vraiment à la communauté et la représente vraiment.

Les forces des cultures, communautés, familles et organisations autochtones sont les composantes de base d'approches, de stratégies et de programmes efficaces. Cela comprend les systèmes de croyances et de valeurs autochtones qui soutiennent une profonde spiritualité; des relations étroites et des réseaux d'interdépendance et de relations; la langue, les récits et les cérémonies culturelles; les attentes et la complétude sociale. Ces approches autochtones de l'élaboration de programmes de santé en milieu scolaire doit promouvoir la défense des droits et entrer en liaison avec les autres secteurs et forums de politique publique en vue de lutter contre la pauvreté, les inégalités et la discrimination qui ont une incidence sur la santé.

Vision du monde et identité culturelles

Les façons autochtones d'être et de connaître constituent le fondement de la santé et du mieux-être et, par conséquent, doivent être à la base des programmes de santé en milieu scolaire pour les enfants autochtones. Ces façons d'être et de connaître diffèrent entre les groupes culturels qui ont chacun les leurs. Bien que certaines valeurs et croyances puissent sembler de nature universelle, en pratique, il y a des valeurs et des croyances qui forment une tapisserie culturelle unique qui doit être considérée comme centrale et se refléter dans l'essence même de l'élaboration des programmes. Un élément au cœur du mieux-être est la force de l'identité. On ne peut trop insister sur ce point et l'affirmer, en particulier en ce qui concerne la jeunesse. En ce qui concerne la promotion de l'indigénéité, l'acquisition d'une meilleure compréhension des forces et des valeurs de cette identité est essentielle à la santé et au mieux-être. La langue et l'identité culturelle, de même que les façons d'être, sont toutes importantes au sens de soi, au sens d'appartenance, à l'estime de soi et à la responsabilisation. Elles sont également des facteurs de protection décisifs contre le suicide des jeunes, ce fléau des

communautés indigènes de partout dans le monde.

La promotion de l'indigénéité en soi peut être l'intervention la plus efficace pour la promotion de la santé. L'identité culturelle collective positive est un facteur de guérison puissant et une force centrale qui est à la base du mieux-être personnel.

Autonomie et propriété collective

La propriété collective et l'autonomisation de la communauté sont essentielles pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes, ainsi que pour le suivi, la préparation de rapports et l'évaluation des besoins. Les peuples autochtones avaient leurs propres pratiques en matière de santé et de mieux-être et utilisaient toutes les ressources possibles du milieu environnant pour s'assurer de la santé des générations futures. Les peuples autochtones continuent d'entretenir une importante relation avec l'environnement et les ressources qu'ils y trouvent pour leur usage. Ce sont ces peuples qui s'y connaissent le mieux et défendent le mieux la promotion d'un meilleur état de santé.

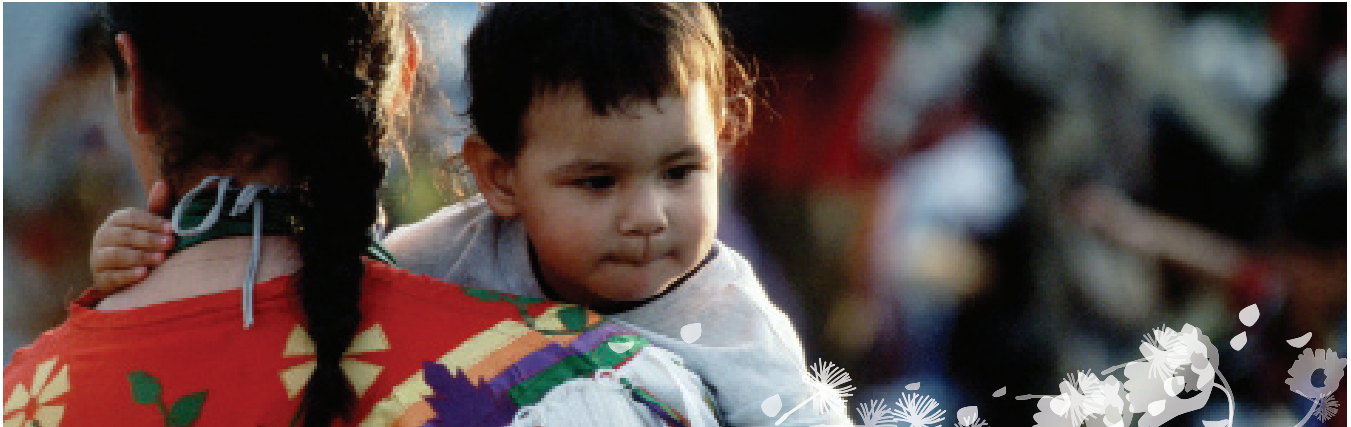
Des processus pris en charge par la communauté, des stratégies axées sur la culture, la prise en compte du savoir autochtone, l'influence des Autochtones

dans les prises de décision, et la facilitation du transfert aux Autochtones de la responsabilité en matière de santé publique ont tous été considérés comme importants (CCNSA, 2006: 5).

La prise en charge par la communauté suppose de reprendre en main les institutions et les ressources arrachées aux peuples autochtones à l'époque de la colonisation, et de reformuler les politiques et redéfinir les institutions en matière de promotion de la santé de façon à tenir compte de la culture. Ces mesures concernent des établissements d'éducation et de santé et des milieux sociaux qui les soutiennent. Elles font intervenir des changements fondamentaux et une volonté des non-Autochtones d'accueillir ces changements et de « s'enlever du chemin » pour permettre aux peuples autochtones de réaffirmer leur façon de voir dans ces domaines.

2. Quels sont les principales connaissances et pratiques, et les principaux concepts culturels autochtones à connaître et à mettre en pratique pour redéfinir les programmes de santé en milieu scolaire pour les





communautés autochtones?

