

DÉCLARATION SOLENNELLE

PROVINCE D'ONTARIO) DANS L'AFFAIRE QUI CONCERNE
) les facteurs liés aux personnes autochtones
) pour ce qui est de la définition de la
) « personne ayant un handicap » en vertu de
) l'article 4 de la *Loi sur le Programme ontarien*
) de soutien pour personnes handicapées.

Je, **DR. CHANDRAKANT PADAMSHI SHAH**, de la Ville de Mississauga, dans la Province d'Ontario, déclare solennellement ce qui suit:

A. Antécédents et domaines d'expertise

i. Expertise dans la santé et le bien-être des personnes autochtones

1. Je suis un médecin avec une expertise dans la santé autochtone. J'ai une connaissance personnelle des faits relatés ci-dessous à moins que le contraire soit énoncé. Je crois que tous les renseignements transmis dans la présente déclaration sont véridiques.
2. J'ai travaillé en tant que médecin consultant dans la zone de Sioux Lookout (connue également sous le nom de Services de santé des Premières nations de Sioux Lookout). De 1976 à 1990, j'ai fourni des soins de santé dans 26 communautés de Premières Nations éloignées et isolées. En août 2016, j'ai visité un médecin suppléant dans ces communautés. Pendant cette période j'ai effectué de la recherche sur des sujets liés à la santé y compris la fréquence des handicaps chez les personnes des Premières Nations. J'ai travaillé avec les communautés des Premières nations de Moose Factory et celles du Nunavut.
3. J'ai reçu une bourse de l'Organisation mondiale de la santé pour étudier la santé des indigènes australiens de Maori en Nouvelle Zélande en 1992 et les autochtones américains aux États-Unis en 1998.
4. J'ai été embauché comme médecin consultant honoraire au Anishnawbe Health Toronto (AHT) où je travaille depuis le 1^{ier} juin 2016 et avant cela j'étais un médecin

à plein temps au AHT pour la plupart de la période entre le 1^{er} août 2001 et le 31 mai 2016.

5. Anishnawbe Health Toronto est un centre de santé communautaire complètement agréé situé au centre ville de Toronto. La mission d'AHT est d'améliorer la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuit et des Métis au niveau de l'âme, de l'émotion du corps et de l'esprit en leur offrant des services de guérison traditionnels dans un modèle de soins de santé multidisciplinaire. Depuis 1987, l'AHT est le seul dispensateur de services de santé occidentaux et de guérison traditionnelle autochtones à l'intention d'une population urbaine autochtone en expansion dans la grande région de Toronto.
6. L'équipe de soins de santé avec laquelle je travaillais comprenait des médecins, des infirmiers praticiens, des guérisseurs traditionnels, des aînés, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des intervenants en santé mentale autochtone, des chiropraticiens, des naturopathes, une équipe en éducation du diabète, des nutritionnistes, des conseillers en toxicomanie et autres.
7. En tant que médecin j'étais responsable de fournir des soins médicaux à la clinique. Pendant dix ans (2004 - 2014), j'étais également chef d'équipe en ce qui concerne l'évaluation du Syndrome d'alcoolisation foétale ((SAF) et mon équipe était composé d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un infirmier et d'un orthophoniste. À l'heure actuelle, je continue en tant que chef d'équipe du SAF pour évaluer les prisonniers qui sont à risque élevé d'être atteints du SAF (mais qui n'ont pas été diagnostiqués) pour étudier ses répercussions sur les résultats judiciaires.
8. J'ai été un conseiller spécial au sous-ministre adjoint à la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits à Santé-Canada en 2007 et 2008.

ii. Expérience avec le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

9. J'ai traité des milliers d'individus souffrant de maladies chroniques et j'ai rempli de nombreux formulaires de demandes auprès du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (« POSPH ») dans les deniers quinze ans.
10. Dans les dernières dix années, j'ai également été membre d'un panel d'experts nommés par le gouvernement dont le travail consistait à revoir les besoins alimentaires de prestataires d'Ontario au travail et du POSPH qui souffraient de maladies chroniques (2006 – 2007) en plus de faire partie d'un groupe dont le mandat était de réviser les formulaires de demande du POSPH (2014 – 2016). Dans les deux cas, j'ai été nommé à ces fonctions par le ministère des Services sociaux et communautaires. (« MSSC »).
11. J'ai été invité dans le passé par le bureau du POSPH du MSSC pour offrir des séances éducatives sur la sécurité culturelle des peuples autochtones au personnel qui révise les demandes du POSPH.
12. En 2013, j'ai mis sur pied des séances de formation en lien avec la sécurité culturelles des peuples autochtones à l'intention des étudiants (57 000) inscrits dans les programmes de science de la santé dans les collèges et universités de l'Ontario : <http://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/14388>

