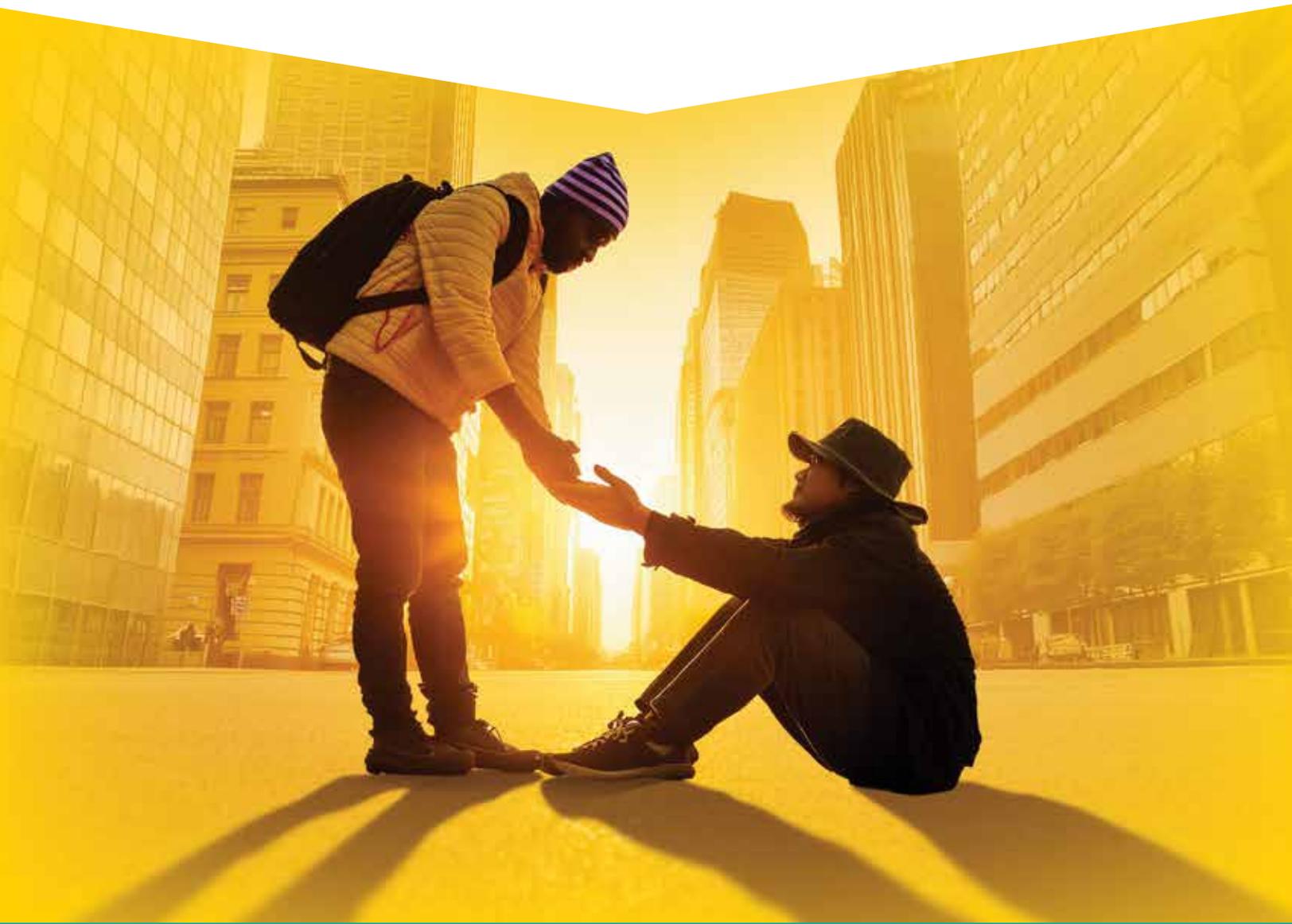


# Cadre d'évaluation du Projet collaboratif Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs

---





# Remerciements

---

Nous remercions chaleureusement les personnes et les groupes qui ont contribué au *cadre d'évaluation du projet collaboratif Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs*.

## Bailleur de fonds

Santé Canada

## Partenaires

Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat)

Excellence en santé Canada (ESC)

## Rédaction principale

Natasha Caverley, Ph. D., conseillère canadienne certifiée – Turtle Island Consulting Services INC. (TICS Inc.) Responsable de l'équipe de projet

Tanya Gadsby, baccalauréat en beaux-arts – Fuselight creative/TICS Inc. Membre de l'équipe de projet

James (Jim) MacGregor, Ph. D. – TICS Inc. Membre de l'équipe de projet

Tom Spetter, diplômé en arts visuels – TICS Inc. Membre de l'équipe de projet

Madeline Walker, Ph. D. – TICS Inc. Membre de l'équipe de projet

## Contributions

Membres du personnel d'accompagnement AEASP

Membres des équipes de projet de la

cohorte 1 et comité d'évaluation AEASP

## Pairs évaluatrices et évaluateurs

Cara Bablitz, M. D., CCMF (SP)

Andrea Coronado, M. Sc.

Kristen DeCaria, Ph. D.

Justin Lui, maîtrise en santé publique

Tanya MacDonald

Holly Prince, M. Serv. Soc., candidate au doctorat

Raquel Shaw Moxam, M. Sc.

Kelli I. Stajduhar, Ph. D., IA, MSRC,

MACSS, FCAN

Dhaarna Tangri

Lindsay Yarrow, M. Serv. Soc., M. Sc., travailleuse sociale autorisée, LCS

# Résumé

---

Les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ont souvent des besoins médicaux complexes et peuvent présenter des résultats cliniques plus défavorables que leurs pairs disposant d'un logement stable. Certaines d'entre elles sont ainsi concernées par l'isolement social, la pauvreté, l'usage de substances psychoactives et la maladie mentale, qui entraînent parfois des besoins uniques en fin de vie et lors de décès prématuré.

Lorsque l'accès aux commodités de base (par exemple, logement sûr et stable, eau propre et installations sanitaires) devient une lutte quotidienne, les besoins de santé holistiques (physiques, mentaux, affectifs et spirituels) descendent dans l'échelle des priorités. Ce processus est aggravé par les expériences de stigmatisation, de racisme et de discrimination et par les obstacles pour accéder aux milieux de soins biomédicaux.

Les iniquités en santé et les séquelles de la colonisation au Canada sont interdépendantes. Dans le contexte canadien, l'itinérance des personnes membres des Premières Nations, inuites et métisses est indissociable des problèmes persistants que sont la dépossession des terres traditionnelles, le traumatisme et la violence intergénérationnels, le racisme systémique et le taux élevé d'enfants pris en charge par l'État.

La surreprésentation de ces populations dans les statistiques sur l'itinérance et le logement précaire est directement liée à ces facteurs, qui sont ancrés dans le colonialisme.

Malgré les inégalités en santé bien connues et documentées, au Canada, les personnes en situation d'itinérance et de logement précaire n'ont pas le même accès aux services de soins palliatifs que celles disposant d'un logement stable, ce qui crée d'autres iniquités dans les soins et les résultats cliniques.

En dépit de ces défis immenses auxquels elles sont confrontées, cette population fait preuve d'une résilience, d'une force et d'un engagement communautaire remarquables pour défendre leurs droits et améliorer leur santé. Les valeurs fondamentales, les cultures, les visions du monde, les communautés diversifiées et les façons d'être sont d'importantes sources de force pour ces personnes, leurs familles de cœur et leurs communautés.

En réponse au *Plan d'action fédéral sur les soins palliatifs*, Excellence en santé Canada et le Partenariat (l'équipe AEASP) ont mis au point le projet collaboratif *Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs* (AEASP), un programme suivant une approche relationnelle. Le projet collaboratif AEASP aide les communautés canadiennes à concevoir, à mettre en œuvre et à évaluer des initiatives offrant une prise en charge palliative aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Jusqu'en 2026, l'équipe du projet collaboratif AEASP contribuera au financement de 23 initiatives dans tout le pays afin d'améliorer l'accès aux soins, l'expérience des soins et les résultats en santé.

Le projet collaboratif AEASP est résolu à renforcer les ressources en soins palliatifs et à améliorer l'équité des services pour les populations mal

desservies afin que leurs expériences uniques soient soutenues et valorisées.

La création, la compréhension et le partage des témoignages sur les initiatives financées par AEASP et le projet collaboratif sont des aspects importants de l'évaluation.

Ces témoignages contribuent à l'amélioration continue des soins palliatifs, notamment sur le plan de l'équité, de la sécurité et de la qualité. Par conséquent, le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP sert de feuille de route concrète et flexible pour évaluer l'avancement du projet et des initiatives qu'il finance.

Fondé sur une approche décolonisée, le cadre résume de manière organisée les aspects clés du projet collaboratif. Il présente des options d'évaluation concrètes et réfléchies aux équipes des projets financés par AEASP en tenant compte de leur degré de préparation au regard de l'évaluation et des rapports, de la taille des organismes, de leur contexte et de leur capacité. Cette méthode d'évaluation concorde avec la philosophie générale et les principes d'équité du projet collaboratif et des initiatives qu'il finance.

# Table des matières

---

<b>Remerciements</b> .....	3
<b>Résumé</b> .....	4
<b>Contexte</b> .....	7
Projet collaboratif Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs .....	8
Objectif du cadre .....	9
<b>Cadre d'évaluation AEASP</b> .....	10
À qui le cadre s'adresse-t-il? .....	11
Pourquoi utiliser ce cadre? .....	12
<b>Introduction</b> .....	13
Que sont les soins palliatifs? .....	13
Que sont les soins palliatifs axés sur l'équité? .....	14
Maladies graves .....	14
Déterminants sociaux de la santé .....	15
Déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones .....	18
Notions communes .....	19
<b>Évaluation pertinente et réfléchie</b> .....	21
Principes directeurs .....	22
Mesures d'évaluation .....	25
<b>Amélioration continue</b> .....	27
Souveraineté des données .....	28
Équipes d'évaluation pluridisciplinaires .....	29
<b>Conclusion</b> .....	30
<b>Annexe A : Termes clés</b> .....	31
<b>Annexe B : Rapports et déclarations notables</b> .....	35
<b>Annexe C : Exemples de mesures d'évaluation AEASP et autres considérations connexes</b> .....	39
Annexe D : Excellence en santé Canada et le Partenariat canadien contre le cancer .....	48
<b>Références</b> .....	49
<b>Notes en fin de texte</b> .....	51

# Contexte

---

Les programmes de soins palliatifs canadiens ont longtemps ignoré les conditions sociostructurelles qui sous-tendent les besoins des personnes en situation d'itinérance. Selon Reimer-Kirkham et coll.,

« la plupart des définitions des soins palliatifs... ne mentionnent pas explicitement l'attention soutenue nécessaire pour cibler les inégalités sociales et structurelles qui ont une influence profonde sur les expériences du système de santé, de la maladie et du décès des personnes particulièrement vulnérables en raison d'une myriade de forces sociopolitiques, économiques, culturelles et historiques<sup>1(p294)</sup> »

Les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ont souvent des besoins médicaux complexes et peuvent présenter des résultats cliniques plus défavorables que leurs pairs disposant d'un logement stable. Certaines d'entre elles sont ainsi concernées par l'isolement social, la pauvreté, l'usage de substances psychoactives et la maladie mentale, qui entraînent parfois des besoins uniques en fin de vie et lors de décès prématuré.

Lorsque l'accès aux commodités de base (par exemple, logement sûr et stable, eau propre et installations sanitaires) devient une lutte quotidienne, les besoins de santé holistiques (physiques, mentaux, affectifs et spirituels) descendent dans l'échelle des priorités. Ce processus est aggravé par les expériences de stigmatisation, de racisme et de discrimination et par les obstacles pour accéder aux milieux de soins biomédicaux.

Les iniquités en santé et les séquelles de la colonisation au Canada sont interdépendantes. Dans le contexte canadien, l'itinérance des personnes membres des Premières Nations, inuites et métisses est indissociable des problèmes

persistants que sont la dépossession des terres traditionnelles, le traumatisme et la violence intergénérationnels, le racisme systémique et le taux élevé d'enfants pris en charge par l'État.

La surreprésentation de ces populations dans les statistiques sur l'itinérance et le logement précaire est directement liée à ces facteurs, qui sont ancrés dans le colonialisme<sup>2,3,4</sup>.

Malgré les inégalités en santé bien connues et documentées, au Canada, les personnes en situation d'itinérance et de logement précaire n'ont pas le même accès aux services de soins palliatifs que celles disposant d'un logement stable, ce qui crée d'autres iniquités dans les soins et les résultats cliniques.

En dépit de ces défis immenses auxquels elles sont confrontées, cette population fait preuve d'une résilience, d'une force et d'un engagement communautaire remarquables pour défendre leurs droits et améliorer leur santé. Les valeurs fondamentales, les cultures, les visions du monde, les communautés diversifiées et les façons d'être sont d'importantes sources de force pour ces personnes, leurs familles de cœur et leurs communautés.

Pour favoriser une mobilisation et des mesures significatives en matière d'accès équitable aux soins palliatifs, tous les ordres de gouvernement doivent participer activement par des partenariats et des collaborations, et travailler avec les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, leurs familles de cœur, les communautés et les prestataires de soins et de services sociaux afin d'améliorer la capacité en soins palliatifs. Plus il y aura de ressources en soins palliatifs pour ce public, mieux ce sera.

Les approches palliatives culturellement adaptées jouent également un rôle crucial dans la lutte contre les disparités en santé et la promotion du bien-être global.

Le *Plan d'action sur les soins palliatifs du gouvernement canadien* souligne l'importance de prendre des mesures afin d'améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les populations mal desservies.

En tant que société, nous voulons façonner un avenir où chaque personne au Canada reçoit des soins et services de santé sûrs et de qualité. L'amélioration de l'équité dans l'accès à une prise en charge palliative vise à permettre aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire 1) de recevoir des soins palliatifs appropriés, sûrs, en temps opportun, sans discrimination; 2) de recevoir ces soins de façon digne dans le milieu de leur choix et 3) de contribuer à la réduction des visites aux services d'urgence et des hospitalisations sans perdre de vue les objectifs de soins individuels.

## Projet collaboratif Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs

En réponse au *Plan d'action fédéral sur les soins palliatifs*, Excellence en santé Canada et le Partenariat (l'équipe AEASP) ont mis au point le projet collaboratif *Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs* (AEASP), un programme suivant une approche relationnelle.

Le projet collaboratif AEASP aide les communautés canadiennes à concevoir, à mettre en œuvre et à évaluer des initiatives offrant une prise en charge palliative aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Jusqu'en 2026, l'équipe du projet collaboratif AEASP contribuera au financement de 23 initiatives dans tout le pays afin d'améliorer l'accès aux soins, l'expérience des soins et les résultats en santé.

Le soutien du programme AEASP aux initiatives comprend :

- un financement pluriannuel;
- des occasions d'apprentissage et de réseautage;
- un soutien au développement des capacités (p. ex. : accompagnement par une experte ou un expert);

- a formation de partenariats avec des personnes ayant été en situation d'itinérance ou de logement précaire;
- a formation de partenariats avec des communautés inuites, métisses et des Premières Nations;
- l'élaboration conjointe de ressources pour soutenir les partenariats et améliorer l'équité dans l'accès à une prise en charge palliative.