Différentes façons de connaître (concepts et autres sources du savoir)

- La santé n'est pas seulement un bien (p. ex., l'OMS définit la santé comme une ressource pour la vie quotidienne), mais plutôt un ensemble de relations avec la terre, la tribu, la famille et les ancêtres
- L'apprentissage est intégré à une construction culturelle et à une façon d'être.
- La propriété et l'autonomie communautaires assurent la pérennité et l'appropriation du savoir.
- Les approches collectives du partage des richesses, des biens, des propriétés et des responsabilités créent l'interdépendance.
- Les relations environnementales et sociales créent des liens de gérance et de responsabilité.
- L'orientation vers l'avenir et le sens de l'histoire font partie d'une orientation constante qui fait appel à un sens du rôle et de la relation avec les générations du passé, du présent et du futur
- Les significations sont souvent représentées par des symboles (souvent sacrés) et des métaphores.
- Les concepts sont habituellement à plusieurs volets et comprennent des couches de sens plus profondes.
- Tout est appréhendé par sa relation avec autre chose. Il y a une complétude universelle de relations et rien ne peut

être séparé de la vision globale.

- Les saisons font partie de tout changement et d'une progression cyclique.
- L'équilibre entre le milieu physique et l'univers spirituel est maintenu par une série de croyances et de pratiques qui sont des aspects essentiels de la vie.

Différentes façons de faire (pratiques culturelles)

- Les approches de la collaboration et du consensus sont des façons de faire auxquelles on s'attend.
- Une communication ouverte et honnête, respectueuse de la relation.
- Les valeurs, les croyances et les principes sont définis selon la culture et sont à la base des façons d'être et de se comporter.
- La famille, la famille élargie et l'identité collective constituent une force fondamentale.
- Les communications interpersonnelles qui prennent appui sur les relations et les rôles doivent être reprises à l'école comme reflet de la communauté autochtone.
- Il faut promouvoir le partage de la gérance et des structures de responsabilisation et avoir des attentes élevées envers l'apprenant.
- Les façons d'élever un enfant et l'art d'être parent axés sur la culture viennent avec des attentes culturelles qui suivent l'enfant toute sa vie et doivent être connues des éducateurs.
- Les concepts de l'amélioration et du

perfectionnement constants sont des façons fondamentales d'apprendre avec l'attente de niveaux de maîtrise de certaines compétences.

- Être ici et maintenant... bien en route, mais fonctionnant dans un contexte global.

3. Quelles sont les forces personnelles, communautaires et culturelles des populations autochtones, et comment se manifeste leur résilience? Comment peut-on mettre ces forces à profit pour élaborer des programmes de santé en milieu scolaire efficaces?

Forces et résilience des populations autochtones

i. forces culturelles

- relationalité
- spiritualité
- vision axée sur la centralité en place et interdépendance avec le milieu naturel et l'environnement;
- rôles et systèmes de responsabilisation définis;
- processus de maintien de l'équilibre et de l'harmonie;
- respect du savoir des autres et confiance en ce savoir;
- histoires culturelles par le biais de récits/chansons/cérémonies culturelles/

- pratiques sacrées
- concept de continuité dans le temps qui est « le temps en dehors du temps » (responsabilité envers les ancêtres et sept générations — sens d'un univers illimité)
- relations sociales mutuellement profitables;
- reconnaissance de la cyclicité d'actes continus de renouvellement culturel — sens du cheminement;
- importance de la viabilité — attente relative au service et au sacrifice pour les autres.

ii. forces collectives/communautaires

- identité collective
- sens de co-existence dans le temps – confiance mutuelle
- système commun de croyances et de valeurs, concepts du temps et de l'interdépendance dans le temps et sur sept générations
- préparation continue
- reconnaissance des contributions de tous les membres; — attentes relatives à l'inclusivité et valorisation de l'individu
- tous les aspects de la vie rehaussés par la communauté
- capacité interprétée par le biais de la force de la communauté et de la culture
- reconnaissance de l'importance de la capacité sociale

iii. force personnelle

- identité définie culturellement, attentes relatives au rôle

- auto-discipline
- humilité qui ouvre à l'apprentissage et à l'amélioration et intégrée au « respect admiratif de l'autre »
- attentes relatives à la bonté, à l'honneur et aux règles d'éthique pour le comportement
- statut atteint par la contribution aux autres et la façon de vivre
- non-compétitivité
- retenue émotive et patience
- non-ingérence, mais responsabilité envers le collectif
- acquisition attendue d'une grande autonomie des compétences à mettre au service de la communauté
- attentes relatives à l'acquisition par les individus d'attitudes et de volonté (autonomie), afin de réussir et de vivre « une bonne vie », ce dont notre mieux-être dépend
- maintien nécessaire d'un équilibre entre soi et autrui
- potentiel personnel déterminé par l'individu et représenté par un cheminement de toute une vie

iv. Facteurs de résilience

- attentes relatives à la contribution au bien commun
- attente relative à la persévérance et au fait de ne pas abandonner avant la fin d'un cycle (atteinte d'un objectif)
- sens de la culture en tant qu'aspect qui nourrit l'individu et la communauté
- attitude de respect envers les expériences de vie et d'apprentissage

- systèmes de valeurs bien articulés
- interdépendance
- facteurs de protection comme dons du Créateur/Protecteur et du milieu naturel
- sagesse ancestrale, toujours à la disposition de l'individu par les récits et enseignements sacrés, qui procure la résilience à chaque génération
- attente relative à la lutte
- processus de guérison et leçons spirituelles qui visent à restaurer la complétude d'un individu ou d'un groupe
- grande valorisation du courage et de l'honnêteté, en équilibre avec l'humilité et la sagesse

4. Quels sont les problèmes à résoudre par les programmes en matière de santé en milieu scolaire au regard de la santé, de l'éducation et de la société et qui revêtent le plus d'importance pour les communautés autochtones?