iii. Antécédents supplémentaires et expertise

13. Je suis diplômé avec un baccalauréat en médecine et en chirurgie de l'Université Gujarat en Inde en 1961 et je suis titulaire d'un permis pour pratiquer la médecine dans la province d'Ontario depuis 1972. J'ai détenu également un permis pour pratiquer la médecine dans la province de la Colombie-Britannique de 1967 à 1972.
14. De 1972 à 2001, j'ai été professeur au Département des sciences de la santé publique à la Faculté de médecine (maintenant connu sous le nom de Dalla Lana School of Public Health) à l'Université de Toronto et j'ai été nommé conjointement

aux Facultés de travail social et des sciences infirmières et dans les Départements de médecine familiale et communautaires et de pédiatrie. À l'heure actuelle je suis professeur émérite au Dalla Lana School of Public Health. Je faisais partie du personnel actif en tant que médecin au Hospital for Sick Children (1972 à 2001) et je suis présentement membre honoraire à cet hôpital. (2001 jusqu'à aujourd'hui). J'ai également été membre du personnel médical au Département de la médecine familiale et communautaire au St. Michael's Hospital (1984 à 2001).

15. Je suis l'auteur de 70 documents passés en comité de lecture, de chapitres de livres, de rapports gouvernementaux et d'un livre de doctrine, *Public Health and Preventive Medicine*, 5^e édition, publié par Elsevier Canada.

16. Je joins en tant qu'**Annexe A** à la présente déclaration une copie de mon *curriculum vitae*.

B. Invalidité parmi les personnes autochtones en Ontario

i. Survol des peuples autochtones au Canada et en Ontario

17. Pour les fins du présent document, le terme « Autochtone » est utilisé de façon interchangeable avec le terme « Indigène ». J'utilise ces termes pour inclure les Premières Nations (y compris ceux avec un « statut » inscrit ou non).

18. Dans l'enquête de 2011 auprès des ménages, 1 400 685 individus ont été identifiés comme Autochtones, ce qui représente 4,3 % du total de la population canadienne. (Statistiques Canada, 2015).

19. Le plus grand nombre de personnes d'origine autochtone au Canada habitent l'Ontario (301 425 ou 21,5 %). Les deux tiers (66,0 %) ou 201 100 personnes autochtones qui habitent l'Ontario font partie des Premières nations. De ces personnes qui se sont déclarées en tant que Premières Nations, environ 125 560 (62,4 %), 37 % habitaient en Ontario sur 207 réserves et établissements.

20. On dénombre 126 « bandes » de Premières Nations situées partout dans la province.
21. Cinq des vingt plus grandes populations de Premières Nations du Canada sont situées en Ontario (Affaires autochtones et du Nord Canada, 2017; voir également Annexe 1). Une sur quatre Premières Nations habite dans de petites communautés éloignées accessibles seulement par voie aérienne pendant toute l'année ou par routes glacées dans l'hiver. L'Ontario connaît plus de Premières Nations éloignées que toute autre région du Canada, (tel que discuté ci-dessous) ce qui cause des enjeux en ce qui concerne les soins de santé et de services sociaux.
22. Des populations autochtones urbaines importantes se trouvent à Thunder Bay (17 130), Hamilton (10 320), Sault Ste. Marie (8 055), London (6 845) Ottawa (18 180) et Toronto (19 265). Ces données de population sont probablement sous estimées en raison du déplacement important des membres des Premières Nations de leurs réserves en direction des villes pour avoir accès à des services de santé, de services sociaux, d'éducation et d'emploi. À titre d'exemple plusieurs services sociaux et de santé autochtones estiment que 40 000 à 60 000 personnes autochtones vivent dans la région du Grand Toronto. De façon similaire, les populations sur les réserves sont également sous estimées puisque de 15 à 25 % des réserves de l'Ontario ne participent pas au recensement canadien.
23. Le site Web suivant contient une carte interactive des communautés des Premières Nations en Ontario :
- https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1K7B11z9VczN8_4azuhFglhEIlfU&hl=en&ll=53.90049979273753%2C-91.760757040143&z=7

ii. Déterminants sociaux de la santé de la population autochtone

24. L'état de la santé d'une population dépend des déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, les réseaux de soutiens sociaux, l'éducation, l'emploi, le milieu social et physique, les pratiques personnelles en matière de santé, le développement sain de l'enfant, la biologie et le bagage génétique, l'accès aux services de santé, le

genre et la culture (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Pour les populations autochtones, il existe deux autres facteurs qui contribuent à l'état de santé : a) l'impact de la colonisation et des politiques coloniales et b) la discrimination et le racisme (Allan, B. & Smylie, J. 2015). Ces deux facteurs influencent de façon importante l'accès aux soins de santé et sont décrits en détails tout au long du présent document.