Le projet collaboratif AEASP est résolu à renforcer les ressources en soins palliatifs et à améliorer l'équité des services pour les populations mal desservies afin que leurs expériences uniques soient soutenues et valorisées.

La création, la compréhension et le partage des témoignages sur les initiatives financées par AEASP et le projet collaboratif sont des aspects importants de l'évaluation. Ces témoignages contribuent à l'amélioration continue des soins palliatifs, notamment sur le plan de l'équité, de la sécurité et de la qualité.

Aux fins du cadre d'évaluation, le terme « soins palliatifs » est employé dans son sens le plus inclusif. Par conséquent, les termes « soins palliatifs » et « prise en charge palliative » sont utilisés de manière interchangeable.



## Objectif du cadre

### Qu'est-ce qu'un cadre d'évaluation?

L'évaluation est la méthode employée par une équipe pour comprendre un programme et répondre aux questions : qu'est-ce qui a fonctionné? Comment? Quels événements sont survenus au fil du programme?

Un cadre d'évaluation est un outil qui présente une vue d'ensemble des méthodes et des pratiques d'évaluation.

Il facilite :

- la planification des activités d'évaluation;
- la clarification de la portée et de l'échelle d'une évaluation;
- la communication entre l'équipe évaluatrice et les personnes participantes;

- le recensement des résultats par la création, la compréhension et le partage de témoignages sur le déroulement du programme.

Le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP sert de feuille de route concrète et flexible pour évaluer l'avancée du projet et des initiatives qu'il finance. Il peut aider les utilisateurs à déterminer des questions pertinentes, à élaborer l'évaluation, à recueillir et à analyser des données et à échanger des connaissances.

Plus précisément, le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP permet de veiller à ce que les processus, pratiques, méthodes, mesures et calendriers d'évaluation représentent adéquatement le programme et les initiatives financées et y sont adaptés.



# Cadre d'évaluation AEASP

Au-delà d'une simple liste de vérification, le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP soutient les équipes des projets financés par le programme en les aidant à créer, à comprendre et à partager leurs témoignages sur l'amélioration de l'accès à la prise en charge palliative avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Fondé sur une approche décolonisée<sup>1</sup>, le cadre résume de manière organisée les axes clés du projet collaboratif. Il fournit des options d'évaluation concrètes et réfléchies<sup>2</sup> aux équipes des projets financés par AEASP en tenant compte de leur degré de préparation au regard de l'évaluation et des rapports, de la taille des organismes, de leur contexte et de leur capacité. Cette méthode d'évaluation concorde avec la philosophie générale et les principes d'équité du projet collaboratif et des initiatives qu'il finance.

## Décolonisation de l'évaluation de programmes

La décolonisation est le processus de restitution du pouvoir aux peuples autochtones, de renforcement de l'autodétermination et de l'autogouvernance, et de reconnaissance de la gouvernance entre les Nations.

Dans le contexte de l'évaluation de programmes, la décolonisation passe par la lutte contre les pratiques d'évaluation coloniales, la réforme de la structure d'évaluation (questions, conception, collecte et analyse de données, échange de connaissances) et la prise en compte de la façon dont les équipes des projets financés par AEASP relateront leur histoire.

Pour décoloniser l'évaluation de programmes, nous devons reconnaître la souveraineté des données autochtones, c'est-à-dire la collecte et

l'utilisation des données au profit des peuples, des familles et des communautés autochtones, comme un pilier de la résurgence culturelle et de la construction et reconstruction des Nations.

Une des priorités les plus pressantes de la décolonisation est d'éliminer la discrimination et le racisme (y compris le racisme visant les personnes autochtones) dans les systèmes de santé et de services sociaux et ses conséquences pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Voici quelques exemples de pratiques de décolonisation de l'évaluation :

- La reconnaissance et la prise en compte des répercussions et des effets continus du colonialisme sur l'évaluation, particulièrement celle des peuples et des communautés autochtones.
- La reconnaissance que les groupes, communautés et organisations autochtones éprouvent souvent de la méfiance à l'égard des évaluatrices et évaluateurs, notamment externes et travaillant pour les ordres du gouvernement, en raison de leurs pratiques d'évaluation historiquement coloniales. Cette méfiance accrue est le produit de la persistance d'une longue histoire de lois et politiques coloniales et de leurs conséquences pour les communautés autochtones sur plusieurs générations.
- La discussion ouverte, notamment avec les bailleurs de fonds, les gestionnaires de programmes, les groupes, communautés et organisations autochtones et les évaluatrices et évaluateurs, sur les stratégies efficaces et inefficaces pour établir de nouveaux partenariats et bâtir un rapport de confiance

1 Les démarches d'évaluation de programmes décolonisées reposent sur des méthodes et données axées sur les forces.

2 Les options d'évaluation comprennent les processus, les pratiques, les méthodologies, les exemples de mesures et le calendrier proposé.

tout au long du processus d'évaluation. Ce processus consiste, dans la mesure du possible, à soutenir les évaluations menées et orientées par des groupes, communautés et organisations autochtones et dont les questions sont déterminées par les groupes en question.

- L'utilisation de lignes directrices collaboratives, conformes à l'éthique et respectueuses des cultures, associant les connaissances autochtones aux méthodes et pratiques d'évaluation non autochtones.
- La création de relations d'évaluation qui laissent place aux opinions divergentes, se basent sur l'inclusion et non l'extraction, privilégient les connaissances, valeurs et langues autochtones et contribuent à l'épanouissement de partenariats en dehors de l'évaluation. Ces relations créent des liens plus profonds avec les groupes, communautés et organisations, en passant notamment par l'apprentissage et la participation aux événements culturels.
- La reconnaissance que l'éthique varie de culture en culture. Par conséquent, les évaluateurs doivent tenir compte des principes d'éthique de chaque groupe, communauté et organisation pour éviter de les exploiter, de nuire à la communauté ou de recueillir des données erronées.
- La cocréation d'un espace et de plages de temps de réflexion tout au long de l'évaluation.
- Le maintien de relations avec les groupes, communautés et organisations autochtones et la communication au sujet d'occasions qui pourraient les intéresser (par exemple continuer l'évaluation dans un autre domaine, développer la capacité de gestion de données, transformer les témoignages sur l'évaluation en connaissances pouvant être utilisées par la suite).

Le cadre d'évaluation AEASP peut offrir :

- la structure nécessaire pour favoriser l'amélioration continue des efforts déployés par les initiatives financées;

- une base de connaissances sur la façon dont les évaluations peuvent contribuer à mettre en évidence les enseignements tirés de ces expériences et à mettre en place des pratiques prometteuses conçues par et pour les communautés, suivant le principe « rien sur nous sans nous »;
- un moyen de consigner les études de cas AEASP sur les modèles de soins innovants qui peuvent être déployés, adaptés et appliqués à plus grande échelle;
- un ensemble de principes directeurs communs pour le projet collaboratif AEASP respectant les différentes approches palliatives axées sur l'équité dans les initiatives financées au Canada;
- une reconnaissance que l'évaluation est un aspect crucial du projet collaboratif AEASP.

Le projet collaboratif AEASP gagne à tisser l'évaluation dans son processus, comme les fils d'une couverture, tout au long du cycle de vie de l'initiative

Pour être mené à bien, le cadre d'évaluation a besoin d'un financement pluriannuel. Un tel financement, en conjonction avec des ressources d'évaluation (techniques et humaines) pertinentes, peut renforcer la capacité de documentation des témoignages des initiatives financées par AEASP et ainsi contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

## À qui le cadre s'adresse-t-il?

Le cadre d'évaluation AEASP est une ressource destinée :

- **aux équipes des projets financés par AEASP** situées en zones urbaines, nordiques et rurales partout au Canada;
- **à la direction et au personnel des programmes d'ESC et du Partenariat**, à qui incombe la conception des stratégies, des programmes et des ressources d'amélioration de l'équité d'accès aux soins;

- **au bailleur de fonds**, Santé Canada, qui définit les priorités de financement dans le continuum des soins (y compris les soins palliatifs) avec les autorités de santé des provinces et des territoires, dont les responsables des politiques et les décideurs.

Le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP offre aux équipes de projet financées une méthode concrète et réfléchie pour créer, comprendre et partager leurs témoignages sur l'amélioration de l'accès à une prise en charge palliative avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

## Pourquoi utiliser ce cadre?

Pour soutenir la conception de programmes durables et améliorer l'équité dans l'accès à une prise en charge palliative avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, le cadre d'évaluation AEASP :

- aide les équipes de projet financées par le programme à planifier des évaluations adaptées à leur initiative;
- emploie une démarche d'évaluation de programmes décolonisée reposant sur des méthodes et données axées sur les forces;
- offre des options d'évaluation pour faciliter le

recensement des témoignages des initiatives financées par AEASP;

- favorise la collaboration, le réseautage et les partenariats d'évaluation au sein des initiatives financées et entre elles;
- soutient l'amélioration continue de la planification des évaluations, de l'élaboration de ressources et du développement des capacités d'AEASP.

Les équipes de projet financées par AEASP peuvent utiliser le cadre d'évaluation pour réfléchir aux principes directeurs et aux notions communes du projet collaboratif. Ensuite, le cadre d'évaluation les aide à appliquer, adapter et personnaliser les activités d'évaluation afin de faciliter la création, la compréhension et le partage de l'histoire de leur parcours AEASP dans leurs communautés respectives.

Dans l'ensemble, le cadre d'évaluation offre aux initiatives financées des possibilités de tirer parti de leur projet initial afin de démontrer la nécessité de la mise au point, de la mise en place et de l'amélioration continue de programmes semblables à long terme.

Les termes clés du cadre d'évaluation sont définis à l'annexe A.



# Introduction

---

Le projet collaboratif AEASP bénéficie de principes directeurs communs, de notions communes et d'un ensemble concret et flexible de pratiques d'évaluation qui favorisent l'amélioration continue.

Ces pratiques comprennent les suivantes :

- L'accès aux données les plus récentes sur les soins palliatifs et de fin de vie pour pleinement tenir compte des déterminants sociaux de la santé et mettre au point des stratégies holistiques dans le cadre d'approches palliatives centrées sur les communautés.
- La reconnaissance de l'importance de la collecte de données pertinentes afin de plaider en faveur de la mise en place des changements nécessaires pour améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

## Que sont les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont des soins visant à soulager la souffrance et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies graves, mais aussi à offrir un soutien aux familles en deuil.

Le cancer, la démence, la défaillance des organes et les maladies neurologiques sont des exemples de maladies graves.

Les soins palliatifs sont des soins centrés sur la personne, dans tout son être, et sur sa famille de cœur; ils apportent un soutien physique, émotionnel, mental et spirituel tout en tenant compte des pratiques culturelles, des valeurs, des croyances et des préférences des personnes concernées.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les soins palliatifs<sup>5</sup> :

- traitent la mort comme un processus normal de la vie;
- ne cherchent pas à précipiter ni à retarder la mort;

- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients;
- offrent un système de soutien pour aider les patients à vivre activement aussi longtemps que possible;
- offrent un système de soutien pour aider la famille à composer avec la maladie du patient pendant sa vie et à vivre ensuite le deuil d'un être cher;
- suivent une approche fondée sur le travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille de cœur;
- visent à améliorer la qualité de vie;
- peuvent être amorcés tôt dans le développement de la maladie.

Certains peuples, familles et communautés inuits, métis et des Premières Nations définissent les soins palliatifs comme des soins de confort<sup>6</sup>.

Les soins de confort tiennent compte du contexte culturel des patients, notamment de l'importance de leurs valeurs, de leurs identités, de leur famille et de leur communauté. Fondés sur la compassion, la bienveillance et la qualité de vie, ces soins honorent les droits, les croyances spirituelles et les pratiques et protocoles culturels des personnes atteintes de maladies graves.

En plus d'offrir des soins complets aux personnes atteintes de maladies graves, les soins de confort apportent un soutien à leur famille et à leur communauté<sup>6</sup>. En outre, pour de nombreux peuples, familles et communautés inuits, métis et des Premières Nations, le décès n'est pas qu'un phénomène médical et physique. Il s'agit du passage d'une personne dans le monde des esprits – une transition qui s'accompagne d'événements sociaux et spirituels célébrés par les communautés<sup>6</sup>.

Pour en savoir plus sur les approches de soins palliatifs des Inuits, des Métis et des Premières Nations au Canada, [cliquez ici](#).

## Que sont les soins palliatifs axés sur l'équité?

Les soins palliatifs axés sur l'équité ciblent les déterminants sociaux de la santé, et reconnaissent les obstacles systémiques et cherchent à les combattre afin de favoriser l'accès à des soins de qualité.

L'intégration d'une prise en charge palliative axée sur l'équité implique la création d'un environnement où tout le monde peut accéder au soutien nécessaire dès le diagnostic d'une maladie grave.

Cette intégration nécessite de tenir compte des déterminants sociaux de la santé et d'assurer des soins dénués de racisme, de stigmatisation et de discrimination avec une approche de réduction des méfaits pour permettre l'accès à des soins palliatifs de qualité.

Les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire devraient avoir une possibilité équitable de mourir dans la dignité, dans le respect de leurs besoins individuels.

Les soins palliatifs axés sur l'équité recourent les services mobiles et de proximité, les services de soins palliatifs et d'hébergement, les hôpitaux et les régies régionales de la santé et les services aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

## Maladies graves

Dans la plupart des cas, les maladies graves sont des affections complexes, progressives et chroniques. Vous trouverez dans le tableau suivant des exemples de maladies graves.

Maladies graves	Description
<b>Cancer</b>	Le cancer est la première cause de mortalité au Canada. Les tumeurs peuvent être bénignes, précancéreuses ou malignes. Il existe cinq grands types de cancer : le carcinome, qui touche les cellules épithéliales (par exemple cancer du sein, des poumons ou du côlon); le sarcome, qui touche les os et les tissus mous (par exemple léiomyosarcome, liposarcome ou ostéosarcome); le lymphome, qui touche le système immunitaire, et le myélome, qui s'attaque aux plasmocytes; la leucémie, qui affecte les cellules sanguines; et les cancers du cerveau et de la moelle épinière, qui atteignent le système nerveux central
<b>Démence</b>	La démence est une maladie qui entraîne la détérioration du cerveau. Elle évolue lentement et progressivement. La démence empire au fil du temps et peut engendrer des pneumonies par aspiration et une diminution de l'apport alimentaire.
<b>Maladie du cœur et insuffisance cardiaque</b>	Cette maladie s'attaque au cœur et l'empêche de pomper normalement le sang dans le corps. Elle peut entraîner plusieurs complications, comme l'affaiblissement et les difficultés respiratoires. Quant à l'insuffisance cardiaque, elle peut provoquer une accumulation de liquide dans les poumons, les jambes et l'abdomen.

Maladies graves	Description
<b>Insuffisance rénale</b>	Cette maladie s'attaque aux reins, ce qui entrave les fonctions normales du corps. Elle peut entraîner plusieurs complications, comme l'hypertension, l'anémie (taux faible de globules rouges dans le sang), l'accumulation de résidus toxiques dans l'organisme, l'affaiblissement des os et des lésions nerveuses.
<b>Insuffisance hépatique</b>	Cette maladie s'attaque au foie (cirrhose), augmentant le risque de confusion, d'hémorragie, de caillots sanguins et d'accumulation de fluide, notamment dans les jambes et dans l'abdomen (ascite). L'insuffisance du foie peut également engendrer une augmentation des substances toxiques dans le sang.
<b>Maladie neurologique</b>	Des maladies telles que la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de Parkinson s'attaquent au système nerveux et peuvent affaiblir les personnes atteintes et réduire leur mobilité.
<b>Maladies pulmonaires</b>	Les maladies pulmonaires, telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'emphysème ou encore la bronchite chronique, entraînent des difficultés respiratoires. Les complications liées aux maladies pulmonaires peuvent inclure des infections et une augmentation de la demande en oxygène.

## Déterminants sociaux de la santé

Au-delà d'une compréhension des maladies graves, la transformation des soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ne peut se faire sans tenir compte des déterminants sociaux de la santé et des obstacles posés par le colonialisme et les iniquités en santé qui entravent l'amélioration de l'équité, de la sécurité et de la qualité des soins palliatifs. L'itinérance s'apparente bel et bien à une maladie limitant l'espérance de vie.

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs complexes comportant de multiples facettes qui exercent une influence profonde sur la santé et le bien-être des populations. Ils regroupent divers facteurs interreliés dont la portée s'étend au-delà des soins de santé et qui peuvent déterminer les conditions de vie, les ressources et les opportunités dont bénéficient les personnes et les communautés.

Par leur influence sur divers aspects de la vie, les déterminants sociaux ont une incidence considérable sur le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire au quotidien.

Vous trouverez ci-dessous une liste d'exemples de déterminants sociaux de la santé selon l'OMS<sup>7</sup>. Le cas échéant, ces exemples ont été adaptés au contexte de l'itinérance ou du logement précaire.

Déterminants sociaux de la santé	Description
<b>Revenu et protection sociale</b>	<p>C'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accès des personnes et des groupes à une diversification économique et à des possibilités d'emploi équitables pour disposer d'un revenu;</li> <li>- la présence de personnes qui peuvent offrir ou offrent régulièrement des soins de santé et des services sociaux aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire atteintes de maladies graves;</li> <li>- la présence de personnes ayant des responsabilités au sein de la communauté qui peuvent devoir s'absenter du travail pour contribuer aux pratiques entourant le décès et le deuil et participer aux cérémonies pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.</li> </ul>
<b>Emploi et sécurité d'emploi</b>	<p>Le revenu influence les conditions de vie qui contribuent aux comportements liés à la santé (par exemple l'alimentation et la nutrition, l'usage de substances).</p>
<b>Scolarité</b>	<p>Ce déterminant social comprend l'accès à l'éducation pour faciliter le parcours professionnel et personnel.</p> <p>Les obstacles à l'éducation et à la littératie (y compris à la littératie en santé) peuvent empêcher les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et leur famille de cœur de communiquer clairement avec les prestataires de soins de santé et de services sociaux et peuvent les empêcher de prendre des décisions éclairées sur l'accès aux soins de santé, aux services sociaux et aux ressources de soutien.</p>
<b>Conditions de travail</b>	<p>Ce déterminant comprend les conditions et les exigences relatives à l'emploi.</p>
<b>Sécurité alimentaire</b>	<p>Ce déterminant inclut l'accès à la nourriture, qui constitue l'un des besoins fondamentaux pour la santé et la dignité humaine de toute personne.</p> <p>L'accès aux aliments traditionnels offre non seulement une source d'alimentation, mais aussi un moyen de renouer avec les pratiques culturelles liées aux cérémonies et aux protocoles, notamment entourant la mort.</p>
<b>Logement, commodités de base et environnement</b>	<p>Ce déterminant comprend l'accès des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire aux nécessités de base pour vivre (par exemple logement, eau potable).</p> <p>Les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ne disposent pas du logement, des commodités de base et de l'environnement nécessaires pour bénéficier de soins de santé et de services sociaux équitables, comme les soins palliatifs.</p>

Déterminants sociaux de la santé	Description
<p><b>Développement en bas âge</b></p>	<p>Ce déterminant comprend l'accès aux ressources économiques, sociales et culturelles pour le développement sain des enfants.</p> <p>Celui-ci influence également les tendances en matière de santé et de services sociaux plus tard dans la vie, notamment en ce qui concerne les soins palliatifs.</p>
<p><b>Inclusion sociale et absence de discrimination</b></p>	<p>Ce déterminant comprend la colonisation, le racisme, la discrimination, le manque d'autodétermination, l'oppression, la marginalisation, les traumatismes intergénérationnels et les inégalités sociales.</p> <p>Les traumatismes intergénérationnels découlant du colonialisme touchent encore à ce jour de nombreuses personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Ces facteurs influencent les décisions relatives à la santé et l'accès des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et de leur famille de cœur aux programmes, services et ressources de soins palliatifs.</p> <p>Ce déterminant comprend le rôle de la communauté dans le continuum des soins et le soutien social des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et leur famille de cœur.</p> <p>Il comprend également les facteurs culturels et linguistiques. Selon l'endroit où sont reçus les soins palliatifs, ils peuvent ne pas être fournis par des personnes parlant la langue des patients ou ayant une bonne connaissance des pratiques culturelles diverses des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.</p>
<p><b>Structures et systèmes</b></p>	<p>Ce déterminant comprend l'histoire, les procédés de gouvernance, les politiques économiques et sociales, les infrastructures, les ressources et systèmes régissant l'accès à des soins de santé de qualité, le revenu, les conditions de travail, le logement et la scolarité.</p> <p>Pour beaucoup de personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, les structures et systèmes, tels que les effets persistants du colonialisme, peuvent influencer la répartition des ressources nécessaires pour la santé dans la société. Les structures et systèmes influencent également le mode de vie culturel des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et de leur famille de cœur.</p>
<p><b>Accès à des soins de santé abordables et de qualité</b></p>	<p>Ce déterminant comprend l'accès à des soins de santé, des services sociaux, des ressources et des soutiens abordables et de qualité (par exemple des soins palliatifs).</p>

Déterminants sociaux de la santé	Description
<p><b>Connexion à la terre, à l'emplacement géographique et à l'environnement physique</b></p>	<p>Ce déterminant tient compte du rôle des facteurs géographiques. L'accès à la prestation de soins de santé et de services sociaux est étroitement lié à l'emplacement géographique.</p> <p>Celui-ci détermine où et comment les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et leur famille de cœur accèdent aux infrastructures nécessaires (par exemple technologie, eau, chauffage, traitement des eaux usées, médicaments, tests de dépistage, transport vers les établissements médicaux) pour rester dans leur communauté.</p> <p>L'absence d'infrastructures peut les forcer à se déplacer loin de leur famille de cœur et de leur communauté pour recevoir des soins de santé ou des services sociaux, ce qui entraîne une réinstallation, des coûts de déplacement élevés, un isolement, une séparation et la progression des maladies graves à un stade plus avancé.</p> <p>Les facteurs géographiques affectent de façon disproportionnée les soins holistiques des communautés rurales et nordiques par rapport à celles des centres urbains.</p>
<p><b>Colonialisme</b></p>	<p>Selon Karina Czyzewski<sup>8</sup>, ce déterminant reconnaît que le colonialisme et les facteurs tels que le racisme, le manque d'autodétermination et l'exclusion sociale exercent une influence sur tous les déterminants sociaux de la santé définis par l'OMS.</p> <p>Bien que le colonialisme et le racisme soient abordés dans le cadre d'autres déterminants sociaux de la santé, comme les structures et systèmes ou encore l'inclusion sociale et l'absence de discrimination, il est important, dans le contexte canadien, de reconnaître le colonialisme comme un déterminant à part entière.</p> <p>Le colonialisme est une réalité bien vivante et contribue encore à l'accès inégal à différents aspects de la société, comme les soins de santé (y compris les soins palliatifs).</p>

## Déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones

Tandis que les déterminants sociaux de la santé définis par l'OMS se rapportent aux populations du monde entier, il est crucial de reconnaître que la culture et la communauté sont des déterminants importants dans la vie des peuples inuits, métis et des Premières Nations et qu'elles exercent une influence sur leur capacité d'autodétermination,

leur identité autochtone et l'équilibre entre le corps et l'esprit.

S'agissant des déterminants sociaux de la santé propres aux personnes autochtones, les approches centrées sur les forces comprennent la guérison axée sur la nature, la revitalisation des langues autochtones, les méthodes d'enseignement traditionnelles et les cérémonies de guérison.

Notons :

- le partage des connaissances;
- la connexion ou reconnexion avec la terre;
- la connexion ou reconnexion avec les personnes et les communautés;
- la connexion ou reconnexion avec les ancêtres.

Ces approches respectent le droit à l'autodétermination des peuples autochtones et contribuent à leur autonomisation en mettant l'accent sur les compétences et les forces qui leur sont propres, que ce soit dans leur territoire, leurs eaux, leurs relations ou leurs communautés.

Voici quelques exemples de déterminants sociaux de la santé propres aux personnes autochtones :

- [L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis](#)
- [Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones](#)
- [Social determinants of Inuit health in Canada \(en anglais\)](#)
- [Social determinants of Métis health \(en anglais\)](#)

Les aînées et aînés, gardiennes et gardiens du savoir, guérisseuses et guérisseurs, guides de fin de vie autochtones et aidantes et aidants peuvent fournir des renseignements cruciaux pour orienter les soins holistiques et le soutien social, particulièrement en ce qui concerne la fin de vie et le décès des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

## Notions communes

Les notions communes suivantes relient les dimensions partagées des soins palliatifs à l'approche de soins axée sur l'équité du projet collaboratif AEASP :

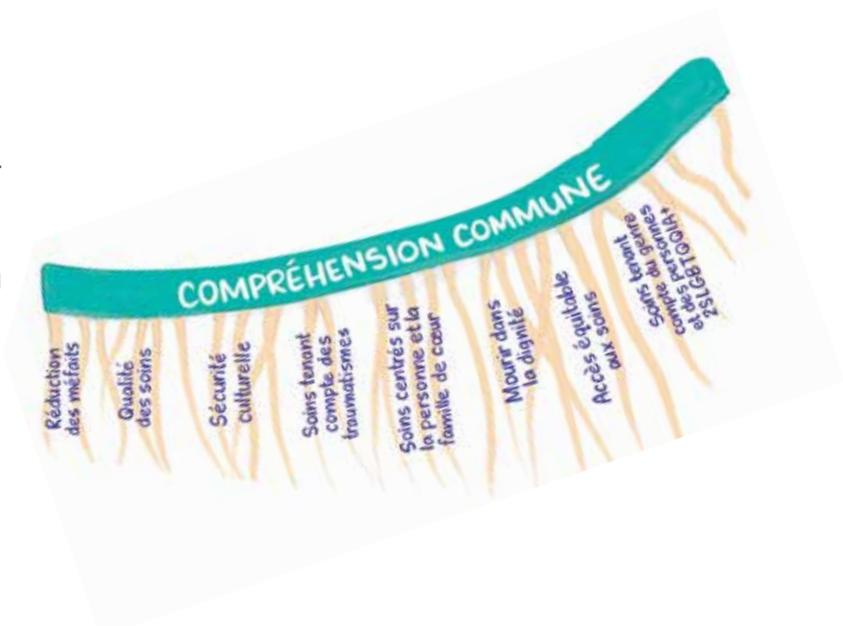
- 3 L'environnement renvoie à un endroit ou à un milieu choisi par les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Il peut s'agir de la rue, d'un refuge, d'une chambre individuelle ou d'un autre logement abordable, d'un hôpital ou d'un centre de soins palliatifs.

## Dimensions partagées des soins palliatifs

**Qualité des soins.** Un soin de qualité est empreint de dignité et de compassion, en parole et en actes, et permet de répondre rapidement et de façon accessible aux besoins non comblés des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

**Soins centrés sur la personne et la famille de cœur.** Ce principe reconnaît la place centrale de la personne et de sa famille de cœur dans les soins, en mettant l'accent sur leurs capacités plutôt que sur la maladie grave. Le soutien, adapté aux circonstances et aux besoins individuels, vise l'atteinte des objectifs de soins de la personne et de sa famille.

**Mourir dans la dignité.** La dignité dans la fin de vie et de la mort requiert la création d'un environnement<sup>3</sup> où tout le monde peut accéder au soutien nécessaire dès le diagnostic d'une maladie grave. Pour appliquer ce principe, il faut veiller à ce que la prise en charge palliative reste souple et aider chaque personne à mourir là où elle le souhaite.



## Approche de soins axée sur l'équité

**Réduction des méfaits.** Les stratégies de réduction des méfaits doivent être concrètes et dénuées de jugement pour permettre une consommation de substances psychoactives (plus) sûre tout en atténuant les répercussions négatives associées. La crise des opioïdes touche de façon disproportionnée les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Les programmes de réduction des méfaits peuvent servir de passerelle vers des soutiens accrus pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge palliative.

La prise en charge palliative et les soins de réduction des méfaits ont des points communs : centrés sur la personne et sur la famille de cœur, ils visent à atténuer les souffrances et à améliorer la qualité de vie.

Les [Indigenous harm reduction principles](#) (en anglais) englobent les relations et les soins, le savoir et la sagesse, la force et la protection, ainsi que l'identité et la transformation.

**Sécurité culturelle.** La sécurité culturelle consiste à faire en sorte que les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire se sentent respectées, acceptées et libres d'exprimer pleinement leur individualité. Cette sécurité passe également par la prestation de soins dénués de racisme, de stigmatisation et de discrimination, ainsi que par les soins holistiques, qui comprennent la sécurité spirituelle, affective, mentale et physique.

**Soins tenant compte des traumatismes.** Les soins tenant compte des traumatismes sont holistiques et ciblent les causes profondes des traumatismes et de la violence sur toute la vie de la personne, plutôt que de s'intéresser aux seuls symptômes. Ces soins reconnaissent : la prévalence des traumatismes et de la violence (par exemple, la violence et les traumatismes intergénérationnels);

- les répercussions des traumatismes sur les personnes, les familles et les communautés;
- la possibilité, dans les milieux de soins biomédicaux, de nouveaux traumatismes et violences pour les personnes ayant un tel vécu expérientiel;
- les façons de comprendre et de diffuser les cheminements vers les soins.

Les principes tenant compte des traumatismes sont fondés sur la reconnaissance des traumatismes et de la violence, la sécurité, la confiance, le choix et le contrôle, la compassion, la collaboration, l'autonomisation (axée sur les forces) et le soutien entre pairs.

**Accès équitable aux soins.** L'accès équitable aux soins s'entend comme l'absence de systèmes, de processus et de politiques injustes à l'origine d'inégalités dans les soins. Ce principe exige de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, notamment ceux propres aux Autochtones.

**Soins tenant compte du genre et des personnes 2SLGBTQIA+.** Une approche tenant compte du genre et des personnes 2SLGBTQIA+ reconnaît (par des politiques, des programmes, des services et d'autres initiatives) les voix et les priorités des personnes de diverses identités de genre et orientations sexuelles. Avec cette approche, les expériences et les besoins uniques des personnes aux diverses identités de genre et 2SLGBTQIA+ sont reconnus, respectés et ciblés, ce qui favorise des soins plus équitables et plus inclusifs pour tout le monde.

Pour en savoir plus sur les compétences en soins palliatifs, [cliquez ici](#).

# Évaluation pertinente et réfléchie

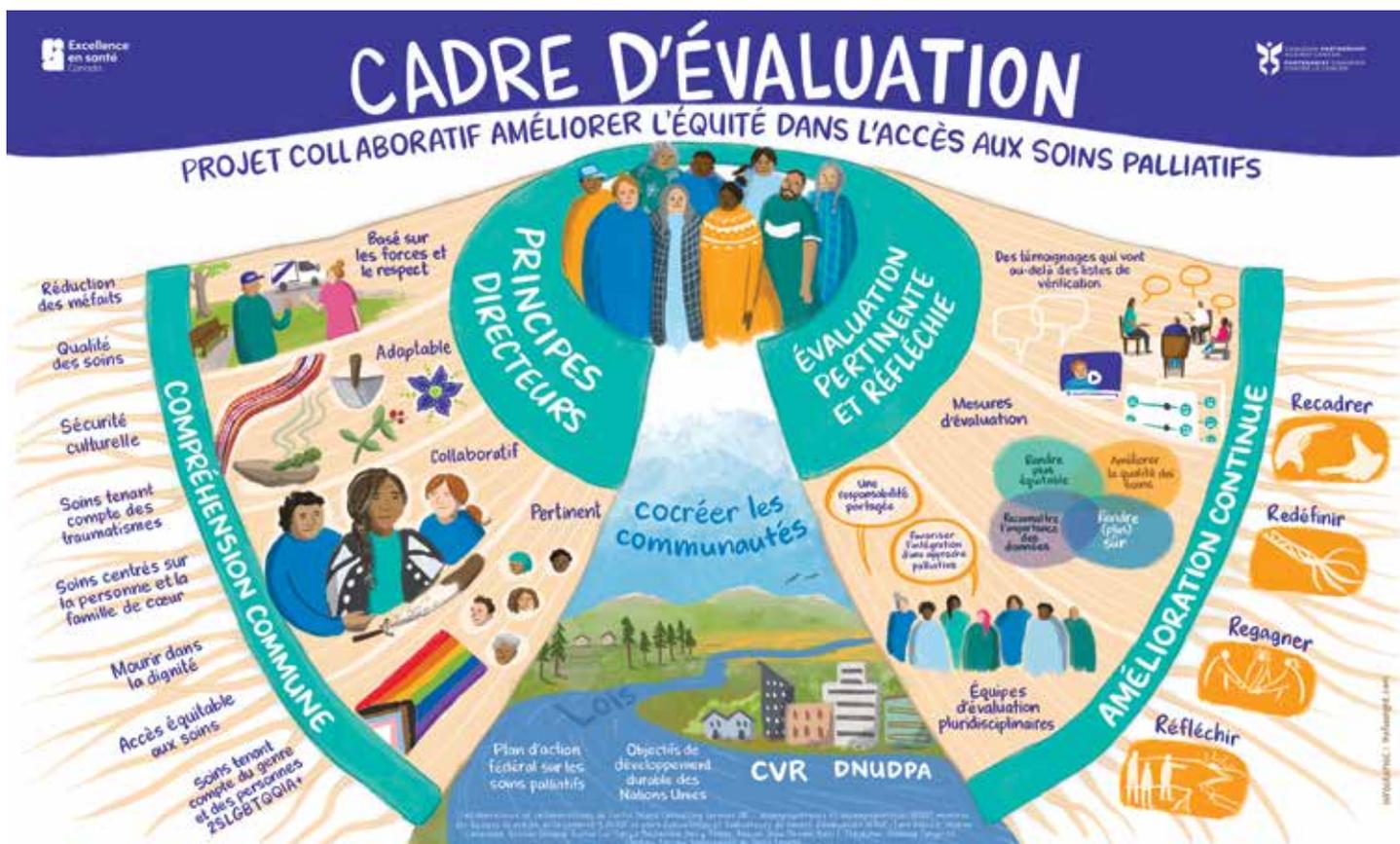
Au-delà d'une simple liste de vérification, le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP soutient les équipes de projet financées en s'appuyant sur une démarche décolonisée. La décolonisation de l'évaluation des programmes nécessite d'accorder une valeur égale à toutes les sources de données (qualitatives et quantitatives, application des connaissances autochtones, arts expressifs ou métaphores<sup>4</sup>) lors de la création, de la compréhension et du partage de récits sur les expériences passées et présentes.

Pour parvenir à un accès plus équitable aux soins palliatifs, une attention particulière devra être prêtée aux nuances culturelles et au contexte des initiatives et des évaluations lors de la création, de la compréhension et du partage des témoignages des initiatives financées par AEASP.

Par conséquent, la culture et le contexte orienteront les questions principales, la conception de l'évaluation, la collecte et l'analyse de données et l'échange de connaissances.

Les récits et les métaphores sont également des méthodes permettant de transformer les données en références symboliques et textuelles qui entretiennent souvent un lien profond avec les personnes, les lieux, la communauté et l'environnement.

Une fois convertis en infographie, les aspects clés du cadre d'évaluation d'AEASP forment une image universelle : une couverture, symbole de sécurité et de protection.



4 Les chansons, poèmes, pièces de théâtre, prières, dessins, peintures, danses et mouvements, sculptures, images, graphiques, photos et vidéos sont des exemples d'arts expressifs et de métaphores.

Le cadre honore :

- une diversité de soins palliatifs (par exemple services mobiles et de proximité, services de soins palliatifs et d'hébergement, hôpitaux et régies régionales de la santé et services aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis);
- les connaissances et enseignements communs issus de la collaboration non hiérarchique entre le projet collaboratif AEASP et les initiatives financées au Canada.

La couverture recouvre la communauté des personnes en situation d'itinérance et de logement précaire, ainsi que leur famille de cœur et les prestataires de soins qui œuvrent à l'amélioration de l'accès à une prise en charge palliative. Le côté gauche de la couverture représente la façon dont les principes directeurs et les notions communes des soins palliatifs axés sur l'équité font partie du tissu du cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP.

## Principes directeurs

Le cadre d'évaluation AEASP s'appuie sur les rapports et déclarations notables suivants :

- [Plan d'action fédéral sur les soins palliatifs](#)

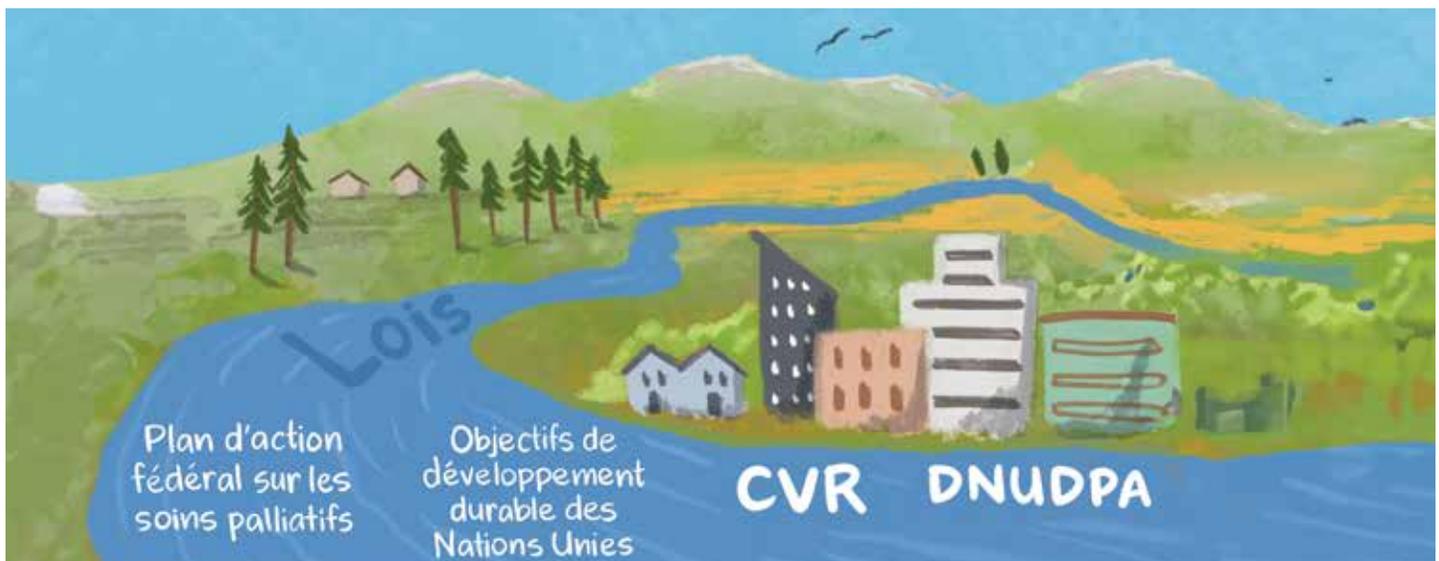
- [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#)
- [Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones \(DNUDPA\)](#)
- [Objectifs de développement durable des Nations Unies](#)

Ces rapports et déclarations sont placés au cœur de l'infographie du cadre d'évaluation AEASP, afin de souligner leur rôle crucial dans le projet collaboratif.

Pour en savoir plus sur les documents fondamentaux sur lesquels repose le cadre d'évaluation, veuillez consulter l'annexe B.

Les principes directeurs du cadre d'évaluation AEASP occupent une place centrale dans l'évaluation : ils affirment les valeurs communes au projet collaboratif et aux initiatives financées tout en jouant un rôle à la fois concret et flexible dans les méthodes et pratiques d'évaluation.

Les quatre principes suivants, présents sur le côté gauche de la couverture, servent de boussole au cadre d'évaluation AEASP. Le tableau ci-dessous décrit les éléments clés du cadre, ainsi que les façons dont ils peuvent être adaptés, mis à l'échelle et personnalisés selon les besoins de l'évaluation des initiatives financées par AEASP.



Principes directeurs du cadre d'évaluation AEASP	Témoignages sur les évaluations AEASP (processus et pratiques)
<p><b>Accent sur les forces et le respect</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation met l'accent sur les forces, la résilience et l'autodétermination des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ainsi que de leur famille de cœur et de leur communauté.</li> <li>- L'évaluation passe d'une perspective axée sur les faiblesses à une perspective qui reconnaît et valorise les forces des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.</li> <li>- L'évaluation favorise la créativité et l'expression par la création, la compréhension et le partage des témoignages sur l'amélioration de l'accès à la prise en charge palliative.</li> <li>- L'évaluation emploie différentes mesures du parcours du projet collaboratif AEASP et des initiatives financées.</li> <li>- L'évaluation négocie la souveraineté de l'information et des données.</li> </ul>	<p>Les témoignages peuvent être exprimés au moyen de différentes mesures grâce à des méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes, à l'art expressif et à l'emploi de métaphores.</p> <p>Les témoignages des équipes des initiatives financées par AEASP peuvent établir un lien entre les activités de leur projet et leur contribution à la communauté.</p>
<p><b>Adaptabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation est flexible.</li> <li>- Les pratiques et méthodes d'évaluation sont choisies selon le contexte, le sens et les besoins des initiatives tels qu'ils sont exprimés par leurs équipes.</li> <li>- L'évaluation reconnaît qu'il n'existe pas de solution universelle pour améliorer l'équité dans l'accès à une prise en charge palliative.</li> </ul>	<p>Les témoignages décrivent les nuances culturelles et le contexte des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ainsi que de leur famille de cœur et de leur communauté.</p> <p>Ils tiennent compte de la façon dont ces facteurs influencent à la fois le processus et les résultats des initiatives financées par AEASP.</p>





Principes directeurs du cadre d'évaluation AEASP	Témoignages sur les évaluations AEASP (processus et pratiques)
<p><b>Projet collaboratif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement de la communauté, la mobilisation et les partenariats font partie de la planification et de la mise en place de l'évaluation.</li> <li>- L'évaluation aide à lutter contre les inégalités dans l'accès aux soins palliatifs.</li> <li>- L'évaluation peut faire appel à des organismes locaux sans but lucratif, à des ordres du gouvernement (par exemple gouvernements ou communautés autochtones, gouvernement des provinces et territoires, gouvernement fédéral) et aux autorités régionales de la santé.</li> <li>- L'évaluation comprend un soutien et des ressources pluridisciplinaires qui s'étendent à tous les secteurs (santé, justice, développement des compétences, aide à l'emploi et services sociaux).</li> <li>- Les communautés et organisations sont encouragées à collaborer avec les initiatives financées par AEASP pour que l'évaluation soit effectuée en temps opportun et qu'elle soit accessible et respectueuse des cultures.</li> </ul>	<p>Les témoignages sont plus riches lorsqu'ils sont formulés par les communautés ou basés sur celles-ci au moyen de pratiques collaboratives, en faisant appel aux intervenants et parties prenantes clés, y compris les personnes et groupes ayant un vécu expérientiel, ainsi que les prestataires locaux de soins de santé et de services sociaux.</p>
<p><b>Pertinence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation respecte le contexte et reconnaît son importance dans la création, la compréhension et le partage de témoignages sur l'amélioration de l'accès à la prise en charge palliative pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.</li> <li>- L'évaluation contextualise le projet collaboratif AEASP et les initiatives financées en décrivant leur relation avec la communauté, le lieu et l'environnement, y compris le passé et le présent, le contexte socio-économique, culturel et sanitaire et les personnes concernées.</li> </ul>	<p>L'évaluation fait partie intégrante des initiatives financées par AEASP, de préférence dès le début de leur parcours.</p> <p>Les équipes évaluatrices rencontrent les intervenants et parties prenantes clés pour discuter de la planification de l'évaluation et des mesures à mettre en place pour assurer la sélection de méthodes et pratiques adaptées, conformes à l'esprit et aux objectifs du projet collaboratif, du projet financé en question et de la communauté qu'il sert.</p>

## Mesures d'évaluation

En raison de la diversité des initiatives financées par AEASP au Canada, il est fort probable que le degré de préparation des équipes à l'utilisation du cadre d'évaluation varie selon l'échelle des projets, et la taille et les capacités des organismes. Par exemple, les équipes de certains projets disposent peut-être déjà de ressources humaines, techniques et financières pour l'évaluation de programmes, tandis que d'autres en sont seulement au début de leur parcours, à l'étape de la planification de l'évaluation.

Afin de déterminer leur degré de préparation à l'utilisation du cadre d'évaluation AEASP, les initiatives financées peuvent recenser leurs capacités qui pourraient faciliter l'adoption du cadre et les obstacles qui pourraient la ralentir au sein de leur organisation.

À cette étape, elles peuvent également relever des façons de tirer parti de leurs forces pour combler ces lacunes et éliminer les obstacles à l'adoption du cadre d'évaluation à l'échelle communautaire ou régionale.

Il est impossible d'atteindre une équité, une sécurité culturelle et une qualité des soins parfaites. L'objectif est de travailler dans cette direction : il s'agit d'un parcours et non d'une fin en soi.

Les mesures d'évaluation AEASP sont axées sur la création, la compréhension et le partage des témoignages sur l'amélioration de l'équité, de la sécurité et de la qualité des soins.

Dans le cadre d'une démarche décolonisée, il n'existe pas une seule et bonne façon de créer, de comprendre et de partager un témoignage. Il est plutôt question d'aborder les aspects clés de chaque projet financé par AEASP et de la façon dont ces aspects peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès à la prise en charge palliative avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Le cadre d'évaluation AEASP ne contient pas de liste complète de toutes les mesures d'évaluation pouvant contribuer à cette mission. Il propose des exemples de méthodes et pratiques pour la création, la compréhension et le partage des témoignages des initiatives financées par AEASP (questions d'évaluation, conception, collecte et analyse de données et échange de connaissances).

Dans l'optique de renforcer 1) l'équité, 2) la sécurité et 3) la qualité des soins, le cadre encourage les équipes des projets à réfléchir aux points suivants et à conserver une trace de leurs réflexions lors de la formulation de leurs témoignages.

### Mandat du projet

- Objectifs clés et résultats escomptés de l'initiative financée par AEASP.

### Communauté

- Contexte de l'initiative financée par AEASP (communauté, emplacement et environnement).
- Lien entre les activités de l'initiative financée par AEASP et les résultats escomptés.
- Résultats de l'initiative financée par AEASP à ce jour.
- Points forts, occasions d'amélioration, défis et lacunes pouvant influencer la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP.
- Leçons tirées de l'initiative, pratiques prometteuses et domaines à améliorer tout au long du cycle de vie du projet, de la mobilisation à l'échange de connaissances, en passant par la conception et la mise en place du projet.

### Opérations, finances, apprentissage et croissance

- Activités de l'initiative financée par AEASP, lien des activités entre elles et avec les résultats escomptés.
- Collaboration et mobilisation de l'initiative financée par AEASP, particulièrement avec les personnes et groupes ayant un vécu expérientiel actuel ou passé pertinent ainsi qu'avec les partenaires inuits, métis et des Premières Nations.

- Soutiens et ressources du projet et résultat de la conception et de la mise en place de l'initiative.
- Points forts, occasions d'amélioration, défis et lacunes pouvant influencer la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP.
- Leçons tirées de l'initiative, pratiques prometteuses et domaines à améliorer tout au long du cycle de vie du projet, de la mobilisation à l'échange de connaissances, en passant par la conception et la mise en place du projet.

Les éléments ci-dessus (communauté, opérations, finances, et apprentissage et croissance) ont été définis lors de séances de discussions animées en 2024 entre les accompagnateurs et accompagnatrices AEASP, les membres des équipes de projet de la cohorte 1 AEASP et le comité d'évaluation AEASP. Dans l'ensemble, ces éléments sont étroitement liés avec les objectifs principaux d'AEASP (soit l'amélioration de l'équité, de la sécurité et de la qualité des soins).

Ils forment une perspective complète de l'évaluation des initiatives financées par AEASP et de leurs résultats.

Selon le degré de préparation des initiatives à l'adoption du cadre d'évaluation, leurs équipes peuvent tenir compte des mesures d'évaluation suivantes lors de la création, de la compréhension et du partage de leurs témoignages :

- **Mesures nominales.** Les mesures nominales sont les méthodes qualitatives de collecte et d'analyse de données principalement verbales (par exemple récits, arts expressifs, métaphores). Bien que les mesures nominales ne soient pas réservées à des contextes précis, les organisations communautaires locales se servent souvent de mesures nominales en fonction de la nature et du type de programmes et de services qu'elles fournissent.
- **Mesures ordinales.** Les équipes peuvent employer une combinaison de méthodes quantitatives et de réponses qualitatives. Ainsi, les mesures ordinales peuvent prendre la forme d'échelles de réponses à des questions structurées (par exemple « jamais », « rarement », « parfois », « souvent » et

« toujours »). Dans certains cas, les programmes organisés par des cliniques, des petits hôpitaux et des services sociaux utilisent des mesures d'évaluation ordinales.

- **Intervalles/ratios.** Les méthodes quantitatives à échelles de réponses peuvent être combinées à des données administratives, par exemple sur le niveau de dotation, les visites aux services d'urgence, le nombre d'hospitalisations et les données financières. Les hôpitaux, autorités sanitaires et agences de services sociaux de plus grande envergure utilisent généralement une combinaison de mesures d'intervalles et de ratios.

Peu importe leur emplacement géographique, les équipes doivent idéalement utiliser les données recueillies et analysées en employant une ou plusieurs de ces mesures afin de répondre aux mêmes questions clés sur l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Les exemples de mesures d'évaluation sont basés sur les forces, les systèmes de connaissances et les expériences des équipes de projet de la cohorte 1 AEASP, du comité d'évaluation AEASP et du personnel d'accompagnement AEASP qui ont participé aux discussions de 2024 sur la planification du cadre d'évaluation. Toutefois, les pratiques d'évaluation prometteuses peuvent varier entre les projets, les communautés et les régions.

Pour découvrir plus d'exemples de mesures d'évaluation AEASP et d'autres points à prendre en compte lors de la création, de la compréhension et du partage des témoignages des initiatives financées par AEASP, consultez l'annexe C.

Dans une optique d'amélioration continue et de durabilité, les équipes des projets financés créent, comprennent et partagent leurs témoignages à leur rythme. Par conséquent, les lecteurs sont invités à adapter, étendre et appliquer les renseignements du cadre d'évaluation AEASP pour faciliter l'intégration du cadre dans leur plan d'évaluation.

# Amélioration continue

Une fois convertis en infographie, les aspects clés du cadre d'évaluation d'AEASP forment une image universelle : une couverture, symbole de sécurité et de protection.

La couverture recouvre la communauté des personnes en situation d'itinérance et de logement précaire, ainsi que leur famille de cœur et les

prestataires de soins qui œuvrent à l'amélioration de l'accès à une prise en charge palliative.

Le côté gauche de la couverture représente la façon dont les principes directeurs et les notions communes des soins palliatifs axés sur l'équité font partie du tissu du cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP.





Le côté droit de la couverture représente l'amélioration continue du cadre d'évaluation : les fils de la couverture peuvent être tissés de nouvelles façons en fonction des enseignements, des pratiques prometteuses et des réflexions issues du parcours du projet collaboratif.

Cette métaphore souligne l'importance de l'apprentissage et du développement des capacités en continu, deux notions que nous avons étoffées davantage grâce à quatre verbes :

- **Recadrer.** Le recadrage consiste à reconnaître que l'évaluation AEASP est un parcours évolutif fondé sur des systèmes de connaissances décolonisés et à conjuguer ces systèmes avec des notions communes sur les soins palliatifs axés sur l'équité.
- **Redéfinir.** La redéfinition consiste à reconnaître les différents systèmes de connaissances et autres méthodes à l'étape de planification et de mise en place de l'évaluation.
- **Regagner.** Regagner consiste à mobiliser les personnes, groupes et communautés ayant un vécu expérientiel pertinent lors du parcours d'évaluation pour qu'ils puissent faire entendre leur voix et leurs perspectives dans les témoignages sur l'amélioration de l'équité dans l'accès aux soins palliatifs.
- **Réfléchir.** La réflexion consiste à déterminer si suffisamment d'espace est accordé à l'autoréflexion dans le parcours d'évaluation pour que les initiatives financées par AEASP puissent mieux aider les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

## Souveraineté des données

La souveraineté des données concerne les droits, les normes et la connaissance des lois applicables sur la collecte et la conservation de renseignements et l'accès à ceux-ci.

Il s'agit d'un aspect important des pratiques d'évaluation professionnelles et conformes à l'éthique. Voici des exemples de pratiques favorisant la souveraineté des données :

- Conserver des documents complets, par exemple sur les activités professionnelles; assurer la clarté, la ponctualité, la lisibilité, la pertinence et la précision des documents; assurer la sécurité et la conservation des documents; reconnaître et gérer les facteurs qui influencent la confidentialité, l'accès aux renseignements et le transfert d'informations et de documents à une tierce partie.
- Utiliser des technologies lors de la prestation de soins palliatifs (par exemple pour assurer la communication, le suivi des programmes, la rédaction de rapports, la résolution de problèmes, la conservation de documents et la gestion des cas de façon sécuritaire et professionnelle).
- Adopter une démarche décolonisée comprenant des méthodes et données axées sur les forces tout en reconnaissant la souveraineté des données autochtones comme un pilier de la résurgence culturelle et de la construction et reconstruction des Nations.

En ce qui concerne les données sur les soins palliatifs, l'évaluation et l'amélioration continue dans les communautés inuites, métisses et des Premières Nations, voici quelques documents proposant des pratiques prometteuses concernant les lignes directrices déontologiques pour les évaluations menées et guidées par des personnes autochtones : la [National Inuit Strategy on Research](#) (en anglais), les [Principes de PCAP \(propriété, contrôle, accès et possession\) des Premières Nations](#) et les [Principles of Ethical Métis Research](#) (en anglais).

## Équipes d'évaluation pluridisciplinaires

Le cadre d'évaluation AEASP reconnaît que l'évaluation commence par la formation de communautés au sein du projet collaboratif et des équipes de projet financées par AEASP et entre celles-ci.

Le développement des capacités d'évaluation passe par le développement des compétences (connaissances et habiletés) afin de donner aux équipes de projet financées par AEASP et à leurs partenaires les moyens de participer aux aspects de la prise de décision sur l'évaluation à l'échelle

des communautés, des régions, des provinces et territoires et de l'ensemble du pays.

La coordination d'équipes d'évaluation pluridisciplinaires permet de regrouper les compétences nécessaires pour créer, comprendre et partager les témoignages et améliorer les soins palliatifs, de la planification et la mise au point à la mise en place et l'amélioration continue. Les équipes d'évaluation pluridisciplinaires peuvent améliorer l'accès aux soins palliatifs de qualité, plus respectueux des valeurs culturelles et adaptés aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.



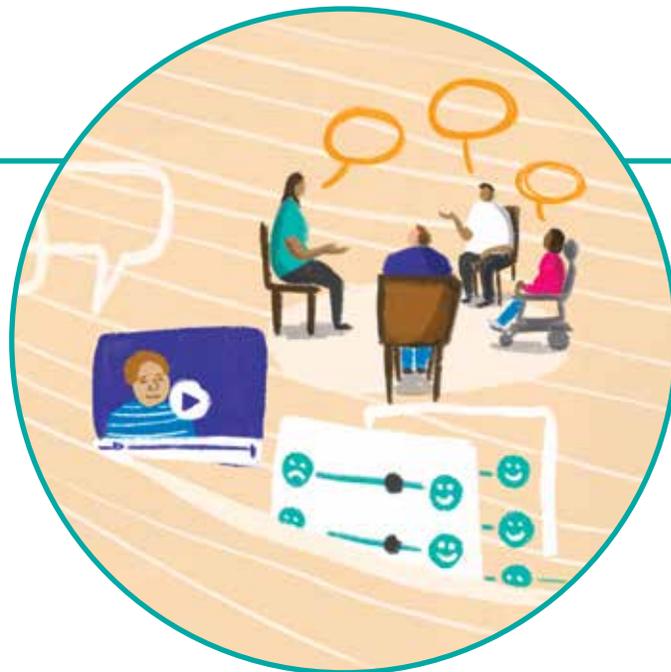
# Conclusion

Le projet collaboratif AEASP bénéficie de principes directeurs communs, de notions communes et d'un ensemble concret et flexible de pratiques d'évaluation qui favorisent l'amélioration continue. Ces pratiques comprennent les suivantes :

- L'accès aux données les plus récentes sur les soins palliatifs et de fin de vie pour pleinement tenir compte des déterminants sociaux de la santé et mettre au point des stratégies holistiques dans le cadre d'approches palliatives centrées sur les communautés.
- La reconnaissance de l'importance de la collecte de données pertinentes afin de plaider en faveur de la mise en place des changements nécessaires pour améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Pour parvenir à un accès plus équitable aux soins palliatifs, une attention particulière devra être prêté aux nuances culturelles et au contexte des initiatives et des évaluations lors de la création, de la compréhension et du partage des témoignages des initiatives financées par AEASP. En raison de la diversité des initiatives financées par AEASP au Canada, il est fort probable que le degré de préparation des équipes à l'utilisation du cadre d'évaluation varie.

Au-delà d'une simple liste de vérification, le cadre d'évaluation du projet collaboratif AEASP soutient les équipes de projet financées en s'appuyant sur une démarche décolonisée.



La décolonisation de l'évaluation des programmes nécessite d'accorder une valeur égale à toutes les sources de données (qualitatives et quantitatives, traduction des connaissances autochtones, arts expressifs ou métaphores) lors de la création, de la compréhension et du partage de récits sur les expériences passées et présentes en lien avec l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Le cadre d'évaluation AEASP propose des exemples de méthodes et pratiques pour la création, la compréhension et le partage des témoignages des initiatives financées par AEASP (questions d'évaluation, conception, collecte et analyse de données et échange de connaissances).

Dans l'optique de renforcer 1) l'équité, 2) la sécurité et 3) la qualité des soins, le cadre encourage les équipes de projet à réfléchir à l'évaluation et à documenter leur parcours en tenant compte des points pertinents relatifs à l'amélioration continue, la durabilité, la souveraineté des données et la coordination d'équipes d'évaluation pluridisciplinaires.

Il est impossible d'atteindre une équité, une sécurité culturelle et une qualité des soins parfaites. L'objectif est de travailler dans cette direction : il s'agit d'un parcours et non d'une fin en soi.

# Annexe A : Termes clés



- **2SLGBTQIA+.** Ce sigle désigne les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer ou en questionnement, intersexuées, asexuelles, et autres orientations sexuelles et identités de genre.
- **Biomédecine.** La biomédecine est la science et l'étude de la vie d'un point de vue médical clinique.
- **Développement des capacités.** Le développement des capacités vise notamment à améliorer la participation à tous les aspects de la prise de décisions dans les communautés, les régions, les provinces et territoires et dans l'ensemble du Canada. Il comprend également la planification, l'élaboration, la mise en place et l'évaluation de programmes d'amélioration des soins palliatifs holistiques pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.
- **Soins de confort.** Les soins de confort tiennent compte des contextes culturels, notamment du rôle des valeurs, des identités, des familles et des communautés, dans le cadre des soins palliatifs. Fondés sur la bienveillance, la compassion et la qualité de vie, les soins de confort honorent les croyances spirituelles et les pratiques et protocoles culturels des personnes atteintes de maladies graves. En plus d'offrir des soins complets aux personnes atteintes de maladies graves, les soins de confort apportent un soutien à leur famille de cœur et à leur communauté.
- **Compétences.** Les compétences sont des connaissances, habiletés, attitudes et comportements précis et identifiables associés à l'efficacité d'exécution d'une tâche. Elles peuvent être évaluées en fonction de normes acceptées, ou améliorées grâce à la formation et au développement des compétences.
- **Sécurité culturelle.** « Un environnement respectueux des valeurs culturelles est sécuritaire sur les plans physique, social,

affectif et spirituel. On y reconnaît et y respecte les identités culturelles des autres, sans remise en question ou déni de l'identité d'une personne, de qui elle est ou de ce dont elle a besoin.

Un environnement non respectueux des valeurs culturelles entraîne un amoindrissement, une dévalorisation ou un affaiblissement de l'identité culturelle et du bien-être d'une personne<sup>9</sup>. » **Il est important de souligner que selon les leaders en santé inuits, métis et des Premières Nations, les soins fondés sur une approche biomédicale ne peuvent jamais être entièrement sûrs, mais leur sécurité peut être renforcée. Pour honorer leur perspective, nous avons choisi de reprendre cette terminologie dans notre cadre d'évaluation sans point de comparaison.**

- **Décolonisation.** La décolonisation est le processus de restitution du pouvoir aux peuples autochtones, de renforcement de l'autodétermination et de l'autogouvernance, et de reconnaissance de la gouvernance entre les Nations. Dans le contexte de l'évaluation de programmes, la décolonisation passe par la lutte contre les pratiques d'évaluation coloniales, la réforme de la structure d'évaluation (questions, conception, collecte et analyse de données, échange de connaissances) et la prise en compte de la façon dont les équipes des projets financés par AEASP relateront leur histoire. Pour décoloniser l'évaluation de programmes, nous devons reconnaître la souveraineté des données autochtones, c'est-à-dire la collecte et l'utilisation des données au profit des peuples, des familles et des communautés inuits, métis et des Premières Nations comme un pilier de la résurgence culturelle et de la construction et reconstruction des Nations.

Une des priorités les plus pressantes de la décolonisation est d'éliminer la discrimination et le racisme (y compris le racisme visant les personnes autochtones) dans le système de santé et ses conséquences pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

- **Éthique.** L'éthique désigne les principes qui définissent un comportement comme étant juste, positif et approprié. Elle régit nos actions : ce que nous faisons et comment nous agissons.
- **Environnement.** L'environnement désigne le lieu ou milieu de choix des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Il peut s'agir de la rue, d'un refuge, d'une chambre individuelle ou d'un autre logement abordable, d'un hôpital ou d'un centre de soins palliatifs.
- **Famille.** La famille désigne la famille biologique d'une personne, sa famille par alliance, ainsi que sa famille de cœur. Il peut aussi s'agir de tuteurs ou de tuteurs légaux, de proches et de personnes proches aidantes. Les Aînées et Aînés, les personnes aînées, les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes de maladies graves peuvent désigner la famille ou les familles qu'ils souhaitent inclure dans leurs rencontres avec les systèmes de soins de santé et de services sociaux.
- **Premières Nations.** Les Premières Nations sont les premiers peuples du Canada et comprennent les Indiens inscrits et non inscrits. Le terme « Indiens inscrits » désigne les personnes inscrites en vertu de la Loi sur les Indiens et membres d'une bande (communauté de membres des Premières Nations). Les Indiens inscrits reçoivent des soutiens et autres services (par exemple une aide au logement) de la part des Services aux Autochtones Canada (SAC). Le terme « Indiens non inscrits » désigne les personnes qui ne sont pas reconnues en vertu de la *Loi sur les Indiens*. À l'heure actuelle, il existe plus de 600 communautés de Premières Nations au Canada représentant plus de 50 Nations et groupes linguistiques.

- **Foyer.** Au-delà d'un simple lieu de résidence physique, pour les communautés inuites, métisses et des Premières Nations, la notion de « foyer » décrit un réseau de responsabilités envers la terre, l'eau, la planète et les territoires, ainsi que des réseaux humains relatifs à l'enseignement, aux chansons, aux noms, aux histoires et aux ancêtres. Le foyer est un concept large et complexe à la fois relationnel, matériel, spirituel et émotionnel lié aux sentiments d'enracinement et d'identité et aux liens avec la communauté<sup>10</sup>.

- **Itinérance.** L'itinérance décrit « la situation d'un individu ou d'un ménage qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité immédiate de s'en procurer un<sup>11</sup>. »

- **Itinérance chez les Autochtones.**

L'itinérance chez les Autochtones est une condition humaine décrivant la situation des personnes, familles ou communautés inuites, métisses ou des Premières Nations qui n'ont pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'ont pas de possibilité immédiate de s'en procurer un. Contrairement aux définitions coloniales de cette notion, l'itinérance chez les Autochtones ne se caractérise pas par un manque de structure de logement; elle est plus amplement décrite et comprise grâce à une combinaison de multiples perspectives autochtones. Ces perspectives tiennent notamment compte des personnes, familles et communautés privées de leur relation à la terre, à l'eau, à leur famille, à leurs proches, aux autres, aux animaux, à leur culture, à leur langue et à leur identité. Il est important de souligner que les personnes autochtones en situation d'itinérance ne sont pas toujours en mesure de renouer culturellement, spirituellement, émotionnellement ou physiquement avec leur identité autochtone ou de rétablir les liens qu'elles ont perdus<sup>4</sup>.

- **Inuits.** Les Inuits sont un peuple autochtone de l'Arctique canadien, résidant principalement dans l'Inuit Nunangat, composé des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest), du Nunatsiavut (Labrador), du Nunavik (Nord-du-Québec) et du Nunavut. Ces régions représentent environ 40 % de la masse terrestre totale du Canada. La moyenne d'âge de la population inuite est beaucoup plus basse que celle de la population non autochtone. La langue traditionnelle des Inuits est l'Inuktitut. Les dialectes de l'Inuktitut varient d'une région à l'autre, mais aussi au sein des régions, le vocabulaire, les prononciations et les termes ayant évolué et migré avec les familles et clans nomades.
- **Région.** Une région est un territoire exerçant un pouvoir législatif.
- **Métis.** Les Métis sont un peuple d'ascendance historique métisse. Plus précisément, leur origine est ancrée dans les territoires du centre-ouest de l'Amérique du Nord. Les Métis ont joué un rôle important dans le développement du Canada, en particulier l'ouest du pays. Le cri et le michif sont des langues traditionnelles métisses.
- **Résultats.** Les résultats sont des énoncés décrivant l'efficacité prévue de la réalisation d'un objectif. Des mesures sont mises en place dans un énoncé de résultat pour évaluer les progrès au fil du temps.
- **Approches palliatives.** Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies graves. Le cancer, la démence, la défaillance des organes et les maladies neurologiques sont des exemples de maladies graves. Les approches palliatives offrent également un soutien aux familles en deuil. Ce sont des soins complets centrés sur la personne et sa famille de cœur; ils apportent un soutien physique, émotionnel, mental et spirituel tout en tenant compte des pratiques culturelles, des valeurs, des croyances et des préférences des personnes concernées.
- **Soins centrés sur la personne et la famille de cœur.** Cette approche place les personnes et leur famille de cœur au centre des soins. L'accent est mis sur leurs capacités et non leurs besoins d'accessibilité ou les maladies graves dont elles sont atteintes. Le soutien, adapté aux circonstances et aux besoins individuels, vise l'atteinte des objectifs de soins de la personne et de sa famille de cœur.
- **Pratiques prometteuses.** Les groupes et communautés établissent des pratiques prometteuses fondées sur leurs forces et leurs systèmes de connaissances afin d'améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. Ces pratiques peuvent varier entre les groupes, les communautés et les régions.
- **Racisme.** Le racisme est un ensemble de préjugés, d'opinions et d'agissements erronés provenant de la conviction qu'un groupe de personnes est intrinsèquement supérieur à un autre en raison de sa couleur de peau ou de son origine ethnique. Il se manifeste par une répartition inéquitable des chances, des avantages et des ressources entre les différents groupes ethniques et raciaux. Il existe plusieurs types de racisme :
  - **Racisme visant les Autochtones.** Le racisme visant les Autochtones désigne la discrimination raciale, les stéréotypes négatifs et les injustices ciblant les peuples autochtones au Canada.
  - **Discrimination et racisme systémiques.** La discrimination systémique est un type de discrimination perpétué par les systèmes, structures et institutions de notre société (par exemple les politiques, lois et pratiques) qui préservent et reproduisent des inégalités évitables entre les groupes ethniques ou raciaux.
- **Ayants droit.** Les ayants droit sont des personnes et des groupes pouvant revendiquer légitimement des droits. Les personnes et communautés autochtones du Canada sont des ayants droit. Selon les principes d'autodétermination, les peuples autochtones

ont des droits inaliénables, et il existe une obligation de les consulter. Dans l'évaluation, cette obligation se manifeste par une collaboration respectueuse afin d'explorer différentes méthodes, pratiques et autres modèles de prise de décisions.

- **Colonialisme.** Le colonialisme est un système dans lequel les colons délocalisent les peuples autochtones et forment des sociétés permanentes sur leurs territoires. Parmi les pratiques du colonialisme de peuplement figurent le système des pensionnats autochtones, les « hôpitaux indiens » et la « rafle des années 1960 », la réinstallation forcée, le retrait forcé des enfants autochtones de leur famille, l'assimilation culturelle, les expériences médicales et d'autres procédures contraires à l'éthique. Dans un système de colonialisme de peuplement, les colons imposent leurs propres valeurs culturelles et édictent des lois et des politiques défavorisant les populations autochtones.
- **Déterminants sociaux de la santé.** Les déterminants sociaux de la santé sont les principaux facteurs qui influencent le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes et des communautés. Ils sont profondément ancrés dans la répartition des richesses, du pouvoir et des ressources dans la société et déterminés par celle-ci et sont à l'origine de différences et d'inégalités sanitaires au sein des communautés et d'une communauté à l'autre.
- **Déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones.** Les déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones tiennent compte du rôle des traumatismes intergénérationnels, du colonialisme et du racisme systémique dans l'accès à des soins de santé de qualité. Pour y faire face, les approches autochtones de la santé sont fondées sur les forces et tiennent compte des traumatismes tout au long du cycle de vie.
- Ces approches favorisent l'autodétermination, la guérison axée sur la nature, la revitalisation des cultures et des langues autochtones et font appel aux méthodes d'enseignement traditionnelles et aux cérémonies de guérison pour renforcer le sentiment d'identité personnelle. Ces éléments passent souvent par une transmission des connaissances où la culture est considérée comme thérapeutique : la connexion ou reconnexion avec la terre, la connexion ou reconnexion avec les personnes et les communautés et la connexion ou reconnexion avec les ancêtres<sup>12</sup>.
- **Rendement social des investissements.** Le rendement social des investissements est une méthode permettant d'aboutir à une meilleure compréhension de la valeur sociale, sanitaire, environnementale et économique créée par les initiatives. Il mesure la valeur générée par les programmes et initiatives au-delà de l'aspect financier. Il comprend les coûts et les avantages sociaux, sanitaires, environnementaux et économiques<sup>13</sup>.
- **Parties prenantes.** Les parties prenantes sont des personnes et des groupes qui ont un intérêt direct dans l'évaluation d'un programme et qui sont susceptibles d'être affectés par celle-ci. Les parties prenantes devraient participer activement, le plus tôt possible et de manière continue, au processus d'évaluation du programme.
- **Holistique.** L'adjectif holistique définit une approche qui tient compte de l'ensemble d'un système et d'une entité, et qui reconnaît l'interdépendance de leurs différents aspects et l'importance de les considérer dans leur intégralité pour aboutir à un résultat équilibré. Le terme « **holistique** », du grec ancien *holos* (« entier »), est délibérément employé afin de reconnaître les personnes **dans leur ensemble** et souligner les liens entre les aspects spirituel, émotionnel, mental et physique de chaque personne.

# Annexe B : Rapports et déclarations notables

Voici quelques rapports, déclarations et documents de référence ayant inspiré le cadre d'évaluation AEASP.

## Plan d'action fédéral sur les soins palliatifs

En 2019, Santé Canada publie le *Plan d'action sur les soins palliatifs : Construire sur le Cadre sur les soins palliatifs au Canada*.

Y est présenté le plan sur cinq ans de Santé Canada pour explorer des approches novatrices et des recherches préliminaires visant à améliorer le rendement du système de santé et la qualité des soins pour les personnes atteintes d'une maladie limitant la qualité de vie et leurs personnes proches aidantes.

On y retrouve notamment les objectifs suivants concernant l'amélioration de l'accès aux démarches palliatives avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire :

- meilleur accès aux soins palliatifs pour les populations mal desservies.
- Objectif 5. Améliorer l'accès des communautés autochtones à des soins palliatifs sensibles à leur culture.

Santé Canada reconnaît la nécessité d'adopter des approches palliatives (par exemple stratégies,

politiques, programmes, financement et ressources) opportunes et respectueuses des cultures qui tiennent compte des priorités communes et individuelles, des perspectives et des considérations des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et de leur famille de cœur et communauté au Canada.

## Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR)

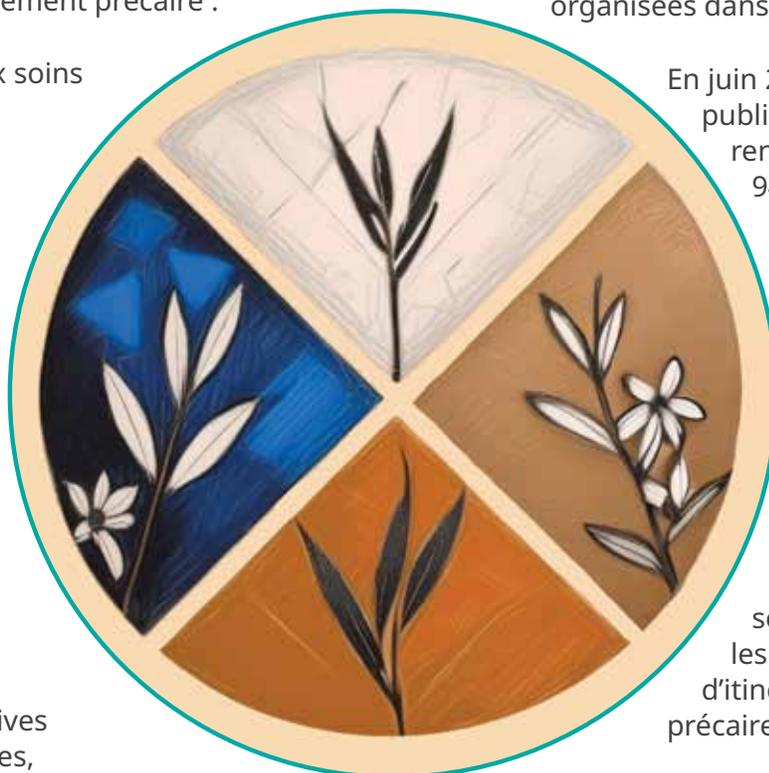
Entre 2008 et 2014, la CVR a recueilli des témoignages d'abus (notamment mentaux, émotionnels, sexuels et physiques) de la part de milliers de survivants des pensionnats autochtones.

Son objectif était de recenser l'histoire et les répercussions du système des pensionnats au Canada. La CVR a donné aux survivants de ces établissements la possibilité de parler de leurs expériences lors de rencontres publiques et privées organisées dans tout le Canada.

En juin 2015, la Commission publie un rapport fondé sur ces rencontres, qui a donné lieu à 94 appels à l'action.

Ceux-ci visent à répondre aux séquelles des pensionnats autochtones et à faire progresser le processus de réconciliation au Canada.

Les appels à l'action suivants concernent l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire :



- Appel à l'action 19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.
- Appel à l'action 22. Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.
- Appel à l'action 23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :
  - i. de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
  - ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;
  - iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.
- Appel à l'action 24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats,

à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

- Appel à l'action 55. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de fournir des comptes rendus annuels ou toutes données récentes que demande le Conseil national de réconciliation afin de permettre à celui-ci de présenter des rapports sur les progrès réalisés en vue de la réconciliation. L'information ainsi communiquée comprendrait, sans toutefois s'y limiter :
  - iv. les progrès réalisés pour combler les écarts entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones en ce qui a trait à divers indicateurs de la santé dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

## Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)

La DNUDPA a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 septembre 2007 et par le Canada en 2016.

La déclaration est un cadre international complet qui établit les normes minimales nécessaires à la survie, à la dignité et au bien-être des peuples autochtones du monde. Elle décrit l'application des droits de la personne et des libertés fondamentales à leur situation particulière.

Les articles suivants de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones concernent l'amélioration de l'accès aux soins

palliatifs avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire :

- Articles 7(1) : Les autochtones ont droit à la vie, à l'intégrité physique et mentale, à la liberté et à la sécurité de la personne.
- Article 21(1) : Les peuples autochtones ont droit, sans discrimination d'aucune sorte, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.
- Article 23 : Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions.
- Article 24(2) : Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

## Objectifs de développement durable des Nations Unies

Adoptés par les Nations Unies en 2015, les Objectifs de développement durable (ODD) constituent un appel à l'action universel visant à éliminer la pauvreté, protéger la planète et assurer la paix et la prospérité de tous les peuples d'ici 2030.

Ces objectifs sont au nombre de 17. Les actions effectuées dans le cadre d'un des objectifs ont une incidence sur les autres. Dans leur ensemble, les ODD ont pour but d'atteindre un équilibre durable sur les plans social, économique et environnemental.

Les ODD suivants concernent l'amélioration de l'accès à la prise en charge palliative avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire :

- Objectif 1 : Pas de pauvreté. Éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes demeure l'un des plus grands défis de l'humanité... Éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes d'ici 2030. Pour ce faire, il est indispensable d'aider les plus vulnérables, d'améliorer l'accès aux ressources et aux services de base, et de soutenir les communautés affectées par des conflits et des catastrophes climatiques.
- Objectif 3 : Bonne santé et bien-être. La couverture sanitaire universelle fait partie intégrante de la réalisation de l'ODD 3, qui consiste à mettre fin à la pauvreté et à réduire les inégalités... Une approche multisectorielle, attentive à la dimension de genre, fondée sur les droits, est nécessaire pour traiter les inégalités et favoriser la santé pour tous<sup>14</sup>.
- Objectif 11 : Villes et communautés durables. Rendre les villes durables signifie créer des logements sûrs et abordables et la construction de sociétés et d'économies résilientes.

## Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé<sup>15</sup>

Le racisme à l'encontre des personnes autochtones dans le système de santé est généralisé et systémique<sup>16,9</sup>

En 2020 et 2021, le gouvernement du Canada (par l'intermédiaire de Services aux Autochtones Canada) a organisé une série de discussions nationales afin de lutter contre le racisme et la discrimination systémique envers les personnes autochtones, d'améliorer l'accès aux services dans tout le Canada et les rendre plus respectueux des valeurs culturelles, et de garantir l'accès équitable des personnes autochtones à des soins fondés sur la compassion.

En s'appuyant sur ces discussions ainsi que sur les rapports *Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System* (en anglais)<sup>16</sup> et *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in BC Health Care* (en anglais)<sup>9</sup>, et les conclusions du rapport de la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics* sur la ville de Val-d'Or<sup>17</sup>, le gouvernement du Canada s'est engagé à éliminer le racisme envers les personnes autochtones dans le système de santé canadien, en accordant une importance particulière à la sécurité culturelle et à l'humilité, et en reconnaissant les approches traditionnelles de la santé et l'orientation sécuritaire des patientes et patients autochtones.

## **Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones**<sup>18(p5)</sup>

Le 21 juin 2021, la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Loi sur la DNUDPA)* a reçu la sanction royale de la Chambre des communes et est entrée en vigueur. Celle-ci propose une feuille de route pour la collaboration entre le gouvernement du Canada, les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin d'établir des relations de réconciliation, de guérison et de coopération durables fondées sur la DNUDPA.

En ce qui concerne la santé, la *Loi* stipule que les peuples autochtones « ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions »<sup>19</sup> (article 23), qu'ils « ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales » et qu'ils « ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale »<sup>19</sup> (article 24).

Le 21 juin 2023, le gouvernement du Canada a publié le *Plan d'action de la Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, rédigée avec la consultation et la coopération de peuples inuits, métis et des Premières Nations de l'ensemble du Canada. La mise en place du Plan d'action et de la DNUDPA contribuera aux efforts continus du gouvernement du Canada pour faire face aux défis, au racisme systémique et à la discrimination, combler les écarts socio-économiques et promouvoir l'égalité et la prospérité des peuples autochtones.

## **Principe de Joyce**<sup>20</sup>

Déclaré en 2020, le Principe de Joyce vise à garantir à tous les Autochtones le droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et sanitaires ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Ce principe exige la reconnaissance et le respect des connaissances traditionnelles et actuelles des peuples autochtones dans tous les aspects de la santé.



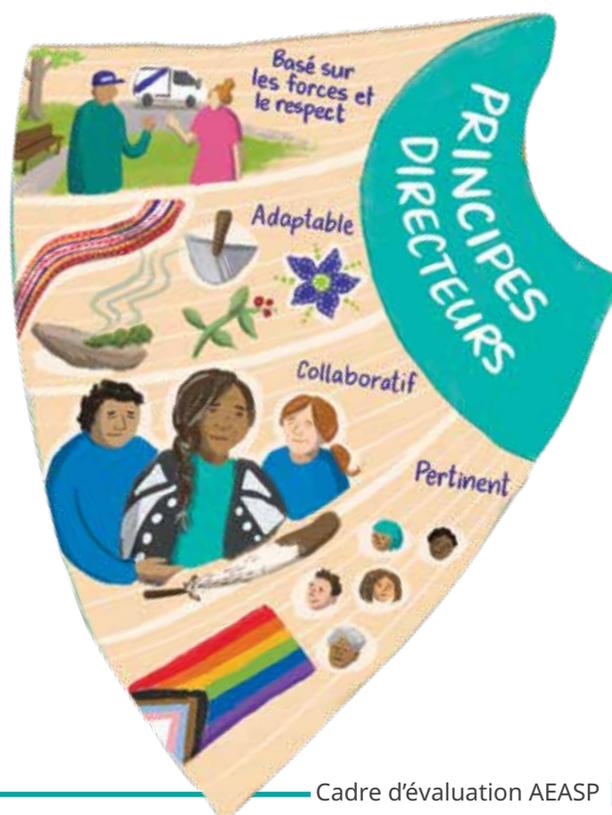
## Annexe C : Exemples de mesures d'évaluation AEASP et autres considérations connexes

Les équipes de projet financées par AEASP déterminent leurs propres méthodes et pratiques d'évaluation pour décrire leur expérience et l'incidence de leur initiative dans leur communauté, région et milieu.

Le cadre d'évaluation AEASP s'articule autour de quatre principes directeurs (axé sur les forces et le respect, adaptabilité, projet collaboratif et pertinence) ayant émergé lors des discussions entre les équipes de projet de la cohorte 1 AEASP, le comité d'évaluation et le personnel d'accompagnement AEASP. Toutefois, ce cadre invite les initiatives financées par AEASP à réfléchir aux principes directeurs et aux valeurs de leur propre communauté et à la façon dont ils peuvent influencer leur évaluation.

Le cadre guide les équipes des projets à choisir des méthodes et des pratiques d'évaluation respectueuses des valeurs culturelles et qui sensibilisent les communautés à l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs avec et pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Voici quelques exemples de mesures d'évaluation AEASP que les équipes de projet peuvent appliquer, adapter et mettre à l'échelle selon les besoins de chaque initiative afin de mener une évaluation sur plusieurs niveaux et de partager leurs témoignages sur leurs initiatives. Les trois tableaux proposent chacun une réponse à une question sur 1) l'équité, 2) la sécurité et 3) la qualité des soins palliatifs.



Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>QUELS SONT LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS AYANT ÉMÉRgé AU COURS DE VOTRE PROJET FINANCé PAR AEASP AFIN DE RENDRE LES SOINS PALLIATIFS PLUS ÉQUITABLES?</b>				
<b>Communauté</b>	Méthodes mixtes - Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores) - Données qualitatives (entrevues, cercles de partage) - Données quantitatives (sondages, examen des dossiers et documents)	Mesures nominales, mesures ordinales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Qui a accès aux projets financés par AEASP? Données démographiques (y compris sur le logement)</p> <p>Comment les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire se perçoivent-elles dans le cadre du projet financé par AEASP?</p> <p>Exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les approches palliatives qui sont devenues plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et lacunes à combler pour rendre les soins palliatifs plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons de rendre les soins palliatifs plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP).</li> </ul> <p>Types de maladies graves qui touchent les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire participant au projet financé par AEASP</p> <p>Pour les équipes qui mettent au point des lignes directrices ou d'autres ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- description du parcours de création des lignes directrices ou autres ressources.</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre les activités du projet visant à améliorer l'équité des soins et les résultats observés.</p> <p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>N<sup>bre</sup> de visites à l'urgence N<sup>bre</sup> d'hospitalisations</p> <p>Nbre de personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ayant accès au projet</p> <p>Comparaison du nbre de visites ou de nouveaux utilisateurs et utilisatrices de services touchés par le projet avant et après (nbre de visites et facteurs qui influencent ces résultats)</p> <p>Nbre de patients et patientes et de personnes proches aidantes (bénéficiaires visés) touchés directement par le projet financé par AEASP</p> <p>Estimation du nbre de personnes qui seront touchées (directement ou non) par le projet</p> <p>Pour les équipes qui mettent au point des lignes directrices ou d'autres ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n<sup>bre</sup> de réunions collaboratives</li> <li>- n<sup>bre</sup> de séances de mobilisations avec les partenaires de la communauté</li> </ul>	Une fois par trimestre ou deux fois par an

Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>Opérations</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage)</li> <li>- Données quantitatives (sondages)</li> </ul>	Mesures nominales, mesures ordinales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Description du contexte du projet financé par AEASP, des activités principales et des résultats les plus récents et exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les approches palliatives qui sont devenues plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et lacunes à combler pour rendre les soins palliatifs plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons de rendre les soins palliatifs plus équitables (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP).</li> </ul> <p>Exemples d'expériences sur la façon dont l'équipe du projet financé par AEASP reconnaît :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les priorités définies ou éclairées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs;</li> <li>- les priorités des personnes ayant un vécu expérientiel dans l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs.</li> </ul> <p>Exemples d'expériences sur la façon dont l'équipe du projet financé par AEASP collabore avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les Premières Nations, les Inuits et les Métis</li> <li>- les personnes ayant un vécu expérientiel</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre les activités du projet visant à améliorer l'équité des soins et les résultats observés.</p> <p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>N<sup>bre</sup> de membres du personnel formés à répondre aux besoins des patients afin d'améliorer l'équité des soins palliatifs</p>	<p>Une fois par trimestre ou deux fois par an</p>
<b>Finances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Données quantitatives (examen des dossiers et documents)</li> </ul>	Mesures nominales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Comment les ressources du projet financé par AEASP sont-elles réparties?</p> <p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>Fonds nécessaires pour le fonctionnement du projet</p> <p>Rendement des investissements : calculé en soustrayant le coût initial du projet de sa valeur, puis en divisant ce chiffre par le coût de l'investissement et en le multipliant par 100</p> <p>Rendement social des investissements : calculé en divisant la valeur sociale et environnementale créée par le projet par le coût financier de l'investissement et en le multipliant par 100</p>	<p>Une fois par trimestre et une fois par an</p> <p>Pour le calcul annuel du rendement et du rendement social des investissements, un soutien en économie de la santé ou dans un autre domaine pertinent de la part de l'équipe du programme AEASP peut être requis</p>

Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>Apprentissage et croissance</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage)</li> <li>- Données quantitatives (sondages)</li> </ul>	Mesures nominales, mesures ordinales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples de pratiques prometteuses ou exemplaires issues du projet financé par AEASP pour rendre les soins palliatifs plus équitables</p> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant aux ressources humaines du projet financé par AEASP (y compris le développement des capacités organisationnelles et le perfectionnement professionnel) vis-à-vis de la relation entre les activités du projet et les résultats observés</p>	Une fois par trimestre



Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>QUELS SONT LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS AYANT ÉMÉRgé AU COURS DE VOTRE PROJET FINANCé PAR AEASP AFIN D'AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES SOINS PALLIATIFS?</b>				
<b>Communauté</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage)</li> <li>- Données quantitatives (sondages)</li> </ul>	Mesures nominales et ordinales	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amélioration de la sécurité des soins palliatifs. Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et lacunes à combler pour rendre les soins palliatifs plus sûrs. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons d'améliorer la sécurité culturelle et physique des soins palliatifs.</li> </ul> <p>Pour les partenaires du projet, des exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le parcours d'engagement avec l'équipe du projet financé par AEASP. Qu'est-ce qui fonctionne bien? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien? Quels sont les points à améliorer?</li> <li>- le parcours de collaboration avec l'équipe du projet financé par AEASP. Qu'est-ce qui fonctionne bien? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien? Quels sont les points à améliorer?</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre chaque activité du projet visant à améliorer la sécurité des soins et les résultats observés.</p>	Deux fois par an
<b>Opérations</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage, observations directes/visites d'établissement)</li> <li>- Données quantitatives (sondages, examen des dossiers et documents)</li> </ul>	Mesures nominales, mesures ordinales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples d'activités du projet montrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amélioration de la sécurité des soins palliatifs. Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et lacunes à combler pour rendre les soins palliatifs plus sûrs. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons d'améliorer la sécurité culturelle dans les soins palliatifs.</li> <li>- de quelle façon l'équipe du projet financé par AEASP reconnaît-elle les priorités définies ou éclairées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis en matière de sécurité culturelle?</li> <li>- llabore-t-elle avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans l'amélioration de la sécurité culturelle des soins palliatifs?</li> <li>- de quelle façon l'équipe du projet financé par AEASP reconnaît-elle les priorités définies ou éclairées par les personnes ayant un vécu expérientiel en matière de sécurité culturelle?</li> <li>- de quelle façon l'équipe du projet financé par AEASP collabore-t-elle avec les personnes ayant un vécu expérientiel en matière de sécurité culturelle?</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre les activités du projet visant à améliorer la sécurité des soins et les résultats observés.</p> <p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>N<sup>bre</sup> de membres du personnel formés à répondre aux besoins des patients et patientes afin d'améliorer la sécurité des soins palliatifs</p>	Une fois par trimestre ou deux fois par an

Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>Finances</b>	Données quantitatives (examen des dossiers et documents)	Intervalles/ratios	<p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>Fonds nécessaires pour le fonctionnement du projet</p> <p>Rendement des investissements : calculé en soustrayant le coût initial du projet de sa valeur, puis en divisant ce chiffre par le coût de l'investissement et en le multipliant par 100</p> <p>Rendement social des investissements : calculé en divisant la valeur sociale et environnementale créée par le projet par le coût financier de l'investissement et en le multipliant par 100</p>	<p>Une fois par trimestre et une fois par an</p> <p>Pour le calcul annuel du rendement et du rendement social des investissements, un soutien en économie de la santé ou dans un autre domaine pertinent de la part de l'équipe du programme AEASP peut être requis</p>
<b>Apprentissage et croissance</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage, observations directes/visites d'établissement)</li> <li>- Données quantitatives (sondages, examen des dossiers et documents)</li> </ul>	Mesures nominales et ordinales	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples de pratiques prometteuses ou exemplaires issues du projet financé par AEASP pour rendre les soins palliatifs plus sûrs</p> <p>Exemples de façons dont le projet utilise le <a href="#">Commencement du voyage dans le monde des esprits</a></p> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant aux ressources humaines du projet financé par AEASP (y compris le développement des capacités organisationnelles et le perfectionnement professionnel) vis-à-vis de la relation entre les activités d'amélioration de la sécurité du projet et les résultats observés</p> <p>La mesure dans laquelle l'équipe du projet a utilisé le produit de connaissances <a href="#">Commencement du voyage dans le monde des esprits</a></p>	<p>Une fois par trimestre et une fois par an</p>

Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>QUELS SONT LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS AYANT ÉMÉRGÉ AU COURS DE VOTRE PROJET FINANCÉ PAR AEASP AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS PALLIATIFS?</b>				
<b>Communauté</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage)</li> <li>- Données quantitatives (sondages)</li> </ul>	Mesures nominales et ordinales	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amélioration de la qualité des soins palliatifs. Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et les lacunes à combler pour améliorer la qualité des soins palliatifs. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons d'améliorer la qualité des soins palliatifs.</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre chaque activité du projet visant à améliorer la qualité des soins et les résultats observés.</p> <p>La mesure dans laquelle les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire peuvent mourir là où elles le souhaitent.</p>	Une fois par trimestre ou deux fois par an
<b>Opérations</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage, observations directes/visites d'établissement)</li> <li>- Données quantitatives (sondages, examen des dossiers et documents)</li> </ul>	Mesures nominales, mesures ordinales, intervalles/ratios	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Description des activités principales du projet financé par AEASP et des résultats les plus récents et exemples d'expériences sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amélioration de la qualité des approches palliatives (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui fonctionne bien?</li> <li>- les défis à relever et les lacunes à combler pour améliorer la qualité des approches palliatives (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP). Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien?</li> <li>- les façons d'améliorer la qualité des soins palliatifs (lors de la conception et la mise en place de l'initiative financée par AEASP).</li> </ul> <p>Exemples d'expériences sur la façon dont l'équipe du projet financé par AEASP reconnaît :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les priorités définies ou éclairées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans l'amélioration de la qualité des soins palliatifs;</li> <li>- les priorités des personnes ayant un vécu expérientiel dans l'amélioration de la qualité des soins palliatifs.</li> </ul> <p>Exemples d'expériences sur la façon dont l'équipe du projet financé par AEASP collabore avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les Premières Nations, les Inuits et les Métis</li> <li>- les personnes ayant un vécu expérientiel</li> </ul> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant à la relation entre les activités du projet visant à améliorer la sécurité des soins et les résultats observés.</p> <p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>N<sup>bre</sup> de membres du personnel formés à répondre aux besoins des patients et patientes afin d'améliorer la sécurité des soins palliatifs</p>	Une fois par trimestre ou deux fois par an

Questions d'évaluation	Méthode de collecte de données	Niveau de mesure	Mesures	Fréquence
<b>Finances</b>	Données quantitatives (examen des dossiers et documents)	Intervalles/ratios	<p><b>Intervalles/ratios</b></p> <p>Fonds nécessaires pour le fonctionnement du projet</p> <p>Rendement des investissements : calculé en soustrayant le coût initial du projet de sa valeur, puis en divisant ce chiffre par le coût de l'investissement et en le multipliant par 100</p> <p>Rendement social des investissements : calculé en divisant la valeur sociale et environnementale créée par le projet par le coût financier de l'investissement et en le multipliant par 100</p>	<p>Une fois par trimestre et une fois par an</p> <p>Pour le calcul annuel du rendement et du rendement social des investissements, un soutien en économie de la santé ou dans un autre domaine pertinent de la part de l'équipe du programme AEASP peut être requis</p>
<b>Apprentissage et croissance</b>	<p>Méthodes mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application des connaissances autochtones (récits, arts expressifs et métaphores)</li> <li>- Données qualitatives (entrevues, cercles de partage, observations directes/visites d'établissement)</li> <li>- Données quantitatives (sondages, examen des dossiers et documents)</li> </ul>	Mesures nominales et ordinales	<p><b>Mesures nominales</b></p> <p>Exemples de pratiques prometteuses ou exemplaires issues du projet financé par AEASP pour améliorer la qualité des soins palliatifs</p> <p>Exemples de façons dont le projet financé par AEASP utilise le <a href="#">Cadre de compétences en soins palliatifs</a></p> <p><b>Mesures ordinales</b></p> <p>Niveau d'accord ou de satisfaction quant aux ressources humaines du projet financé par AEASP (y compris le développement des capacités organisationnelles et le perfectionnement professionnel) vis-à-vis de la relation entre les activités d'amélioration de la qualité des soins palliatifs du projet et les résultats observés</p> <p>La mesure dans laquelle l'équipe du projet financé par AEASP a utilisé le <a href="#">Cadre de compétences en soins palliatifs</a></p>	<p>Une fois par trimestre et une fois par an</p>

## Autres aspects à prendre en compte

- **Reconnaître et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones.** Dans quelle mesure les initiatives financées par AEASP reconnaissent et prennent en compte les déterminants sociaux de la santé qui touchent la population en général et ceux qui sont propres aux personnes autochtones?

Par exemple, comment les initiatives tiennent-elles compte du logement, des commodités de base et de l'environnement? Les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire ne disposent souvent pas du logement, des commodités de base et de l'environnement nécessaires pour bénéficier de soins de santé équitables, comme des soins à domicile et des soins communautaires.

- **Utilisation d'intermédiaires.** Les intermédiaires, comme le personnel de première ligne aux refuges, la famille de cœur d'une personne en situation d'itinérance et autres alliés et porte-paroles, cherchent à comprendre les personnes et groupes victimes de marginalisation, de discrimination et d'oppression et à faire preuve d'empathie à leur égard en écoutant leurs expériences attentivement et en les reconnaissant. Les intermédiaires cherchent à promouvoir et à valoriser les personnes et groupes marginalisés, sans parler en leur nom. Ils peuvent agir afin de lutter contre les injustices et promouvoir l'équilibre par le respect, l'humilité culturelle et l'inclusion.

- Réfléchissez aux façons dont les intermédiaires peuvent intervenir lors de l'évaluation d'un projet financé par AEASP de la part des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire qui reçoivent des soins palliatifs. Par exemple, il serait pertinent de faire appel aux intermédiaires qui possèdent des connaissances, de l'expérience et de l'empathie ainsi qu'une bonne compréhension 1) de l'itinérance et 2) de la recherche et du besoin de soins palliatifs.
- **Évaluation de la durabilité.** De par leur nature, les initiatives financées par AEASP sont temporaires. Par conséquent, l'évaluation de la durabilité des initiatives peut aider les équipes de projet à formuler une analyse de rentabilité ou un autre document justificatif pour poursuivre ces initiatives. [L'outil de réussite à long terme](#) et [The Program Sustainability Assessment Tool](#) (en anglais) sont des exemples de ressources qui peuvent être utilisées, adaptées, mises à l'échelle et personnalisées selon les besoins des initiatives financées par AEASP, afin d'articuler le degré de préparation des équipes de projet et les autres efforts déployés pour apporter un soutien durable aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire qui reçoivent des soins palliatifs.

# Annexe D : Excellence en santé Canada et le Partenariat canadien contre le cancer

---



## Excellence en santé Canada

Créé au printemps 2021, Excellence en santé Canada est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. En collaborant avec les patients et patientes, les personnes proches aidantes et le personnel de la santé, ESC transforme les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Ses grandes lignes d'action sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie et la sécurité des transitions, ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous les efforts d'ESC. ESC est résolu à favoriser des soins inclusifs et équitables par des partenariats authentiques avec différents groupes, dont des patients et patientes, des personnes proches aidantes, des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits, des prestataires de services de santé et plus. En savoir plus sur ESC.

## Le Partenariat canadien contre le cancer

En tant que coordonnateur de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie), le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) assure sa mise en œuvre afin de réduire le fardeau du cancer pour l'ensemble de la population du Canada. Le réseau de partenaires, composé d'organismes de lutte contre le cancer,

de dirigeantes et dirigeants et de spécialistes des systèmes de santé ainsi que de personnes touchées par le cancer, apporte une expertise très diversifiée à chaque aspect de son travail.

Le Partenariat a été créé par le gouvernement fédéral en 2006 pour mettre en œuvre la Stratégie, et reçoit un financement permanent de Santé Canada pour continuer d'appuyer des partenaires de l'ensemble du pays. Après 15 ans de collaboration, le Partenariat accélère les efforts visant à améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de lutte contre le cancer, tout en alignant les priorités communes et en soutenant un changement positif dans l'ensemble du continuum des soins du cancer.

Le Partenariat continue de soutenir les travaux collectifs de lutte contre le cancer afin de concrétiser ses objectifs communs sur 30 ans : un avenir dans lequel l'accès à des soins oncologiques de qualité est équitable, le nombre de cas de cancer et la mortalité associée sont en baisse, et les personnes vivant avec un cancer ont une meilleure qualité de vie. En savoir plus sur [le Partenariat](#).

Depuis sa création en 2006, le Partenariat collabore avec des partenaires de tout le pays pour faire avancer les actions relatives aux priorités des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de soins contre le cancer. Il soutient des solutions propres aux peuples autochtones et déterminées par ces derniers pour favoriser un changement durable au sein du système de lutte contre le cancer qui bénéficie à l'ensemble des Premières Nations, des Inuits et des Métis, à leurs familles et à leurs communautés. Pour en savoir plus sur [cette collaboration](#).

# Références

---

1. Reimer-Kirkham S. et coll. Death is a social justice issue: perspectives on equity-informed palliative care. *Advances in Nursing Science*. 2016;39(4):293–307. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000146>
2. Anderson J.T. et D. Collins. Prevalence and causes of urban homelessness among Indigenous Peoples: a three-country scoping review. *Housing Studies*. 2014;29(7):959–976. <https://doi.org/10.1080/02673037.2014.923091>
3. Patrick C. *L'itinérance autochtone au Canada : Revue de littérature*. Canadian Homelessness Research Network Press. 2014. [L\\_itinerance\\_autochtone\\_au\\_Canada.pdf](#) (rondpointdelitinerance.ca)
4. Thistle J.A. *Définition de l'itinérance chez les Autochtones au Canada*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. 2017. [COHIndigenousHomelessness-summaryFR.pdf](#) (rondpointdelitinerance.ca)
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *The Determinants of Health*. Health impact assessment. 2020.
6. Action Cancer Ontario. Tools for the Journey, Section B: *Palliative Care, Diagnosis and Working Together*. <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/ACCUPalliativeCare.pdf>
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Commission on Social Determinants of Health, 2005 – 2008*. <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health>
8. Czyzewski K. Colonialism as a broader social determinant of health. *The International Indigenous Policy Journal*. 2011;2(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
9. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. 2020. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
10. Rumboldt J. *Endaamnaan : Des maisons pour toutes les nations. Analyse documentaire sur l'itinérance chez les Premières Nations*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. 2022. <https://afn.bynder.com/m/246b739eb10d2b7f/original/AFN-COH-Homelessness-Literature-Review-FR.pdf>
11. Gaetz S et coll. *La Définition canadienne de l'itinérance*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. 2012. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
12. Katz A., J. Enns et K.A. Kinew. Canada needs a holistic First Nations health strategy. *CMAJ*. 2017;189(31): E1006–E1007. <https://www.cmaj.ca/content/189/31/E1006>
13. Harji K. *Social Return on Investment*. Carleton Centre for Community Innovation. 2008. <https://carleton.ca/3ci/wp-content/uploads/Social-Return-on-Investment.pdf>

14. Programme de développement durable des Nations unies. *Objectif 3 : Bonne santé et bien-être*. 2024. <https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals/good-health>
15. Gouvernement du Canada. *Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé*. 2024. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1611863352025/1611863375715>
16. Gunn B.L. *Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System*. Soumission pour l'étude sur la santé du Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/UniversityManitoba.pdf>
17. Gouvernement du Québec. *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics – Le gouvernement travaillera avec les Premières Nations du Québec pour donner suite au rapport*. 30 septembre 2019. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/commission-denquete-sur-les-relations-entre-les-autochtones-et-certains-services-publics-le-gouvernement-travaillera-avec-les-premieres-nations-du-quebec-pour-donner-suite-au-rapport>
18. *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. S.C. 2021, c. 14. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/U-2.2.pdf>
19. *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. S.C. 2021, c. 14. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/u-2.2/TexteCompleet.html>
20. *Principe de Joyce*. Novembre 2020. [https://principedejoyce.com/sn\\_uploads/principe/Principe\\_de\\_Joyce\\_FR.pdf](https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce_FR.pdf)

# Notes en fin de texte

---

1. Reimer-Kirkham S. et coll. Death is a social justice issue: perspectives on equity-informed palliative care. *Advances in Nursing Science*. 2016;39(4):293–307. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000146>
2. Anderson J.T. et D. Collins. Prevalence and causes of urban homelessness among Indigenous Peoples: a three-country scoping review. *Housing Studies*. 2014;29(7):959–976. <https://doi.org/10.1080/02673037.2014.923091>
3. Patrick C. *L'itinérance autochtone au Canada : Revue de littérature*. Canadian Homelessness Research Network Press. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/L%27itine%CC%81rance%20autochtone%20au%20Canada.pdf>
4. 4 Thistle J.A. *Définition de l'itinérance chez les Autochtones au Canada*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/COHIndigenousHomelessness-summaryFR\\_0.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/COHIndigenousHomelessness-summaryFR_0.pdf)
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *The Determinants of Health*. Health impact assessment. 2020.
6. Action Cancer Ontario. Tools for the Journey, Section B: *Palliative Care, Diagnosis and Working Together*. <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/ACCUPalliativeCare.pdf>
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Commission on Social Determinants of Health, 2005 – 2008*. <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/world-report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health>
8. Czyzewski K. Colonialism as a broader social determinant of health. *The International Indigenous Policy Journal*. 2011;2(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
9. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. 2020. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
10. Rumboldt J. *Endaamnaan : Des maisons pour toutes les nations. Analyse documentaire sur l'itinérance chez les Premières Nations*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2022. <https://afn.bynder.com/m/246b739eb10d2b7f/original/AFN-COH-Homelessness-Literature-Review-FR.pdf>
11. Gaetz S et coll. *La Définition canadienne de l'itinérance*. Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. 2012. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
12. Katz A., J. Enns et K.A. Kinew. Canada needs a holistic First Nations health strategy. *CMAJ*. 2017;189(31): E1006–E1007. <https://www.cmaj.ca/content/189/31/E1006>
13. Harji K. *Social Return on Investment*. Carleton Centre for Community Innovation. 2008. <https://carleton.ca/3ci/wp-content/uploads/Social-Return-on-Investment.pdf>

14. Programme de développement durable des Nations unies. *Objectif 3 : Bonne santé et bien-être*. 2024. <https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals/good-health>
15. Gouvernement du Canada. *Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé*. 2024. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1611863352025/1611863375715>
16. Gunn B.L. *Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System*. Soumission pour l'étude sur la santé du Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/UniversityManitoba.pdf>
17. Gouvernement du Québec. *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics – Le gouvernement travaillera avec les Premières Nations du Québec pour donner suite au rapport*. 30 septembre 2019. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/commission-denquete-sur-les-relations-entre-les-autochtones-et-certains-services-publics-le-gouvernement-travaillera-avec-les-premieres-nations-du-quebec-pour-donner-suite-au-rapport>
18. *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. S.C. 2021, c. 14. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/U-2.2.pdf>
19. *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. S.C. 2021, c. 14. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/u-2.2/TexteCompleet.html>
20. *Principe de Joyce*. Novembre 2020. [https://principedejoyce.com/sn\\_uploads/principe/Principe\\_de\\_Joyce\\_FR.pdf](https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce_FR.pdf)



## **COCRÉER LES COMMUNAUTÉS**



**Healthcare  
Excellence**  
Canada

**Excellence  
en santé**  
Canada



**CANADIAN PARTNERSHIP  
AGAINST CANCER**  
**PARTENARIAT CANADIEN  
CONTRE LE CANCER**