Les partenaires de ces dialogues internationaux ont retenu certains enjeux particulièrement préoccupants pour les élèves, les écoles et les communautés autochtones. Ceux-ci se rapprochent des enjeux déterminés par Greenwood (2006) et Battiste (2005). Ils ont également





fait l'objet d'une présentation et d'une discussion dans le cadre de la réunion technique de juin 2007 commanditée par l'Organisation mondiale de la santé et qui a donné lieu au lancement de ce projet. Le consensus semble très solide concernant ces enjeux énumérés ci-dessous :

- programmes de guérison et de réconciliation pour lutter contre les injustices consécutives à la colonisation;
- nouvelle définition de la réussite scolaire et prise en charge du suivi et des rapports (et autres questions de gérance) en fonction de la façon indigène d'acquérir des connaissances;
- prévention du suicide et d'autres problèmes relatifs au mieux-être qui s'enracinent dans la perte de la culture, de l'identité, des relations, de la langue et de l'équilibre culturel;
- programmes de renforcement de la résilience en vue de compenser la négligence d'enfants et la violence familiale qui ont mis fin aux relations culturelles, en particulier dans l'art d'être parent;
- réduction de l'incidence de l'ETCAF et de la consommation de substances toxiques et de l'alcoolisme chez l'adulte, et soutien des enfants d'alcooliques et de toxicomanes par le biais du soutien des programmes de guérison qui concernent l'automédication et les causes plus profondes des consommations abusives;
- soutiens et services inclusifs pour les problèmes de santé relatifs aux affections de la petite enfance, aux

troubles de vision et d'audition, aux maladies génétiques et autres enjeux du même genre, et axés sur les façons de faire culturelles;

- programmes axés sur la famille et l'élève, en vue de compenser les lacunes chez les familles qui n'ont pas suffisamment de nourriture, de vêtements ou de ressources financières, selon les principes du partage, en vue de rétablir l'égalité et l'équilibre;
- mesures de soutien des parents axées sur la culture, qui portent sur les obstacles géographiques, linguistiques, culturels ou autres, et qui empêchent les familles d'accéder aux services;
- lutte contre le degré élevé de pauvreté, de chômage, de violence familiale, de suicide et de criminalité chez les jeunes;
- réclamation de meilleures conditions de logement et d'écoles non surpeuplées, avec lutte contre les infestations de poux ou autres parasites, amélioration de la qualité de l'eau, de l'aération et du chauffage, conditions qui nuisent au succès scolaire des élèves et menacent leur santé;
- réclamation de loisirs sécuritaires dans les communautés isolées et accès à des programmes davantage axés sur la culture;
- réclamation de transports en commun adéquats et sécuritaires;
- réclamation de programmes de lutte contre le manque de connaissances de base en matière de santé chez les parents et les élèves, et dans la communauté,

afin de tenir compte des changements rapides dans l'environnement et de l'exposition des populations indigènes à de nouvelles conditions difficiles;

- planification stratégique de prévention de la disparition de la langue et de la culture, du démantèlement des familles, du décrochage scolaire, des abandons et expulsions, du chômage et des problèmes de salubrité des aliments;
- programmes de métiers adaptés et qui répondent aux besoins correspondant aux plans de développement économique des communautés indigènes et projets de mieux-être complètement accessibles aux populations indigènes;
- programmes de prévention de la consommation abusive du tabac, d'alcool et de produits à inhaler, et lutte contre le jeu et autres dépendances.

Dialogues internationaux

Les dialogues internationaux ont fourni des renseignements et un aperçu de plusieurs approches originales en matière de santé en milieu scolaire. Ces dialogues ont eu lieu en lien avec la United States' Association of School Health (ASHA) à Tampa, en Floride, et la Conférence des peuples indigènes : éducation 2008 (WIPC:E) qui s'est tenue à Melbourne, en Australie, en 2008. Ces manifestations ont été le siège de présentations sur les approches en matière de santé en

⁴ www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/RedefiningSuccessInAboriginalLearning

milieu scolaire de divers peuples : Maoris, Navajos, Séminoles, Hawaïens, Aborigènes, Inuits, Métis et Premières nations.

*À la conférence de l'ASHA, les discours principaux ont été prononcés par Mme Darlene Begay sur le modèle coordonné navajo de santé en milieu scolaire; par Mme Ku'ulei Serna sur l'application de la Théorie de la gestion de la peur au mieux-être des Hawaïens; par Mme Tracey Tana du district scolaire Northland en Nouvelle-Zélande sur Kura Hauora : écoles qui font la promotion de la santé; et par M. Kanat Wano sur le programme australien intitulé *Feeling Deadly; Not Shame!*, qui est une approche communautaire de lutte contre la perte de l'identité culturelle et de l'estime de soi chez la jeunesse aborigène.*

Le modèle Navajo est fondé sur le modèle du maïs, proche des modèles d'éducation des Métis et des Premières nations fondés sur l'arbre.⁴ Ce modèle lie les connaissances et les activités sur la santé et le mieux-être à la relation entre le peuple navajo et le maïs et à la responsabilité sacrée de respecter cette relation. Le modèle illustre comment tous les enseignements axés sur la santé peuvent s'inscrire culturellement dans ce système de relation de façon à ce que la responsabilité du mieux-être soit considérée comme une façon d'être culturelle individuelle et partagée. La présentation du peuple séminole proposait un modèle de guérison culturelle et de réaffirmation des forces culturelles par l'interprétation de l'histoire et de la vision du monde séminoles et leur application dans de nouveaux contextes. Il s'agit d'un « regard en arrière » en vue de mieux « aller de l'avant » qui est bien documenté en tant que méthode qui a donné des résultats en matière de guérison des blessures et méfaits de la colonisation, et de récupération des forces culturelles d'un peuple. La présentation des Hawaïens a renforcé cette démarche en tant que

méthode de guérison et de décolonisation et a fourni des exemples de stratégies de décolonisation efficaces pour la promotion du mieux-être dans les communautés indigènes. La présentation des Maoris a mis l'accent sur les façons de faire maories. Elle a révélé comment leur application sous forme d'enseignements et de stratégies de prestation, à la réorientation des programmes scolaires sur le mieux-être peut transformer les écoles en institutions axées sur la culture qui reflètent une façon saine d'être. Les discussions ont préparé le terrain pour les modèles d'éducation canadiens des Inuits, des Métis et des Premières Nations et les travaux réalisés jusqu'à ce jour en vue de l'élaboration du cadre en matière de santé en milieu scolaire lui-même.