25. Les peuples autochtones du Canada n'ont pas accès de façon systématique aux déterminants sociaux de la santé. Les niveaux de revenu, de l'éducation et de l'emploi sont nettement inférieurs au reste de la population canadienne (Reading, C & Wien, F. 2009). Il y a une pénurie de logement dans les réserves des Premières Nations. Le logement disponible est souvent surpeuplé, a besoin de réparations importantes, manque de plomberie intérieure, d'eau potable et plusieurs ont des problèmes de moisissure. Ces conditions favorisent les maladies infectieuses, l'asthme et les problèmes de santé mentale.
26. De façon similaire, de grandes proportions de personnes autochtones habitent des voisinages pauvres dans les centres urbains ou ruraux ou dans des logements sociaux où ils ne sont pas logés convenablement ou sont sans-abri avec peu d'accès à du transport. Par exemple 33 % des personnes itinérantes dans la Ville de Toronto en un jour donné était d'origine autochtone bien que ceux-ci ne constituent que 1 % de la population à Toronto (Ville de Toronto, 2016).
27. Il existe d'autres enjeux tels que l'insécurité alimentaire en raison des prix élevés de la nourriture dans le nord et dans les régions éloignées des Premières Nations menant à la malnutrition, à l'obésité et la déficience en nutriments particuliers.
28. Lorsqu'un individu autochtone souffre de problèmes chroniques en santé mentale ou de déficience physique, ces problèmes ont des répercussions sur d'autres déterminants sociaux qui à leur tour aggravent son état de santé.

iii. État de santé des personnes autochtones

29. Ce n'est pas une exagération d'affirmer que l'état de santé des personnes autochtones en Ontario et au Canada est une honte. Sur presque la totalité des indicateurs de santé, les personnes autochtones obtiennent des résultats faibles en comparaison avec leurs concitoyens non autochtones notamment en termes d'espérance de vie, de mortalité infantile, en taux de maladies infectieuses (ex. : Hépatite B, Hépatite C, VIH), en nombre de blessures accidentelles, de conditions chroniques (ex. : obésité, diabète et maladies cardiovasculaires), certains cancers et de problèmes de santé mentale (ex. : dépression, stress post-traumatique, taux de suicide, de toxicomanie et de troubles d'anxiété. (Smylie, J. & Firestone, M., 2016).
30. À titre d'exemple, dans la Ville de Toronto, l'âge moyen de décès des personnes autochtones était de 37 ans alors que l'âge moyen de décès était de 74 ans pour le reste de la population de Toronto (Shah, C., Klair, R. & Reeves A. 2014)
31. En ce qui concerne les conditions chroniques telles que le diabète et la haute tension artérielle, l'âge moyen du début de la maladie est d'environ deux décennies plus tôt pour les personnes indigènes, ce qui résulte en une plus grande durée de la maladie. Ceci augmente la présence de complications, d'invalidité et de mort prématurée (Reading, J. 2009). Il existe également un taux élevé du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)
32. Le taux de personnes ayant un handicap est deux fois plus élevé chez les personnes autochtones que pour les non autochtones. La proportion des personnes autochtones en Ontario qui habitent hors des réserves et qui sont atteintes d'un type d'handicap (24,9 %) est plus que la proportion des personnes non autochtones (15,2 %) (Annexe 2). En effet le taux d'invalidité des personnes autochtones en Ontario est même plus élevé que le taux général des personnes non autochtones au Canada. Ce taux correspond à 18,6 % d'autochtones qui ont déclaré être handicapés (Statistiques Canada, 2015 : Commission ontarienne des droits de la personne 2015).

33. En Ontario, 12 % de la population autochtone âgée de 15 ans et plus qui habite à l'extérieur d'une réserve est atteinte d'un handicap lié à la santé mentale comparativement à 4,6 % de la population non autochtone. Une plus grande proportion de personnes autochtones en Ontario (12%) est atteinte de problèmes de santé mentale et de toxicomanie par comparaison aux personnes autochtones au Canada (6.6%).

C. Les impacts du colonialisme, des pensionnats et autres traumatismes sur la santé des personnes autochtones

34. L'établissement forcé des populations indigènes sur les réserves ont causé une désorientation, une désautonomation, de la discorde et de la maladie. Les populations indigènes ont été privé du droit de s'auto gouverner, ont été assujetties de force aux lois coloniales, ont été incapables de maintenir leurs pratiques de vie quotidienne et sont devenus malades suite à leur mauvaise alimentation et leur vie sédentaire. (Alfred, 2009).

