

FACILITER L'ACCÈS DES AUTOCHTONES ÂGÉS AUX SERVICES ET SOUTIENS DE SANTÉ MENTALE ET DE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES EN SE FONDANT SUR LA SÉCURITÉ CULTURELLE ET L'ÉQUITÉ

Viviane Josevski, Ph. D.

Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES

© 2023 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.

Le présent document a été rédigé avec l'aide du Centre national d'innovation AGE-WELL - POPRAVIT dans le cadre du Défi politique des visions de changement 2021-2022.



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 de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

Référence bibliographique :
Josewski, V. (2023). *Faciliter l'accès des Autochtones âgés aux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies en se fondant sur la sécurité culturelle et l'équité*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *Improving access to mental health and addictions services and supports for older Indigenous adults, using a cultural safety and equity lens*.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (Colombie-Britannique) V2N 4Z9 Canada
Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-366-9
ISBN (format en ligne) :
978-1-77368-367-6



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ -----	4
Terminologie -----	5
CONTEXTE -----	6
MÉTHODE DE RECHERCHE -----	10
LIMITES DES DONNÉES -----	11
PRINCIPALES CONSTATATIONS -----	12
Stratégies et moyens novateurs visant à faciliter l'accès des Autochtones à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies axés sur l'équité -----	12
1. Des services et soutiens de santé mentale en milieu urbain dirigés par et pour les Autochtones -----	14
2. Des conceptions traditionnelles autochtones de la guérison et du mieux-être -----	15
3. Des modèles de soins de santé mentale et de traitement des toxicomanies intégrés, complets, ancrés dans la communauté et fondés sur la collaboration -----	16
4. La télésanté mentale -----	17
RECOMMANDATIONS D'ACTION -----	18
Recommandation d'action 1 -----	19
Recommandation d'action 2 -----	20
Recommandation d'action 3 -----	20
EXEMPLES D'INITIATIVES NOVATRICES DIRIGÉES PAR DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN -----	22
Les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) -----	22
Le Wabano Centre for Aboriginal Health -----	22
Anishnawbe Health Toronto -----	22
Le Elders in Residence Program de l'autorité sanitaire de Vancouver Coastal Health (VCH) -----	22
Kílala Lelum -----	23
Le Prince George Native Friendship Centre -----	23
CONCLUSION -----	24
RÉFÉRENCES -----	26



Télécharger des publications à ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



Download publications at nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

RÉSUMÉ



Les Autochtones¹ âgés vivant hors réserve en milieu urbain se heurtent à des difficultés et à des obstacles particuliers et complexes qui les empêchent d'accéder à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies en raison de facteurs comme le colonialisme passé, qui se fait encore sentir, le racisme, la pauvreté et le manque de soins culturellement sûrs et pertinents. Le présent rapport d'orientation a pour objet de passer en revue et de mettre en contexte les données probantes actuelles dans le but de permettre la formulation de recommandations d'action fondées sur ces données et de proposer des moyens d'améliorer rapidement l'accès des Autochtones âgés (de 45 ans et plus) vivant en milieu urbain à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents. Les conclusions du rapport mettent en relief l'idée que pour faciliter l'accès de cette population à de tels services et soutiens, il faut penser à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'acceptabilité. Ce rapport attire l'attention sur les possibilités de faciliter cet accès en formulant trois recommandations d'action intimement liées :

1. Délaisser les financements à court terme suivant des modèles concurrentiels et privilégier des

financements stables suivant des modèles souples et intégrés afin de renforcer les moyens dont disposent les organisations de proximité autochtones urbaines pour offrir des services et des soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies orientés vers l'équité, accessibles et culturellement sûrs.

2. Améliorer les services et soutiens existants et favoriser la création de nouveaux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies dirigés par et pour des Autochtones et destinés aux Autochtones âgés (de 45 ans et plus) vivant en milieu urbain, grâce à des partenariats de services de santé dirigés par les Autochtones avec les organisations de proximité autochtones urbaines.
3. Reconnaître et faire connaître le rôle capital des aînés, des gardiens du savoir et des guérisseurs traditionnels dans la planification et la prestation de services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies dirigés par et pour les Autochtones, en prévoyant pour cela des ressources et une rémunération convenables.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1415658582 1415658582

¹ Le terme « Autochtone » est utilisé tout au long de ce rapport pour désigner collectivement les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, sans égard à l'endroit où ils vivent, ou au fait qu'ils soient inscrits ou non comme autochtones.

Terminologie

Aînés, guérisseurs traditionnels et gardiens du savoir : Habituellement, chez les Autochtones, « les aînés sont des leaders respectés de la communauté qui permettent la transmission des traditions, de la culture, de la langue et du savoir. Les membres âgés de la communauté ne sont pas tous des aînés. Les aînés communiquent le savoir ancestral et donnent des conseils portant sur des problèmes personnels et communautaires. Très souvent, les aînés sont les détenteurs du savoir qui doit être transmis aux générations futures. Les gardiens du savoir traditionnel sont des leaders qui possèdent des talents ou un savoir qu'ils transmettent aux générations futures » [traduction] (Mashford-Pringle et al., 2021, p. 6)*. De nombreux aînés sont également reconnus comme guérisseurs traditionnels (Hill, 2003). Comme il n'y a pas de définition de l'expression « guérisseur traditionnel » qui fasse l'unanimité, celui-ci peut être considéré « comme un praticien culturel autochtone, un aîné, un chaman ou un gardien du savoir qui dispense une médecine traditionnelle, des enseignements traditionnels et anime des cérémonies tout en servant de mentor et d'enseignant aux membres de la communauté » [traduction] (Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc. [MKO], 2019, p. 8). D'habitude, c'est la communauté qui reconnaît les guérisseurs traditionnels (Hill, 2003; MKO, 2019).

Peuples autochtones : Dans sa Constitution, le Canada reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations (Indiens), les Métis et les Inuits (Government of Canada, 1982). L'expression « peuples autochtones » désigne collectivement ces trois groupes culturels distincts.

Réserve : « Une réserve est une terre détenue par la Couronne au profit et à l'usage d'une Première Nation » [traduction] (Place, 2012, p. 6).

Autochtones vivant en milieu urbain : L'expression « Autochtones vivant en milieu urbain » désigne collectivement les membres des Premières Nations (inscrits ou non inscrits), les Métis ou les Inuits qui vivent hors réserve, à l'extérieur des régions peuplées par les Métis, des communautés des Premières Nations ou des communautés inuites (British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres [BCAAFC], 2020). Statistique Canada distingue trois tailles de zones urbaines : les petites zones urbaines (de 1 000 à 29 999 habitants), les zones urbaines moyennes (de 30 000 à 99 999 habitants) et les grandes zones urbaines (de 100 000 habitants et plus) (O'Donnell et al., 2017).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 509712718

*Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

CONTEXTE



L'accès aux soins de santé est un déterminant de la santé largement reconnu (National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH], 2019; Solar & Irwin, 2010). Comme la population du Canada vieillit, l'accès équitable à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs, destinés aux personnes âgées, est une préoccupation de plus en plus pressante pour les pouvoirs publics canadiens (Mental Health Commission of Canada, 2017). Non seulement les Autochtones âgés, un des segments démographiques qui croît le plus vite en ce pays (O'Donnell et al., 2017), doivent porter un poids disproportionné lié à une piètre santé mentale et à des traumatismes (Corrado & Cohen, 2003; Elias et al., 2012; Schill et al., 2019; Truth and Reconciliation Commission [TRC] of Canada, 2015a), ils vivent également des difficultés particulières découlant du colonialisme – la coupure forcée des liens les unissant à leurs terres, à leur culture, à leur famille et à leur communauté, le racisme anti-autochtone, la stigmatisation et la discrimination (Habjan et al., 2012; Hillier & Al-Shammaa, 2020; Schill et al., 2019; Smye et al., 2011; Webkamigad et al., 2020) – dans l'accès à des soins de santé mentale et à des traitements des toxicomanies. Malgré cela, les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ont largement négligé

les besoins et les difficultés des Autochtones âgés en matière de santé mentale, surtout ceux qui vivent en milieu urbain (hors réserve).

Selon le recensement de 2016, le nombre d'Autochtones âgés (de 65 ans et plus) a plus que doublé depuis 2006 et on prévoit qu'il aura encore doublé en 2036 (Press, 2017). Ces tendances démographiques vers le vieillissement s'accompagnent d'un accroissement de l'urbanisation : plus de la moitié des Autochtones âgés (52 %) vivaient hors réserve en milieu urbain en 2012 (O'Donnell et al. 2017). Ces tendances ont des conséquences importantes pour la prestation et l'accessibilité des services de santé mentale et des traitements des toxicomanies auprès des Autochtones âgés. Pour les Autochtones vivant en milieu urbain, l'accès à des services de santé mentale est complexe en raison de facteurs géographiques, des politiques et pratiques colonialistes d'hier et d'aujourd'hui, du racisme et de la dominance continue d'un modèle de soin biomédical (Allan & Smylie, 2015; BCAAFC, 2020; Moroz et al., 2020). Ainsi, en raison de questions de compétences, les Métis, les membres non inscrits des Premières Nations et les membres inscrits des Premières Nations qui se sont établis hors des réserves sont exclus de nombreux services et soutiens de santé

mentale et de traitement des toxicomanies qui sont destinés aux Autochtones et offerts aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves (Allan & Smylie, 2015; BCAAFC, 2020). Comme les Autochtones vivant en milieu urbain sont résidents d'une province ou d'un territoire, les soins de santé mentale qui leur sont dispensés sont surtout du ressort de la province ou du territoire, qui offre des services de santé universellement accessibles et financés par les fonds publics à tous les résidents, y compris aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis (Indigenous Services Canada [ISC], 2021). Pourtant, l'exclusion du système de soins de santé universel canadien, depuis toujours, des services dispensés par des personnes autres que des médecins a créé de grosses disparités dans les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies et des obstacles dans l'accès à ceux-ci : l'étendue des services disponibles, le niveau de protection et les critères d'accessibilité aux services varient beaucoup d'une province ou d'un territoire à l'autre.

La pandémie de COVID-19, la pauvreté, le racisme et la discrimination généralisés envers les Autochtones dans le système de soins de santé mentale et hors du système, la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale et aux toxicomanies et l'accès limité aux méthodes de guérison



Pour les Autochtones vivant en milieu urbain, l'accès à des services de santé mentale est complexe en raison de facteurs géographiques, des politiques et pratiques colonialistes d'hier et d'aujourd'hui, du racisme et de la dominance continue d'un modèle de soin biomédical.

traditionnelles et aux réseaux de soutien social exacerbent encore plus les iniquités que vivent les Autochtones âgés vivant en milieu urbain en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé mentale et à l'issue de ces soins (Arriagada et al., 2020; BCAAFC, 2020; Browne et al., 2011; Canadian Mental Health Association, Ontario, 2010; Moroz et al., 2020; Schill et al., 2019). Par exemple, de nombreux Autochtones âgés sont passés par les pensionnats et sont réticents à rechercher l'accès aux établissements de soins occidentaux ou aux soins conçus selon un modèle strictement biomédical (Abraham et al., 2018; Habjan et al., 2012; Hillier & Al-Shammaa, 2020; Tonkin et al., 2018). Plutôt que de se concentrer sur la maladie, les conceptions autochtones de la santé et du mieux-être mentaux tendent à être axées sur les relations et à privilégier des façons de savoir

et d'être holistiques (Mussell, 2014; Vukic et al., 2011). Selon de nombreux modèles autochtones, le mieux-être mental résulte d'« un équilibre entre les dimensions mentale, physique, spirituelle et affective de l'individu et sa capacité à vivre en harmonie avec sa famille, sa communauté, la nature et son milieu » [traduction] (Atkinson, 2017, p. 1). Le colonialisme et l'autodétermination (ou son absence) sont, en conséquence, considérés comme deux des plus profonds déterminants de la santé et du mieux-être mentaux des Autochtones (Greenwood et al., 2015; Halseth & Murdock, 2020). Des travaux de recherche démontrent que les effets des politiques et pratiques coloniales anciennes et actuelles (notamment la scolarisation dans des pensionnats réservés aux Autochtones, les hôpitaux réservés aux Autochtones, la

raffe des années soixante et les pratiques actuelles des services de protection de l'enfance), qui prennent la forme d'un traumatisme historique et intergénérationnel, définissent encore aujourd'hui la santé et le mieux-être mentaux collectifs des populations autochtones (Allan & Smylie, 2015; Bombay et al., 2014; Greenwood et al., 2015).

De nombreux rapports et commissions du Canada ont recensé les besoins particuliers en matière de soins de santé des Autochtones vivant en milieu urbain et exhorté les pouvoirs publics à reconnaître et à combler ces besoins². Dans son appel à l'action n° 20, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015a) demande « au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Inuits, des Métis et des

² Voir notamment : BCAAFC (2020), Congress of Aboriginal Peoples (2020), Environics Institute (2010), National Association of Friendship Centres (2020), National Inquiry on Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (2019), Place (2012); Royal Commission on Aboriginal Peoples (1996) et TRC (2015b).



Autochtones hors réserve, de les respecter et d'y répondre » (p. 3); le paragraphe 21 (2) de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) demande qu'« une attention particulière [soit] accordée aux droits et aux besoins particuliers des aînés, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées autochtones ». Pourtant, à cause des sempiternels débats sur l'attribution de la responsabilité en matière de prestation des services de santé aux Autochtones vivant en milieu urbain (Royal Commission on Aboriginal Peoples [RCAP], 1996; TRC, 2015), conjugués au manque de porte-parole autochtones en milieu urbain dans l'élaboration des politiques et la

planification en matière de santé mentale (Josewski, 2012; Josewski et al., 2021; Kurtz et al., 2008; Snyder et al., 2015), les besoins de nombreuses populations autochtones urbaines – dont les Autochtones âgés – ont été oubliés (BCAAFC, 2020; Josewski et al., 2021; Schill et al., 2019).

Mis ensemble, ces facteurs accélèrent le vieillissement, font augmenter la fréquence des invalidités et des troubles comorbides médicaux chroniques à un jeune âge et écourtent l'espérance de vie chez les Autochtones par rapport à la population canadienne générale (Arriagada et al., 2020; Webkamigad et al., 2020; Wilson et al., 2011). Selon une étude

canadienne, 7 % des participants autochtones de 55 à 64 ans avaient trois maladies chroniques ou plus, contre seulement 2 % des participants non autochtones (Wilson et al., 2011). Selon une autre étude, les Autochtones de 45 à 54 ans sont aussi fragiles que les personnes de 65 à 74 ans dans la population canadienne générale (Walker, 2020). De telles disparités mettent en relief la nécessité d'élargir la définition de « personne âgée » de manière à ce que cette catégorie inclue les personnes de 45 ans et plus lorsqu'on planifie des services et des soutiens relatifs à la santé et au mieux-être mentaux destinés aux Autochtones âgés (Habjan et al., 2012; Hillier & Al-Shammaa, 2020).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 177638220

Les Autochtones âgés sont oubliés, bien que les pouvoirs publics et les autorités sanitaires du Canada aient pris des engagements d'action clairs en faveur d'un accès équitable à des services de santé, notamment de santé mentale, qui sont culturellement adaptés et sûrs pour les Autochtones, y compris les Autochtones âgés (BC Ministry of Mental Health and Addictions, 2019; First Nations Health Authority [FNHA], 2019; FNHA et al., 2013; Government of British Columbia, 2021). Pendant la pandémie de COVID-19 en 2021, le gouvernement fédéral libéral s'est engagé à transférer aux provinces et aux territoires, sur cinq ans, la somme sans

précédent de 4,25 milliards \$ au titre de la santé mentale. Cette promesse électorale était accompagnée d'un financement supplémentaire de 2 milliards \$ au titre de la collaboration avec des partenaires des Premières Nations, inuits et métis pour l'élargissement et l'amélioration de l'accès, pour les Autochtones, à des soins de santé mentale fondés sur leur culture, dirigés par eux et prenant en compte les traumatismes (Liberal Party of Canada, 2021). Pour concrétiser de tels engagements, les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ont besoin d'accéder en temps utile à des données probantes de grande qualité, faciles à consulter et pertinentes sur les moyens d'améliorer rapidement l'accès à

des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies qui sont adaptés aux situations, aux difficultés et aux besoins particuliers des Autochtones âgés. C'est pourquoi le présent rapport d'orientation a pour objet de passer en revue et de mettre en contexte les données probantes actuelles dans le but de permettre la formulation de recommandations d'action fondées sur ces données et proposant des moyens d'améliorer rapidement l'accès des Autochtones âgés (de 45 ans et plus) vivant en milieu urbain à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents.

MÉTHODE DE RECHERCHE



La démarche méthodologique appliquée à la préparation du présent rapport d'orientation comprenait une étude du milieu visant à cerner et analyser les obstacles particuliers auxquels se heurtent les Autochtones âgés vivant en milieu urbain (hors réserve) et les solutions susceptibles d'améliorer rapidement leur accès à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies. L'étude du milieu comprenait un examen par territoire de compétence des rapports d'orientation et des programmes existants, une analyse et une synthèse des publications évaluées par des pairs et de la documentation parallèle et la consultation d'un petit nombre d'intervenants stratégiques. Dans la mesure du possible, on a mis à l'honneur les publications d'auteurs autochtones et les travaux de recherche participative menés auprès des communautés autochtones pour amplifier les voix et les perspectives autochtones. Concrètement, le présent rapport est fondé sur les conclusions d'une étude qualitative plus vaste portant sur l'expérience vécue par les fournisseurs autochtones en milieu urbain en matière de sécurité culturelle et d'équité dans les soins de santé mentale et les traitements des toxicomanies (Josewski, 2020; Josewski et al., 2021).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 175994724

Cette étude, qui a reçu l'approbation éthique de l'université Simon Fraser, a utilisé les perspectives autochtones et les perspectives critiques théoriques qui sont à l'avant-plan des voix autochtones. Elle a été menée en partenariat avec sept organisations de proximité autochtones et une organisation de proximité non autochtone sises dans une zone urbaine moyenne et dans deux grandes agglomérations urbaines de la

Colombie-Britannique. Cette étude met en contexte les conclusions de l'étude du milieu et comporte des témoignages de participants. Les options stratégiques possibles ont été analysées en fonction de trois grandes dimensions de l'accès aux soins de santé – l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité – à travers le prisme de l'équité en matière de santé (Browne et al., 2015) et de la sécurité culturelle (Smye & Browne, 2002).

LIMITES DES DONNÉES



Malgré l'énorme croissance du nombre d'Autochtones âgés, la quantité de données sur la santé de ce segment de population reste limitée (Brooks-Cleator & Giles, 2016; Jervis, 2010). Les travaux de recherche empirique menés actuellement auprès de ce groupe sont rares, surtout en ce qui a trait à la santé mentale et aux toxicomanies, et il existe des

disparités considérables dans les données portant en particulier sur les Métis et les membres des Premières Nations vivant hors réserve (Trevethan, 2019). De plus, les données probantes dont il est question dans le présent rapport proviennent en majeure partie de petites études locales, qui peuvent avoir leurs limites en raison de l'échantillonnage et du

biais de mesure. En outre, étant donné l'émergence constante de nouvelles données probantes, la mise à jour périodique de l'examen s'imposera. Malgré ces limites, les données probantes existantes publiées constituent une base solide étayant les recommandations formulées dans ce rapport.



PRINCIPALES CONSTATATIONS



Pour renforcer l'équité d'accès des Autochtones âgés vivant en milieu urbain à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents, il faut penser à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'acceptabilité. Par accessibilité des services, on entend la possibilité pour les gens « d'obtenir des services lorsqu'ils en ont besoin » [traduction] (Evans et al., 2013, p. 546), tandis que par disponibilité, on entend « l'existence matérielle de ressources en matière de santé suffisantes pour produire des services » [traduction] (Levesque et al., 2013, p. 6). Nous l'avons déjà mentionné : les Autochtones âgés vivant en milieu urbain (hors réserve) éprouvent des difficultés particulières liées à l'accessibilité et à la disponibilité des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies en raison des différences et des disparités dans le financement et les programmes destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, des complexités relatives aux compétences et de politiques organisationnelles discriminatoires (NCCIH, 2019). Les problèmes liés à l'acceptabilité des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies, autrement dit « la volonté des gens d'obtenir des services » [traduction], compliquent les iniquités d'accès (Evans et al., 2013, p. 546). En ce qui concerne les Autochtones

âgés, l'acceptabilité dénote dans quelle mesure ceux-ci trouvent que les services et le milieu où ils sont offerts sont culturellement sûrs et répondent à leurs besoins, à leurs préoccupations, à leurs priorités et à leur situation (Browne et al., 2016; Halseth et al., 2019). Pour un grand nombre d'entre eux, la dominance des modèles biomédicaux de soins de santé mentale et l'absence de confiance, enracinée à la fois dans l'histoire (p. ex. de nombreux Autochtones âgés sont passés par les pensionnats) et dans leur expérience du racisme, de la stigmatisation et de la discrimination, sont des obstacles importants à l'accès à des soins de santé mentale (Auger et al., 2016; Jervis, 2010; Ward et al., 2021).

Stratégies et moyens novateurs visant à faciliter l'accès des Autochtones à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies axés sur l'équité

La sécurité culturelle, la prise en compte des traumatismes et des violences dans les soins et l'élaboration de soins sur mesure adaptés à la situation constituent les principales dimensions des soins axés sur l'équité (Browne et al., 2012; Browne et al., 2016; Ford-Gilboe et al., 2018). Des

données probantes de plus en plus abondantes démontrent que la prestation de soins de santé axés sur l'équité par les cliniques de soins primaires améliore bel et bien l'accès aux soins et l'issue des soins pour le mieux-être des populations touchées par des iniquités sanitaires et sociales (Browne et al., 2016; Ford-Gilboe et al., 2018; Horrill et al., 2022).

L'illustration 1 donne un aperçu schématique des principales dimensions des soins axés sur l'équité en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies pour les Autochtones âgés. Les méthodes adaptées à la situation nécessitent que les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies répondent aux besoins locaux, aux priorités et aux caractéristiques démographiques des populations d'Autochtones âgés et des communautés dans lesquelles ceux-ci vivent. Les pratiques culturellement sûres respectent les savoirs et les systèmes de traitement autochtones. Elles déconstruisent les déséquilibres de pouvoirs inhérent aux soins de santé en s'attaquant aux effets du colonialisme passé, dont l'empreinte se fait encore sentir, au racisme et à la discrimination (Auger et al., 2016; Browne et al., 2016, Curtis et al., 2019; Halseth et al., 2019). Appliquer le concept de soins prenant en compte les traumatismes et les violences (Browne et al., 2015) à la

Pour renforcer l'équité d'accès des Autochtones âgés vivant en milieu urbain à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents, il faut penser à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'acceptabilité.



prestation de services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies signifie prendre en compte les multiples sources de traumatisme et de violence dans la vie des Autochtones âgés et leurs répercussions sur l'expérience vécue en santé mentale et dans les soins de santé mentale. Cela comprend les effets persistants des

traumatismes intergénérationnels et des violences structurelles. En conséquence, les méthodes prenant en compte les traumatismes et les violences privilégient des solutions reposant sur les forces, qui favorisent l'autonomisation des Autochtones âgés et qui agissent sur les déterminant sociaux de leur santé.

Ce rapport présente quatre stratégies et moyens novateurs d'améliorer l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité de services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies axés sur l'équité, destinés aux Autochtones âgés du Canada.

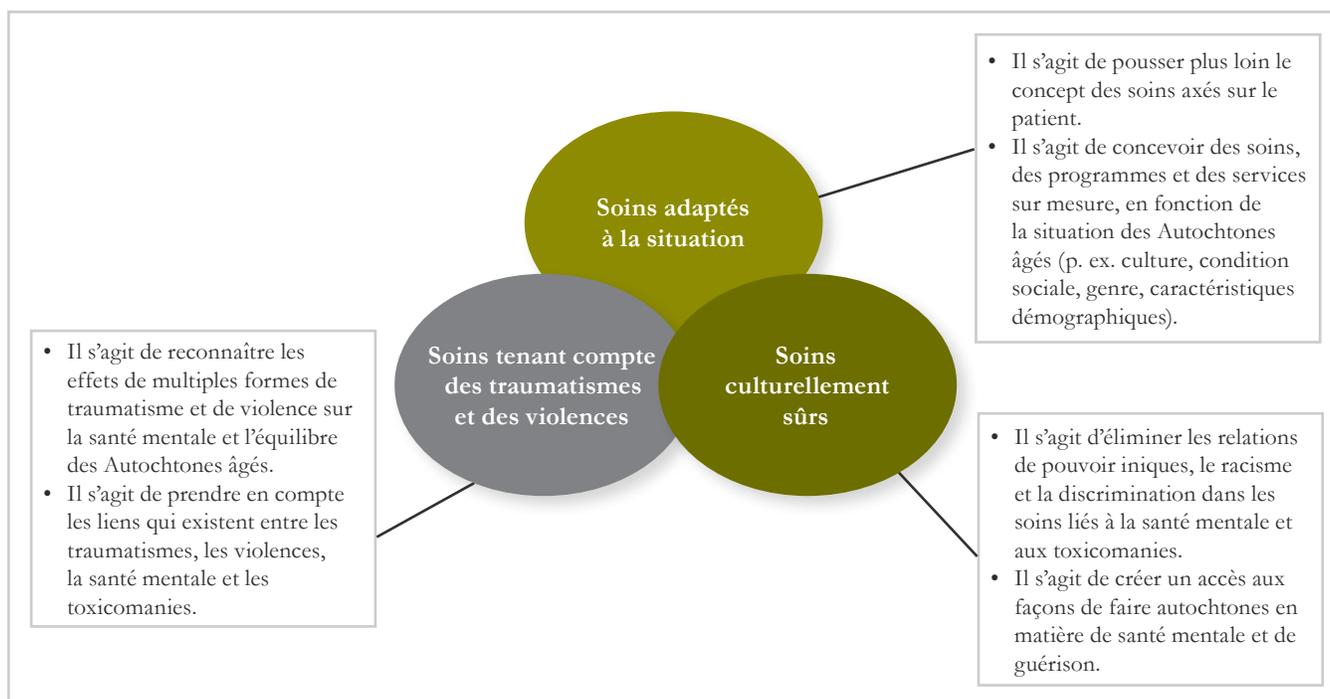


Illustration 1. Soins de santé mentale et traitements des toxicomanies axés sur l'équité, destinés aux Autochtones âgés. Adaptation de Browne et al. (2015).

1. Des services et soutiens de santé mentale en milieu urbain dirigés par et pour les Autochtones

Les données probantes montrent que les partenariats dirigés par des Autochtones avec des organisations locales autochtones contrôlées par la communauté facilitent l'accès aux services et font croître leur utilisation, ce qui améliore l'issue de ces services sur le plan du mieux-être des Autochtones (Allen et al., 2020; Auger et al., 2016; Campbell et al., 2018; Efimoff et al., 2021; Gottlieb, 2013; Gross et al., 2016; Lavoie et al., 2018; O'Neil et al., 2016). On a constaté que la participation des communautés autochtones à la prestation des services de santé et le sentiment d'appropriation qui en découle ne faisaient pas que faciliter l'accès aux services et encourager leur utilisation : ils permettent également d'offrir des soins mieux adaptés, avec une meilleure continuité (Baba et al., 2014; Bath & Wakerman, 2015; Campbell et al., 2018; Davy et al., 2016; Gross et al., 2016; Harfield et al., 2015; Johnston et al., 2013; Lavoie, 2013; Lavoie et al., 2007; Lavoie et al., 2010; Maar, 2004; Tenbensel et al., 2014; Venugopal et al., 2021). Il est possible d'améliorer l'accès des communautés autochtones urbaines (hors réserve) à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies dirigés par et pour les Autochtones au moyen de partenariats de soins de santé dirigés par des Autochtones avec des organisations de services de proximité autochtones urbaines



comme les centres d'amitié et les centres et cliniques de santé autochtone (Browne et al., 2012; Browne et al., 2016; Campbell et al., 2018; Lavoie et al., 2018).

En raison de leur structure de gouvernance fondée sur la communauté et de leur engagement explicite à répondre aux besoins des populations qu'elles servent, les organisations de services de proximité autochtones urbaines sont particulièrement bien placées pour adapter les services aux priorités particulières de leurs communautés respectives, pour cerner les situations et les besoins collectifs nouveaux et émergents (BCAAFC, 2020; Lavoie et al., 2018), comme ceux des populations d'Autochtones âgés vivant en milieu urbain, en pleine croissance, et pour y répondre rapidement. Ces organisations favorisent également l'acceptation et la confiance de la communauté (Browne et al., 2016; Campbell et al., 2018; Maar, 2004; Maar et al., 2009; Maar & Shawande, 2010) et encouragent la sollicitation de soins de santé chez les populations

autochtones en offrant des espaces accueillants qui mettent en valeur les cultures autochtones (Baba et al., 2014; Campbell et al., 2018). De plus, en fondant leur méthode de prestation de services sur les cultures et les voies du savoir autochtones et en employant un pourcentage élevé d'intervenants de première ligne autochtones – notamment des aînés et des gardiens du savoir – ces organisations réussissent à atténuer les répercussions des soins de santé coloniaux et du racisme, qui se font encore sentir (Schill et al., 2019). Leur succès est démontré dans les constatations de l'Urban Aboriginal Peoples Study, qui indiquait qu'en 2010, plus de la moitié des Autochtones vivant dans les villes du Canada affirmaient recourir aux organisations et services autochtones locaux (Environics Institute, 2010). Parmi eux, les Autochtones âgés étaient particulièrement enclins à accéder et à recourir aux services offerts par les organismes autochtones.

Des études qualitatives portant sur l'expérience vécue par les

Autochtones dans les soins de santé corroborent cette observation. Dans ces dernières, les Autochtones mentionnent un modèle de soins culturellement adapté, la confiance, les relations avec le personnel et un milieu de soins de santé autochtone parmi les principaux facteurs qui rendent plus accessibles les services dirigés par et pour des Autochtones (Campbell et al., 2018; Ward et al., 2021). Toutefois, les organisations de proximité autochtones, surtout celles qui servent des populations autochtones urbaines, se butent à des difficultés considérables qui réduisent leur capacité d'assurer l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité des services. Le manque de financement de base, le recours généralisé à des financements à court terme suivant des modèles concurrentiels et les cadres de responsabilisation très normatifs compliquent le recrutement et la fidélisation d'employés qualifiés d'expérience. Cela limite également les possibilités de planification de programmes à long terme dirigée par la communauté et, du même coup, l'adaptation locale des programmes et des milieux de prestation des services (Josewski et al., 2021).

« Comment pouvons-nous [...] utiliser les ressources de manière plus efficace? Peut-être pouvons-nous aussi trouver une méthode de travail plus efficace. [...] Il y a encore de la discrimination [...] dans le système [...] des problèmes anciens découlant du passé [...] et, selon moi, tout cela vient [...] du système de financement

[...] [C']est causé par [...] le fait que tout le monde se bat pour les mêmes sources [d'argent]. » (Aîné et fournisseur de soins de santé mentale au sein d'une organisation dirigée par des Autochtones)

2. Des conceptions traditionnelles autochtones de la guérison et du mieux-être

Des données probantes de plus en plus abondantes montrent que les modèles fondés sur les pratiques de guérison et les savoirs autochtones constituent une autre stratégie importante pour faciliter l'accès des Autochtones âgés à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies axés sur l'équité (Allen et al., 2020; Browne et al., 2016; Graham et al., 2021; Lewis & Myhra, 2017; Maar, 2004; Maar et al., 2009; Maar & Shawande, 2010; Rowan et al., 2014; Tu et al., 2019; Ward et al., 2021). Les travaux de recherche démontrent non seulement que la mise en œuvre de tels modèles permet d'améliorer l'issue des soins de santé mentale et des traitements des toxicomanies (Tu et al., 2019), mais aussi qu'elle donne aux clients un degré élevé de satisfaction et de sécurité culturelle et améliore l'accès à un continuum de soins (Browne et al., 2016; Campbell et al., 2018; Maar, 2004; Maar & Shawande, 2010; Maar et al., 2009; Yeung, 2016). Certes, les Autochtones ne choisissent pas tous les méthodes de guérison traditionnelles mais un nombre croissant d'entre eux, en particulier des aînés (Brooks-Cleator & Giles, 2016; Collings, 2001; Schill et al.,

2019; Tonkin et al., 2018; Ward et al., 2021) souhaitent qu'on facilite l'accès aux méthodes de guérison traditionnelles et aux services adaptés à la culture (Allen et al., 2020; Campbell et al., 2018; Graham et al., 2021). Les Autochtones âgés sont également plus susceptibles que les jeunes générations de suivre les traditions (Brooks-Cleator & Giles, 2016). Selon les constatations de l'Urban Aboriginal Peoples Study, près des trois quarts des Autochtones âgés vivant en milieu urbain considèrent que l'accès aux méthodes de soins de santé traditionnelles est aussi important, sinon plus, que l'accès aux services de santé occidentaux (Environics Institute, 2010).

L'utilisation ou l'intégration des conceptions traditionnelles du mieux-être peuvent être soutenues localement grâce à un modèle de services collaboratif et à des partenariats avec des guérisseurs traditionnels, des gardiens du savoir, des aînés et des organismes autochtones (Allen et al., 2020; Browne et al., 2016; Maar et al., 2009; Maar & Shawande, 2010). Les aînés, les gardiens du savoir et les guérisseurs traditionnels jouent un rôle important dans la conception et la prestation de soins culturellement sûrs qui intègrent la culture et les méthodes de guérison autochtones aux services de santé mentale et de traitement des toxicomanies (Allen et al., 2020; Browne et al., 2016; Graham et al., 2021; Maar & Shawande, 2010; Tu et al., 2019); pourtant, leur apport n'est, souvent, pas dûment reconnu car l'insuffisance du financement

réservé aux services des aînés et aux ressources culturelles reste un problème (Josewski et al., 2021; Wise Practices Research Group, 2018).

*« On nous demande d'intervenir d'une manière culturellement adaptée auprès des clients, alors ce sera écrit dans notre contrat; mais certains contrats, comme notre contrat de traitement des toxicomanies, ne prévoient aucune somme supplémentaire pour les honoraires des aînés ou le paiement d'une part du salaire du conseiller spirituel; il est seulement indiqué qu'il y a deux conseillers. »
(Fournisseur de soins de santé mentale auprès d'une organisation dirigée par des Autochtones)*

3. Des modèles de soins de santé mentale et de traitement des toxicomanies intégrés, complets, ancrés dans la communauté et fondés sur la collaboration

Les modèles de soins intégrés, complets, ancrés dans la communauté « privilégient la collaboration interdisciplinaire comme pilier de l'amélioration de l'accès, de l'élargissement de la gamme de services et de la prestation de soins de santé mentale et de traitements des toxicomanies mieux adaptés » [traduction] (Jeffries et al., n.d., p. ii). Les données probantes semblent indiquer que les modèles de soins intégrés, complets, fondés sur la collaboration et ancrés dans la communauté peuvent améliorer l'accessibilité des services de santé mentale et de traitement



des toxicomanies – surtout pour les gens qui ont de nombreux problèmes de santé chroniques – car ils permettent de surmonter le cloisonnement des services, d'améliorer la coordination des soins et de réduire la stigmatisation (BCAAFC, 2020; Browne et al., 2009; Browne et al., 2012; Browne et al., 2016; Landry et al., 2019; Lewis et al., 2017; Maar, 2004; Maar et al., 2009; Maar & Shawande, 2010; Place, 2012). Les travaux de recherche dans ce domaine sont rares en ce qui a trait aux populations autochtones mais des études portent à croire que, lorsqu'ils sont conçus et mis en œuvre en partenariat avec les communautés autochtones urbaines, les guérisseurs traditionnels et les aînés, les modèles de soins intégrés fondés sur la collaboration peuvent être efficaces pour améliorer l'accès des populations autochtones aux soins, la sécurité culturelle et la continuité des soins (Browne et al., 2012; Browne et al., 2016; Campbell et al., 2018; Lewis et al., 2017). De par leur conception, les modèles de soins intégrés, complets et fondés sur la collaboration s'imbriquent bien dans les façons autochtones de voir les problèmes de santé

mentale et de toxicomanie (BCAAFC, 2020; Josewski, 2012; Josewski et al., 2021; Maar, 2004; Maar et al., 2009; Maar & Shawande, 2010; Ontario Local Health Integration Network, 2011).

Les façons de voir autochtones tendent à privilégier les conceptions holistiques de la santé mentale et des toxicomanies qui font directement écho aux déterminants sociaux de la santé autochtones, comme « les traumatismes intergénérationnels, la pauvreté, le chômage et les pénuries de logements qui accompagnent les problèmes de santé mentale » [traduction] (Smye & Mussell, 2001, p. 24). Dans cette perspective, de nombreuses organisations de proximité autochtones urbaines participent à la planification de soins intégrés et complets afin de faciliter l'accès à des services et soutiens qui prennent en compte les liens existant entre la santé mentale, les traumatismes, les toxicomanies, les fondements culturels de la guérison et, de manière générale, la condition sociale et historique des Autochtones (BCAAFC, 2020; Browne et al., 2016; Josewski, 2020).

Toutefois, les financements à court terme selon des modèles concurrentiels et rigides créent des obstacles structurels à la prestation de services de santé mentale et de traitement des toxicomanies intégrés, complets et fondés sur la collaboration (Josewski, 2020). Ils entraînent en outre des méfaits non intentionnels, comme celui de créer des situations reproduisant le traumatisme, par la perturbation régulière des relations de soin (Josewski, 2020). L'extrême fragmentation des financements et des cadres d'action et leur grande complexité sur le plan des compétences ont produit un labyrinthe de services de proximité dans lesquels les Autochtones âgés peinent à s'y retrouver et dont l'accès leur est difficile, et qui font peser une charge administrative inutile sur les organisations autochtones qui s'emploient à offrir des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies holistiques en assemblant des contrats individuels (Josewski et al., 2021).

« Il nous faut assembler quatre contrats pour avoir un programme de counseling [...] » (Directeur d'un programme de soins de santé mentale auprès d'une organisation dirigée par des Autochtones)

4. La télésanté mentale

La télésanté mentale consiste à utiliser les technologies de communication pour faciliter

l'accès aux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies et leur prestation (Jeffries et al., n.d.). Les travaux de recherche démontrent que la télésanté mentale est rentable, améliore l'accès aux soins et la qualité de l'expérience des soins vécue par diverses populations, dont les communautés rurales ou éloignées et les personnes âgées (Egede et al., 2018; Hilty et al., 2013; Langarizadeh et al., 2017). Par contre, les travaux de recherche menés en milieu autochtone sont rares et il existe peu de données probantes indiquant comment faire un virage rapide vers des services de télésanté mentale et de télétraitement des toxicomanies pour les Autochtones âgés (Goodwill et al., 2021). C'est le cas surtout lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité culturelle et d'éliminer les iniquités sociales qui limitent l'accès de nombreux Autochtones aux technologies de communication et leur utilisation de celles-ci (Jones et al., 2017). Ainsi, l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2017 a permis de constater que de nombreux Autochtones âgés (42,4 %) du Canada, surtout ceux qui vivent dans le Nord et ont une forte identité culturelle, n'utilisent pas Internet. (Ali-Hassan et al., 2020).

Outre les préoccupations liées à la sécurité culturelle dans les services de télésanté (Jones et al., 2017),

de nombreux Autochtones, en particulier ceux qui vivent dans les régions rurales ou nordiques, n'ont pas d'accès fiable à Internet ou à des technologies informatiques et, s'ils en ont, ils peuvent avoir des difficultés techniques dans l'utilisation de certaines technologies (Ali-Hassan et al., 2020; Toth et al., 2018). Cet accès peut toutefois être facilité dans des situations où les services de télésanté mentale sont dispensés dans un milieu culturellement sûr et réconfortant, en collaboration avec des organisations et des fournisseurs de proximité autochtones (Caffery et al., 2018) et mis au point sous la direction et grâce à l'apport des Autochtones (Jones et al., 2017; Povey et al., 2016). Dans l'ensemble, s'il est possible de faciliter l'accès des Autochtones âgés à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies en élargissant l'accès et le recours aux technologies informatiques par les communautés autochtones, il y a encore du travail à faire pour mieux comprendre les perspectives et l'expérience vécue des Autochtones âgés et des aînés qui ont recours aux technologies de télésanté pour obtenir ou offrir des services et soutiens de santé mentale.

« Selon moi, les Autochtones veulent [...] innover [...] innover dans leur façon de faire parce qu'ils imaginent une nouvelle façon d'être. » (Aîné et intervenant stratégique autochtone)



RECOMMANDATIONS D'ACTION



Le présent rapport d'orientation souligne l'urgence pour les pouvoirs publics et les autorités sanitaires de faciliter l'accès des Autochtones âgés vivant en milieu urbain aux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Les trois recommandations ci-dessous, qui sont intimement liées, sont destinées aux autorités sanitaires et aux pouvoirs publics provinciaux, territoriaux et fédéraux. Elles amplifient les

appels à l'action et les priorités stratégiques des Autochtones, notamment les Appels à l'action de 2015 de la Commission de vérité et réconciliation, l'Urban Indigenous Wellness Report (2020) de la BC Association of Aboriginal Friendship Centres et le First Nations Mental Wellness Continuum Framework (Assembly of First Nations [AFN] & Health Canada, 2015). De plus, elles font directement écho aux droits des peuples

autochtones en matière de santé, définis dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), qui stipule clairement que « les [A]utochtones ont [...] le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé » et « ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale » (p. 10).



Il y a encore du travail à faire pour mieux comprendre les perspectives et l'expérience vécue des Autochtones âgés et des aînés qui ont recours aux technologies de télésanté pour obtenir ou offrir des services et soutiens de santé mentale.

Recommandation d'action 1

Améliorer les services et soutiens existants et favoriser la création de nouveaux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies dirigés par et pour des Autochtones et destinés aux Autochtones âgés (de 45 ans et plus) vivant en milieu urbain, grâce à des partenariats de services de santé dirigés par les Autochtones avec les organisations de proximité autochtones urbaines.

Selon l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) :

« Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. » (p. 10).

Dans le droit-fil de cet article, les autorités sanitaires et les pouvoirs publics doivent reconnaître l'autodétermination des Autochtones en laissant ces derniers diriger la conception et la prestation de services de santé, ce qui est une dimension importante de la réconciliation

(TRC, 2015a), ainsi que de l'équité et de la sécurité culturelle dans la prestation des services de santé mentale (NCCIH, 2019; O'Neil et al., 2016). Hors des réserves, cela peut se faire grâce à des partenariats de services de santé dirigés par les Autochtones entre les communautés autochtones urbaines, les autorités sanitaires et les pouvoirs publics (Allan & Smylie, 2015; Allen et al., 2020; Bath & Wakerman, 2015; BCAAFC, 2020; Davy et al., 2016; Firestone et al., 2019; Lavoie et al., 2010; Smye et al., 2020).

Les organisations de proximité autochtones urbaines sont particulièrement bien placées pour adapter les services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies aux préoccupations et aux besoins locaux et à la situation des Autochtones âgés et, en conséquence, d'améliorer leur accessibilité, leur disponibilité et leur acceptabilité pour cette population. Comme ils constituent la plus importante infrastructure autochtone de prestation de services en milieu urbain, les centres d'amitié jouent un rôle capitale dans l'amélioration de l'accès des Autochtones âgés vivant en milieu urbain, rural et dans les régions hors réserve aux services et soutiens de santé et d'équilibre mentaux (Schill et al., 2019), peu importe où ils choisissent de vivre, qu'ils se déclarent ou non membres inscrits ou non inscrits d'une Première Nation, inuits ou métis (BCAAFC, 2020; NAFC, 2020). Citons, entre autres exemples, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) et les

centres de santé communautaire autochtones en Ontario. Ces centres offrent des services conjuguant diverses conceptions traditionnelles autochtones de la santé et du mieux-être mentaux aux Autochtones vivant dans les réserves ou hors réserve, dans des localités urbaines, rurales ou nordiques. Par contre, l'Ontario est le seul territoire de compétence doté d'un cadre d'action complet permettant d'assurer la participation des communautés autochtones urbaines à la planification et à la prestation des soins de santé.

Pour améliorer l'accès des Autochtones âgés en milieu urbain aux services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies, les autorités sanitaires et les pouvoirs publics doivent reconnaître le rôle essentiel que jouent les organisations de proximité autochtones urbaines dans la prestation de soins de santé mentale et de traitements des toxicomanies aux populations autochtones urbaines. Étant donné leur contribution notable à la conception de modèles de prestation de services novateurs et de services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents, les organisations de proximité autochtones urbaines pourraient également donner des idées sur l'utilisation de la télésanté mentale. En conséquence, il faut consacrer davantage de ressources, de temps et d'efforts stratégiques à l'élargissement des partenariats établis et à l'établissement, avec les organisations de proximité autochtones urbaines, de

nouveaux partenariats officialisés de services de santé dirigés par les Autochtones qui sont fondés sur l'action et soutenus par d'importants engagements budgétaires. Cela suppose des financements accrus au titre des programmes relatifs à la santé mentale pour que ceux-ci répondent aux besoins d'une population autochtone qui vieillit et s'urbanise de plus en plus, ainsi qu'un soutien accru au titre des salaires versés par les organisations, des infrastructures et du financement de base de en faveur de la planification de programmes, de l'élaboration de mesures et de la défense des droits à l'échelle locale (Allan & Smylie, 2015; BCAAFC, 2020; Josewski, 2020).

Recommandation d'action 2

Délaisser les financements à court terme suivant des modèles concurrentiels et privilégier des financements stables suivant des modèles souples et intégrés afin de renforcer les moyens dont disposent les organisations de proximité autochtones urbaines pour offrir des services et des soutiens de santé mentale et de traitement

des toxicomanies orientés vers l'équité, accessibles et culturellement sûrs.

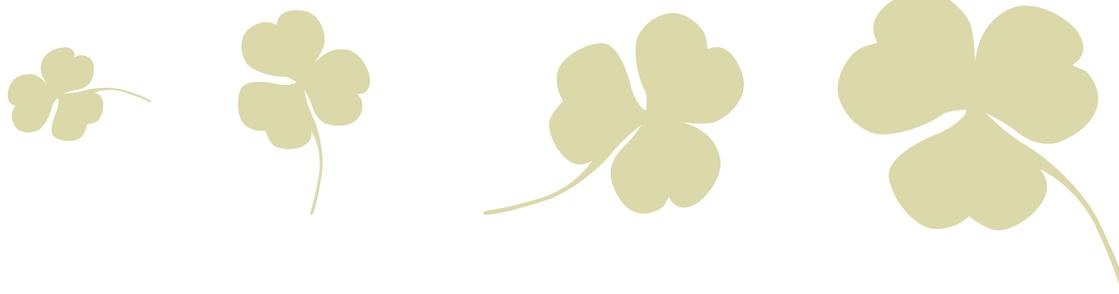
Bien qu'il soit urgent d'accroître le financement, cela en soi ne suffira pas à assurer aux Autochtones âgés l'accessibilité des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Les pouvoirs publics et les autorités sanitaires doivent plutôt changer les modèles de financement. Il faut de toute urgence privilégier des financements stables selon des modèles intégrés et souples, assurés par toutes les autorités sanitaires et les pouvoirs publics de tous les niveaux, afin de garantir : 1) la continuité des soins et le maintien de liens de confiance entre les membres des communautés et les fournisseurs; 2) une planification des soins par et pour les communautés; 3) l'accès des Autochtones âgés à des soins de santé mentale et à des traitements des toxicomanies complets, intégrés, suivant des modèles de collaboration, axés sur les déterminants holistiques du mieux-être mental et prenant en compte les liens entre les traumatismes, les violences, la santé mentale et les toxicomanies (Dwyer et al., 2014; Dwyer et al., 2011; Josewski, 2020; Josewski et al., 2021). Entre autres solutions pouvant remplacer les modèles de financement à court terme, citons

le financement relationnel et le financement global (Browne et al., 2012) et les modèles intégrés de passation de contrats (Pomeroy, 2007) qui intègrent les ressources entre les autorités et créent des espaces de participation entre les différents bailleurs de fonds, les niveaux de pouvoirs publics et les organisations autochtones afin de faciliter le passage des modèles de financement actuels, orientés vers l'offre, à des méthodes partant de la base et axées sur la demande.

Recommandation d'action 3

Reconnaître et faire connaître le rôle capital des aînés, des gardiens du savoir et des guérisseurs traditionnels dans la planification et la prestation de services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies dirigés par et pour les Autochtones, en prévoyant pour cela des ressources et une rémunération convenables (Josewski, 2020; TRC, 2015; Wesley-Esquimaux & Calliou, 2010; Wise Practices Research Group, 2018).

Cette recommandation fait directement écho à l'appel à l'action n° 22 de la Commission



de vérité et réconciliation, qui dit ceci : « Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande » (TRC, 2015b). Fait à noter, mis en relief par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), pour les peuples autochtones, l'accès aux médecines traditionnelles n'est pas une simple question d'action; c'est un droit de la personne (p. 10).

En tant que principale source de savoir en matière de culture et de soins, les aînés, les gardiens du savoir et les guérisseurs traditionnels autochtones jouent un rôle important dans la planification, l'élaboration

et la prestation de services et de soutiens dirigés par les Autochtones et fondés sur leur culture (AFN & Health Canada, 2015; Josewski, 2020; Viscogliosi et al., 2020). C'est pourquoi il faut reconnaître et appuyer l'apport de ces personnes en leur offrant une rémunération et des ressources convenables. En plus de donner une source de revenus supplémentaires aux Autochtones âgés, cela pourrait renforcer leur sentiment d'appartenance, d'espoir et leur sentiment d'avoir un but et une utilité – ce qui, du même coup, renforcerait le mieux-être mental à l'échelle individuelle, familiale et communautaire (AFN & Health Canada, 2015; Collings, 2001; Jervis, 2010). Très souvent, une rémunération pécuniaire des services offerts convient, mais la rémunération peut aussi prendre la forme « de cadeaux (comme du tabac ou des couvertures), du paiement des frais de déplacement, du paiement

des frais liés aux cérémonies (dont la production de documentation), de l'assurance pour les guérisseurs d'une autonomie continue en matière de santé ou de la prise en charge du coût des médicaments, entre autres » [traduction] (Wise Practices Research Group, 2018, p. 4). De plus, les autorités sanitaires et les pouvoirs publics devraient, en consultation et en collaboration avec les organisations autochtones, prévoir et préparer des budgets qui assurent une affectation appropriée des ressources aux activités et pratiques de guérison propres à la culture et veiller à ce que les aînés, les guérisseurs traditionnels, les praticiens culturels et les conseillers spirituels soient rémunérés en tant que planificateurs de programmes et fournisseurs de services (TRC, 2015a; Wesley-Esquimaux & Calliou, 2010; Wise Practices Research Group, 2018).



En tant que principale source de savoir en matière de culture et de soins, les aînés, les gardiens du savoir et les guérisseurs traditionnels autochtones jouent un rôle important dans la planification, l'élaboration et la prestation de services et de soutiens dirigés par les Autochtones et fondés sur leur culture.

EXEMPLES D'INITIATIVES NOVATRICES DIRIGÉES PAR DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN



Plusieurs initiatives novatrices dirigées par des Autochtones en milieu urbain sont en cours au Canada. Enracinées dans les savoirs et les cultures autochtones, elles constituent des modèles autochtones réussis de soins de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Quelques-unes d'entre elles sont décrites ci dessous.

Les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA)

En Ontario, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) forment un réseau unique en son genre de dix organisations de soins de santé primaires dirigées par et pour les Autochtones et offrant des services aux Autochtones vivant dans les réserves ou hors réserve, en milieu urbain ou rural ou dans les localités du Nord. Les CASSA offrent des programmes et des services conçus et dispensés par et pour des Autochtones, orientés vers la guérison des traumatismes intergénérationnels et le mieux-être de l'individu, de la famille et de la communauté. Les CASSA conjuguent des méthodes autochtones et occidentales qui vont de l'accompagnement

en matière de toxicomanie et des soins de santé mentale aux soins traditionnels, en passant par l'autonomisation des jeunes, les programmes culturels, les initiatives de développement communautaire et les soutiens sociaux.

allianceon.org/aboriginal-health-access-centres

Le Wabano Centre for Aboriginal Health

Le Wabano Centre for Aboriginal Health, sis à Ottawa, est un modèle primé de CASSA qui offre aux Autochtones de toutes conditions, à toutes les étapes de leur vie, une multitude de services enracinés dans leur culture. Le modèle de soins de santé mentale et de traitement des toxicomanies appliqué par Wabano est unique en son genre parce qu'il fusionne les pratiques autochtones et les méthodes thérapeutiques contemporaines.

wabano.com

Anishnawbe Health Toronto

À Toronto, Anishnawbe Health Toronto (AHT) est un modèle de centre de santé communautaire autochtone. Il offre des services

aux Autochtones vivant en milieu urbain à trois emplacements situés dans la grande région de Toronto, en utilisant des méthodes de soins de santé occidentales et traditionnelles. AHT applique à ses services de santé mentale et de traitement des toxicomanies une démarche multidisciplinaire à long terme qui prend en compte les besoins spirituels, mentaux, affectifs et physiques de chaque individu et à laquelle participent à la fois des guérisseurs traditionnels et des professionnels ayant une formation occidentale, notamment des conseillers en santé mentale et en toxicomanie, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et des travailleurs des services d'approche, des infirmières et des infirmiers, des médecins. Les nouveaux clients peuvent s'aiguiller eux-mêmes vers le programme en vue d'une prise en charge, sans rendez-vous.

aht.ca

Le Elders in Residence Program de l'autorité sanitaire de Vancouver Coastal Health (VCH)

Dans le droit-fil de l'engagement de VCH à offrir des soins de santé accessibles et culturellement adaptés, ce programme donne

aux patients et aux familles autochtones accès à des aînés et à des gardiens du savoir, ainsi qu'à des médecins et à des méthodes de traitement propres à leur culture. Les aînés et les gardiens du savoir fournissent au personnel administrant les soins de santé et aux médecins une consultation culturellement adaptée.

Actuellement, il y a des aînés et des gardiens du savoir dans plusieurs centres de soins intensifs et de santé communautaire.

vch.ca/your-care/indigenous-health/programs-and-initiatives

Kílala Lelum

Sis dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, Kílala Lelum est un modèle de soins novateur qui répond aux besoins en matière de santé mentale des Autochtones âgés en conjugant

les conceptions autochtones traditionnelles du mieux-être avec celles de l'Occident. Les aînés et les guérisseurs autochtones dispensent jusqu'à la moitié des soins offerts. Kílala Lelum (coopérative de santé et de traitement des Autochtones en milieu urbain) a pour but d'associer des aînés autochtones à des médecins et à d'autres professionnels de la santé pour dispenser des soins de santé physique, mentale, affective et spirituelle à la population du Downtown Eastside. Les programmes culturels de l'organisation comprennent des visites individuelles faites par un aîné autochtone, des cercles communautaires guidés par un aîné et des excursions de groupe centrés sur la culture qui visent à renforcer le mieux-être mental en permettant le développement d'une identité positive et l'établissement d'un lien avec les enseignements, les médecines, les chants et la culture autochtones.

kilalalelum.ca/

Le Prince George Native Friendship Centre

Le Prince George Native Friendship Centre (PGNFC) répond aux besoins des Autochtones (et des non-Autochtones) vivant dans cette région urbaine. Il offre des programmes culturellement adaptés qui visent à répondre aux besoins divers particuliers de la communauté et une vaste gamme de services de santé et de services sociaux, notamment des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Le PGNFC comprend le Native Healing Centre, qui offre un programme holistique culturellement sûr destiné aux personnes souffrant d'un traumatisme, de toxicomanie ou d'une perte et aux personnes en deuil. Ce programme est fondé sur les valeurs autochtones, applique des techniques de traitement traditionnelles et non traditionnelles et fait participer l'individu, sa famille et toute la communauté.

pgnfc.com/index.html



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 848249146

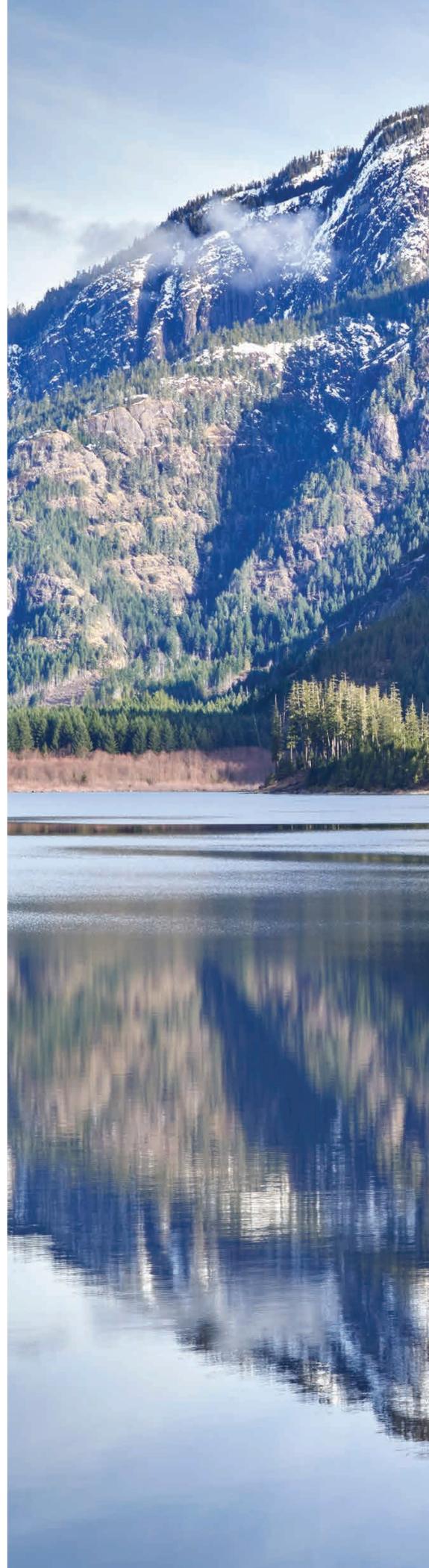
CONCLUSION



Ce rapport a passé en revue et mis en contexte les données probantes actuelles sur les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies culturellement sûrs et pertinents destinés aux Autochtones âgés (de 45 ans et plus) vivant en milieu urbain, dans le but de permettre la formulation de recommandations d'action fondées sur ces données et proposant des moyens d'améliorer rapidement l'accès à ces types de services. On peut conclure clairement de ce rapport que tout débat utile sur les moyens de faciliter l'accès des Autochtones âgés à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies nécessite une prise en compte rigoureuse des facteurs historiques, politiques, culturels et socioéconomiques généraux qui déterminent l'accès des Autochtones aux soins de santé mentale et l'issue de ces soins – surtout les effets du colonialisme d'hier et d'aujourd'hui, qui perdurent, le racisme anti-autochtone et l'autodétermination des Autochtones.

Les données probantes consultables, comme nous l'avons dit dans ce rapport, font apparaître quatre stratégies et modèles novateurs orientés vers l'équité pour l'amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de l'acceptabilité des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies

destinés aux Autochtones âgés. Ces stratégies et modèles comprennent : 1) des services et des soutiens de santé mentale en milieu urbain dirigés par et pour les Autochtones; 2) des conceptions traditionnelles autochtones de la guérison et du mieux-être; 3) des modèles de soins intégrés, complets, ancrés dans la communauté et fondés sur la collaboration; 4) la télésanté mentale. Toutefois, les publications et travaux de recherche actuels axés sur les perspectives, l'expérience et les préoccupations des intervenants stratégiques, des organismes et fournisseurs de proximité et des aînés autochtones mettent également en relief les difficultés que posent les structures et mécanismes de financement actuels. Les recommandations formulées dans le présent rapport se fondent directement sur ces résultats. Elles visent à donner aux pouvoirs publics et aux autorités sanitaires du Canada des orientations sur les moyens d'améliorer rapidement l'accès des Autochtones âgés vivant en milieu urbain à des services et soutiens de santé mentale et de traitement des toxicomanies axés sur l'équité, d'une manière compatible avec les droits des peuples autochtones (droits issus de traités et droits inaliénables) et avec les obligations et engagements assumés par le Canada de respecter ces droits.





© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1445918219

RÉFÉRENCES

(Références en anglais)

- Abraham, S. G., Tauranga, M., & Moore, D. (2018). Adult Māori patients' healthcare experiences of the emergency department in a district health facility in New Zealand. *International Journal of Indigenous Health, 13*(1), 87-103.
- Ali-Hassan, H., Eloulabi, R., & Keethakumar, A. (2020). Internet non-use among Canadian Indigenous older adults: Aboriginal Peoples Survey (APS). *BMC Public Health, 20*(1), 1-10.
- Allan, B., & Smylie, D. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Wellesley Institute & WellLiving House.
- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D., Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 192*(9), E208-E216.
- Arriagada, P., Hahmann, T., & O'Donnell, V. (2020). *Indigenous people and mental health during the COVID-19 pandemic*. Statistics Canada.
- Assembly of First Nations (AFN), & Health Canada. (2015). *First Nations mental wellness continuum framework*. https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf
- Atkinson, D. (2017). *Considerations for Indigenous child and youth population mental health promotion in Canada*. National Collaborating Centres for Public Health.
- Auger, M., Howell, T., & Gomes, T. (2016). Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian Journal of Public Health, 107*(4), e393-e398.
- Baba, J. T., Brolan, C. E., & Hill, P. S. (2014). Aboriginal medical services cure more than illness: A qualitative study of how Indigenous services address the health impacts of discrimination in Brisbane communities. *International Journal for Equity in Health, 13*(1), 1-10.
- Bath, J., & Wakerman, J. (2015). Impact of community participation in primary health care: What is the evidence? *Australian Journal of Primary Health, 21*(1), 2-8.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural psychiatry, 51*(3), 320-338.
- British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres [BCAAFC]. (2020). *Urban Indigenous wellness report: A BC Friendship Centre perspective*. <https://bcaafc.com/wp-content/uploads/2020/11/BCAAFC-Urban-Indigenous-Wellness-Report.pdf>
- British Columbia (BC) Ministry of Mental Health and Addictions. (2019). *A pathway to hope: A roadmap for making mental health and addictions care better for people in British Columbia*. Government of British Columbia. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/initiatives-plans-strategies/mental-health-and-addictions-strategy/bcmentalhealthroadmap_2019web-5.pdf
- Brooks-Cleator, L. A., & Giles, A. R. (2016). Culturally relevant physical activity through Elders in Motion: Physical activity programming for older Aboriginal adults in the Northwest Territories, Canada. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 31*(4), 449-470.
- Browne, A. J., McDonald, H., & Elliott, D. (2009). *First Nations urban Aboriginal health research discussion paper*. First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization.
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research, 21*(3), 333-348.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health, 14*(1), 152.

- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 544.
- Browne, A. J., Varcoe, C. M., Wong, S. T., Smye, V. L., Lavoie, J., Littlejohn, D., Tu, D., Godwin, O., Krause, M., Khan, K. B., Fridkin, A., Rodney, P., O'Neil, J., & Lennox, S. (2012). Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International journal for equity in health*, 11, 59.
- Caffery, L. J., Bradford, N. K., Smith, A. C., & Langbecker, D. (2018). How telehealth facilitates the provision of culturally appropriate healthcare for Indigenous Australians. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(10), 676-682.
- Campbell, M. A., Hunt, J., Scrimgeour, D. J., Davey, M., & Jones, V. (2018). Contribution of Aboriginal Community-Controlled Health Services to improving Aboriginal health: An evidence review. *Australian Health Review*, 42(2), 218-226.
- Canadian Mental Health Association, Ontario. (2010). *Mental health and addictions issues for older adults: Opening the doors to a strategic framework*. https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2010/03/cmha_ontario_issues_for_older_adults_full_report_201003.pdf
- Collings, P. (2001). "If you got everything, it's good enough": Perspectives on successful aging in a Canadian Inuit community. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(2), 127-155.
- Congress of Aboriginal Peoples. (2019). *Urban Indigenous people: Not just passing through*. <http://www.abo-peoples.org/wp-content/uploads/2019/09/Urban-Indigenous-Report-FINAL.pdf>
- Corrado, R. R., & Cohen, I. M. (2003). *Mental health profiles for a sample of British Columbia's survivors of the Canadian Residential School system*. Aboriginal Healing Foundation.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-17.
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal of Equity in Health*, 15(1), 163.
- Dwyer, J., Boulton, A., Lavoie, J. G., Tenbensel, T., & Cumming, J. (2014). Indigenous Peoples' health care: New approaches to contracting and accountability at the public administration frontier. *Public Management Review*, 16(8), 1091-1112.
- Dwyer, J. M., Lavoie, J., O'Donnell, K., Marlina, U., & Sullivan, P. (2011). Contracting for Indigenous health care: Towards mutual accountability. *Australian Journal of Public Administration*, 70(1), 34-46.
- Efimoff, I., Patrick, L., Josewski, V., Gross, P., Lambert, S., & Smye, V. (2021). The power of connections: How a novel Canadian men's wellness program is improving the health and well-being of Indigenous and non-Indigenous men. *International Indigenous Policy Journal*, 12(2), 1-22.
- Egede, L. E., Dismuke, C. E., Walker, R. J., Acierno, R., & Frueh, B. C. (2018). Cost-effectiveness of behavioral activation for depression in older adult veterans: In-person care versus telehealth. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5).
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L., & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian Indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social science & Medicine*, 74(10), 1560-1569.
- Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal Peoples study: Main report*. <https://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/04/UAPS-FULL-REPORT.pdf>
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546-546A.
- Firestone, M., Syrette, J., Jourdain, T., Recollet, V., & Smylie, J. (2019). "I feel safe just coming here because there are other Native brothers and sisters": Findings from a community-based evaluation of the Niiwin Wendaanimak Four Winds Wellness Program. *Canadian Journal of Public Health*, 110(4), 404-413.
- First Nations Health Authority (FNHA). (2019). *FNHA's policy on mental health and wellness*. <https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA-Policy-on-Mental-Health-and-Wellness.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA), Ministry of Health British Columbia, & Health Canada. (2013). *A path forward: BC First Nations and Aboriginal People's mental wellness and substance use - 10 year plan*. <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2013/09/A-path-forward-BC-First-Nations-and-Aboriginal-peoples-mental-wellness-and-substance-use-10-year-plan.pdf>

- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Paul, B. B., Perrin, N. A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. T., & Brown, A.J. for the Equip Research Program. (2018). How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635-671.
- Goodwill, A., & Morgan, J. (2021). *Knowledge synthesis: COVID-19 in mental health and substance use*. CIHR IRSC Executive Summary Report.
- Gottlieb, K. (2013). The Nuka System of care: Improving health through ownership and relationships. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 21118.
- Government of British Columbia. (2021). *BC budget: Protecting the health and safety of British Columbians*. <https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2021/protecting-health.htm>
- Government of Canada. (1982). *Constitution Act, 1982*. <https://caid.ca/ConstAct010208.pdf>
- Graham, S., Stelkia, K., Wieman, C., & Adams, E. (2021). Mental health interventions for First Nations, Inuit, and Métis peoples in Canada: A systematic review. *The International Indigenous Policy Journal*, 12(2), 1-33.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M., & Reading, C. (eds.). (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' health in Canada: Beyond the social*. Canadian Scholars' Press.
- Gross, P. A., Efimoff, I., Patrick, L., Josewski, V., Hau, K., Lambert, S., & Smye, V. (2016). The DUDES Club: A brotherhood for men's health. *Canadian Family Physician*, 62(6), e311-e318.
- Habjan, S., Prince, H., & Kelley, M. L. (2012). Caregiving for elders in First Nations communities: Social system perspective on barriers and challenges. *Canadian Journal on Aging*, 31(2), 209-222.
- Halseth, R., & Murdock, L. (2020). *Supporting Indigenous self-determination in health: Lessons learned from a review of best practices in health governance in Canada and internationally*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Halseth, R., Stout, R., & Atkinson, D. (2019). Cultural safety. *Oxford Bibliographies*.
- Harfield, S., Davy, C., Kite, E., McArthur, A., Munn, Z., Brown, N., & Brown, A. (2015). Characteristics of Indigenous primary health care models of service delivery: a scoping review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(11), 43-51.
- Hill, D. M. (2003) *Traditional medicine in contemporary contexts: Protecting and respecting Indigenous Knowledge and medicine*. National Aboriginal Health Organization.
- Hillier, S., & Al-Shammaa, H. (2020). Indigenous Peoples' experiences with aging: A systematic literature review. *Canadian Journal of Disability Studies*, 9(4), 146-179.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444-454.
- Horrill, T. C., Browne, A. J., Stajduhar, K. I. (2022). Equity-oriented healthcare: What it is and why we need it in oncology. *Current Oncology*, 29(1), 186-192.
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2021). *Indigenous health care in Canada*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1626810177053/1626810219482>
- Jeffries, V., Slaunwhite, A., Wallace, N., Menear, M., Arndt, J., Dotchin, J., GermAnn, K., & Sapergia, S. (n.d.). *Collaborative care for mental health and substance use issues in primary health care: Overview of reviews and narrative summaries*. Mental Health Commission of Canada.
- Jervis, L. L. (2010). Aging, health, and the indigenous people of North America. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 25, 299-301.
- Johnston, J. M., Smith, J. J., Hiratsuka, V. Y., Dillard, D. A., Szafran, Q. N., & Driscoll, D. L. (2013). Tribal implementation of a patient-centred medical home model in Alaska accompanied by decreased hospital use. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 20960.
- Jones, L., Jacklin, K., & O'Connell, M. E. (2017). Development and use of health-related technologies in indigenous communities: Critical review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e256.
- Josewski, V. (2012). Analysing 'cultural safety' in mental health policy reform: Lessons from British Columbia, Canada. *Critical Public Health*, 22(2), 223-234.

- Josewski, V. (2020). *Moving towards cultural safety in mental health and addictions contracting for urban Indigenous Peoples: Lessons from British Columbia [Unpublished PhD dissertation]*. Simon Fraser University.
- Josewski, V., Morrow, M., Smye, V., Lavoie, J., O'Neil, J., & Mussell, W. (2021). Applying a critical policy lens to contracting in Indigenous mental health. *International Indigenous Policy Journal* (under review).
- Kurtz, D. L., Nyberg, J. C., Van Den Tillaart, S., Mills, B., & The Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective. (2008). Silencing of voice: An act of structural violence - urban Aboriginal women speak out about their experiences with health care. *International Journal of Indigenous Health*, 4(1), 53-63.
- Landry, V., Asselin, H., & Lévesque, C. (2019). Link to the land and mino-pimatisiwin (comprehensive health) of Indigenous people living in urban areas in eastern Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4782.
- Langarizadeh, M., Tabatabaei, M. S., Tavakol, K., Naghipour, M., Rostami, A., & Moghbeli, F. (2017). Telemental health care, an effective alternative to conventional mental care: A systematic review. *Acta Informatica Medica*, 25(4), 240.
- Lavoie, J. G. (2013). Policy silences: Why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 22690.
- Lavoie, J. G., Forget, E., & O'Neil, J. D. (2007). Why equity in financing First Nations on-reserve health services matters: Findings from the 2005 national evaluation of the health transfer policy. *Healthcare Policy*, 2(4), 79.
- Lavoie, J. G., Forget, E. L., Prakash, T., Dahl, M., Martens, P., & O'Neil, J. D. (2010). Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting community control improved First Nations' health in Manitoba? *Social Science & Medicine*, 71(4), 717-724.
- Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M., Browne, A. J., & Team ER. (2018). Sentinels of inequity: Examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research*, 18(1), 705-705.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1-9.
- Lewis, M. E., & Myhra, L. L. (2017). Integrated care with Indigenous populations: A systematic review of the literature. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*, 24(3), 88-110.
- Liberal Party of Canada. (2021). *Improving mental health care across Canada*. <https://liberal.ca/wp-content/uploads/sites/292/2021/08/Improving-Mental-Health-Care-across-Canada.pdf>
- Maar, M. (2004). Clearing the path for community health empowerment: Integrating health care services at an Aboriginal health access centre in rural north central Ontario. *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), 54-64.
- Maar, M. A., Erskine, B., McGregor, L., Larose, T. L., Sutherland, M. E., Graham, D., Shawande, M., & Gordon, T. (2009). Innovations on a shoestring: A study of a collaborative community-based Aboriginal mental health service model in rural Canada. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 1-12.
- Maar, M. A., & Shawande, M. (2010). Traditional Anishinabe healing in a clinical setting: The development of an Aboriginal interdisciplinary approach to community-based Aboriginal mental health care. *International Journal of Indigenous Health*, 6(1), 18-27.
- Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc. (MKO) (2019). *Non-insured mental health benefits. Traditional Healer gathering report 2019: Community is medicine*. https://mkonation.com/mko/wp-content/uploads/TraditionalHealersReport_web.pdf
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., & Yohathasan, T. (2021). *What we heard: Indigenous Peoples and COVID-19: Supplementary report for the Chief Public Health Officer of Canada's report on the state of public health in Canada*. Public Health Agency of Canada.
- Mental Health Commission of Canada. (2017). *Strengthening the case for investing in Canada's mental health system: Economic considerations*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_eng.pdf
- Moroz, N., Moroz, I., & Slovynec D'Angelo, M. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management*, 33(6), 282-87.

- Mussell, B. (2014). Mental health from an Indigenous perspective. In P. Menzies & L. Lavalée (Eds.), *Journey to healing: Aboriginal people with addiction and mental health issues* (pp. 187-200). Centre for Addiction and Mental Health.
- National Association of Friendship Centres [NAFC]. (2020). *Submission to the Special Rapporteur on Indigenous Rights: Canada's response to COVID 19 and urban Indigenous communities: Perspectives from the Friendship Centre movement.*
- National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH]. (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Metis Health.* <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-EN.pdf>
- National Inquiry on Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. (2019). *Reclaiming power and place: The final report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls.* https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final_Report_Vol_1a-1.pdf
- O'Donnell, V., Wendt, M., & National Association of Friendship Centres. (2017). *Aboriginal Peoples Survey, 2012: Aboriginal seniors in population centres in Canada.* Statistics Canada.
- O'Neil, J., Gallagher, J., Wylie, L., Bingham, B., Lavoie, J., Alcock, D., & Johnson, H. (2016). Transforming First Nations' health governance in British Columbia. *International Journal of Health Governance, 21*(4), 229-244.
- Ontario Local Health Integration Network. (2011). *NE LHIN Aboriginal/First Nations Métis mental health and addictions framework.*
- Place, J. (2012). *The health of Aboriginal people residing in urban areas.* National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Pomeroy, A. (2007). Changing the culture of contracting: funding for outcomes. *Social Policy Journal of New Zealand, 31*, 158.
- Press, J. (2017). Aging Aboriginals pose new fiscal, social challenge for government: census. *The Canadian Press*, October 25.
- Povey, J., Mills, P. P. J. R., Dingwall, K. M., Lowell, A., Singer, J., Rotumah, D., Bennett-Levy, J., & Nagel, T. (2016). Acceptability of mental health apps for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: A qualitative study. *Journal of Medical Internet Research, 18*(3), e5314.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C., & Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9*(1), 1-27.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP). (1996). *People to people and nation to nation: Highlights from the report of Royal Commission on Aboriginal Peoples.* Government of Canada.
- Schill, K., Terbasket, E., Thurston, W. E., Kurtz, D., Page, S., McLean, F., Jim, R., & Oelke, N. (2019). Everything is related and it all leads up to my mental well-being: A qualitative study of the determinants of mental wellness amongst urban indigenous elders. *The British Journal of Social Work, 49*(4), 860-879.
- Smye, V., & Browne, A. J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting Aboriginal people. *Nurse Researcher, 9*(3), 42-56.
- Smye, V., Browne, A., Varcoe, C., & Josewski, V. (2011). Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. *Harm Reduction Journal, 8*(1), 17.
- Smye, V., & Mussell, B. (2001). *Aboriginal mental health: "What works best" - A discussion paper.* Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit.
- Smye, V., Varcoe, C., Browne, A. J., Dion Stout, M., Josewski, V., Ford-Gilboe, M., & Keith, B. (2020). Violence at the intersections of women's lives in an urban context: Indigenous women's experiences of leaving and/or staying with an abusive partner. *Violence Against Women, 27*(0), 1586-1607.
- Snyder, M., Wilson, K., & Whitford, J. (2015). Examining the urban Aboriginal policy gap: Impacts on service delivery for mobile urban Aboriginal Peoples in Winnipeg, Canada. *Aboriginal Policy Studies, 5*(1), 1-2.
- Solar, A., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice).* World Health Organization.
- Tenbenschel, T., Dwyer, J., & Lavoie, J. (2014). How not to kill the golden goose: Reconceptualizing accountability environments of third-sector organizations. *Public Management Review, 16*(7), 925-944.

- Tonkin, R., Freeman, S., Martin, J., Ward, V., & Skinner, K. (2018). First Nations Elders' perspectives of engagement in community programs in Nak'azdli Whut'en, British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health, 109*(5), 717-725.
- Toth, K., Smith, D., & Giroux, D. (2018). Indigenous peoples and empowerment via technology. *First Peoples Child & Family Review, 13*(1), 21-33.
- Trevethan, S. (2019). *Strengthening the availability of First Nations data*. Indigenous Services Canada & Assembly of First Nations.
- Tu, D., Hadjipavlou, G., Dehoney, J., Price, Elder R., Dusdal, C., Browne, A. J., & Varcoe, C. (2019). Partnering with Indigenous Elders in primary care improves mental health outcomes of inner-city Indigenous patients: Prospective cohort study. *Canadian Family Physician, 65*(4), 274-281.
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015a). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. https://irsi.ubc.ca/sites/default/files/inline-files/Executive_Summary_English_Web.pdf
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada (2015b). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- United Nations. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- Venugopal, J., Morton Ninomiya, M. E., Green, N. T., Peach, L., Linklater, R., Ningwakwe George, P., & Wells, S. (2021). A scoping review of evaluated Indigenous community-based mental wellness initiatives. *Rural and Remote Health, 21*(1), 6203.
- Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Borwick, K., Couturier, Y., Drolet, M.-J., Gagnon, D., Obradovic, N., Torrie, J., Zhou, D., & Levasseur, M. (2020). Importance of Indigenous elders' contributions to individual and community wellness: Results from a scoping review on social participation and intergenerational solidarity. *Canadian Journal of Public Health, 111*(5), 667-681.
- Vukic, A., Gregory, D., Martin-Misener, R., & Etowa, J. (2011). Aboriginal and Western conceptions of mental health and illness. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 9*(1), 65-86.
- Walker, J. D. (2020). Aging and frailty in First Nations communities. *Canadian Journal on Aging, 39*(2), 133-144.
- Ward, L. M., Hill, M. J., Picard, A., Harper, A. O., Chreim, S., & Wells, S. (2021). A process of healing for the Labrador Innu: Improving health and wellbeing in the context of historical and contemporary colonialism. *Social Science & Medicine, 279*, 113973.
- Webkamigad, S., Rowe, R., Peltier, S., Chow, A. F., McGilton, K. S., & Walker, J. D. (2020). Identifying and understanding the health and social care needs of Indigenous older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: A scoping review. *BMC Geriatrics, 20*(1), 1-19.
- Wesley-Esquimaux, C., & Calliou, B. (2010). *Best practices in Aboriginal community development: A literature review and wise practices approach*. The Banff Centre.
- Wilson, K., Rosenberg, M. W., & Abonyi, S. (2011). Aboriginal peoples, health and healing approaches: The effects of age and place on health. *Social Science & Medicine, 72*(3), 355-364.
- Wise Practices Research Group. (2018). *System-level change for life promotion*. A https://wisepractices.ca/wp-content/uploads/2018/10/WisePractices_SystemLevelChange_v13.pdf
- Yeung, S. (2016). Conceptualizing cultural safety: Definitions and applications of safety in health care for Indigenous mothers in Canada. *Journal for Social Thought, 1*(1), 1-13.