M. Kanat Wano, qui représentait l'Australian School Principal's Association a parlé de Mind Matters, un programme de promotion de la santé mis en œuvre dans des communautés australiennes. Il s'agit d'une approche de développement communautaire qui fait participer les écoles à un plan commun d'acquisition des capacités par les jeunes, mais qui fait également intervenir les parents et la communauté, dans des rôles de soutien mutuel. Partant de l'hypothèse que le mieux-être socio-affectif est la pierre angulaire du mieux-être, le programme tente d'atténuer le traumatisme multigénérationnel par un processus de développement communautaire qui ravive l'esprit humain inspiré de la devise *Feeling deadly; not shame!* (se sentir vulnérable, pas honteux!). Cette méthode prend appui sur le capital social et la capacité par le biais d'une approche de promotion de la santé mentale qui propose aux jeunes des activités liées à l'estime de soi et la résilience axées sur des témoignages de vie, afin d'abattre les obstacles du désespoir, de la pauvreté et du découragement qui ont entraîné cette pauvreté d'esprit qui accable la jeunesse aborigène. Les trois éléments de la méthode sont les interventions auprès des



jeunes (*Feeling Deadly*) qui sont soutenus par leurs parents et le réseau social parental par l'entremise de Community Yarning, puis par la communauté dont les dirigeants s'engagent à s'approprier le programme et à l'appliquer dans le milieu scolaire et ailleurs. Cette méthode s'enracine dans quatre principaux processus : l'organisation communautaire, l'acquisition de la capacité communautaire, l'utilisation des forces communautaires et l'engagement communautaire. La réception des écoles australiennes a été excellente et on a franchi les premières étapes vers l'institutionnalisation du programme, qui révèle la préoccupation énoncée dans l'Aboriginal Health Strategy :

La solution au mauvais état de santé des Aborigènes ne peut se trouver que par les Aborigènes eux-mêmes en prenant en charge la prestation des soins de santé. La prise en charge de la santé par les Aborigènes locaux est essentielle à la définition de la santé holistique des Aborigènes et permet aux communautés aborigènes de déterminer leurs propres façons de mener les affaires, ainsi que leurs propres protocoles et procédures.

La santé des Aborigènes ne se réduit pas au mieux-être physique d'une personne, mais englobe également le mieux-être social, émotionnel et culturel de toutes la communauté dans laquelle la personne parvient à développer tout son potentiel,

contribuant ainsi au mieux-être de toute sa communauté. Il s'agit d'une vision qui englobe toute la vie et comprend le concept du cycle vie-mort-vie (NAHS, 1989).

La stratégie australienne comprend également ce qui suit dans sa définition de la santé :

- concepts de santé holistique;
- droit à l'autodétermination;
- impact de l'histoire sous forme de traumatismes et de pertes;
- nécessité de connaître la culture;
- reconnaissance des droits humains;
- impact du racisme et des stigmates;
- reconnaissance de la place centrale de la parenté;
- reconnaissance de différentes communautés et de différents besoins;
- forces indigènes;
- accès universel aux soins de santé essentiels;
- services de santé d'excellente qualité;
- financement équitable des soins de santé.

Cette définition concorde bien avec le travail collectif d'autres territoires de compétence indigènes, mais c'est celle qui va le plus loin dans la définition des répercussions des traumatismes du colonialisme, des pertes culturelles et du racisme sur la santé et le mieux-être, et sur l'importance des approches axées sur l'autodétermination pour remédier à la situation et cheminer vers la guérison. Ce n'est pas sans rappeler les retombées de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé adoptée en 1986. Le CCNSA mentionne que cela suggère que les besoins fondamentaux de référence à

comblent en vue d'une bonne santé doivent comprendre ce qui suit : paix, abri, éducation, nourriture, revenu, écosystème stable, ressources viables, justice sociale et équité (CCNSA, 2006 : 19). Ce sont des aspects importants de la santé et du mieux-être qui font encore une fois référence aux déterminants sociaux de la santé exerçant tout particulièrement une si forte incidence sur les communautés indigènes.

La discussion chez les participants a suscité des suggestions sur la terminologie à employer en vue d'obtenir du soutien pour ce type de projet, en particulier du financement. Cela peut varier d'une population indigène à l'autre. Ce que nous espérons, c'est de parvenir à établir un ensemble de principes internationaux qui favoriseront l'élaboration d'une politique, d'une planification et d'une pratique axées sur la culture. On a suggéré d'inviter des organisations internationales comme CARE International qui pourraient contribuer à l'exploration des définitions d'enjeux communs. On a rappelé aux participants que les cadres ne sont valables que dans la mesure où les gens les utilisent et qu'il faut également se pencher sur l'application de ces cadres et sur leur appropriation par la communauté, sur les mesures à prendre quant aux résistances et aux obstacles qui font échouer les projets de développement socioculturel. On a également suggéré qu'il y ait de solides approches de prévention et non seulement des approches d'intervention dans la programmation à élaborer, et que les jeunes enfants devraient profiter de ces programmes de prévention. Un autre

public visé est composé des éducateurs, avant et après la prestation des services. Le travail sur les cours et le perfectionnement professionnel doit, dans les deux cas, comprendre l'exposition au cadre et à des sujets axés sur la culture. Le recours à un continuum de compétences a été mentionné en termes d'établissement de repères pour l'emploi et la promotion des éducateurs.

Les discussions de WIPC:E étaient orientées dans le même sens. Les participants de WIPC:E ont été exposés à plusieurs présentations qui ont insisté sur l'importance primordiale d'un concept de soi axé sur une bonne santé pour les élèves indigènes, en particulier si on tient compte de l'ampleur des problèmes de santé préoccupants dans cette population. On s'inquiétait également du fait que les élèves indigènes hésitent souvent à demander de l'aide pour un problème de santé. Règle générale, on a mentionné que de nombreux élèves indigènes ont un pauvre concept de soi relativement à la santé. Du point de vue éducatif, la bonne santé d'un élève a une incidence directe sur sa capacité de participer et d'obtenir de bons résultats scolaires. Ces discussions ont donné lieu à la planification d'un cercle d'échange à l'intention des participants de 14 pays d'Océanie. Proposée pour juin 2009 à Townsville, en Australie, et intitulée *Topix in the Tropix*, cette discussion régionale était espérée enrichir ce dialogue international de nouvelles contributions et d'une collaboration accrue.







CONCLUSIONS



Les principales lacunes concernent ce que les peuples autochtones considèrent comme important et leurs désirs au chapitre des futures possibilités d'apprentissage. Elles concernent également leur langue, leur culture, leur savoir, leurs relations et leur survie socioculturelle, politique et économique. Le « ce qui est » n'est donc pas le « ce qui devrait être », et les pratiques exemplaires ne sont pas tout ce qui peut être. Les décisions sur l'avenir restent encore à confier aux nombreux peuples des Premières nations, des Inuits et des Métis qui, comme ils l'ont si souvent répété, veulent qu'on les entende; que leur participation soit respectée dans toute élaboration de politique ou de programme qui les touchent; que les décisions soient fondées sur les contextes qui sont les leurs, sur leur langue, leur culture, leur vision du monde, leur fondement du savoir et leurs différentes façons de savoir et d'apprendre (Battiste, 2005 : 12).

On s'attend à ce que ce projet fasse en sorte qu'un cadre en matière de santé en milieu scolaire pour les communautés indigènes contribue à combler ces lacunes et à favoriser des pratiques exemplaires qui permettront l'élaboration de politiques et de programmes qui s'inscriront dans les façons autochtones de savoir et d'apprendre.

Le dialogue sur un cadre commun de santé en milieu scolaire pour les communautés autochtones est un processus ininterrompu et dynamique. Il est possible d'exprimer des idées et de participer à des discussions actives sur le site Web : www.aboriginalschoolhealth.wetpaint.com. À partir des dialogues internationaux qui ont eu lieu jusqu'à maintenant, le cadre suivant de santé en milieu scolaire est présenté à titre de processus ininterrompu.

Cadre de travail sur la santé en milieu scolaire autochtone

La vision autochtone du monde est centrée dans un cadre conceptuel holistique. La complétude équivaut souvent au mieux-être. Elle est représentée sous la forme d'un cercle, mais qui doit être vu comme une sphère. Cette sphère représente l'interprétation de la vie comme étant cyclique et itérative, s'inscrivant dans la nature, dans des relations qui traversent le temps en un continuum de vie-mort-régénération et, comme telle, est multidimensionnelle. La sphère englobe également les relations sacrées et spirituelles qui font partie de la complétude qui définissent les croyances autochtones. Tout ce que contient la sphère est lié, et interrelié et engagé de façon dynamique.

Principes fondamentaux

Dans cette complétude se trouvent les principes fondamentaux avec lesquels nous construisons notre façon d'être dans le monde. Ce sont les principes qui devraient guider nos actions, favoriser notre développement et former notre identité. Ils sont fondamentaux pour la définition de la vision du monde et pour établir notre place dans l'univers.

Interdépendance et relations

Les communautés autochtones englobent plus que les organisations sociales humaines. Dans la vision du monde autochtone, la personne fait partie d'une communauté beaucoup plus grande qui comprend le milieu naturel et l'univers spirituel. Le respect de ces relations peut générer de grandes forces. Une approche axée sur les forces exploite les forces des communautés autochtones, du milieu et

des liens spirituels, et célèbre ces liens dans le partage et la compassion. Du fait que les façons d'être autochtones s'enracinent dans de solides réseaux de relation et d'engagement dans la communauté, ces relations constituent le fondement du mieux-être. Elles s'établissent dans les pratiques et le savoir culturels; prennent appui sur le rôle influent des Aînés de la famille élargie et des structures relationnelles, y compris les liens avec la nature et la spiritualité.

Vision du monde et identité culturelles :

Il existe des façons culturelles intrinsèques d'être, de savoir et de voir le monde. Cette identité est inscrite dans des croyances, valeurs et principes propres à la culture et qui guident les comportements, déterminent les attentes et gouvernent nos accomplissements à la fois en tant que personne et qu'être social. On ne peut séparer ce que nous sommes de ce que nous faisons, de la façon dont nous le faisons et de nos sentiments à ces égards. Notre sens de la santé et du mieux-être est inextricablement lié à notre sens de qui nous sommes dans le monde et de ce qui nous lie à ce monde. Ces liens identifient et construisent à partir du pouvoir guérisseur de la renaissance culturelle et de l'actualisation positive de soi.

Autonomie et propriété collective :

L'autonomie est valorisée dans la vision du monde autochtone, au point que nous devons tous acquérir des compétences qui

nous permettront d'améliorer la vie des autres. De cette façon, on s'attend à ce que chacun s'épanouisse en vue de contribuer au mieux-être de tous, en vivant une bonne vie comme un acte sacré.

Concepts culturels

L'expérience établit un lien entre ce que nous savons et ce que nous faisons. On s'attend à ce que chaque personne devienne compétente, savante et accomplie, afin d'utiliser ses dons pour servir la collectivité et redonner à la communauté. Cela exige deux processus égaux : devenir compétent et mettre ses compétences au service des autres. Les expériences qui nous permettent d'appliquer nos compétences et nos connaissances renforcent notre compréhension, affinent nos compétences et créent des occasions de servir. De cette façon, l'action génère des connaissances et augmente nos connaissances. La vision autochtone du monde qualifie ces deux processus de coconstructifs et complémentaires.

Modèle conceptuel

Le modèle est représenté par un cercle/une sphère qui indique la dichotomie de la complétude/du bien-être. La sphère comprend trois principes fondamentaux. Ils sont égaux en importance et

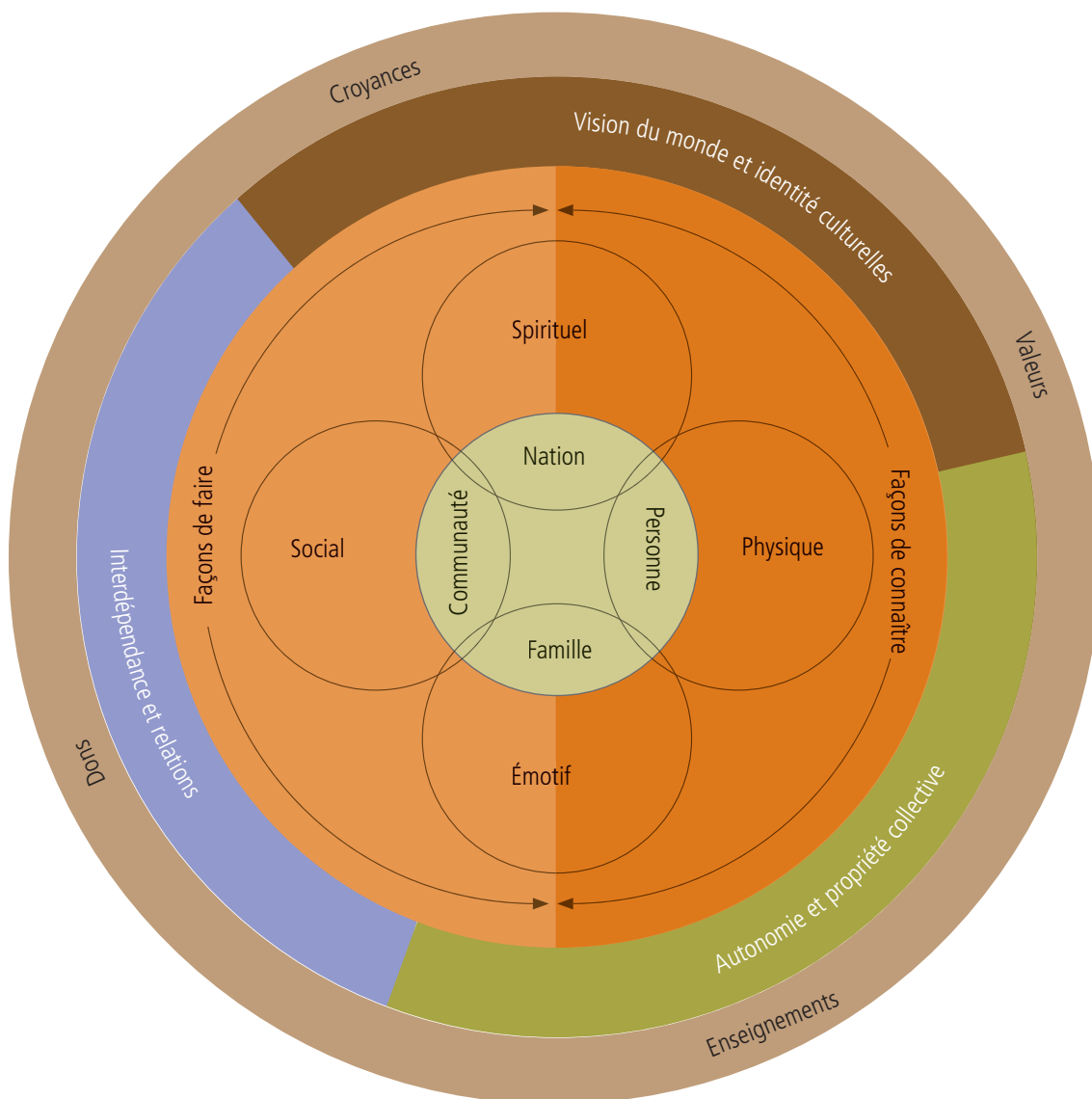
Les façons de connaître sont holistiques et fondées sur :	Les façons de faire sont holistiques et fondées sur :
<ul style="list-style-type: none">• la complétude des relations• des constructions culturelles• l'appropriation et la viabilité• l'interdépendance et la collaboration• la progression cyclique constante• des visions équilibrées	<ul style="list-style-type: none">• l'établissement d'un consensus• le respect• les valeurs, les croyances, les principes• l'identité personnelle et collective• les communications ouvertes• la prédominance de la collectivité

imprègnent toutes les autres dimensions du cadre. C'est en eux que se trouvent les concepts de l'apprentissage, les façons de savoir et les façons de faire. Ces concepts ne sont pas statiques, mais sont toujours en rotation autour de la sphère. Ils représentent également la croissance qui prend appui sur les connaissances, l'application des connaissances, les expériences acquises qui mènent à la

sagesse et à l'application de la sagesse. À l'intérieur encore, se trouvent les quatre aspects de la nature humaine qui englobent également les éléments, les directions, les saisons de la vie et le continuum de l'être. Ces aspects sont le physique, l'émotionnel, le social et le spirituel. On considère qu'ils existent sans interruption dans le temps. À leur point de rencontre interviennent la personne,

la famille, la communauté et la nation ou le peuple. Tous ces aspects sont liés et interreliés, dans les cercles intérieurs, aux autres aspects du cadre. Finalement, à l'appui de ces interrelations, se trouvent les forces en spirale des communautés autochtones qui sont formulées dans les croyances, les valeurs, les enseignements et les dons.

Santé en milieu scolaire autochtone Cadre de travail



Le cadre demeure en voie d'élaboration. Il est possible d'ajouter d'autres définitions, explications, soutiens conceptuels et aspects par le biais du site Web : www.aboriginalschoolhealth.wetpaint.com.

Références

- Alberta Education (2005). *Our words, our ways: Teaching First Nations, Métis and Inuit Learners*.
- Battiste, M. (2005). *State of Aboriginal Learning*. Document préliminaire du Dialogue national au sujet du Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones, Conseil canadien sur l'apprentissage (2009).
- Brant, C. (1990). Native ethics and rules of behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 6-534.
- Association canadienne pour la santé en milieu scolaire. (2008). *(An Overview of Culturally Relevant Approaches and an Inventory of Good/Promising Programs In Aboriginal School Health and Well-being 2008:7)*
- Conseil canadien sur l'apprentissage (2009). *Modèle d'apprentissage holistique tout au long de la vie des Premières nations*. Consulté le 21 avril 2009 sur www.cclcca.ca/CCL/Reports/RedefiningSuccessInAboriginalLearning/?Language=EN
- Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). *Redéfinir le mode d'évaluation de la réussite de l'apprentissage chez les Premières nations, les Métis et les Inuits*, Rapport sur l'apprentissage au Canada. Ottawa : CCL.
- Craven, R. et Parente, A. (2003). *Unlocking Indigenous Educational Disadvantage: Indigenous community members' perceptions of self-concept research as a potent potential key*. Document présenté à NZARE AARE, Auckland, N.-Z.
- Dozier, E. P. (1967). *Hano: A Tewa Indian Community in Arizona*. San Francisco : Holt, Rinehart & Winston.
- Durie, M. H. (2004). Understanding health and illness: research at the interface between science and Indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, 33, 1138-1143.
- Economic Development Group. (2006) *Piliriqatiginngniq—Working together for the common good. A health integration initiative project for Nunavut*. » (Œuvrer de concert au bien commun : un projet d'intégration des services de santé I Nunavut). Nunavut Tunngavik Inc., ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Nunavut, Santé Canada. Consulté sur www.gov.nu.ca/health/PublicHealth-StrategyEnglish.pdf.
- Erasmus, G. et Dussault, R. (1996). *Allocution à l'occasion de la parution du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Consulté le 6 avril 2009, sur www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/spch_e.html
- Espey J. OCAP et intendance (2002). *A Discussion Paper for the First Nations Statistical Institute*. Ottawa : Delsys Research Group Inc.
- Gouvernement des T.N.-O. (1996). *Inuuqatigiit : The curriculum from the Inuit perspective*.
- Gouvernement du Nunavut. (2008). *Inuit Qaujijamatuqangit Education framework for Nunavut Schools*. Consulté le 12 mars 2009 sur www.gov.nu.ca/education/eng/css/curr/IQ_Ed_Frawk_rev05.pdf
- Greenwood, M. (2005). *Children as citizens of First Nations: linking Indigenous health to early childhood development*. *Pediatric Child health*, Vol. 10 n° 9 novembre 2005 (p. 553-555).
- Greenwood, M. (2006). *Landscapes of Indigenous health: An environmental scan by the National Collaborating Centre for Aboriginal Health*.
- Healey, G. et Meadows, L.M. (2008). *Tradition and culture: An important determinant of Inuit women's health*. *Journal of Aboriginal Health*, 25-33, http://www.naho.ca/jah/english/jah04_01/05TraditionCulture_25-33.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami (2009). *Determinants of Inuit health in Canada: A discussion paper*. Ottawa : ITK.
- McCaskill, D. (1983). *Native people and the justice system*. Dans I. Getty et A. Lussier (éditeurs). *As long as the sun shines and the water flows* (p. 288-298). Vancouver, C.-B. : University of British Columbia Press.
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (2009a). *Soutien des parents autochtones : Teachings for the future*. Préparé par K. Irving pour « Messages du cœur : Une vitrine sur l'éducation des enfants autochtones – prendre le bien-être de nos enfants et de nos familles à cœur.
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (2009b). *Culture and Language as a Social Determinant of First Nations, Inuit, and Métis Health*. Prince George C.-B. : CCNSA.
- Lane, P. fils et coll. (1984). *The Sacred Tree*. Lethbridge, Alberta : Four Worlds International Institute for Human and Community Development.
- Ratima, M. (2000). *Tipu Ora – a Maori-centred approach to health promotion*. *Health Promotion Forum Newsletter*, 52, 2-3.
- Thomas, D. R. (2002). *Evaluating the cultural appropriateness of service delivery in multi-ethnic communities*. Paper presented at the 2002 Australian Evaluation Society International Conference, octobre/novembre 2002- Wollongong, Australia. Consulté le 16 février 2009 sur le site www.aes.asn.au
- Waller, M. et Yellow Bird, M. (2002). *The strengths of First Nations peoples*. Dans D. Saleebey (éd.), *The strengths perspective in social work practice* (3e éd., p. 48-62). Boston : A Pearson Educational Company.
- White, K. et coll. (2007). *Talking back to grownups: Healthy children, healthy communities. A report on the social determinants of health and middle childhood in Canada*. Association canadienne pour les Nations Unies.
- Organisation mondiale de la santé, (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*, Rapport final déposé devant la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé.

Autres sources et lectures recommandées

Archibald, L. (2006). *Decolonization and healing: Indigenous experiences in the United States, New Zealand, Australia and Greenland*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.

Anderson, I.P.S. (2004). *Recent Developments in National Aboriginal and Torres Straight Islander Health Strategy*, Australia and New Zealand Health Policy, 2004, 1:3.

Bartlett, J. G. (2003). *Involuntary cultural change, stress phenomenon and Aboriginal health status*. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 93-96. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>.

Bartlett, J. G., Iwasaki, Y., Gottlieb, B., Hall, D. et Mannell, R. (2007, août). *Framework for Aboriginal-guided decolonizing research involving Métis and First Nation person with diabetes*. *Social Science & Medicine*, 65, 2371-2382. Consulté sur lib.unbc.ca/ (doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.011).

Barnhardt, R. et Kawagley, A. O. (2005). *Indigenous Knowledge Systems and Alaska Native Ways of Knowing*. *Anthropology and Education Quarterly*, 2005, 36(1): 8-23.

Blackstock, C. et coll. (2006). *Rassemblés autour d'un rêve : De nouvelles perspectives sur la santé*

- des enfants et des adolescents inuits, métis et des Premières nations.
- Boville, D., Saran, M., Salem, J. K. et Clough, L. (2007). An innovative role for nurse practitioners in managing chronic disease. *Nurs Econ*, 25(6), 359-364. Consulté sur www.medscape.com
- Association canadienne du diabète. (2003). *Diagnosis of Type 2 Diabetes*. Consulté le 19 juin 2008 sur www.diabetes.ca/ilt/diabetesanswers/what_is_type_2diabetes/diagnosis_of_type
- Association canadienne du diabète. (2003). *Gestational diabetes mellitus. Clinical practice guidelines*. Consulté le 19 juin 2008 sur http://www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG_FR.pdf
- Carter, J. S., Perez, G. E., et Gilland, S. S. (1999). Communicating through stories: Experience of the Native American diabetes project. *The Diabetes Educator*, 25, 179-188.
- Centre for Aboriginal Economic Policy Research, Australian National University (2006). *Indigenous Peoples and Indicators of Well-Being*. Rapport déposé à Permanent Forum on Indigenous Issues, cinquième séance, New York, mai 15-16, 2006.
- CHA (2004). *Aboriginal people-population of special interest-Population health profiles*. Consulté sur www.wrha.mb.ca/research/cha2004/files/Vol2/AboriginalPeople.pdf
- Chartrand, L. et Chartrand, C. M. (2006). *Revue de la recherche sur la victimisation criminelle et les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits, 1990 à 2001*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 9 juin 2008 sur le site http://www.justice.gc.ca/fra/pi/rs/rap-rep/2006/rr06_vic1/rr06_vic1.pdf
- Crowshoe, C. (2005). *Sacred Ways of Life, Traditional Knowledge*, prepared for the First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization.
- Crespigny De, C., Groenkjaer, M., et Loon Van, A. (2004). Clinical management of Aboriginal people with co-existing diabetes and alcohol related health problems-A review. *Flinders University Adelaide Australia*, 1-70. Consulté sur <http://nursing.flinders.edu.au/research/index.php?id=282>.
- Drurie, M. (1999). Te Pae Mahutonga: a model for Māori health promotion, *Health Promotion Forum of New Zealand Newsletter*, 49, 2-5.
- Dyck, R., Klomp, H., Tan, L. K., Turnell, R. W., et Boctor, M. A. (2002, March). A comparison of rates, risk factors, and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and Non-Aboriginal women in the Saskatoon health district. *Diabetes Care*, 25(3), 487-493. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>.
- Ferraby, J. (2002). Non-insulin-dependent diabetes mellitus: An epidemic among Aboriginal peoples. Consulté à partir du site <http://research2.csci.educ.ubc.ca/indigenation/jacqui.htm>
- Hardey, S., Apaquash, L., et Butcher, M. (2000). Merging traditional Aboriginal & western health practices. *Australian Journal of Primary Health*, 6(3 and 4), 1-23. Consulté sur www.latrobe.edu.au/aipc/ajph/6,3%20abstracts/hardy%20et%20al.pdf
- Santé Canada. (2002). *Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Diabetes in Canada*, 2, 3-75. Consulté sur http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/index_e.html.
- Hunter, L., Logan, J., Barton, S. et Goulet, J-G. (2004). Linking Aboriginal healing traditions to holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 22(3), 267-285. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>.
- Iwasaki, Y., Bartlett, J. et O'Neil, J. (2005). Coping with stress among Aboriginal women and men with diabetes in Winnipeg, Manitoba. *Ethnicity & Health*, 9(2), 189-213. Consulté sur lib.unbc.ca/
- Jones, E. R. et Huether, S. E. (2006). Alterations of hormonal regulation. Dans K.L. McCance et S.E. Huether (éd.) (éd.), *Pathophysiology: the Biologic Basis for Disease in Adults and Children (2e éd., p. 700-708)*. St.Louis, Missouri : Mosby.
- A La Page, F. (2006, April). The quest to improve Aboriginal health. *CMAJ*, 174(9), 1233. Consulté sur www.cmaj.ca.
- Laenui, Poka (2000). *Processes of decolonization*. Dans Battiste, Marie (éd.), *Reclaiming Indigenous Voice and Vision* (p. 150-160). Vancouver, C.-B. : UBC Press.
- Letendre, A. D. (2002). Aboriginal traditional medicine: Where does it fit? *Crossing Boundaries An Interdisciplinary Journal*, 1(2), 78-87. Consulté sur <http://www.ualberta.ca/>
- Memmtott, Paul et Anna Meltzer (2005). *Modelling Social Capital in a Remote Australian Indigenous Community*. *Social Capital and Sustainable Community Development: A Dynamic Balance*. Edited by Ann Dale and Jenny Onyx. (Vancouver : UBC Press.
- Centre métis, Organisation nationale de la santé autochtone (2005). *Through the Hands of Our Elders, Métis Perspectives and Traditional Health Knowledge Series, Profiles of Métis Elders*, Spring.
- Morse, J., Young, D., et Swartz, L. (2002). Cree Indian healing practices and western health care: A Comparative. *Social Science Medicine*, 32(12), 1361-1366. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A. M., Delormier, T., et Macaulay, A. C. (2002). Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake schools diabetes prevention project in Canada. *Social Science & Medicine*, 56, 1295-1305. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>.
- Reading, J. (2003). A global model and national network for Aboriginal health research excellence. *The Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 185-189. Consulté sur <http://lib.unbc.ca/>
- Smith, L. T. (2006). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. New York: Zed Books.
- Smylie, J. (2001). A guide for health professionals working with Aboriginal people. *Journal SOGC*, 23(12), 1-7. Consulté sur http://www.sogc.org/index_e.asp
- Taylor, John (2006). *Indigenous Peoples and Indicators of Well-Being: An Australian Perspective*. Rapport déposé par le Centre for Aboriginal Economic Policy Research de l'Australian National University lors de Meeting on Indigenous Peoples and Indicators of Well-being, Conférence sur la recherche en matière de politiques autochtones, Ottawa, 22 et 23 mars, 2006.
- UNPFII (2006). *Rapport de la réunion Indigenous Peoples and indicators of well-being*, Ottawa, octobre 22-23, 2006.
- Wereta, Whetu et Darin Bishop (2006). *Towards a Māori Statistic Framework*. Rapport déposé par Māori Statistic Unit, Statistics New Zealand lors de Meeting on Indigenous Peoples and Indicators of Well-Being, Conférence sur la recherche en matière de politiques autochtones, mars 22-23, 2006.
- Young, K T., Reading, J., Elias, B. et O'Neil, J. D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association*, 163(5), 561-566. Consulté sur www.cmaj.ca/cgi/content/full/163/5/561.

sharing knowledge · making a difference
partager les connaissances · faire une différence



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333, UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE C.-B. V2N 4Z9

1 250-960-5250
NCCAH@UNBC.CA
/WWW.CCNSA-NCCAH.CA/