35. La continuité culturelle qui correspond au degré de la cohésion sociale et culturelle dans une communauté (Cultural continuity, that is, the degree of social and cultural cohesion within a community (autonomie gouvernementale, contrôle de l'éducation, les lieux culturels, la gestion des programmes sociaux et liés à la santé) est liée aux taux de suicide (Chandler, M., & Lalonde, C. 1998). Les communautés qui ont conservé l'autonomie gouvernementale et le contrôle sur leurs lieux culturels, leur éducation et leurs services sociaux et de santé n'ont pas enregistré de suicide; ceux qui ont conservé un contrôle partiel comme par exemple le contrôle sur leur culture, leur éducation, leurs services sociaux et de santé obtenaient des taux plus faibles de suicides et ceux qui ont perdu le contrôle sur un de ces services ont connu le plus haut taux de suicides. La continuité culturelle comprend également des liens intergénérationnels qui favorisent le transfert des traditions d'une génération à l'autre. Par l'entremise des pratiques coloniales telles que les pensionnats et la « rafle des années soixante », la continuité culturelle a été gravement endommagée.

36. Le système des pensionnats a assujéti plusieurs générations d'enfants à de la maltraitance sexuelle, émotionnelle, physique, mentale, spirituelle et culturelle. Les enfants âgés de 6 à 16 ans ont été retirés de force de leur famille et amenés à des pensionnats et sont souvent décédés avant qu'ils ne puissent retourner à la maison.
37. Des interventions inhumaines de la part des sociétés d'aide à l'enfance à partir de 1960 ont eu pour effet de séparer plusieurs enfants de leurs familles et de leurs communautés et de causer la perte de leur culture, de leur langue, de leur identité, de leurs biens et de leurs capacités parentales. Il en a résulté une multitude de problèmes physiques, de santé mentale, de toxicomanie et même de stress post traumatique.
38. Le rapport final de la Commission de vérité et réconciliation documente les histoires de survivants dont certains qui racontent leurs problèmes de santé suite à leur séjour dans un pensionnat. Voici à titre d'exemple l'histoire de cette survivante :

Ruby Firth a partagé son histoire avec la Commission. Elle a habité à Stringer Hall Anglican hostel, un pensionnat pour les étudiants à Inuvik, (TNO). Pendant ses années au pensionnat, elle a souffert de plusieurs épisodes de pneumonie qui a causé des dommages permanents à son système respiratoire. Elle s'est exprimée ainsi :

J'ai maintenant la pneumonie chronique. Chaque hiver j'étais malade avec la pneumonie de deux à trois fois et j'ai deux pompes parce que lorsque j'étais au pensionnat de Stringer Hall on nous habillait avec des manteaux rouges minces qui n'étaient pas assez chauds pour l'hiver. Nous devons traverser la rue pour nous rendre à l'école... Mes poumons sont à 50 % de capacité, mes deux poumons sont à 50 % endommagés pour avoir eu la pneumonie sept fois au pensionnat. Cela sera toujours là et ne va pas s'en aller.

Les rapports médicaux de Firth démontrent qu'elle a eu plusieurs os brisés suite à différentes agressions physiques subies là bas. .
Aujourd'hui elle souffre du trouble de stress post-traumatique (TSPT) :

Je ne me suis pas fait cela toute seule. Ils me l'ont fait et cela ne m'as pas aidé. Je suis encore dans le besoin, je vis encore dans la pauvreté, je suis encore dans un pays du tiers monde. J'ai encore mal et eux sont encore debout et ne font rien... Je ne regarde pas les personnes blanches dans les yeux et aucune personne blanche ne me regardera encore dans les yeux tellement elles ont fait du mal à

mon peuple... Si vous élevez la voix en appelant mon nom « Ruby! » je me mets à pleurer. Alors j'essaie d'éviter tout cela. Je prends mes médicaments et je reste avec ma famille. Si je sors de ce cercle, les gens me dérangent et je n'aime pas cela alors je ne sors pas- c'est ce que le pensionnat m'a fait... Cette situation a été causée directement par le gouvernement canadien et la reine qui ont demandé aux églises de nous assimiler et je n'ai rien fait de tout cela (voir la Commission de vérité et réconciliation Volume 5, 2015 à la page 140).

39. Des preuves récentes tendent à démontrer que des comportements mésadaptés en matière de santé ont été transmis de parents à enfants par un « mécanisme épigénétique »,¹ qui est considéré comme réversible si des services sociaux et de la santé sont disponibles. Le diagramme à l'Annexe 3 illustre le traumatisme intergénérationnel et omniprésent qui est le résultat de la colonisation et qui continue d'avoir des répercussions sur la santé du peuple autochtone.
40. Si on examine la question sous l'angle du TSPT, il est facile de comprendre que les inégalités au plan de la santé des Autochtones ont été causées par une grande détresse émotionnelle de façon chronique et multigénérationnelle. Jusqu'à 80 % des individus qui suivent un traitement pour le TSPT souffrent de troubles de santé mentale, y compris la toxicomanie, les troubles affectifs et les problèmes d'ordre émotionnel. Au plan historique plusieurs de ces détresses mentales et émotionnelles n'existaient pas dans les communautés autochtones et sont apparues dans les dernières décennies. Par conséquent tous ces troubles sont perçus comme des enjeux modernes dans les communautés autochtones.
41. Comprendre les inégalités en matière de santé sous cet angle explique également le taux élevé de comorbidités médicales puisque le TSPT est lié à plusieurs problèmes

¹ L'épigénétique est l'étude des changements héréditaires potentiels dans l'expression des gènes (actifs par opposition aux gènes passifs) qui ne comprend pas les changements à la séquence sous-jacente de l'ADN- un changement dans le phénotype sans changement dans le génotype- qui à leur tour affecte comment les cellules interprètent les gènes. Le changement épigénétique est une occurrence régulière et naturelle mais qui peut être influencé par plusieurs facteurs dont l'âge, l'environnement, le style de vie et l'état de la maladie (<http://www.whatisepigenetics.com/fundamentals/>). Dans le cas des personnes autochtones, ce mécanisme contribue à notre compréhension de l'effet intergénérationnel des traumatismes historiques.

de santé, y compris les maladies cardiaques, les infections accrues et la douleur chronique (Maracle & Mitchell, 2005).

42. Le stress peut affecter la santé physique ou émotionnelles par l'entremise de deux mécanismes: psychoneurohumoral et psychoneuroendocrin. Le stress affecte plusieurs systèmes dans le corps et cause de nombreux problèmes physiques et émotionnels y compris la réduction de l'espérance de vie (voir Annexe 4).
43. En 2013, la Ville de Toronto a examiné les éléments de preuve afin de déterminer les répercussions du racisme sur les communautés racialisées et a conclu que les groupes racialisés avaient davantage de maladies chroniques sans tenir compte de d'autres facteurs (Hyman, I. and Wray, R. 2013). En ce qui concerne les populations autochtones qui habitent les réserves, près de 38% ont partagé qu'ils avaient vécu du racisme dans les derniers 12 mois (Reading, C. & Wein F., 2009).
44. Une étude à Hamilton, Ontario a démontré que lorsque des personnes autochtones se sont fait demander s'ils avaient été victimes d'agressions physiques ou verbales en lien avec leur ethnie ou leur race, une personne autochtone sur trois (35%) a avoué avoir été victime de violence (14% dans les derniers 12 mois) et 15,1% ont été victimes d'agression physique (cinq pourcent dans les derniers 12 mois) (Smylie J., Firestone, M et al. 2011).
45. Reading & Wein (2009) ont conclu que parmi ceux qui avaient signalé avoir vécu de la discrimination, 13 % avaient déclaré avoir subi des effets « graves » tandis que 50 % avaient qualifié les effets comme « certains » ou « faibles » pour ce qui est de leur santé physique et mental tandis que les autres ont déclaré qu'ils n'avaient pas subi d'effets.
46. En résumé, en raison des impacts de la colonisation et des politiques postcoloniales, plusieurs personnes autochtones ont perdu leur culture, leur langue, leur mode de vie, leur identité, etc., ce qui a encore contribué au haut taux de mauvaise santé et d'invalidité. La colonisation a contribué à plusieurs troubles psychologiques tels que le TSPT, la dépression, le suicide, la toxicomanie et la violence familiale.

i. Les obstacles auxquels font face les personnes autochtones pour l'accès aux soins de santé occidentaux et les répercussions sur leur bien-être

47. Les personnes autochtones qui habitent l'Ontario font face à plusieurs obstacles pour avoir accès à des soins de santé.
48. En premier lieu, il y a un manque flagrant de soins de santé qui sont livrés avec sensibilité aux particularités culturelles. Plusieurs personnes autochtones croient à une « approche holistique des soins de santé » et que pour être en santé il doit y avoir une harmonie entre la santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle. En comparaison, l'approche occidentale est en général plus réductive et traite de façon séparée de l'esprit, du corps et des émotions et ne prend pas en considération la dimension spirituelle.
49. Afin de recevoir des soins de santé holistiques, plusieurs personnes autochtones ont besoin des services de guérisseurs traditionnels, de spécialistes en santé et des aînés qui peuvent pratiquer la médecine traditionnelle et présider des cérémonies culturelles. Pour plusieurs personnes autochtones, les soins pour les aspects spirituels de la santé et du bien-être sont fondés sur les cérémonies. Pour eux, les cérémonies sont liées à la célébration, la guérison et l'élimination de la négativité (Conseil canadien de la santé, 2012). Bien que plusieurs organisations de soins de santé fournissent des adaptations pour les cérémonies, les personnes autochtones ne sentent pas toujours que leurs pratiques traditionnelles sont les bienvenues et qu'elles sont comprises, et cela incite plusieurs personnes autochtones à s'éloigner des soins de santé occidentaux et de sa médecine.
50. En deuxième lieu, il y a les obstacles géographiques. Vingt-cinq pourcent des réserves ontariennes sont éloignées et isolées, accessibles par voie aérienne, par voie navale ou par routes hivernales. Le gouvernement fédéral fournit des services de soins primaires dans les communautés des Premières Nations et si les patients sont transférés à la ville ou le village le plus près, le gouvernement provincial devient responsable de fournir les soins. Toutefois il y a parfois des disputes de

juridiction entre les gouvernements fédéral et provincial au sujet de qui est responsable des cas de patients plus complexes. Ce type de disputes peut provoquer des délais qui peuvent laisser des patients sans soins.

51. En troisième lieu, bien que les soins de santé primaires soient disponibles dans les réserves, ceux-ci sont nettement insuffisants pour répondre aux besoins de soins de santé des résidents des réserves. Afin de pouvoir participer et de bénéficier du système de soins de santé canadien celui-ci doit être entièrement accessible. À la place, les services de santé dans les communautés de Premières Nations se concentrent surtout sur les maladies infectieuses alors que de plus en plus les besoins sont en matière de soins en santé mentale et en maladies chroniques qui mènent à l'invalidité.
52. En quatrième lieu, il y a des problèmes avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA) qui est un programme national offert par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Le SSNA fournit une couverture aux « Indiens » inscrits et reconnaît les Inuits pour un type spécifique de soins et d'articles médicaux de première nécessité qui ne sont pas couverts par d'autres plans et programmes. Les services et articles couverts dans le cadre du programme sont les soins dentaires, les soins visuels et oculaires, l'équipement et les fournitures médicales, les médicaments et les produits pharmaceutiques, le counseling en santé mentale et l'assistance pour le transport pour fins médicale et pour l'accès aux soins médicaux nécessaires Canada, 2016).
53. Le Programme des services de santé non assurés ne fournit aucun service pour les personnes des Premières Nation non inscrites et les Métis.
54. Le programme comprend un processus onéreux pour obtenir l'approbation de médicaments de pointe tels que des médicaments de fertilité, de nouveaux traitements pour le cancer, etc. ou pour de l'équipement. (Allan, B., & Smylie, J., 2015). Dans plusieurs communautés éloignées et isolées, lorsqu'un patient doit quitter la communauté pour une consultation ou un traitement, le processus d'approbation pour du transport à des fins médicales est très lourd. Dans le cas de

personnes ayant un handicap, l'approbation pour un aide accompagnateur pour fournir de l'aide est parfois refusée.

55. En cinquième lieu, pour ces communautés isolées et éloignées dans le nord-est et le nord-ouest de la province (25 % des Premières Nations de l'Ontario), les soins de santé sont fournis par l'entremise de poste d'infirmier composé d'infirmiers et d'infirmiers praticiens. Des médecins désignés ou itinérants visitent ces communautés à chaque quatre ou six semaines pour une durée de trois à cinq jours et sont disponibles le jour par téléphone lorsqu'ils ne peuvent pas être présents. Pour ce qui est des nuits, des fins de semaine, des jours fériés et pendant les vacances de ces praticiens, une personne de service ou un médecin itinérant s'occupe de la demande. Ces médecins ne sont pas toujours au courant de toute la situation des patients ou des ressources communautaires disponibles. Par conséquent, il arrive parfois que ces patients se voient prescrire des médicaments non nécessaires, sont envoyés hors de leurs communautés ou privés de suivis convenables de leurs soins ce qui influe sur leur état de santé.
56. Dans les réserves moins éloignées, un médecin visite de façon plus régulière par exemple de trois à cinq jours par semaine selon la dimension de la communauté et son éloignement. En cas d'urgence, les patients doivent en général se déplacer par ambulance aérienne. Dans les grandes communautés comme les Six Nations, des médecins sont sur place à plein temps.
57. En sixième lieu, ceux qui habitent dans les communautés les plus isolées et qui sont à faible revenu font face à des obstacles financiers pour avoir accès à des soins de santé puisqu'ils ne sont pas en mesure de payer les frais de transport, les frais directs liés aux soins ou aux services et les frais de garde pour enfants lorsqu'ils doivent se déplacer pour obtenir des traitements (Reading & Wien 2009).
58. En septième lieu, même quand les services locaux en santé mentale sont disponibles (et ces services ne sont pas disponibles de façon universelle dans toutes les communautés autochtones), certaines communautés ont un intervenant en santé mentale qui fait souvent partie de la communauté. Cette situation peut

causer un malaise pour ceux qui ont recours aux services et peut provoquer des inquiétudes au plan de la vie privée et de la confidentialité- ce qui peut faire en sorte que certains individus ayant besoin d'aide en santé mentale évitent de consulter.

59. En sixième lieu, l'accès local à des services de spécialistes, en physiothérapie, en ergothérapie, en psychologie et en services dentaires sont inexistantes. Pour les personnes ayant un handicap, il est rare de pouvoir obtenir des soins à la maison ou des services de réadaptation. À l'exception des soins primaires, les soins de santé de santé sont inexistantes dans les communautés éloignées et isolées et sont inadéquats dans d'autres réserves, ce qui influe sur le traitement des maladies chroniques et conduit vers l'invalidité..
60. En neuvième lieu, plusieurs communautés doivent faire face à un roulement important d'infirmiers, d'infirmiers praticiens et de médecins- ce qui affecte la continuité des soins.
61. En dixième lieu, plusieurs praticiens de la santé primaire ne comprennent pas bien les répercussions de la colonisation sur les personnes autochtones ainsi que leur culture et leur concept de la santé et de la guérison. Plusieurs entretiennent également les stéréotypes liés aux personnes autochtones, manquent d'empathie et ne savent pas comment prodiguer des soins de manière « culturellement adéquate ». Les expériences vécues relatives au racisme et à la discrimination en lien avec l'accès à des services de soins de santé font en sorte que les personnes autochtones évitent les services traditionnels ce qui nuit à leur santé et leur bien-être. Ces mauvaises expériences entraînent également chez les personnes autochtones une mauvaise gestion de leur programme de traitement.
62. La citation suivante du Conseil de la santé du Canada décrit de façon juste les obstacles que doivent faire face les personnes autochtones lorsqu'elles veulent avoir accès aux soins de santé dans les milieux urbain et rural : [TRADUCTION]
« Plusieurs personnes autochtones ne font pas confiance et par conséquent n'ont pas recours à des services de soins de santé traditionnels parce qu'ils ne sentent pas à l'abri de stéréotypes et du racisme et parce que l'approche occidentale de

soins de santé peuvent sembler aliénante et intimidante » (Conseil de la santé du Canada, 2012)

63. En onzième lieu, en raison de la présence prédominante du christianisme par l'entremise de la colonisation, plusieurs communautés connaissent une pénurie des pratiques traditionnelles de guérison. Par conséquent, plusieurs Autochtones ayant un handicap doivent se déplacer vers de grandes villes pour avoir accès à des soins, avec les obstacles des coûts liés à ces services, le transport, la langue et l'accès à des services adaptés à leur culture.
64. En douzième lieu, les personnes autochtones sont sur représentées parmi les sans-abri et les populations mal logées, dans les secteurs urbain et rural et également dans les réserves. À Toronto 33 % des sans-abri sont d'origine autochtone (Ville de Toronto, 2016). Les individus en situation d'itinérance sont particulièrement susceptibles d'être atteints de plusieurs problèmes de santé chronique de nature psychologique ou physique qui sont responsables de plusieurs enjeux liés à leurs soins, y compris l'incapacité de pouvoir conserver leur insuline dans un réfrigérateur, d'obtenir une nutrition adéquate, de conserver leurs médicaments sur eux et de se présenter à leurs rendez-vous à temps. Les patients sans abri font face également à la discrimination dans les établissements de soins de santé en raison de leur apparence et de la stigmatisation entourant le sans-abrisme (Shah, C. & Hodge, M. 1997).
65. À la lumière des facteurs précités, les personnes autochtones en Ontario font face à de multiples et d'importants obstacles pour avoir accès aux services et ce phénomène fait en sorte qu'il y a une pénurie d'accès aux soins de santé à l'intention d'une population qui doit déjà subir des inégalités graves en matière de santé. Devant tous ses obstacles, il serait irresponsable de citer le manque de traitement pour les problèmes médicaux comme un indicateur du degré d'invalidité d'un demandeur du POSPH.

D. Éléments supplémentaires pour évaluer les demandes du POSPH pour les demandeurs autochtones

66. Tous les renseignements précités sont importants lorsque vient le temps d'évaluer une demande du POSPH ou un appel présenté par une personne autochtone. Un décideur peut aussi tenir compte d'enjeux particuliers qui surgissent en lien avec la finalisation et la transmission des formulaires du POSPH.
67. Une personne autochtone qui décide de se faire traiter à l'aide de guérisseurs traditionnels, de la médecine traditionnelle et d'aînés rencontre des défis particuliers. Les guérisseurs ne peuvent pas prescrire de médicaments. Les demandeurs autochtones du POSPH qui se fient à des guérisseurs autochtones peuvent se trouver dans une situation désavantageuse si les décideurs exigent des preuves de médicaments pour évaluer le degré de l'invalidité. Ils peuvent également être désavantagés parce que leur responsable de santé primaire n'est pas une personne autorisée à remplir les formulaires du POSPH.
68. Le taux d'analphabétisme est élevé parmi les personnes autochtones et par conséquent la partie à remplir par le demandeur dans la demande du POSPH ne reflète pas toujours leurs multiples difficultés en lien avec leur handicap (Smylie, J. & Firestone, M., 2016; Reading, C. & Wein, F. 2009)
69. Il y a un nombre d'enjeux spéciaux avec certains états pathologiques pour lesquels les formulaires de demande du POSPH ne fournissent pas assez de renseignements pour les patients autochtones :
- i. *Obésité*: Les formulaires du POSPH demandent la taille et le poids qui peuvent être facilement convertis pour trouver l'indice de la masse corporelle (IMC). L'IMC est utilisé afin de déterminer si une personne est d'un poids insuffisant, moyen ou en surpoids. L'indice n'est pas bien utilisé par les professionnels de la santé et les arbitres. Plusieurs personnes autochtones qui présentent une demande pour le POSPH sont obèses ou en surpoids. (Reading, C. & Wein, F. 2009). L'obésité est liée aux maladies cardiaques, à l'arthrose, au mal de dos, au syndrome métabolique, au cancer du sein, de la

prostate et du côlon. L'obésité est associée également avec l'augmentation de l'invalidité fonctionnelle et à une mauvaise qualité de vie. Elle influe également sur les chances de se rétablir d'un handicap est un facteur distinct pour la contribution aux limites sur la capacité d'accomplir des activités de la vie quotidienne (AVQ)) (Samper-Ternet, R. & Snih, A. 2012). Par conséquent, le POSPH devrait, lors de l'évaluation d'une invalidité, adopter une approche cumulative de la compréhension de la fonctionnalité qui reconnaît qu'une personne avec d'autres maladies sera encore plus mal en point si elle est également obèse.

- ii. *Diabète*: Le diabète et en particulier, le diabète adulte ou de type II est à un niveau épidémique chez les personnes autochtones au Canada. Le diabète peut entraîner des complications telles que les maladies cardiaques, la cécité, l'insuffisance rénale chronique, la dialyse et la gangrène des extrémités inférieures. Plusieurs personnes autochtones vivent dans la pauvreté extrême et ne sont pas en mesure de contrôler leurs symptômes diabétiques. Il est difficile de suivre un régime alimentaire sain, en particulier dans le nord où les produits santé tels que les légumes sont très dispendieux. Plusieurs réserves ne possèdent pas de surfaces pavées pour pratiquer la marche ou autres exercices. Le stress chronique de la vie quotidienne provoque des symptômes de la maladie et entraîne la mauvaise gestion du diabète. Les sans abri et les personnes mal logées éprouvent de la difficulté à prendre l'insuline requise. Plusieurs personnes atteintes du diabète souffrent également de problèmes de santé mentale tels que la dépression, du TSPT et d'anxiété.
- iii. *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et asthme* : Les deux états pathologiques sont associés avec l'handicap au plan de la mobilité. Plusieurs individus qui sont atteints de ces maladies sont déjà dépendants du tabac et habitent avec des fumeurs. Plusieurs maisons sur les réserves ont des problèmes de moisissure et d'autres problèmes de réparations majeures

et la piètre isolation apporte des courants d'air froids- tous des facteurs qui aggravent les symptômes. Pour ceux qui sont atteints de la BPCO et qui ont besoin d'oxygène, il est difficile de s'en procurer en particulier dans les réserves éloignées et isolées surtout que le transport des cylindres d'oxygène et l'équipement et l'expertise pour traiter et gérer ce type de traitement est loin d'être optimal. Plusieurs personnes qui souffrent de ces états pathologiques souffrent également d'invalidité de type psychologique.

- iv. *Arthrose et douleur lombaire chronique* : Ces états pathologiques sont liés à l'invalidité relative à la douleur, la flexibilité, la mobilité et la dextérité. Ils sont aussi associés avec des difficultés chroniques d'ordre psychologique telles que la mauvaise utilisation d'analgésiques et d'alcool, la dépression et le TSPT. Plusieurs patients avec ces problèmes médicaux sont également en surplus de poids ou obèses- ce qui aggrave leurs limites dans les « activités de la vie quotidienne ». Encore une fois lorsqu'on évalue l'invalidité il faut tenir compte de la situation du patient dans son ensemble puisqu'il y a souvent d'autres enjeux importants au plan de la santé physique et mentale qui ne sont pas toujours apparents dans le formulaire de demande du POSPH.
- v. *Hépatite B et C chronique* : Plusieurs patients dans le dernier stage de la maladie ont peu d'énergie, ce qui entraîne des restrictions dans leurs AVQ et du stigmatisation sociale. Plusieurs ont des difficultés avec la toxicomanie, la dépression, l'anxiété et le TSPT qui contribuent à leur invalidité. