The background of the cover features silhouettes of four diverse individuals: a woman with curly hair, a man with a beard, a woman with a ponytail, and a man with short hair. They are rendered in shades of blue and teal against a dark blue background.

Cadres des déterminants de la santé : caractéristiques et spécificités en contexte autochtone

MAI 2022

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTEURE

Odile Bergeron, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATRICES

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, conseillère scientifique spécialisée
Catherine Fournier, conseillère scientifique
Marie-Pierre Renaud, conseillère scientifique (jusqu'en 2021)
Vanessa Sit, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

Mahée Lacourse, bibliothécaire
Véronique Fortin, bibliothécaire
Magali Leverd, technicienne en documentation
Direction valorisation scientifique et qualité

RÉVISEURES

L'INSPQ désire remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur la version préliminaire de la présente synthèse :

Marie-Jeanne Disant, agente de développement – Plan de surveillance (jusqu'en 2022)
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Pascale Mantoura, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés
Faisca Richer, M.D., M. Sc., FRCPC, professeure
Département d'épidémiologie, Faculté de Médecine, Université McGill

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préliminaire de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

L'auteure ainsi que les collaboratrices et les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92432-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

AVANT-PROPOS

L'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones (l'Instance) a statué qu'aucune définition formelle et universelle du concept de peuples Autochtones n'est nécessaire, car une telle définition pourrait sous- ou surestimer des caractéristiques au détriment d'autres (1). Aussi, l'article 33.1 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples Autochtones souligne le droit des peuples Autochtones de décider de leur propre identité ou appartenance conformément à leurs coutumes et traditions, sans préjudice du droit des Autochtones d'obtenir, à titre individuel, la citoyenneté de l'État dans lequel ils vivent (2).

L'Instance avance toutefois que la définition de l'ancien rapporteur spécial des Nations unies José Martínez Cobo est la description des peuples Autochtones la plus élaborée et la plus fréquemment citée. En 1982, celui-ci remarquait qu'une caractéristique essentielle des peuples Autochtones est leur détermination « à préserver, développer et transmettre aux générations futures leurs territoires ancestraux et leur identité ethnique, comme base de leur existence continue en tant que peuples » (traduction de l'auteure) (3).

Au Canada, « Autochtone » est un terme légal utilisé pour définir les premiers peuples ayant habité le territoire avant l'arrivée des colonisateurs européens et leurs descendants. La Loi constitutionnelle de 1982 reconnaît trois peuples distincts, soit les Premières Nations (avec ou sans statut), les Inuit et les Métis. Au Québec, étant donné qu'aucune communauté métisse historique n'a été légalement et politiquement reconnue, l'emploi du terme « Autochtone » renvoie généralement aux dix Premières Nations et aux Inuit. Ces Premières Nations sont les Abénaquis, les Anishnabe, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus, les Malécites, les Micmacs, les Kanien:keha'ka (Mohawks) et les Naskapis. Quant aux Inuit, ils habitent le territoire du Nunavik et vivent dans l'une des 14 communautés réparties le long des côtes de l'Hudson et de l'Ungava. Le Nunavik est l'une des quatre régions de l'Inuit Nunangat au Canada, territoire inuit ancestral (4).

Les peuples Autochtones au Québec comme ailleurs dans le monde s'inscrivent dans des contextes juridiques, politiques, sociaux et culturels complexes, dynamiques et hétérogènes à maints égards.

Le terme « communauté autochtone » est couramment employé dans la littérature scientifique et grise pour désigner un lieu habité par un groupe de personnes vivant sur une parcelle de territoire et qui se reconnaît une appartenance familiale, culturelle et historique. Les communautés se distinguent les unes des autres sur le plan culturel et linguistique, ainsi que par leur positionnement géographique (urbain, rural, isolé) et l'organisation politique et administrative des communautés dont découlent des enjeux juridiques. Ces facteurs ont une influence sur le développement socioéconomique et sociosanitaire des peuples Autochtones.

Par ailleurs, au Québec, plus de la moitié de la population autochtone réside en milieu urbain, et cette tendance est en forte croissance ces dernières années (5). Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec définit la communauté autochtone urbaine comme une « collectivité diversifiée de personnes qui partagent une identité autochtone (elles sont des Premières Nations ou Inuit) et l'expérience de vivre, de manière temporaire ou permanente, dans une même ville. [...] Le sentiment d'appartenance à une communauté autochtone urbaine peut varier d'une ville à l'autre et d'une personne à l'autre, et ce sentiment peut coexister avec le sentiment d'appartenance à une communauté autochtone territoriale » (6).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	3
1 INTRODUCTION	7
1.1 Objectif et public cible.....	8
2 MÉTHODOLOGIE	9
2.1 Stratégie de recherche documentaire	9
2.2 Critères de sélection des documents.....	10
2.3 Extraction et analyse des données.....	12
2.4 Révision par les pairs.....	12
3 CADRES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE	13
3.1 Caractéristiques retenues pour l'analyse.....	15
4 RÉSULTATS	16
4.1 Survol des organismes et des documents repérés présentant des cadres des déterminants de la santé des Autochtones.....	16
4.2 Contenu des cadres	19
5 DISCUSSION	25
5.1 Constats généraux	25
5.2 Forces et limites de la démarche.....	30
6 CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES	33
ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	40
ANNEXE 2 SITES WEB D'ORGANISMES CIBLÉS	41
ANNEXE 3 PRISMA	43
ANNEXE 4 LISTE DE VÉRIFICATION D'AACODS	44
ANNEXE 5 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTIONNÉS DANS LES CADRES UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE	46
ANNEXE 6 REPRÉSENTATIONS VISUELLES DES CADRES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE	50
ANNEXE 7 GRILLES D'EXTRACTION DES DONNÉES SIMPLIFIÉES	51
ANNEXE 8 REPRÉSENTATIONS VISUELLES DES CADRES DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des organismes selon le pays et le type d'organisme	17
Tableau 2	Définition et déterminants de la santé selon l'auteur	46
Tableau 3	Caractéristiques des organismes selon le type, le pays, le mandat, le titre et le type des documents	51
Tableau 4	Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones	55

FAITS SAILLANTS

Les cadres des déterminants de la santé servent à la compréhension des facteurs et des conditions qui influencent la santé des populations, et à assurer des interventions cohérentes. L'ampleur et la sévérité des inégalités sociales de santé vécues par les populations Autochtones requièrent des démarches de santé publique qui doivent s'appuyer sur une connaissance approfondie de l'ensemble des facteurs individuels, collectifs et structurels qui influencent leur santé à l'échelle populationnelle. Ainsi, ce document décrit les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des Autochtones, élaborés par ou pour ces populations.

La recherche documentaire systématisée a permis de recenser 15 cadres développés par des organismes autochtones ou avec leur collaboration. Leur analyse montre qu'ils présentent des similarités avec les cadres fréquemment utilisés en santé publique, notamment :

- Le recours à des données de surveillance;
- La catégorisation des déterminants en divers niveaux interconnectés;
- La mise en relief des effets sous-jacents de déterminants structurels comme sources des inégalités sociales de santé.

Les cadres développés par ou en collaboration avec les organismes autochtones se caractérisent par :

- L'accentuation des forces, de la résilience et des facteurs de protection des populations Autochtones plutôt que la mise en exergue des maladies, des déficits ou des facteurs de risque;
- L'exposition des effets défavorables et continus de déterminants structurels distinctifs, soit la répercussion des politiques colonialistes et des traumatismes historiques qui en découlent, sur la santé des populations Autochtones.

Les cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones sont utiles :

- À la connaissance des dimensions qui influencent la santé tout au long de la vie d'une personne;
- À la compréhension des relations entre les déterminants et de l'influence des déterminants structurels sur les inégalités sociales de santé;
- À la planification des actions de promotion de la santé et de prévention pour un large éventail d'acteurs de santé publique.

Pistes d'action

- Documenter la connaissance et l'utilisation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones par les ministères et organismes au Québec;
- Promouvoir et soutenir la mise en œuvre d'une stratégie de diffusion et d'appropriation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones auprès des ministères et organismes au Québec;
- Favoriser des espaces de collaboration avec les populations Autochtones pour convenir avec elles des déterminants de la santé à privilégier et ainsi mieux définir les actions qui contribueront à l'amélioration de leur santé.

SOMMAIRE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de réaliser une synthèse des connaissances visant à décrire les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des Autochtones. L'une des retombées attendues était de mieux outiller les décideurs et les intervenants de santé publique dans le soutien à la mise en œuvre d'actions pour réduire les inégalités sociales de santé auxquelles ces populations sont confrontées.

En effet, les peuples Autochtones partout dans le monde continuent de vivre et de devoir composer avec les effets des politiques colonialistes et des traumatismes historiques sur leur santé et leur développement. L'approche des déterminants de la santé semble prometteuse pour la réduction des inégalités sociales de santé vécues par ces populations dans la mesure où leur ampleur et leur sévérité exigent la mise en place de démarches de santé publique intersectorielles basées sur une connaissance approfondie de l'ensemble des facteurs individuels, collectifs et structurels qui influencent leur santé à l'échelle populationnelle.

Les cadres des déterminants de la santé permettent de comprendre les facteurs et les conditions à la source des problématiques qu'ils visent prévenir et d'assurer des interventions cohérentes. Les cadres de Dahlgren et Whitehead et de Solar et Irwin (repris par l'OMS) sont fréquemment utilisés en santé publique. Au Canada, l'Agence de la santé publique a dressé une liste de douze déterminants importants tout comme Raphael, Bryant, Mikkonen et Raphael qui en proposent 17. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié son cadre en 2012.

Le recours à un cadre unique de même qu'à un seul type d'action ne suffit pas à comprendre la singularité des réalités vécues, à cerner les leviers d'action et à utiliser efficacement les ressources disponibles pour améliorer la santé des populations et s'attaquer aux inégalités sociales de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles on retrouve divers cadres adaptés aux réalités de différentes populations, dont les populations Autochtones.

Extraction et analyse des données

Cette synthèse s'appuie sur une stratégie de recherche documentaire systématisée ayant permis de sélectionner, à partir de la littérature grise, des cadres développés par des organismes autochtones ou en collaboration avec ceux-ci. Quinze documents ont été inclus dans l'analyse. Une grille d'extraction des données a été élaborée à partir de quatre cadres qui sont fréquemment utilisés en santé publique, reconnus par un ou des organismes autochtones et pertinents au contexte canadien.

L'analyse qualitative a permis de dégager les similitudes et les différences entre les cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones et des cadres souvent utilisés en santé publique. Cette analyse comparée a également aidé à dégager des caractéristiques spécifiques utiles pour guider l'action de santé publique en milieu autochtone.

Que révèle l'analyse des cadres des déterminants de la santé des Autochtones?

Les documents ont été produits majoritairement par des organismes à but non lucratif ayant un mandat orienté en santé et provenant du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Il s'agit, pour la plupart, d'organismes allochtones.

L'objectif des documents varie selon leur type et la mission des organismes qui les ont produits. Le contenu de la majorité des documents repose sur des revues narratives et sur des consultations auprès de divers informateurs clés.

Tous les documents prennent appui sur une définition de la santé des populations Autochtones inspirée d'une vision holistique généralement basée sur la relation entre quatre dimensions interdépendantes : physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Une ou des dimensions collective, culturelle ou basée sur les forces peuvent également être ajoutées à cette définition.

Les cadres des déterminants de la santé des Autochtones analysés s'apparentent aux cadres fréquemment utilisés en santé publique : ils appuient leur démonstration sur des données quantitatives de surveillance variées, ils catégorisent les déterminants de la santé selon divers niveaux interconnectés, ils rendent explicites les effets sous-jacents de déterminants structurels comme source des principales inégalités sociales de santé et démontrent leurs effets latents ou cumulatifs tout au long du parcours de vie.

Des déterminants communs aux cadres fréquemment utilisés en santé publique comme le système des services sociaux et de santé, les conditions de logement et les infrastructures communautaires, les mécanismes d'exclusion sociale, le développement des enfants ou le sentiment de sécurité se retrouvent dans les catégories considérées dans les cadres autochtones.

En quoi les cadres des déterminants de la santé des Autochtones se distinguent-ils des cadres généralement utilisés en santé publique?

Des déterminants porteurs de sens

La culture et le territoire ressortent comme des déterminants fondamentaux de la santé des Autochtones. Cela semble cohérent avec un élément commun de la définition de la santé et du mieux-être des populations Autochtones à travers le monde : la personne est considérée non pas comme une personne séparée des autres et de son environnement, mais comme un être relié à sa famille, à sa communauté, à sa Nation, au territoire, etc.

Le développement des familles, des communautés et des Nations, la culture, le territoire et l'autodétermination sont mentionnés comme des facteurs de protection et de résilience personnelle et collective. Ils contribueraient à mitiger les effets du racisme, de la discrimination structurelle et des traumatismes historiques à l'origine des causes profondes des inégalités sociales de santé vécues par les peuples Autochtones.

Les cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones mettent davantage l'accent sur les forces, la résilience et les facteurs de protection des peuples Autochtones plutôt que la mise en exergue des maladies, des déficits ou des facteurs de risque qui affectent non seulement la façon dont ils sont perçus, mais plus important, la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes.

Des déterminants structurels défavorables

L'influence de la discrimination et du racisme sur les déterminants de la santé des populations Autochtones ressort dans tous les cadres analysés. Le racisme est parfois considéré comme un déterminant de la santé, parfois comme un facteur de stratification sociale agissant sur les déterminants fondamentaux et ayant un effet délétère sur l'efficacité des facteurs de protection. Les documents retenus rendent explicites l'influence des politiques colonialistes et leurs effets cumulatifs persistants sur l'ensemble des autres déterminants de la santé des peuples Autochtones. Ces effets peuvent prendre la forme d'expériences de dépossession, d'exclusion et de discrimination considérées comme des traumatismes historiques. La notion des traumatismes historiques est souvent considérée comme l'une des principales sources du maintien des inégalités sociales de santé.

Des représentations circulaires

La grande majorité des cadres des déterminants de la santé des Autochtones est représentée sous une forme concentrique qui met en évidence la définition holistique de la santé plutôt que sous la forme de boîtes où les interactions sont représentées par des flèches.

En quoi les cadres des déterminants de la santé des Autochtones sont-ils utiles?

Les cadres des déterminants de la santé des Autochtones sont cohérents et porteurs de sens pour les populations qu'ils représentent et utilisent des concepts détaillés dans des types de documents qui sont compréhensibles et pertinents pour les décideurs. Cela démontre l'agilité des organismes à allier deux visions du monde qui influencent la recherche et le développement de la santé des peuples Autochtones.

Ils contribuent également à la compréhension des dimensions personnelles, familiales, sociétales et structurelles qui influencent la santé tout au long de la vie d'une personne. Ils aident à la définition de concepts, à l'extraction de facteurs de protection, de promotion et de risques, à la compréhension des relations entre les déterminants ainsi qu'à la mise en lumière de l'influence

des déterminants structurels sur la santé et les inégalités sociales de santé. Ils peuvent enfin être utilisés par un large éventail d'acteurs dans la planification des actions visant l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé.

Trois pistes d'action peuvent être dégagées des résultats de la présente synthèse des connaissances :

- Documenter la connaissance et l'utilisation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones par les ministères et organismes au Québec;
- Promouvoir et soutenir la mise en œuvre d'une stratégie de diffusion et d'appropriation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones auprès des ministères et organismes au Québec;
- Favoriser des espaces de collaboration avec les populations Autochtones pour convenir avec elles des déterminants de la santé à privilégier et ainsi mieux définir les actions qui contribueront à l'amélioration de leur santé.

1 INTRODUCTION

La reconnaissance des facteurs sociaux, économiques et environnementaux comme ayant une influence majeure sur la santé des populations n'est pas nouvelle (7). L'OMS définissait déjà dans sa constitution, en 1946, le concept de santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (8). Ce n'est toutefois qu'à partir du milieu des années 1990 que le terme « déterminants sociaux de la santé » apparaît de manière systématique dans la littérature scientifique, défini alors comme « les caractéristiques sociales du milieu de vie » (9).

Ce terme et le changement d'orientation des politiques de santé à plus large échelle ont également pris leur essor notamment grâce aux travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS au début des années 2000. En s'appuyant sur des connaissances multidisciplinaires, l'organisation a alors fait la démonstration du rôle central des mécanismes politiques et économiques à l'origine des inégalités sociales de santé à l'échelle populationnelle (9, 10). Elle a également contribué à la mise en évidence de l'influence de la maladie sur la position sociale des personnes et à la conceptualisation du système de santé comme un déterminant de la santé (11).

Avec le temps, des modèles de représentation des déterminants de la santé ont émergé afin d'en faciliter la compréhension à l'échelle populationnelle (12). Ainsi, en plus du modèle de Solar et Irwin repris par l'OMS, plusieurs organismes ont recouru à une représentation visuelle plus structurée, ou « cadre », illustrant les divers niveaux de déterminants, leurs relations ainsi que leurs mécanismes d'action (13).

Concrètement, les cadres des déterminants de la santé sont utiles à la compréhension des facteurs qui influencent la santé, à la protection des groupes défavorisés contre les conséquences négatives de leur position sociale sur leur santé, à l'amélioration de l'accès à des soins pour tous, à la mise en place de systèmes de surveillance permettant de mesurer l'état de santé et les inégalités sociales de santé au sein des populations et à la mobilisation de tous les acteurs concernés par la santé de la population (10, 13, 14).

Au Canada, comme ailleurs dans le monde, les populations Autochtones sont parmi les plus susceptibles de vivre des inégalités sociales de santé. L'ampleur et la sévérité de celles-ci exigent la mise en place de démarches de santé publique intersectorielles basées sur une connaissance approfondie de l'ensemble des facteurs individuels, collectifs et structurels qui influencent leur santé à l'échelle populationnelle (7).

C'est dans cette optique que la direction des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser une synthèse des connaissances sur les cadres des déterminants de la santé des Autochtones.

1.1 Objectif et public cible

La présente synthèse vise principalement à répondre à la question suivante : quelles sont les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des Autochtones? Pour y répondre, nous avons recherché les cadres élaborés par ou en collaboration avec des organismes autochtones, afin de s'assurer qu'ils reflètent adéquatement leurs réalités.

Cette synthèse des connaissances est destinée à un large public soucieux de contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des populations Autochtones par la mise en place d'interventions efficaces, pertinentes et durables. Elle leur permettra de mieux comprendre les nombreux facteurs qui peuvent influencer la santé de ces populations. Cette synthèse devrait aussi être considérée comme utile lors de partenariats avec les représentants des Premières Nations et des Inuit qui pourront alors valider et prioriser les actions sur les facteurs qui influencent la santé de leur population.

2 MÉTHODOLOGIE

Une évaluation des résultats préliminaires d'une recherche systématique lancée dans plusieurs bases de données des plateformes OVID¹ et Ebsco² a révélé que peu d'articles scientifiques s'avéraient rédigés par des auteurs d'origine autochtone³. Les Autochtones sont sous-représentés dans les milieux académiques et de la recherche, et ils favorisent d'autres plateformes de diffusion de l'information et de partage des connaissances (16–18). En cohérence avec ces observations, la littérature grise⁴ a été privilégiée pour ce projet.

2.1 Stratégie de recherche documentaire

Dans le but de repérer la littérature grise pertinente, une recherche par mots-clés dans le moteur de recherche Google a été retenue. La stratégie consistant à cibler des organisations pertinentes et à vérifier si elles ont publié des cadres a également été déployée. En complément, des documents ont été repérés par la méthode boule de neige en consultant, par exemple, les sites d'organismes connus ou les bibliographies de documents jugés pertinents par l'équipe de projet.

2.1.1 Recherche experte dans Google

Bien que la recherche de la littérature grise ne vise pas l'intégrité et la reproductibilité d'une recension systématique de la littérature scientifique, une bibliothécaire de l'INSPQ a néanmoins élaboré une stratégie de recherche documentaire validée par l'auteure de la présente synthèse (voir l'annexe 1).

Un plan de quatre concepts, soit « Autochtones », « déterminants sociaux », « santé » et « cadres », développés en mots-clés en français et en anglais a été adopté. En accord avec la bibliothécaire, le concept « santé » a été utilisé de façon indépendante et le concept « cadres » a été utilisé au besoin. Ce dernier est probablement implicite aux deux premiers concepts du plan. Par ailleurs, bien que les mots-clés du concept « Autochtones » soient d'ordre général, ils ont été adaptés au contexte géographique recherché⁵; dans ce cas-ci le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, l'Arctique et les régions circumpolaires. Par exemple, « Maori » a été intégré aux recherches pour des organismes de la Nouvelle-Zélande, mais pas à celles

¹ Medline, PsycINFO et Global Health.

² CINAHL, Psychology & Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index et SocINDEX.

³ L'article de Greenwood et coll. (15) fait partie des exceptions.

⁴ Dans ce rapport, la littérature grise correspond à « l'information produite par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous format papier ou électronique, et qui n'est pas contrôlée par l'édition commerciale (c.-à-d. des organisations dont la publication n'est pas l'activité principale) », Luxembourg, 1997 élargi à New York, 2004 (19).

⁵ Les cadres devaient présenter des réalités historiques et contemporaines similaires à celles vécues par les Autochtones au Québec et ailleurs au Canada.

d'organismes des États-Unis. Enfin, des opérateurs booléens Google ont été utilisés pour affiner les recherches.

Recherche de sites Web d'organisations ciblées

La stratégie de recherche a d'abord été lancée dans Google en août 2021. À partir de la provenance des documents obtenus, une liste de sites Web d'organismes, autochtones ou non, a été créée (voir l'annexe 2). Les mots-clés ont été recherchés au cours de cette période ainsi qu'en septembre 2021 dans les moteurs de recherche de ces sites ou avec l'opérateur booléen Google « site: ». De plus, la recherche des mots-clés a été réalisée sur les sites d'organismes connus, comme le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, et sur ceux suivis pour la veille scientifique de l'équipe Santé des Autochtones de l'INSPQ.

Dans le but de favoriser l'exhaustivité des résultats, aucune limite de temps n'a été appliquée lors de la recherche documentaire. Comme le mentionnent Wilson et ses collaborateurs (2021), d'un point de vue autochtone, les cadres publiés dans le passé ne sont pas nécessairement moins pertinents que ceux publiés plus récemment, puisqu'ils sont construits à partir des savoirs ancestraux (20).

2.2 Critères de sélection des documents

Lors du tri dans le moteur de recherche Google, une limite artificielle a été fixée en fonction de la stratégie déployée. Pour la recherche dans les sites Web des organismes ciblés à partir de l'opérateur Google « site: », les 10 premiers résultats obtenus ont été pris en considération. Pour la recherche experte dans Google limitée à des zones géographiques, les 50 premiers résultats ont été consultés. Plus de 2 000 documents ont été repérés par cette technique. Les 2 239 documents ont ensuite été téléchargés, les doublons supprimés et l'auteure de la présente synthèse les a évalués sur la base des critères d'inclusion suivants :

- Documents en anglais ou en français;
- Présentation d'un cadre de la santé des Autochtones et de ses déterminants (une illustration du cadre facilitait la sélection du document);
- Documents produits par des organismes situés au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, dans l'Arctique et autres régions circumpolaires;
- Se rapportant exclusivement aux Autochtones.

Parallèlement, les critères d'exclusion suivants ont été appliqués :

- Articles scientifiques ou livres;
- Documents de format PowerPoint (document original mentionné dans la présentation favorisé);

- Un seul déterminant abordé sans qu'il ne soit présenté dans un cadre;
- Une thématique particulière, la nutrition par exemple, analysée sous l'angle des déterminants sans présentation d'un cadre;
- Profil de santé ou de surveillance sans cadre ou sans justification du choix des déterminants de la santé analysés.

Au total, 86 documents ont été présélectionnés à cette étape.

La liste des documents présélectionnés a été transmise à deux conseillères scientifiques de l'équipe de projet pour la sélection des documents suivant un processus d'accord interjuges. À cette étape, le critère *Présentation d'un cadre de la santé des Autochtones* était spécifiquement évalué. Des comparaisons entre les sélections ont été faites pour vérifier la concordance et des discussions ont été menées en cas de doute.

Au terme de ce processus, 15 documents ont été retenus pour analyse (voir l'annexe 3).

2.2.1 Appréciation de la qualité méthodologique des documents retenus

L'appréciation de la qualité méthodologique des 15 documents a ensuite été effectuée par l'auteure à partir de la liste de vérification de la littérature grise d'*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance (AACODS)* traduite par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2016) et disponible à l'annexe 4. Cette liste se veut un cadre simple pour faire l'évaluation critique de la solidité et de la validité de la littérature grise à partir de six critères (22) :

- La compétence en matière d'expertise et d'expérience ainsi que la crédibilité de l'auteur ou de l'organisation responsable du contenu intellectuel du document (*Authority*);
- L'exactitude du contenu intellectuel du document sur la base d'autres documents traitant d'un sujet apparenté (*Accuracy*);
- L'étendue du domaine couvert (*Coverage*);
- L'objectivité du document considérant qu'une organisation peut avoir un point de vue particulier (*Objectivity*);
- La date du document et la référence à des sources bibliographiques récentes (*Date*);
- La portée ou la valeur du document (*Significance*).

La grille a été principalement utilisée dans la présente synthèse pour juger la crédibilité des organismes de même que l'objectivité et la portée des documents.

2.3 Extraction et analyse des données

La présente synthèse présente les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones et souligne leurs traits distinctifs comparativement aux cadres habituellement utilisés en santé publique. Cette analyse comparée permet de dégager des caractéristiques spécifiques utiles pour guider l'action de santé publique en milieu autochtone. Le mandat confié à l'INSPQ n'impliquait pas de sélectionner un cadre à privilégier selon des critères préétablis.

Quatre cadres fréquemment utilisés en santé publique ont servi à élaborer la grille d'extraction des données repérées par la recherche documentaire. Il s'agit des cadres de Whitehead et Dahlgren, de l'OMS (Solar et Irwin), de Raphael et coll. et du MSSS (7, 11, 23, 24). Ils ont été choisis en fonction des critères suivants :

1. Utilisation en santé publique;
2. Référence ou reconnaissance par un ou des organismes autochtones;
3. Pertinence en contexte canadien.

Ces cadres sont présentés brièvement à la section 3. La définition des déterminants de la santé et les principaux déterminants cités dans ces documents sont présentés à l'annexe 5 alors que les représentations visuelles de ces cadres sont présentées à l'annexe 6.

Finalement, cinq catégories générales ont été considérées dans l'analyse : le type d'organisme, y compris s'il est autochtone ou non; le type de document; la justification de ce cadre ainsi que la définition de la santé et les déterminants présentés. À partir de ces catégories, l'information a été regroupée selon : les organismes ayant réalisé les cadres et le contenu de ceux-ci.

2.4 Révision par les pairs

Une version préliminaire de la présente synthèse a été soumise à deux réviseuses externes au projet, et ce, en conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs de l'INSPQ. En prenant appui sur la grille institutionnelle (25), celles-ci ont été conviées à valider l'exactitude du contenu du rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions et des pistes d'action proposées. L'auteure de la synthèse a élaboré un tableau indiquant chacun des commentaires reçus ainsi que le traitement qui en a été fait dans la version finale. D'autre part, l'auteure ainsi que les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

3 CADRES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE

Les notions d'équité en santé et de déterminants de la santé sont intégrées aux fondements de la démarche de santé publique (voir l'encadré 1), tant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, que ceux de la protection de la santé et de la surveillance de l'état de santé des populations (26). Au Québec, ces notions sont notamment intégrées dans le Programme national de santé publique (27) ainsi que dans la Politique gouvernementale de prévention en santé (28).

ENCADRÉ 1 - LE CONCEPT DE DÉTERMINANT DE LA SANTÉ COMME FONDEMENT DE LA PRATIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les déterminants de la santé sont les facteurs individuels et collectifs qui influencent positivement ou négativement la santé des populations et des personnes qui les composent. Ces facteurs peuvent être de nature sociale, culturelle, économique, politique ou encore historique, selon les populations et les situations qu'ils visent à décrire (13, 29).

Le concept des déterminants de la santé permet de mieux comprendre comment les facteurs structurels influencent l'accès des populations aux conditions de vie nécessaires à leur développement (7, 13, 24, 29, 30). Autrement dit, il existe une corrélation entre la position d'une personne au sein de la hiérarchie sociale et son état de santé (31). C'est ce que l'OMS désigne comme le « gradient social de santé » (32).

De plus, ces facteurs peuvent avoir des répercussions sur la santé, qui s'accumulent tout au long du parcours de vie des personnes. Cette approche tient compte des effets cumulatifs de l'interaction de multiples facteurs sur la santé et le bien-être des personnes et des populations (33, 34). On en déduit l'importance accordée aux initiatives permettant la mitigation des effets des déterminants sociaux sur le développement et la santé des enfants très tôt dans la vie, puisque celles-ci présentent le potentiel d'agir sur leurs trajectoires de santé à long terme (35).

Le concept de déterminant de la santé étant complexe et la nature des facteurs à considérer étant variée, des modèles de représentation des déterminants de la santé ont émergé, afin d'en faciliter la compréhension à l'échelle populationnelle (12). Par exemple, des auteurs ont proposé des listes de déterminants (7) alors que d'autres ont plutôt privilégié des représentations narratives (36). Parmi les cadres les plus fréquemment utilisés, on retrouve notamment ceux proposés par Evans et Stoddart (37), Dahlgren et Whitehead (38) et celui de Solar et Irwin (repris par l'OMS) (10) qui ont été élaborés pour soutenir la prise de décision intersectorielle à partir d'une vision commune (13).

- Publié en 1991 et illustré sous la forme d'un arc-en-ciel, le cadre de Dahlgren et Whitehead expose les principaux déterminants de la santé pour l'ensemble de la population, déployés en différents niveaux d'influence interconnectés. Plusieurs de ces déterminants sont sociaux et se prêtent à une action visant à diminuer leur influence. Contrairement à d'autres cadres se concentrant presque exclusivement sur les facteurs de risque, le cadre de Dahlgren et Whitehead inclut autant les déterminants favorables à la santé que les déterminants protecteurs et de risque. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un cadre des déterminants des inégalités sociales de santé (38).
- Le cadre de l'OMS montre pour sa part l'influence des dynamiques de pouvoir et leur répartition à l'origine de la distribution des inégalités sociales de santé à l'échelle populationnelle. Il met également en évidence l'influence de la maladie sur la position sociale des personnes et conceptualise le système de santé comme un déterminant de la santé. Le cadre de l'OMS a aussi rendu explicite l'action politique en faveur de l'équité en santé (10).

Avec le temps, ces cadres ont eu des échos à travers le monde et ont été adaptés pour mieux refléter la diversité des réalités vécues par différentes populations ou groupes de population (voir l'encadré 2) (39).

ENCADRÉ 2 - LES CADRES DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ AU CANADA

Au Canada, en 2010, Mikkonen et Raphael ont publié un cadre basé sur le modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991). Dans la mise à jour du rapport qui a été publiée en 2020, Raphael et coll. ont retenu 17 déterminants de la santé pertinents au contexte canadien : le stress, corps et maladie; le revenu et la répartition du revenu; l'éducation; le chômage et la sécurité d'emploi; l'emploi et les conditions de travail; le développement du jeune enfant; l'insécurité alimentaire; le logement; l'exclusion sociale; le filet de sécurité sociale; les services de santé; la géographie; les handicaps; l'ascendance autochtone; le genre; l'immigration; le racisme et la mondialisation (7).

L'Agence de la santé publique du Canada réfère également à une liste de 12 principaux déterminants de la santé : le revenu et le statut social; l'emploi et les conditions de travail; l'éducation et la littératie; les expériences vécues pendant l'enfance; l'environnement physique; le soutien social et la capacité d'adaptation; les comportements sains; l'accès aux services de santé; la biologie et le patrimoine génétique; le genre; la culture; la race et le racisme (29).

Parallèlement, au Québec, le MSSS a publié en 2012 un cadre conceptuel pour orienter ses interventions et celles de son réseau pour l'amélioration de la santé de la population (24). Ce cadre est structuré à partir de cinq champs qui s'influencent mutuellement dans l'espace et le temps : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population. Des déterminants de la santé se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces champs.

3.1 Caractéristiques retenues pour l'analyse

Les cadres de Dahlgren et Whitehead, de l'OMS, de Raphael et coll. et du MSSS ont été utilisés dans la présente synthèse comme outils servant à dégager les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des Autochtones. Ces quatre cadres présentés aux annexes 5 et 6 n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée et leur évolution, depuis leur première publication, n'a pas été documentée. Par exemple, à la suite des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation panaméricaine de la santé a ajouté au modèle de l'OMS les effets des changements climatiques sur la santé ainsi que l'influence continue du racisme structurel et du colonialisme (40).

Nous retenons que ces quatre documents ont été produits dans des contextes différents et qu'ils poursuivent des objectifs similaires mais propres. Ils présentent également une définition de la santé ainsi qu'une description des déterminants jugés fondamentaux. Le contenu des cadres s'appuie sur des références crédibles et est illustré simplement, quoique différemment d'un cadre à l'autre.

4 RÉSULTATS

Les résultats découlant de l'analyse sont présentés en deux volets : le premier présente un aperçu des organismes responsables des documents analysés et fournit les principales caractéristiques de ces documents, alors que le deuxième détaille les cadres et leur contenu. Des tableaux synthétisant les principales caractéristiques des organismes et des cadres sont regroupés à l'annexe 7.

4.1 Survol des organismes et des documents repérés présentant des cadres des déterminants de la santé des Autochtones

4.1.1 Caractéristiques des organismes

La majorité des documents analysés ont été produits par des organismes gouvernementaux ou à but non lucratif ayant un mandat orienté en santé, que ce soit en prestation de services, en surveillance ou en recherche. Les organismes sont présentés dans le tableau 1 selon le pays de provenance et le type d'organisme. Étant donné que certains documents repérés sont le fruit de la collaboration entre plus d'un organisme, le nombre d'organismes ($n = 17$) est supérieur aux documents repérés ($n = 15$).

Tableau 1 Caractéristiques des organismes selon le pays et le type d'organisme

Pays	Organismes		
	Gouvernementaux	À but non lucratif	
		Allochtones	Autochtones ^a
Canada	Direction Générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada (dorénavant Santé des Autochtones Canada) Institut national de santé publique du Québec Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone <i>Office of the Provincial Health</i> (Colombie-Britannique)	Assemblée des Premières Nations ^b Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations Organisation nationale de la santé autochtone <i>First Nations Health Authority</i> <i>First Nations Health Council</i> Inuit Tapiriit Kanatami ^b <i>Thunderbird Partnership Foundation</i>
Australie	<i>Commonwealth of Australia, Department of Health</i>	<i>Centre of Research Excellence in Aboriginal Chronic Disease Knowledge Translation and Exchange (CREATE)</i> <i>Lowitja Institute</i> <i>Telethon Kids</i>	
Nouvelle-Zélande	<i>Social Policy Evaluation and Research Unit (Superu)</i>		

^a Pour cette synthèse, un organisme autochtone correspond à une entité désignée par ses membres qui représente exclusivement les intérêts d'un groupe, d'une communauté, d'une Nation ou d'un peuple. Cette définition n'a pas de valeur officielle et est employée uniquement comme un outil exploratoire servant à comparer les cadres produits par des organismes autochtones à ceux produits par des organismes allochtones. Selon cette définition, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik est considérée comme une entité du réseau québécois de la Santé et des Services sociaux instaurée par la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et ayant pour mandat la santé et le mieux-être de la population du Nunavik (41).

^b L'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami n'ont pas de mandats spécifiques en santé. Toutefois, ces deux organismes travaillent à promouvoir les intérêts des Premières Nations, pour l'un, et ceux des Inuit, pour l'autre, y compris les intérêts en matière de santé et de ses déterminants.

La totalité des organismes repérés jouissent d'une bonne réputation en matière d'expertise, d'expérience, de crédibilité et de fiabilité (critère *Authority* de la grille AACODS).

D'autre part, la plupart des organismes proviennent du Canada. Trois documents ont été produits par des organismes australiens (42–44) et un seul est attribué à un organisme néo-zélandais (45). Aussi, la majorité des documents ont été produits par des organismes non

autochtones. Ainsi, même si ces documents ont été élaborés en collaboration avec des représentants Autochtones, il semble que peu de cadres ont été produits par les organismes autochtones eux-mêmes (voir l'annexe 7).

4.1.2 Type de documents repérés

Les documents retenus sont de différents ordres : cadres de référence, rapports de recherche, rapports de surveillance, synthèses des connaissances, documents de réflexion ou de planification stratégique. Ainsi, leur objectif varie largement selon le type de document et la mission des organismes qui les ont produits. Les documents inclus dans l'analyse poursuivaient majoritairement l'un de ces deux objectifs :

1. Favoriser la compréhension de la santé des Autochtones et ses déterminants en proposant des modèles de santé (44, 46–52). Plus précisément, certains documents visent à faire évoluer les réflexions entourant la santé des Autochtones en proposant une compréhension de la santé qui n'est pas étiquetée comme étant mauvaise, à faire ressortir les déterminants propres à certains peuples et à détailler les relations entre les déterminants. Deux documents ont d'ailleurs été produits pour alimenter la réflexion des instances fédérales canadiennes lors des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (47, 51).
2. Guider l'action des organismes par la présentation des concepts de la santé et ses déterminants (42, 43, 45, 53–56). La production de cadres est ici justifiée pour outiller les communautés et les organismes dans leurs orientations futures, que ce soit pour prioriser des champs de recherche ou pour adopter un modèle pratique pour la définition de mesures de la santé et du mieux-être et le suivi d'indicateurs.

Par ailleurs, le contenu de la majorité des documents repose sur des revues narratives et sur des consultations auprès de divers informateurs clés lors d'ateliers de travail, de forums ou par le biais d'entrevues. Aucune revue narrative ne prend appui sur une approche systématisée de collecte de données et on ne recense aucune revue systématique dans les documents retenus. Toutefois, tous les documents réfèrent à des sources récentes, fiables ou faisant autorité dans le domaine de la santé comme l'OMS. Plusieurs d'entre eux incluent également des données de surveillance récentes quantifiant les inégalités sociales de santé auxquelles les populations sont confrontées (42, 46–50, 53, 54).

Enfin, le recours à la révision par les pairs caractérise quatre documents produits par des organismes de recherche ou des chercheurs (43, 46, 52, 53).

4.2 Contenu des cadres

Les cadres de la santé des Autochtones repérés dans la présente analyse reflètent la grande diversité des savoirs, des valeurs et des expériences qui existent parmi les Autochtones, leurs communautés et leurs Nations. Afin de tenir compte de cette diversité, certains auteurs précisent que leur document doit être considéré comme une amorce de réflexion et non comme une fin en soi (45, 50, 54).

Pour faciliter la description du contenu des cadres sélectionnés, quatre perspectives d'analyse ont retenu l'attention : les définitions de la santé sur lesquelles les cadres prennent assise; les principaux déterminants mentionnés; les représentations visuelles privilégiées des cadres et, enfin, la comparaison des cadres de la santé des Autochtones avec les cadres généralement utilisés en santé publique présentés à la section 3.

4.2.1 Les éléments clés des définitions de la santé

Tous les documents prennent appui sur une définition de la santé des populations Autochtones inspirée d'une vision holistique basée sur la relation entre quatre dimensions interdépendantes : physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Certains organismes ajoutent également à cette perspective holistique d'autres dimensions propres à la santé des populations Autochtones comme :

- Une **dimension collective** allant au-delà de la personne et incluant la famille, la famille élargie, la communauté, la Nation et l'univers (42, 43, 46, 49, 53, 57).
- Une **dimension culturelle** ancrée dans des façons d'être et des pratiques (44) qui s'inscrivent dans les cultures, les savoirs, les langues, le territoire et l'identité autochtones, affirmant ainsi le rôle de l'autodétermination et de la gouvernance dans la conceptualisation de la santé par les populations Autochtones (47, 52, 53, 56–58).

Deux documents se distinguent à ce chapitre par le recours aux langues autochtones et à l'utilisation de concepts en accord avec le sens du vocabulaire associé à la santé des peuples Autochtones auxquels ils réfèrent, soit *l'inuktitut* pour les Inuit au Québec et le *te reo Māori* pour les Māori de la Nouvelle-Zélande (45, 52).

- Une **dimension positive basée sur les forces** et mettant explicitement de l'avant les facteurs de résilience plutôt que les notions de risque, de déficit et de vulnérabilité (44, 46, 57).

4.2.2 Les principaux déterminants mentionnés

L'énumération complète des déterminants mentionnés dans les documents analysés est disponible à l'annexe 7. Parmi les déterminants les plus fréquemment mentionnés, soit dans 10 documents ou plus, on retrouve :

- La culture (43–45, 47, 48, 50–54, 59);
- Le territoire (43–46, 48, 50–54);
- Le développement économique (43–48, 50, 52–54);
- L'éducation (43, 44, 46–48, 50–54).

D'autre part, les déterminants suivants apparaissent assez souvent, c'est-à-dire dans 5-9 documents :

- Le système des services sociaux et de santé (43, 44, 46–48, 50, 52–54);
- Les conditions de logement et les infrastructures communautaires (43, 44, 46–48, 50, 52–54);
- L'autodétermination (43–48, 51);
- Les mécanismes d'exclusion sociale, incluant le racisme, ainsi que les traumatismes intergénérationnels et contemporains (43, 44, 46, 48, 51, 53);
- La sécurité alimentaire (43, 44, 48, 50, 52);
- Le développement des enfants (44, 46, 47, 49, 50).

Finalement, les déterminants mentionnés dans moins du tiers des cadres (soit 0-4 documents) sont :

- Le fait de vivre au sein de sa communauté (47, 49, 54);
- Le sentiment de sécurité (46, 50, 52);
- Le genre (43, 47).

Cet ordre basé sur la fréquence d'apparition des déterminants au sein des cadres inclus dans l'analyse ne reflète pas nécessairement l'importance de ceux-ci dans la chaîne de causalité des inégalités sociales de santé dans les populations Autochtones. En effet, plusieurs des thèmes très fréquemment cités sont en fait intimement liés à d'autres qui apparaissent moins fréquemment. Par exemple, les notions de racisme, de discrimination et de traumatismes (voir l'encadré 3 à la section 5.1.2) sont mentionnées de façon explicite dans environ la moitié des cadres. Toutefois, tous les documents réfèrent aux répercussions majeures de l'héritage de la colonisation sur la santé des populations Autochtones. De plus, le racisme, la discrimination

et les traumatismes collectifs sont tantôt considérés comme des « déterminants historiques » (44, 46, 48, 51), tantôt présentés comme des événements majeurs bouleversant la santé des Autochtones dont il faut tenir compte (49, 50, 52, 53).

La culture, le territoire et l'autodétermination : facteurs de résilience des populations Autochtones

La culture et le territoire sont considérés comme des déterminants fondamentaux de la santé des Autochtones, ce qui semble cohérent avec la définition de la santé et du mieux-être holistique des Autochtones à travers le monde (44, 46, 50, 54). D'ailleurs, certains cadres sont précisément articulés autour des déterminants culturels de la santé (44, 46) ou en font largement mention (42).

Dans les documents analysés, les liens avec le territoire sont parfois intégrés à la culture, ce qui fait en sorte qu'ils ne ressortent pas clairement comme un déterminant. De même, dans sept des quinze cadres, les enjeux d'autodétermination et de gouvernance qui sont mentionnés de façon explicite sont eux aussi parfois inclus dans les facteurs culturels et territoriaux. Cela dit, l'autodétermination⁶ est néanmoins considérée comme un déterminant majeur dont le renforcement contribuerait à mitiger les effets du racisme, de la discrimination structurelle et des traumatismes historiques à l'origine des causes profondes des inégalités sociales de santé (43, 44, 46, 47, 49, 56, 58). En ce sens, selon plusieurs auteurs, l'autodétermination serait fondamentale, car elle influencerait tous les autres déterminants de la santé (44, 46, 54, 58).

En fait, dans près de la moitié des cadres, la culture, le territoire et l'autodétermination sont mentionnés comme des facteurs de résilience qui favoriseraient l'affirmation identitaire, personnelle et collective, la continuité culturelle, la guérison et donc, la santé et le mieux-être (42–44, 49, 50, 56). En ce sens, ces trois déterminants constitueraient, selon plusieurs auteurs, des facteurs de protection essentiels à l'atteinte du plein potentiel des populations (42, 43, 46, 49, 53), et au redressement des forces culturelles (54).

L'économie et l'éducation comme moteurs de développement

Environ les deux tiers des documents incluent le développement économique, l'éducation et les conditions de logement parmi les déterminants nécessaires à la santé et au mieux-être des Autochtones. La signification accordée à ces termes par les auteurs peut différer de ce qui est généralement convenu dans les cadres fréquemment utilisés en santé publique (voir la section 3).

⁶ C'est-à-dire le droit de se gouverner, de participer aux décisions et d'exercer un contrôle et la liberté de choisir ses valeurs et sa culture (44).

En effet, dans certains documents, le développement économique inclut certes l'emploi, le revenu et le coût de la vie, mais comprend également les activités accomplies sans attente de récompense financière comme la chasse, la pêche, la cueillette, les soins aux enfants et aux aînés et les soins spirituels et de guérison (49, 50, 52, 54). En effet, ces activités contribuent au bon fonctionnement des familles et au développement des communautés, car elles renforcent l'identité, les pratiques culturelles et les normes sociales.

Il en va de même pour le déterminant éducation qui comprend la formation scolaire et toutes les activités d'apprentissage pratiquées sur le territoire (49, 50, 52).

D'autre part, parmi les organismes qui ont souligné l'importance du logement dans la santé des Autochtones, certains ont également évoqué le lieu de résidence, c'est-à-dire habiter au sein d'une communauté ou hors communauté (« loin de la maison »), comme un déterminant ayant un effet possible sur la santé (56). En effet, vivre en milieu urbain où les déménagements répétés peuvent, entre autres, perturber l'accès aux différentes sources de soutien social offert par la famille et la communauté (49).

4.2.3 Les représentations visuelles privilégiées

Les illustrations des cadres sont présentées à l'annexe 8. Les cadres des déterminants privilégient généralement les formes circulaires. En effet, les cercles concentriques mettent en évidence différentes composantes : la personne et son environnement social, la santé, les valeurs, les savoirs, les besoins, etc. Le nombre de cercles varie d'un cadre à l'autre, certains en comptant une dizaine (54) et d'autres un seul (50). Le cœur des cercles, qui représente généralement l'élément au centre de la santé, diffère également. En effet, y sont placés : l'enfant, la personne, la santé, la culture, les valeurs, la famille élargie ou la communauté.

De plus, d'autres représentations visuelles non circulaires sont aussi utilisées (45, 52). À titre d'exemple, les composantes du cadre produit par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik sont représentées sous la forme d'une baie (*Aqpik* en inuktitut) dont les feuilles symbolisent les concepts fondamentaux de la santé et le fruit, les principaux déterminants. Cette baie est enracinée dans la culture et la langue. De même, l'Organisation nationale de la santé autochtone avait aussi, à l'époque, présenté les déterminants de la santé des Métis dans un rectangle où une flèche marquait l'influence des événements passés sur la vie courante et le futur (51).

Par ailleurs, dans la majorité des cadres, le choix des couleurs semble plutôt relever du graphisme que de la symbolique. Les deux exceptions à ce chapitre sont les cadres de la *First Nations Health Authority* et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit et coll. (54) qui détaillent l'utilisation de couleurs dans leur cadre. Ainsi, pour la *First Nations Health Authority*, les couleurs rappellent celles du coucher de soleil reflétant l'ensemble du

spectre de la lumière solaire et représentant la rotation du soleil autour de la terre qui régit les cycles de vie dans les communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique⁷. Pour la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit et coll., une couleur unique a été attribuée à la culture et elle transcende l'illustration étant donné que la culture est considérée comme le fondement de toutes les composantes du cadre.

4.2.4 Les distinctions avec les cadres des déterminants fréquemment utilisés en santé publique au Québec et au Canada

Les cadres des déterminants de la santé des Autochtones analysés s'apparentent aux cadres de l'OMS, de Dahlgren et Whitehead, de Raphael et coll. et du MSSS présentés à la section 3. En fait, plusieurs organismes ont explicitement mentionné s'être référés aux travaux de l'OMS dans le développement de leur cadre (43, 46, 48, 50)

Les cadres des déterminants de la santé des Autochtones repérés présentent des éléments communs avec les cadres fréquemment utilisés en santé publique :

- Ils appuient leur démonstration sur des données de surveillance (voir la section 3.2);
- Ils catégorisent les déterminants de la santé selon divers niveaux interconnectés (voir la section 3.2);
- Ils rendent explicites les effets sous-jacents de déterminants structurels comme source des principales inégalités sociales de santé et démontrent leurs effets latents ou cumulatifs tout au long du parcours de vie (46–48, 50);
- Les relations entre les divers niveaux de déterminants sont d'ailleurs décrites dans le modèle du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone : les déterminants distaux ont une influence sur les déterminants intermédiaires lesquels agissent sur les déterminants proximaux de la santé (48).
 - De façon similaire, l'Inuit Tapiriit Kanatami s'est attardé à la démonstration des multiples liens entre les déterminants qui influencent la santé des Inuit (50). Par exemple, on y explique comment le développement des enfants est affecté par la sécurité alimentaire, le surpeuplement des logements et l'absence de soutien social, et comment ces conditions découlent de la précarité des revenus des familles, qui est elle-même tributaire du genre et du niveau d'éducation des personnes.

Les cadres spécifiques à la santé des Autochtones proposent par ailleurs une compréhension des déterminants de la santé qui est adaptée à leurs contextes respectifs ainsi qu'aux visions de la santé des populations concernées (voir la section 4.2.1). En ce sens, ils se distinguent des cadres fréquemment utilisés en santé publique sur trois

⁷ Fait à noter : cette explication a été trouvée sur le site de l'organisme plutôt que dans les documents retenus pour l'analyse (55).

aspects : 1) la définition du concept de santé, 2) la priorisation de certains déterminants et 3) leur représentation visuelle.

- Ils sont ancrés dans une vision holistique de la santé visant l'équilibre entre les différentes dimensions de la personne. Bien que cette définition de la santé s'apparente à celle de l'OMS, elle va généralement plus loin en considérant la personne dans son entièreté (44, 49, 54), et en faisant valoir l'importance des déterminants culturels, territoriaux et de gouvernance sur le développement des familles, des communautés et des Nations (42, 44, 46–48, 51, 52).
- Plusieurs des déterminants du cadre de l'OMS apparaissent dans bon nombre de cadres spécifiques à la santé des Autochtones. Cela dit, outre le document du *First Nations Health Council*, il n'est pas fait mention du déterminant génétique (lié à l'ascendance autochtone, notamment) dans les documents analysés, alors que les facteurs de vulnérabilité génétique sont fréquemment inclus dans la catégorie « facteurs biologiques » des cadres généralement utilisés en santé publique. Au contraire, les cadres de la santé des Autochtones cherchent à déconstruire les préjugés voulant que le fait d'être Autochtone constitue un facteur de risque de nature biologique, et donc non modifiable, pour la santé (55). Les cadres tendent plutôt à catégoriser ce facteur de vulnérabilité comme résultant des répercussions négatives des politiques colonialistes sur les déterminants de la santé et à faire valoir les forces de résilience associées à l'appartenance culturelle autochtone (58).
- Les cadres fréquemment utilisés en santé publique empruntent différentes représentations visuelles et certains privilégient des représentations linéaires où les déterminants sont inclus dans des boîtes et leurs interactions représentées par des flèches. Les cadres de la santé des Autochtones semblent davantage mettre en évidence la définition holistique de la santé par l'utilisation de la forme concentrique pour représenter les relations entre différentes composantes.

5 DISCUSSION

La présente section vise à mettre en perspective les cadres des déterminants de la santé des Autochtones et les cadres généralement utilisés en santé publique à partir des résultats de l'analyse. Cet exercice permettra d'apprécier leur pertinence pour guider l'action de santé publique en partenariat avec des populations Autochtones au Québec.

Par ailleurs, ces constats résultent d'une démarche méthodologique qui présente plusieurs forces, mais qui a également certaines limites. Celles-ci sont discutées à la section 5.2.

5.1 Constats généraux

5.1.1 L'application du concept de déterminants de la santé aux réalités des populations Autochtones

Au-delà des documents recensés, plusieurs organismes et experts ont vu dans l'approche des déterminants de la santé, une approche porteuse pour l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé vécues par les populations Autochtones au Canada et ailleurs dans le monde.

Il y a d'abord **certaines similitudes dans les visions de la santé** autochtones et allochtones. Bien que les définitions de la santé et du mieux-être des Autochtones soient diversifiées, elles s'articulent généralement autour de dimensions holistiques visant entre autres l'équilibre entre la santé mentale, émotionnelle, spirituelle et physique. Or, cette vision se rapproche davantage de la définition de la santé de l'OMS que de celles issues des perspectives strictement biomédicales centrées sur la maladie, les déficits et les incapacités. Cela dit, les perspectives autochtones de la santé présentent des caractéristiques uniques qui sont absentes de la définition de l'OMS : notamment la valeur accordée aux pratiques et aux savoirs culturels, ainsi que l'importance de la qualité des liens sociaux et avec le territoire comme fondements essentiels du mieux-être collectif (3,61–63).

Le recours à des cadres des déterminants par des organismes autochtones à travers le monde peut également s'expliquer en partie par une **compréhension commune des inégalités sociales de santé** auxquelles sont confrontées les populations Autochtones. Ces inégalités ne résultent pas uniquement de facteurs individuels, mais d'inégalités sociales et d'autres facteurs sociaux modifiables (64), y compris les processus systémiques d'exclusion sociale issue du colonialisme (7, 15).

5.1.2 Signification des déterminants

La présente synthèse démontre également que les cadres des déterminants développés par des organisations internationales comme l'OMS ont une certaine portée dans la compréhension des inégalités sociales de santé au sein de plusieurs populations à l'échelle mondiale, y compris celles observées en contexte autochtone (46). En effet, les conditions de vie, l'éducation, le système de santé et la culture, pour n'en nommer que quelques-uns, sont communs à tous les cadres analysés dans ce rapport.

Toutefois, comme souligné précédemment, les cadres visant la description des déterminants de la santé à l'origine des inégalités sociales de santé vécues par les populations Autochtones sont ancrés dans les visions du monde de ces populations. Cet aspect peut ne pas être au cœur des cadres fréquemment utilisés en santé publique.

Le rôle central de l'ancrage culturel

En 2007, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS arrivait à un constat similaire dans un rapport publié à la suite de travaux tenus lors d'un colloque international consacré aux déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Un des messages notamment répétés lors du colloque était le manque de compréhension de la culture et de la vision holistique des Autochtones, ce qui risquait d'entraîner une perte de signification du concept même de déterminant de la santé pour ces populations (65).

Aussi, les cadres qui considèrent spécifiquement la santé des Autochtones ont tendance à mettre davantage l'accent sur deux aspects :

- La place centrale accordée à la culture, et à ses différentes composantes, comme un déterminant protecteur de la santé des Autochtones. Cet aspect est d'ailleurs mentionné dans d'autres contextes (20, 66–69).
- L'influence des déterminants structurels défavorables sur l'efficacité du rôle protecteur des déterminants culturels.

L'importance des déterminants structurels

Le cadre de l'OMS a permis des avancées significatives sur la compréhension du rôle des déterminants structurels dans la production des inégalités sociales de santé. Au Canada, comme ailleurs dans le monde, les populations Autochtones continuent de vivre et de gérer les effets cumulatifs des politiques colonialistes sur l'ensemble des autres déterminants de leur santé. Ces effets peuvent prendre la forme d'expériences de dépossession, d'exclusion et de discrimination souvent considérées comme des traumatismes historiques, auxquels peuvent s'ajouter des expériences traumatiques dites contemporaines telles que l'expérience de la violence. Les effets combinés de ces traumatismes sont considérés comme le mécanisme central à l'origine des niveaux élevés de stress chronique vécus par les populations et dont les effets se constatent

dans une vulnérabilité accrue à la maladie (7, 70). C'est entre autres pourquoi la notion des traumatismes historiques est souvent considérée comme l'une des principales sources des inégalités sociales de santé persistantes (voir l'encadré 3) (7, 42, 46, 71).

ENCADRÉ 3 - LES TRAUMATISMES ET LEUR RÉPERCUSSION SUR LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

Le traumatisme psychologique peut être défini comme une réaction émotionnelle normale à un ou des événements perçus par les personnes comme menaçant leur sécurité ou leur survie (72, 73). La réaction de stress qui s'en suit peut entraîner sur le long cours de nombreux problèmes psychologiques, sociaux et de santé interdépendants qui peuvent perdurer au-delà des années de l'exposition (72, 73).

L'approche basée sur les traumatismes, généralement associée à la psychologie et à la psychiatrie, tend à être de plus en plus intégrée dans la pratique de santé publique, surtout dans le contexte des traumatismes collectifs (en contexte de conflits armés ou de génocides, par exemple) (74).

La notion de traumatisme historique réfère habituellement à l'ensemble des réactions émotionnelles associées à des traumatismes collectifs hérités du passé et dont les effets psychologiques durables et cumulatifs sont transmis d'une génération à une autre (d'où le terme traumatisme intergénérationnel). Le traumatisme historique en contexte autochtone réfère donc au phénomène selon lequel les politiques du passé sont parfois la source de grands traumatismes dont les effets psychologiques continuent d'affecter la santé des communautés, des familles et de leurs enfants (74). Cela dit, des politiques contemporaines peuvent aussi contribuer à perpétuer les traumatismes historiques (70, 75, 76).

De plus, les répercussions des traumatismes ne sont pas vécues de la même manière par tous. En effet, certains traumatismes peuvent être vécus de manière disproportionnée par certains groupes en raison d'inégalités structurelles sociopolitiques et économiques.

Ainsi, les populations marginalisées comme les Autochtones sont non seulement plus susceptibles de subir certains types de traumatismes en réponse aux événements actuels et historiques auxquels elles doivent faire face, mais elles sont aussi plus susceptibles d'éprouver des réactions de stress exacerbées. En effet, elles disposent généralement de moins de ressources pour leur faire face (70, 74–76).

Bien que le racisme et son influence sur les déterminants soient mentionnés dans la majorité des cadres analysés, il ne semble toutefois pas y avoir de consensus à considérer le racisme comme un déterminant de la santé en soi. En effet, alors que Raphael et coll. (2021) nomment le racisme comme un déterminant de la santé, pour Dalhgren et Whitehead (2021), le racisme devrait plutôt être conceptualisé comme un facteur de stratification sociale ayant un effet délétère sur l'accès à l'ensemble des déterminants et sur l'efficacité des facteurs de protection (20). Cette conceptualisation soulignerait alors l'importance d'analyser la manière dont le racisme opère et permettrait de mieux le neutraliser en l'attaquant sous différents angles (38).

5.1.3 Valorisation des facteurs de résilience favorables à la santé

La santé des Autochtones est souvent présentée dans une perspective déficitaire où les écarts, nombreux, sont à combler. Comme constaté, les cadres des déterminants de la santé élaborés par des organismes autochtones ou faits en collaboration avec eux privilégient généralement de mettre davantage l'accent sur les forces, la résilience et les facteurs de protection (p. ex. la culture, le territoire, l'identité collective, le soutien familial et communautaire) des Autochtones plutôt que la mise en exergue des maladies, des déficits ou des facteurs de risque (p. ex. la pauvreté, la violence, les dépendances). Des constats similaires ont également été faits dans d'autres contextes (62, 68, 77).

Ce paradigme ancré dans les forces encourage la participation et l'autodétermination des Autochtones aux programmes et initiatives qui les concernent. Il contribue également à modifier les perceptions défavorables persistantes à l'encontre des Autochtones (42, 46, 49, 51, 54, 58).

En effet, l'attention mise sur les lacunes peut donner le sentiment qu'être Autochtone constitue un facteur de risque en soi alors que le facteur de risque est plutôt l'exposition à des déterminants structurels défavorables (58). En outre, l'accent mis sur les maladies et un portrait des populations décontextualisé de leurs réalités peuvent être perçus comme la continuité d'une vision colonisatrice et stigmatisante (49). Les discours associés au fait d'être à risque ou vulnérables placent les Autochtones dans un cadre déficitaire qui affecte non seulement la façon dont ils sont perçus, mais plus important, la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes (78).

La production de cadres de déterminants de la santé des Autochtones par ou en collaboration avec des organismes autochtones contribue aux travaux menés à l'échelle mondiale sur les déterminants de la santé. Elle s'inscrit dans le contexte de la décolonisation de la recherche et de la réappropriation des savoirs, y compris les savoirs expérientiels, par les peuples Autochtones (16). Cela implique le rejet de certaines visions biomédicales dominantes à la faveur d'approches misant sur leurs valeurs, leurs forces et leurs priorités en valorisant les expériences et l'implication significative des communautés autochtones (16, 68, 79).

De même, les cadres des déterminants de la santé des Autochtones s'inscrivent dans les démarches de sécurisation culturelle qui ont cours depuis plusieurs années en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Canada (44, 46). L'approche de sécurisation culturelle repose généralement sur le respect des cultures autochtones et l'équilibre des relations de pouvoir dans une perspective d'équité et de réduction des inégalités sociales de santé (80–82).

5.1.4 Contribution au développement des connaissances et à l'orientation des actions

Amalgame des savoirs

L'analyse permet également de constater l'agilité des organismes autochtones dans leur capacité à allier deux visions du monde qui influencent la recherche et le développement de la santé des Autochtones. En effet, d'un côté, ils énoncent vouloir d'abord être cohérents et porteurs de sens pour les Autochtones. De l'autre, les organismes sont soucieux d'utiliser des concepts et de privilégier des formats qui sont compréhensibles et pertinents pour les décideurs (43, 45, 49, 58, 62, 68).

Cette situation est toutefois sujette à une variété d'exigences qui sont parfois reprochées à la production de la littérature grise, dont celles des données probantes issues de la recherche scientifique (16). Les organismes autochtones favorisent des formats de publication ou empruntent des chemins de production de contenu intellectuel qui peuvent différer de ceux valorisés dans les milieux académiques et scientifiques (16–18). Pour certains documents analysés, on peut penser que le choix des organismes de soumettre leur document à la révision par les pairs s'inscrit dans cette logique de conférer une légitimité au contenu. Cela semble être le cas pour les cadres de référence ou les rapports de recherche et de surveillance qui sont produits par des organismes non autochtones et qui ont des mandats en recherche.

Cela dit, Tyndall (2008) rappelle que l'autorité des auteurs, autant les personnes que les organismes, ajoute de la valeur et de la crédibilité au contenu de la littérature grise en tant qu'avis d'experts ou d'entité possédant des connaissances privilégiées (22). Toutefois, l'appréciation de la qualité méthodologique (*AACODS*) des documents produits par ou avec des organismes autochtones permet de juger leur valeur au même titre que des cadres des déterminants de la santé faits par des organismes comparables.

Utilité et portée

Les cadres conceptuels des déterminants de la santé sont utiles à maints égards pour comprendre les multiples dimensions personnelles, familiales, sociétales et structurelles qui influencent la santé tout au long de la vie d'une personne (13, 38). Ils aident également à la définition de concepts et à expliquer la concentration de facteurs de protection et de risque en fonction des caractéristiques de divers groupes de la population. Ils servent également à la compréhension des relations entre les déterminants ainsi qu'à la mise en lumière de l'influence

des déterminants structurels sur les inégalités sociales de santé. De plus, ils peuvent être utilisés par un large éventail d'acteurs dans la planification des actions visant l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé. Les constats de la présente synthèse montrent que les cadres faits par ou en collaboration avec des organismes autochtones peuvent également s'avérer tout aussi utiles en ce qui concerne la santé des Autochtones et ses déterminants.

Les résultats présentés ici laissent penser qu'il pourrait être utile de documenter la connaissance des cadres des déterminants de la santé des Autochtones par les ministères et les organismes gouvernementaux, dont ceux du Québec. En outre, la mise en œuvre d'une stratégie de diffusion et d'appropriation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones pourrait être soutenue auprès de ces ministères et organismes. Dans tous les cas, des espaces de collaboration avec les populations autochtones devraient être définis pour convenir avec elles des déterminants de la santé à privilégier et ainsi mieux définir et mettre en œuvre les actions qui contribueront à l'amélioration de leur santé.

5.2 Forces et limites de la démarche

À notre connaissance, peu de synthèses des connaissances portant sur l'examen des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones semblent avoir été faites au Québec. Les résultats de la présente synthèse mettent en évidence les principales caractéristiques de ces cadres en comparaison avec ceux généralement utilisés en santé publique. Il est espéré que ces résultats pourront être utiles pour accroître la diffusion et l'utilisation des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones pour mieux comprendre l'interaction de ces facteurs et mieux guider l'action.

Cette synthèse s'appuie également sur une approche méthodologique systématisée du repérage de la littérature grise.

Cela dit, il importe de préciser que cette synthèse des connaissances a été réalisée par une équipe de professionnelles non autochtones dans une démarche scientifique d'une organisation allochtone. Il est indéniable que la participation d'experts Autochtones aurait contribué à approfondir l'analyse et la discussion des documents par la juxtaposition de différents regards et savoirs. De plus, la démarche ne permet pas de témoigner des différences entre les Nations ou entre les communautés.

D'autre part, étant donné sa visée essentiellement descriptive, la synthèse n'avait pas pour objectif d'analyser la portée et les effets de chacun des déterminants de la santé repérés. Aussi, le choix méthodologique de privilégier la littérature grise n'a assurément pas permis de rendre compte de tous les savoirs pertinents à l'analyse des cadres des déterminants de la santé des Autochtones.

D'ailleurs, le repérage des documents à partir de Google a été limité par des contraintes connues du moteur de recherche (83) :

- L'historique de recherche de l'utilisateur et son emplacement géographique;
- L'algorithme de recherche qui indexe les sources;
- La hiérarchisation des résultats selon leur popularité et l'occurrence des mots recherchés plutôt que leur pertinence et leur qualité;
- La recherche systématique de mots apparentés qui multiplie le nombre de résultats;
- L'impossibilité de reproduire fidèlement une recherche.

Le nombre plus élevé de documents produits au Canada qui ont été retenus dans l'analyse doivent d'ailleurs être interprétés comme le résultat probable d'un biais de sélection inhérent à la littérature grise vu l'étendue des publications scientifiques australiennes et néo-zélandaises documentant la santé des Autochtones, des insulaires du détroit de Torres et des Māori.

Enfin, il n'a pas été possible de retenir des cadres des déterminants des Premières Nations des États-Unis et des Autochtones de l'Alaska (*American Indians and Alaska Natives*). En effet, les recherches à partir de Google ont généré peu de résultats et ceux-ci n'étaient pas concluants. Les résultats des recherches complémentaires faites sur des sites d'organismes précis ont été tout aussi faibles. Il ne fait aucun doute que ces perspectives auraient enrichi l'analyse.

Malgré cette limite, il se dégage des documents repérés une variété d'organismes, de types de document, de cadres et de déterminants qui permet de tirer des constats pouvant être utiles aux activités de prévention et de promotion de la santé en collaboration avec les Autochtones.

6 CONCLUSION

L'objectif de la présente synthèse des connaissances était de décrire les principales caractéristiques des cadres des déterminants de la santé des Autochtones élaborés par ou en collaboration avec des organismes autochtones.

Les cadres analysés ont été produits pour la plupart par des organismes non autochtones avec, toutefois, la collaboration d'organismes autochtones. Ils présentent des similarités avec les cadres conceptuels fréquemment utilisés en santé publique, notamment le recours à des données de surveillance, la catégorisation des déterminants selon des niveaux interconnectés et la mise en lumière des effets sous-jacents des déterminants structurels.

Toutefois, les cadres des déterminants de la santé des Autochtones utilisent des représentations visuelles, emploient et définissent des concepts qui témoignent des visions du monde des Autochtones. Qui plus est, les organismes tentent de démontrer les forces personnelles et collectives des cultures autochtones et l'action des forces structurelles défavorables sur les personnes, leurs familles et leurs communautés.

La production des cadres des déterminants de la santé des populations Autochtones s'inscrit dans le contexte de la décolonisation de la recherche et de la réappropriation des savoirs par les Autochtones ainsi que dans les démarches de sécurisation culturelle qui ont cours dans différents contextes, incluant le Québec.

La présente synthèse ne visait pas l'élaboration d'un cadre de référence unique des déterminants de la santé des Autochtones, ni la sélection, par l'INSPQ, d'un cadre conceptuel spécifique pour guider ses travaux en santé des Autochtones. Ce choix souligne l'opportunité pour les professionnels et les gestionnaires d'acquérir une compréhension de la santé des Autochtones telle qu'elle est véhiculée par les organismes autochtones qui les représentent afin de cibler les actions qui seront porteuses.

RÉFÉRENCES

1. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *State of the World's Indigenous Peoples* [Internet]. New York: United Nations Publications; 2009. Disponible à : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/en/SOWIP_web.pdf
2. Nations Unies. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* [Internet]. Genève : Nations Unies; 2007 [cité 26 oct. 2017]. Disponible à : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf
3. Department of Economic and Social Affairs, Indigenous Peoples, Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues. *State of the World's Indigenous Peoples. Rights to lands, territories and resources* [Internet]. New York: United Nations; 2021. Disponible à : <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2021/03/State-of-Worlds-Indigenous-Peoples-Vol-V-Final.pdf>
4. Inuit Tapiriit Kanatami. *About Canadian Inuit* [Internet]. Inuit Tapiriit Kanatami. [cité 16 avr. 2022]. Disponible à : <https://www.itk.ca/about-canadian-inuit/>
5. Lévesque C. *La présence autochtone dans les villes du Québec : actions, tendances et enjeux*. Cahiers ODENA [Internet]. 2016;(2016-01). Disponible à : <https://reseauiadialog.ca/wp-content/uploads/2020/05/CahierODENA-2016-01.pdf>
6. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. *Cadre de référence en recherche par et pour les Autochtones en milieu urbain au Québec*. Wendake; 2021.
7. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, 2^e édition [Internet]. Ontario : Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech et École de gestion et de politique de la santé de l'Université York; 2021. Disponible à : https://thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes-2021.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. *Constitution* [Internet]. 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
9. Organisation mondiale de la Santé, Secrétariat de la Commission des Déterminants sociaux de la santé. *Action sur les déterminants sociaux de la santé : tirer des enseignements des expériences antérieures* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2005.
10. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. (Policy and Practice)* [Internet]. Geneva; 2010 [cité 2 mars 2021]. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
11. Organisation mondiale de la Santé. *Comblent le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*. Document de travail [Internet]. Genève; 2011.
12. Lucyk K, McLaren L. Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. Moore S, éditeur. *PLoS ONE*. 11 mai 2017;12(5):e0177306.
13. Raphael D, éditeur. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Third Edition. Toronto: *Canadian Scholars' Press Inc.*; 2016. 624 p.

14. Givens ML, Catlin BB, Johnson SP, Pollock EA, Faust VN, Inzeo PT, et al. What Do We Know About the Drivers of Health and Equity? A Narrative Review of Graphic Representations. *Health Equity*. 19 oct. 2020;4(1):446-62.
15. Greenwood M, Leeuw S de, Lindsay N. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*. 2018;391(10131):1645-8.
16. Hayward A, Wodtke L, Craft A, Robin T, Smylie J, McConkey S, et al. *Addressing the need for indigenous and decolonized quantitative research methods in Canada*. *SSM - Population Health* [Internet]. Sept. 2021 [cité 16 nov. 2021];15. Disponible à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352827321001749>
17. Usher K, Jackson D, Walker R, Durkin J, Smallwood R, Robinson M, et al. Indigenous Resilience in Australia: A Scoping Review Using a Reflective Decolonizing Collective Dialogue. *Front Public Health* [Internet]. 31 mars 2021 [cité 16 sept. 2021];9. Disponible à : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.630601/full>
18. Yu Z, Steenbeek A, Biderman M, Macdonald M, Carrier L, MacDonald C. Characteristics of Indigenous healing strategies in Canada: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*. Déc. 2020;18(12):2512-55.
19. Open Grey. *Littérature grise* [Internet]. [cité 16 sept. 2021]. Disponible à : <https://www5.bibl.ulaval.ca/ressources-par-categories/litterature-grise>
20. Wilson D, Moloney E, Parr JM, Aspinall C, Slark J. Creating an Indigenous Māori-centred model of relational health: A literature review of Māori models of health. *J Clin Nurs* [Internet]. 27 mai 2021 [cité 12 août 2021]; Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15859>
21. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Liste de vérification AACODS* [Internet]. Montréal; 2016. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf
22. Tyndall J. *How low can you go?: toward a hierarchy of grey literature* [Internet]. Bedford Park, South Australia: Flinders University; 2008. Disponible à : <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/Tyndall.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1* [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2007. Disponible à : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir* [Internet]. Québec : Gouvernement du Québec; 2012. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
25. Institut national de santé publique du Québec. *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec* [Internet]. Québec; 2020. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2686_cadre_reference_revision_pairs.pdf
26. Agence de la santé publique du Canada. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2018. Disponible à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-fra.pdf

27. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec* [Internet]. Québec : Gouvernement du Québec; 2015. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population* [Internet]. Québec : Gouvernement du Québec; 2016. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
29. Agence de la santé publique du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé* [Internet]. Gouvernement du Canada. 2019 [cité 17 juin 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
30. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2009. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
31. Institut national de santé publique du Québec. *Surveillance des inégalités sociales de santé [Internet]. INSPQ.* [cité 17 oct. 2021]. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante>
32. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Gradient social de santé* [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible à : <http://nccdh.ca/glossary/entry/gradient-social-de-sante>
33. Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse Health Development: Past, Present and Future. *Matern Child Health J.* Févr. 2014;18(2):344-65.
34. World Health Organization, Regional Office for Europe. *The Minsk declaration: the life-course approach in the context of health 2020* [Internet]. Copenhagen; 2020. Disponible à : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf
35. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organizations' Commission on the Social Determinants of Health* [Internet]. Vancouver; 2007. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/early-child-development-a-powerful-equalizer-final-report-for-the-world-health-organization-s-commission-on-the-social-determinants-of-health>
36. Lucyk K. "It's a tradition of naming injustice": An oral history of the social determinants of health – Canadian reflections, 1960s-present. *SSM Popul Health.* 13 sept. 2018;6:178-83.
37. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine.* 1^{er} janv. 1990;31(12):1347-63.
38. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health.* oct 2021;199:20-4.
39. Eshetu EB, Woldeesenbet SA. Are there particular social determinants of health for the world's poorest countries? *Afr Health Sci.* 2011;11(1):108-15.
40. Pan American Health Organization. *Just societies: health equity and dignified lives. report of the commission of the pan american health organization on equity and health* [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2019. Disponible à : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571>

41. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. *Communautés* [Internet]. [cité 23 nov. 2021]. Disponible à : <https://nrhss.ca/fr/communaut%C3%A9s>
42. Commonwealth of Australia, Department of Health. *My Life My Lead - Opportunities for strengthening approaches to the social determinants and cultural determinants of Indigenous health: Report on the national consultations December 2017* [Internet]. Canberra; 2017 p. 34. Disponible à : <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/12/my-life-my-lead-report-on-the-national-consultations-my-life-my-lead-consultation-report.pdf>
43. The Centre of Research Excellence in Aboriginal Chronic Disease Knowledge Translation and Exchange (CREATE). *Aboriginal Community Controlled Health Organisations in practice: Sharing ways of working from the ACCHO sector* [Internet]. Adelaide: Wardliparingga Aboriginal Health Equity Theme, South Australian Health & Medical Research Institute; 2020. Disponible à : https://create.sahmri.org/wp-content/uploads/2020/02/ACCHO_Interactive_Resource2020.pdf
44. The Lowitja Institute. *We nurture our culture for our future, and our culture nurtures us* [Internet]. Victoria, Australia; 2020. Disponible à : <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Faculties/ATSI/Close-the-gap-2020-report.pdf>
45. Social Policy Evaluation and Research Unit (Superu). *The Whānau Rangatiratanga Frameworks: Approaching whānau wellbeing from within Te Ao Māori*. Research Report [Internet]. Wellington, New Zealand; 2016. Disponible à : <https://thehub.swa.govt.nz/assets/Uploads/Whanau-rangatiratanga-frameworks-summary.pdf>
46. Dudgeon P, Milroy H, Walker R, éditeurs. *Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice* [Internet]. Department of the Prime Minister and Cabinet and Telethon Institute for Child Health Research. Barton, ACT; 2014. Disponible à : <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/aboriginal-health/working-together-second-edition/working-together-aboriginal-and-wellbeing-2014.pdf>
47. Reading JL, Kmetz A, Gideon V. *First Nations Wholistic Policy and Planning Model. Discussion Paper for the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health* [Internet]. Ottawa: Assembly of First Nations; 2007. Disponible à : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.9397&rep=rep1&type=pdf>
48. Reading C, Wien F. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health* [Internet]. Prince George: National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2013. Disponible à : https://www.nccih.ca/495/Health_inequalities_and_the_social_determinants_of_Aboriginal_peoples_health_nccih?id=46
49. First Nations Health Authority. *First Nations Regional Health Survey Phase 3 (2015–17): Northern Region* [Internet]. West Vancouver; 2019. Disponible à : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-Regional-Health-Survey-Phase-3-2015-2017-Northern-Region.pdf>
50. Inuit Tapiriit Kanatami. *Social Determinants of Inuit Health in Canada* [Internet]. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami; 2014. Disponible à : https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf
51. Dyck M. *Social Determinants of Métis Health* [Internet]. Ottawa: National Aboriginal Health Organization; 2008. Disponible à : https://fnim.sehc.com/getmedia/960a0972-2313-4fff-b0dd-f407fc71c94d/Research_SocialDeterminantsofHealth.pdf.aspx?ext=.pdf

52. Fletcher C, Riva M, Lyonnais MC, Saunders I, Baron A, Lynch M, et al. *Definition of an Inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik. Community Component. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?* [Internet]. Quebec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRGHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2021. Disponible à : https://nrbhss.ca/sites/default/files/health_surveys/The_IQI_Model_of_Health_and_Well-Being_report_en.pdf
53. First Nations Information Governance Centre. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 1* [Internet]. Ottawa; 2018. Disponible à : <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/cannabis/The%20First%20Nations%20Regional%20Health%20Survey.pdf>
54. First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada, Assembly of First Nations, Thunderbird Partnership Foundation. *First Nations Mental Wellness Continuum Framework* [Internet]. Ottawa; 2015. Disponible à : https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf
55. First Nations Health Authority. *First Nations Perspective on Health and Wellness* [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2021]. Disponible à : <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/first-nations-perspective-on-wellness>
56. First Nations Health Council. *Reclaiming Our Connections: The Next Ten Years* [Internet]. Vancouver; 2020. Disponible à : https://fnhc.ca/wp-content/uploads/2021/01/GWX_Guidebook-2ndEd_FNL-Feb-2020.pdf
57. Health Canada, Assembly of First Nations, Thunderbird Partnership Foundation. *First Nations mental wellness continuum framework: Summary report* [Internet]. Ottawa: Government of Canada; 2015 [cité 16 mars 2021]. Disponible à : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_checklist/2015/internet/w15-36-F-E.html/collections/collection_2015/sc-hc/H34-278-2-2014-eng.pdf
58. First Nations Health Authority, Office of the Provincial Health Officer. *First Nations Population Health and Wellness Agenda* [Internet]. West Vancouver and Victoria; 2021. Disponible à : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-First-Nations-Population-Health-and-Wellness-Agenda.pdf>
59. Dudgeon P, Wright M, Paradies Y, Garvey D, Walker I. *Aboriginal Social, Cultural and Historical Contexts. Dans : Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice* [Internet]. Department of the Prime Minister and Cabinet and Telethon Institute for Child Health Research. Barton, ACT; 2014. Disponible à : <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/aboriginal-health/working-together-second-edition/working-together-aboriginal-and-wellbeing-2014.pdf>
60. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts. 2nd Edition* [Internet]. Oshawa and Toronto: Ontario Tech University Faculty of Health Sciences and York University School of Health Policy and Management; 2020. Disponible à : https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf
61. Adelson N. « *Being Alive Well* » *Health and the Politics of Cree Well-Being*. Toronto: University of Toronto Press; 2000.

62. Department of Health. Hui Whakaoranga. *Maori Health Planning Workshop. Hoani Waititi Marae 19-22 March 1984* [Internet]. Wellington: New Zealand Government; 1984. Disponible à : [https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/199037C1AB3E7B724C2565D700185DBD/\\$file/Hui%20Whakaoranga%20Maori%20Health.pdf](https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/199037C1AB3E7B724C2565D700185DBD/$file/Hui%20Whakaoranga%20Maori%20Health.pdf)
63. First Nations Information Governance Centre. *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03, Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*. Ottawa; 2005.
64. Mantoura P, Morrison V. Note documentaire. *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé* [Internet]. Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2016. Disponible à : http://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineq_Ineq_ApprochesPPInegalites_Fr.pdf
65. Commission on Social Determinants of Health. *Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications. Report on specially prepared documents, presentations and discussion at the International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health Adelaide, 29-30 April 2007 for the Commission on Social Determinants of Health (CSDH)* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007.
66. Bourke S, Wright A, Guthrie J, Russell L, Dunbar T, Lovett R. Evidence Review of Indigenous Culture for Health and Wellbeing. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*. 2018;8(4):11-27.
67. Finlay SM, Canuto K, Canuto K, Neal N, Lovett RW. Chapter 2 Aboriginal and Torres Strait Islander connection to culture: building stronger individual and collective wellbeing. *Med J Aust* [Internet]. 2021;214(8 Suppl). Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/mja2.51020>
68. King J, Masotti P, Dennem J, Hadani S, Linton J, Lockhart B, et al. The Culture is Prevention Project: Adapting the Cultural Connectedness Scale for Multi-Tribal Communities. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*. 2019;26(3):104-35.
69. Lovett R, Brinckley MM, Phillips B, Chapman J, Thurber KA, Jones R, et al. *Marrathalpu mayingku ngiyi kiyi. Minyawaa ngiyani yata punmalaka; wangaaypu kirrampili kara [Ngiyampaa title]; In the beginning it was our people's law. What makes us well; to never be sick. Cohort profile of Mayi Kuwayu: The National Study of Aboriginal and Torres Strait Islander Wellbeing* [English title]. Australian Aboriginal Studies (Canberra). 2020;(2):8-30.
70. Bombay A, Matheson K, Anisman H. The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcult Psychiatry*. Juin 2014;51(3):320-38.
71. Kairuz CA, Casanelia LM, Bennett-Brook K, Coombes J, Yadav UN. Impact of racism and discrimination on physical and mental health among Aboriginal and Torres Strait islander peoples living in Australia: a systematic scoping review. *BMC Public Health*. Déc. 2021;21(1):1302.
72. Anyikwa VA. Trauma-Informed Approach to Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. 2 sept. 2016;13(5):484-91.
73. Bowen EA, Murshid NS. Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. *Am J Public Health*. Févr. 2016;106(2):223-9.
74. Reid J, Taylor-Moore K, Varona G. Towards a Social-Structural Model for Understanding Current Disparities in Maori Health and Well-Being. *Journal of Loss and Trauma*. Nov. 2014;19(6):514-36.
75. Bellamy S, Hardy C. *Post-traumatic stress disorder in Aboriginal People in Canada: Review of risk factors, the current state of knowledge and directions for further research*. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2015.

76. Elias B, Mignone J, Hall M, Hong SP, Hart L, Sareen J. 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*. Mai 2012;74(10):1560-9.
77. George E, Mackean T, Baum F, Fisher M. Social Determinants of Indigenous Health and Indigenous Rights in Policy: A Scoping Review and Analysis of Problem Representation. *iipj*. 21 mai 2019;10(2):1-25.
78. Houkamau C, Tipene-Leach D, Clarke K. The high price of being labelled "high risk": Social context as a health determinant for sudden unexpected infant death in Māori communities. *nzcomjnl* [Internet]. 1^{er} déc. 2016 [cité 16 sept 2021];52. Disponible à : <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2018/09/Jnl-52-article-9.pdf>
79. Groupe en éthique de la recherche. EPTC 2 (2018) – *Chapitre 9 : Recherche impliquant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada*. Dans : Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2018) [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2020. Disponible à : https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-epc2_2018_chapter9-chapitre9.html
80. Baba L. *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé* [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2013 [cité 18 oct. 2016]. Disponible à : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/88/CIPHER_report_FR_web_updated.pdf
81. Brascoupé S, Waters C. Cultural Safety - Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness. *Journal of Aboriginal Health*. 2009;5(2):6-41.
82. First Nations Health Authority. *#itstartswithme Creating a Climate for Change. Cultural Safety and Humility in Health Services Delivery for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia* [Internet]. British Columbia: First Nations Health Authority; Disponible à : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
83. Université de Montréal. *L'essentiel de Google* [Internet]. Bibliothèques - Université de Montréal. [cité 16 oct. 2021]. Disponible à : <https://bib.umontreal.ca/guides/bd/google?tab=126>
84. Whitehead M, Dahlgren G. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2* [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2007. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107791/E89384.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

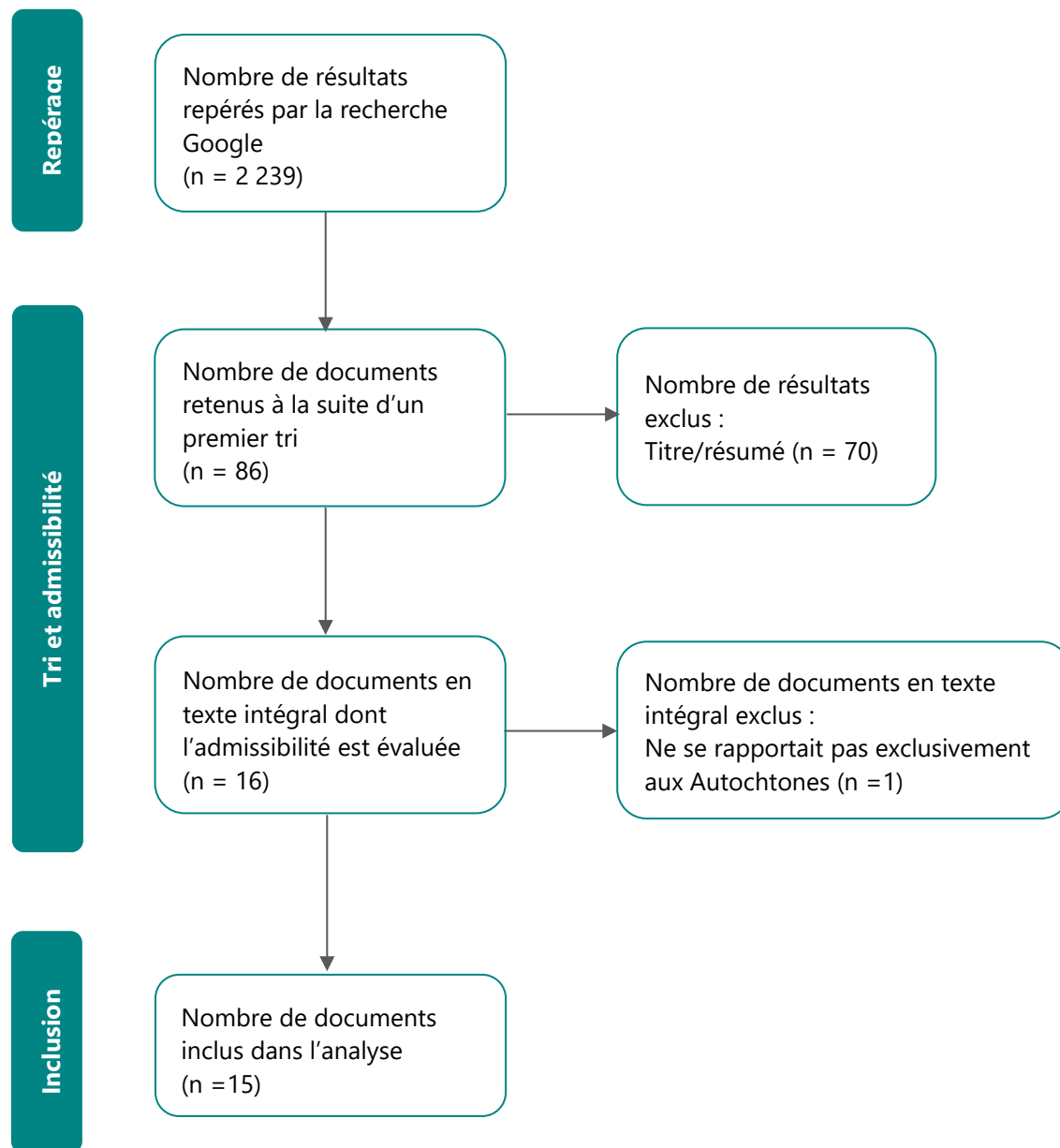
	Stratégie de recherche
Anglais	aboriginal "first nations" indigenous inuit "social determinants" disparities gaps inequities health "well-being" wellbeing wellness evaluation evidence framework model policy strategy ext:pdf
	site:gov aboriginal "first nations" indigenous inuit "American Indians" "social determinants" disparities gaps inequities health "well-being" wellbeing wellness evaluation evidence framework model policy strategy ext:pdf
	site:au aboriginal "first nations" indigenous inuit "social determinants" disparities gaps inequities health "well-being" wellbeing wellness evaluation evidence framework model policy strategy ext:pdf
	site:nz aboriginal "first nations" indigenous maori "social determinants" disparities gaps inequities health "well-being" wellbeing wellness evaluation evidence framework model policy strategy ext:pdf
Français	autochtone autochtones inuit "premières nations" "déterminants sociaux" disparités écarts inégalités iniquités santé bien-être cadre évaluation évidence stratégie ext:pdf

ANNEXE 2 SITES WEB D'ORGANISMES CIBLÉS

Nom de l'organisation (URL du site)
<i>Aboriginal Medical Services Alliance Northern Territory</i> (http://www.amsant.org.au/)
Agence de la santé publique du Canada (https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html)
<i>Alaska Native Tribal Health Consortium</i> (https://anthc.org/)
<i>American Indian Public Health Resource Center</i> (https://www.ndsu.edu/centers/american_indian_health/)
Assemblée des Premières Nations (https://www.afn.ca/fr/accueil/)
Association canadienne de santé publique (https://www.cpha.ca/fr)
<i>Australian Indigenous HealthInfoNet</i> (https://healthinfonet.ecu.edu.au/)
<i>Australian Institute of Health and Welfare</i> (https://www.aihw.gov.au/)
<i>Centers for American Indian & Alaska Native Health</i> (https://coloradosph.cuanschutz.edu/research-and-practice/centers-programs/caianh)
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (https://www.cdc.gov/tribal/tribes-organizations-health/index.html)
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (https://www.cnsa.ca/fr/)
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (https://nccdh.ca/)
Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (https://fnigc.ca/fr/)
<i>Centre of Research Excellence in Aboriginal Chronic Disease Knowledge Translation and Exchange (The)</i> (https://create.sahmri.org/)
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (https://cssspnql.com/)
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (https://www.creehealth.org/fr/home)
Femmes autochtones du Québec (https://faq-qnw.org/)
<i>First Nations Child & Family Caring Society</i> (https://fnCARINGSOCIETY.COM/)
<i>First Nations Health Authority</i> (https://www.fnha.ca/)
<i>First Nations Health Managers Association</i> (https://fnhma.ca/)
<i>Flinders University</i> (https://www.flinders.edu.au/)
<i>Indian Health Service</i> (https://www.ihs.gov/)

Nom de l'organisation (URL du site) (suite)
Inuit Tapiriit Kanatami (https://www.itk.ca/)
Johns Hopkins Center for American Indian Health (https://caih.jhu.edu/?fbclid=IwAR0zZ_-mnYCfkjoscOr3HH5Uxe5rVllc7TMOSutls9HIIWQJfNNAWN-z2oY)
Lowitja Institute (https://www.lowitja.org.au/)
National Aboriginal Community Controlled Health Organisation (NACCHO) (https://www.naccho.org.au/)
National Institutes of Health – Tribal Health Research Office (https://dpcpsi.nih.gov/thro)
Native American Research Centers for Health (NARCH) (https://www.nigms.nih.gov/Research/DRCB/NARCH/Pages/default.aspx)
Native Women's Association of Canada (https://www.nwac.ca/)
Ministry of Health Manatū Hauora, New Zealand Government (https://www.health.govt.nz/)
Ongomiizwin - Indigenous Institute of Health and Healing (https://umanitoba.ca/ongomiizwin/)
Pan American Health Organization (https://www.paho.org/en)
Pauktuutit Inuit Women of Canada (https://www.pauktuutit.ca/)
Public Health Association Australia (https://www.phaa.net.au/)
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (https://nrhss.ca/fr)
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (https://www.rcaaq.info/)
Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) (https://reseaudialog.ca/)
Services aux Autochtones Canada (https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada.html)
Telethon Kids Institute (https://www.telethonkids.org.au/)
Thunderbird Partnership Foundation (https://thunderbirdpf.org/?lang=fr)
WHO (https://www.who.int/)
Yellowhead Institute (https://yellowheadinstitute.org/)

ANNEXE 3 PRISMA



ANNEXE 4 LISTE DE VÉRIFICATION D'AACODS

AACODS		Oui	Non	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Un seul auteur			
	• Associé à une organisation réputée?			
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?			
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise/noire) dans le domaine?			
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?			
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?			
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?			
	Une organisation ou un groupe			
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex. l'Organisation mondiale de la Santé)?			
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?			
	Dans tous les cas :			
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?			
	Commentaires			
	Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?		
• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?				
• La méthodologie est-elle précisée?				
• Le cas échéant, est-elle respectée?				
• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?				
• A-t-il été édité par une autorité réputée?				
• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?				
• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?				
• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?				
• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?				
• Si le document est de source secondaire (p. ex. orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.				
• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?				
Commentaires				

AACODS		Oui	Non	?
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications. Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.			
	<ul style="list-style-type: none"> Les limites sont-elles clairement énoncées? 			
Objectivité	Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus.			
	<ul style="list-style-type: none"> Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 			
	Commentaires			
Date	Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.			
	<ul style="list-style-type: none"> Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. Si le document n'est pas daté, mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-t-il une raison valide qui justifie l'absence de date? Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 			
	Commentaires			
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent.			
	<ul style="list-style-type: none"> Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)? Met-il la recherche en contexte? Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique? Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle? Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document? Est-il intégral, représentatif, caractéristique? A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)? 			
	Commentaires			

Adapté de : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. 2016. *Liste de vérification AACODS*. Montréal. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf

ANNEXE 5 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTIONNÉS DANS LES CADRES UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE

Tableau 2 Définition^a et déterminants de la santé selon l’auteur

	Définition des déterminants de la santé	Déterminants de la santé
Dahlgren et Whitehead (38, 84)	<p>Il s’agit de facteurs qui influencent la santé de manière positive ou négative. [...] les déterminants de la santé liés à la société, à l’économie et au mode de vie — c’est-à-dire les facteurs qui peuvent être influencés par des décisions politiques, commerciales et individuelles — par opposition aux facteurs liés à l’âge, au sexe et à la génétique, qui influencent également la santé mais ne sont pas, dans l’ensemble, susceptibles d’être influencés par des politiques ou d’autres types de politiques.</p> <p>Déterminants des inégalités sociales de santé : il s’agit des déterminants de la santé liés à la société, à l’économie et au mode de vie qui augmentent ou diminuent les inégalités sociales de santé. Ces facteurs peuvent toujours être influencés par des choix/décisions politiques, commerciaux et individuels.</p>	<p>Âge, genre et facteurs génétiques</p> <p>Facteurs liés au style de vie des personnes</p> <p>Réseaux sociaux et communautaires</p> <p>Facteurs liés aux conditions de vie et de travail : environnement de travail, éducation, agriculture et production alimentaire, chômage, eau et hygiène, services de santé et logement</p> <p>Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales</p>
Organisation mondiale de la santé (10, 11)	<p>Conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. [...] la médiocrité et la disparité dans les conditions de vie sont les conséquences de conditions structurelles profondes qui déterminent la façon selon laquelle les sociétés sont organisées. [...] Les conditions de vie quotidienne, qui sont elles-mêmes la conséquence de ces facteurs structurels, constituent ensemble les déterminants sociaux de la santé.</p>	<p>Conditions de vie pendant la petite enfance</p> <p>Scolarisation</p> <p>Emploi et conditions de travail</p> <p>Environnement social (protection sociale)</p> <p>Environnement physique (bâti)</p> <p>Soins de santé</p> <p>Stratification sociale</p> <p>Déviations, normes et valeurs sociales</p> <p>Équité entre les sexes</p> <p>Économie mondiale et nationale et politique sociale</p> <p>Gouvernance</p> <p>Surveillance de l’état de santé</p>

Tableau 2 Définition^a et déterminants de la santé selon l’auteur (suite)

Définition des déterminants de la santé	Déterminants de la santé
<p>Les principaux facteurs ayant une incidence sur la santé de la population canadienne n’ont rien à voir avec les traitements médicaux ou avec les choix de style de vie, mais plutôt avec les conditions de vie et de travail. Ces conditions représentent aujourd’hui ce que nous en sommes venus à appeler les déterminants sociaux de la santé.</p> <p>Raphael et coll. (7)</p>	<p>Revenu et répartition du revenu Éducation Chômage et sécurité d’emploi Emploi et conditions de travail Développement du jeune enfant Insécurité alimentaire Logement Exclusion sociale Filet de sécurité sociale Services de santé Géographie Handicap Ascendance autochtone Genre Immigration Race Mondialisation</p>

Tableau 2 Définition^a et déterminants de la santé selon l’auteur (suite)

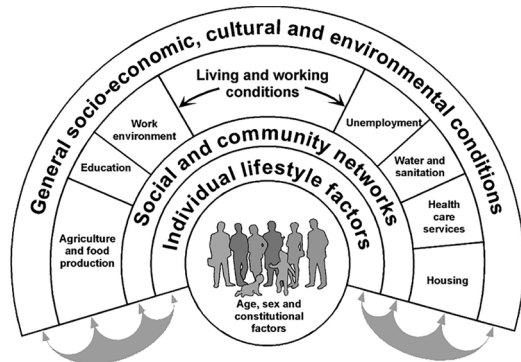
Définition des déterminants de la santé	Déterminants de la santé
<p>Il s’agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l’on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global.</p> <p>Ministère de la Santé et des Services sociaux (24)</p>	<p>Santé globale Santé physique Santé mentale et psychosociale Caractéristiques biologiques et génétiques Compétences personnelles et sociales Habitudes de vie et comportements Caractéristiques socioéconomiques Milieu familial Milieu de garde et scolaire Milieu de travail Milieux d’hébergement Communauté locale et voisinage Systèmes d’éducation et de services de garde à l’enfance Systèmes de santé et de services sociaux Aménagement du territoire Soutien à l’emploi et solidarité sociale Autres systèmes et programmes Contexte politique et législatif Contexte économique Contexte démographique Contexte social et culturel Contexte scientifique et technologique Environnement naturel et écosystèmes</p>

Tableau 2 Définition^a et déterminants de la santé selon l’auteur (suite)

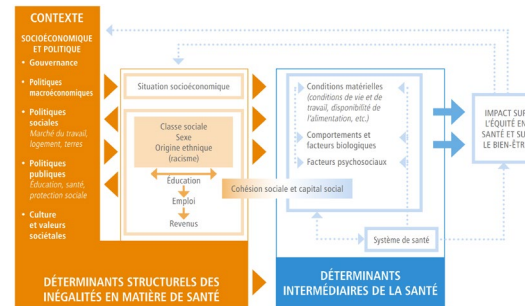
Définition des déterminants de la santé	Déterminants de la santé
<p>Les déterminants de la santé comprennent un large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé d’une personne ou d’une population.</p> <p>Agence de la santé publique du Canada (29)</p>	<p>Revenu et statut social Emploi et conditions de travail Éducation et littératie Expériences vécues pendant l’enfance Environnement physique Soutien social et capacité d’adaptation Comportements sains Accès aux services de santé Biologie et patrimoine génétique Genre Culture Race et racisme</p>

^a Traduction libre de l’auteur.

ANNEXE 6 REPRÉSENTATIONS VISUELLES DES CADRES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE



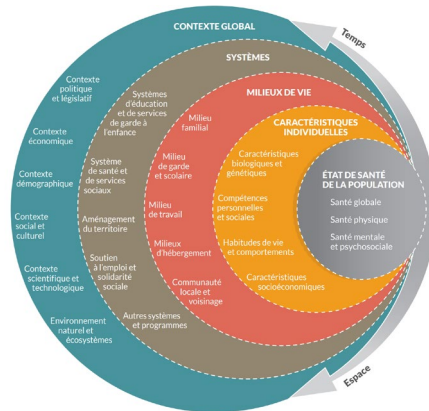
Dahlgren et Whitehead



Solar et Irwin (repris par l'OMS)

- Revenu et répartition du revenu
- Éducation
- Chômage et sécurité d'emploi
- Emploi et conditions de travail
- Développement du jeune enfant
- Insécurité alimentaire
- Logement
- Exclusion sociale
- Filet de sécurité sociale
- Services de santé
- Géographie
- Handicap
- Ascendance autochtone
- Genre
- Immigration
- Race
- Mondialisation

Raphael et coll.



Ministère de la Santé et des Services sociaux

1. le revenu et le statut social;
2. l'emploi et les conditions de travail;
3. l'éducation et la littératie;
4. les expériences vécues pendant l'enfance;
5. l'environnement physique;
6. le soutien social et la capacité d'adaptation;
7. les comportements sains;
8. l'accès aux services de santé;
9. la biologie et le patrimoine génétique;
10. le genre;
11. la culture;
12. la race et le racisme.

Agence de la santé publique du Canada

ANNEXE 7 GRILLES D'EXTRACTION DES DONNÉES SIMPLIFIÉES

Tableau 3 Caractéristiques des organismes selon le type, le pays, le mandat, le titre et le type des documents

	Types d'organismes ^a	Pays	Mandats	Titres des documents	Types de document
Assemblée des Premières Nations (47)	Autochtone À but non lucratif	Canada	Promouvoir les intérêts des Premières Nations selon le mandat conféré par les Chefs en Assemblée, à travers différentes activités.	<i>First Nations Wholistic Policy and Planning Model Discussion Paper for the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health</i>	Document de réflexion
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (48)	Non autochtone À but non lucratif	Canada	Le CCNSA est l'un des six Centres de collaboration nationale en santé publique financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Ils ont été créés pour promouvoir et appuyer le concept de santé publique informée par des données probantes. Leur mandat est pancanadien. Le mandat du CCNSA est de : Synthétiser, appliquer et partager des connaissances sur la santé des Autochtones. Créer et promouvoir les liens entre les communautés Autochtones ainsi qu'avec les intervenants, la population, les experts de santé publique et les chercheurs.	<i>Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health</i>	Synthèse des connaissances
Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (53)	Autochtone À but non lucratif	Canada	Participer au développement des capacités, à l'éducation et à la formation en recherche et en analyse des Premières Nations. Élaborer et administrer des enquêtes de santé sur les Premières Nations avec des partenaires régionaux.	<i>National Report of The First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One</i>	Rapport de surveillance

Tableau 3 Caractéristiques des organismes selon le type, le pays, le mandat, le titre et le type des documents (suite)

	Types d'organismes ^a	Pays	Mandats	Titres des documents	Types de document
(The) Centre of Research Excellence in Aboriginal Chronic Disease Knowledge Translation and Exchange (CREATE) (43)	Non autochtone À but non lucratif	Australie	Synthétiser les données probantes afin d'étayer les lignes directrices, les politiques et les autres outils axés sur l'amélioration des services de santé et des résultats en matière de santé pour les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres en Australie. Renforcer les capacités des travailleurs de la santé et des chercheurs Autochtones à produire et à utiliser des données probantes pour améliorer les résultats en matière de santé.	<i>Aboriginal Community Controlled Health Organisations in practice: Sharing ways of working from the ACCHO sector</i>	Rapport de recherche
Commonwealth of Australia, Department of Health (42)	Non-autochtone Ministère	Australie	Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes avec la collaboration de diverses parties prenantes. Conseiller le gouvernement australien sur la santé, les soins aux personnes âgées et le sport.	<i>My Life My Lead - Opportunities for strengthening approaches to the social determinants and cultural determinants of Indigenous health: Report on the national consultations December 2017</i>	Document synthèse Document organisationnel
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada et Assemblée des Premières Nations et Thunderbird Partnership Foundation (54)	Non-autochtone Ministère Autochtones À but non lucratif	Canada	DGSPNI (dorénavant Santé des Autochtones Canada): Administre les services de santé offerts aux Autochtones au Canada. Thunderbird Partnership Foundation : Promouvoir les services de lutte contre la toxicomanie, adaptés aux cultures des Premières Nations au Canada.	<i>First Nations Mental Wellness Continuum Framework</i>	Cadre de référence

Tableau 3 Caractéristiques des organismes selon le type, le pays, le mandat, le titre et le type des documents (suite)

	Types d'organismes ^a	Pays	Mandats	Titres des documents	Types de document
First Nations Health Authority (49)	Autochtone Public	Canada	Représenter les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique en matière de santé et de mieux-être par le biais d'accords de contributions, de programmes, de services et d'autres initiatives. Mettre en œuvre les plans et les accords en matière de santé. Publier des rapports et entreprendre des évaluations.	<i>First Nations regional health survey Phase 3 (2015-17). Northern Region</i>	Rapport de surveillance
First Nations Health Authority et Office of the Provincial Health Officer (58)	Autochtone Non autochtone Publics	Canada	Provincial Health Officer : Surveiller la santé de la population de la Colombie-Britannique. Fournir des conseils indépendants aux ministres et aux responsables publics sur les questions de santé publique.	<i>First Nations Population Health and Wellness Agenda</i>	Planification stratégique
First Nations Health Council (56)	Autochtone Public	Canada	Mettre en œuvre les accords tripartites en Colombie-Britannique entre l'organisme, la province et le gouvernement du Canada.	<i>Reclaiming our connections. The next ten years</i>	Planification stratégique
Inuit Tapiriit Kanatami (50)	Autochtone À but non lucratif	Canada	Promouvoir et protéger les droits et les intérêts culturels, politiques, environnementaux et de santé des Inuit au Canada.	<i>Social Determinants of Inuit Health in Canada</i>	Synthèse des connaissances
(The) Lowitja Institute (44)	Non autochtone À but non lucratif	Australie	Œuvrer à la santé et au mieux-être des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres en Australie par le biais d'une recherche de qualité à fort impact, de l'application des connaissances et du soutien aux chercheurs.	<i>We nurture our culture for our future, and our culture nurtures us</i>	Document de réflexion
Organisation nationale de la santé autochtone (51)	Autochtone À but non lucratif <i>L'organisme a cessé ses activités en 2002</i>	Canada	Participer à la recherche, à la formation et au partage des connaissances auprès des communautés Autochtones au Canada. Participer à la promotion des besoins de santé distincts des Autochtones au Canada en référant aux approches de guérison autochtones et occidentales contemporaines.	<i>Social determinants of Métis Health</i>	Document de réflexion

Tableau 3 Caractéristiques des organismes selon le type, le pays, le mandat, le titre et le type des documents (suite)

	Types d'organismes ^a	Pays	Mandats	Titres des documents	Types de document
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec (52)	Non autochtones Publics	Canada	RRSSSN : Organiser les services de santé au Nunavik, évaluer leur efficacité et s'assurer que les usagers reçoivent des services de qualité répondant à leurs besoins. INSPQ : Soutenir le MSSS, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités.	<i>Definition of an Inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik. Community Component. Nunavik Inuit Health Survey 2017</i> <i>Qanuilirpitaa? How are we now?</i>	Rapport de recherche
Social Policy Evaluation and Research Unit (Superu) (45)	Non autochtone Public	Nouvelle-Zélande	Accroître l'utilisation de données par les travailleurs du domaine social afin d'améliorer la prise de décision en matière de financement, de politiques et de services en Nouvelle-Zélande. La commission a été dissoute en 2018.	<i>The Whānau Rangatiratanga Frameworks: Approaching whānau wellbeing from within Te Ao Māori. Summary</i>	Cadre de référence
Telethon Kids/Kulunga Research Network (46)	Non autochtone À but non lucratif	Australie	Telethon Kids : Améliorer la santé et le mieux-être des enfants grâce à l'excellence en santé. Réseau de recherche Kulunga : Fournir un soutien, des conseils et une orientation communautaire à tous les chercheurs du Telethon Kids. S'assurer que la recherche répond aux besoins de la communauté et respecte les normes de la recherche en santé des Autochtones. Fournir une formation culturelle et superviser la gouvernance culturelle dans les projets de recherche. Fournir une formation et un soutien à tous les Autochtones qui participent aux recherches du Telethon Kids. Faire connaître et comprendre la recherche du Telethon Kids dans les communautés Autochtones.	<i>Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice</i>	Rapport de recherche

^a Un organisme Autochtone est entendu ici comme une entité désignée par ses membres qui représente exclusivement les intérêts d'un groupe, d'une communauté, d'une Nation ou d'un peuple. Cette définition est uniquement utilisée comme outil de comparaison pour l'analyse des cadres des déterminants de la santé des Autochtones.

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones

	Justification du cadre	Déterminants ^a
Assemblée des Premières Nations (47)	Améliorer la santé sans la caractériser structurellement comme étant mauvaise.	Autodétermination Gestion de l'environnement Services sociaux Justice Genre Développement sain des enfants Éducation et apprentissage tout au long de la vie Langues, patrimoine et culture Urbain/rural Territoire et ressources Développement économique Emploi Soins de santé Sur/hors réserve Logement
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (48)	Comprendre les relations entre les déterminants sociaux et les diverses dimensions de la santé; Examiner les trajectoires potentielles de la santé tout au long du parcours de vie.	Proximaux : habitudes de vie, environnements physiques, emploi et revenu, éducation, insécurité alimentaire Intermédiaires : système de santé, système d'éducation, ressources communautaires, gouvernance territoriale, continuité culturelle Distaux : colonialisme, racisme et exclusion sociale, autodétermination
Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (53)	Mettre en évidence la pertinence des questions portant sur la culture, la langue, la vision du monde et la spiritualité dans une enquête sur la santé des Premières Nations. Contribuer à équilibrer les recherches antérieures en faisant ressortir les changements positifs liés au mieux-être des Premières Nations.	Culture et langue Revenus et emploi Éducation Logement Sécurité alimentaire Environnement Ressources durables Justice sociale et équité Histoire et expériences uniques Racisme Accès aux services

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones (suite)

	Justification du cadre	Déterminants ^a
<i>(The) Centre of Research Excellence in Aboriginal Chronic Disease Knowledge Translation and Exchange (CREATE) (43)</i>	Proposer un modèle pratique des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé linguistique entre la terminologie des <i>Aboriginal Community Controlled Health Organisations</i> et la terminologie occidentale.	Environnement physique Sécurité alimentaire Comportements individuels et facteurs biologiques Conditions psychologiques Accès aux systèmes de santé Cohésion sociale, capital social Genre Racisme et discrimination Éducation et emploi Gouvernance Territoire, culture Autodétermination
<i>Commonwealth of Australia, Department of Health (42)</i>	Cerner les domaines prioritaires pour agir sur les déterminants sociaux et culturels de la santé.	Culture Développement économique Développement de l'enfance Accès aux services de santé Éducation Santé environnementale Cohésion sociale Racisme, discrimination Traumatismes Sécurité alimentaire

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones (suite)

	Justification du cadre	Déterminants ^a
Direction de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada, Assemblée des Premières Nations et Thunderbird Partnership Foundation (54)	Outiller les communautés pour remanier et réaligner leurs programmes et services de mieux-être mental. Éclairer les décisions futures en matière de programmation afin d'assurer la meilleure utilisation des ressources disponibles.	Gestion de l'environnement Services sociaux Justice, éducation et apprentissage tout au long de la vie Patrimoine linguistique et culture Milieu urbain et rural Territoire et ressources Développement économique Emploi Soins de santé Logement
First Nations Health Authority (49)	Proposer une compréhension commune de la vision fluide et holistique de la santé et du mieux-être.	Gouvernance Culture et langue Territoire, eau et environnement Éducation Revenus et emploi Développement de l'enfance Réseaux de soutien social Genre Environnement physique Pratiques de santé personnelles et capacités d'adaptation
First Nations Health Authority et Office of the Provincial Health Officer (58)	Proposer une approche commune pour le suivi de 22 indicateurs sur une période de 10 ans (2020-2030).	Autodétermination Territoire Culture Soutien social Logement Éducation Accès aux services de santé Enfance et famille

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones (suite)

	Justification du cadre	Déterminants ^a
First Nations Health Council (56)	Définir l'orientation et les responsabilités de l'organisme pour les 10 prochaines années.	<ul style="list-style-type: none"> Autodétermination Culture et langue Éducation Revenu et statut social Emploi et conditions de travail Environnement physique Génétique Sexe Réseaux de soutien social Développement de la petite enfance Pratiques de santé personnelles et capacités d'adaptation Accès aux services de santé Inclusion sociale
Inuit Tapiriit Kanatami (50)	Définir les principaux déterminants sociaux de la santé qui sont pertinents pour les Inuit au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> Qualité du développement de la petite enfance Culture et langue Moyens de subsistance Distribution des revenus Logement Sûreté et sécurité personnelles Éducation Sécurité alimentaire Disponibilité des services de santé Mieux-être mental Environnement

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones (suite)

	Justification du cadre	Déterminants ^a
(The) Lowitja Institute (44)	Faire évoluer les institutions et la réflexion vers un modèle qui fait de la culture le fondement de la santé et du mieux-être.	Déterminants sociaux (dans l'image) : Petite enfance Éducation et jeunesse Emploi et revenu Racisme Logement Environnement et infrastructures Interaction avec les systèmes et services gouvernementaux Droit et justice Dépendance à l'alcool, au tabac et aux autres drogues Pauvreté Sécurité alimentaire Déterminants culturels traités dans le document: Autodétermination et leadership Croyances et connaissances autochtones Expression et continuité culturelles Lien avec le pays (<i>country</i>)
Organisation nationale de la santé autochtone (51)	Faire un premier pas vers un cadre de santé métis prenant la forme d'un continuum.	Passé : Colonialisme, racisme, marginalisation, droits des Métis (deuil), terres des Métis (deuil), perte de la culture, du savoir, de la langue, de la spiritualité, etc. (déterminants historiques) Présent et avenir : Autodétermination, résilience, guérison, résurgence, éducation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec (52)	Synthétiser un large éventail d'informations. Proposer un vocabulaire général de la santé en inuktitut servant de base à un modèle conceptuel de la santé et du mieux-être des Inuit.	Communauté Famille Identité Alimentation Territoire Connaissance (savoirs) Économie Services

Tableau 4 Justification du cadre par les organismes et présentation des déterminants de la santé des Autochtones (suite)

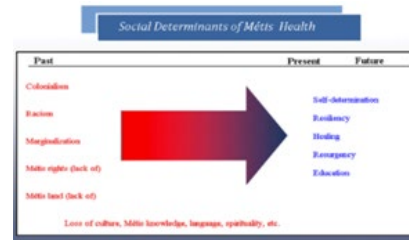
	Justification du cadre	Déterminants ^a
<i>Social Policy Evaluation and Research Unit (Superu) (45)</i>	Illustrer les aspirations des whānau au mieux-être et à l'autonomisation Décrire l'outil permettant la définition des mesures du mieux-être des whānau, la collecte systématique de données et le contexte général nécessaire pour interpréter et comprendre les données.	Durabilité du Te Ao Māori Capacité sociale Potentiel des ressources humaines Autosuffisance économique (intègre la notion de mieux-être matériel) Durabilité environnementale Autonomisation et habilitation
<i>Telethon Kids/Kulunga Research Network (46)</i>	Contribuer à la compréhension d'une variété de perspectives sur le mieux-être social et émotionnel et sur la santé mentale des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres. Favoriser la réflexion.	Connexion à la famille et à la communauté Territoire et culture Autodétermination Statut socioéconomique Logement Éducation Racisme et exclusion sociale Exposition à la violence, aux traumatismes, au stress et au chaos Accès aux ressources communautaires Politiques gouvernementales et oppression historique Autodétermination Continuité culturelle Développement des enfants Santé physique et mentale

^a L'ordonnement des déterminants dans le tableau n'est pas représentatif de leur valeur, mais correspond bien souvent à la présentation des déterminants dans les documents analysés.

ANNEXE 8 REPRÉSENTATIONS VISUELLES DES CADRES DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES



National collaborating centre for Indigenous health



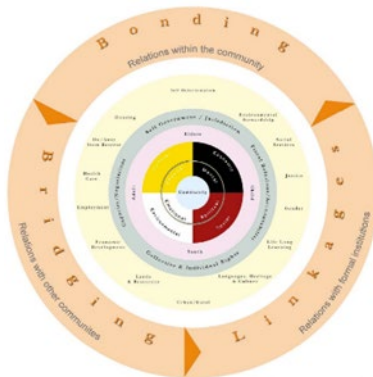
National Aboriginal Health Organization



Inuit Tapiriit Kanatami



Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik



Assembly of First Nations



First Nations Health Council



First Nations Health Authority



First Nations Information Governance Centre



Thunderbird Partnership Foundation



Telethon kids Institute



The Lowija Institute



CREATE



Social Wellbeing Agency, NZ

Centre de référence
et d'expertise



www.inspq.qc.ca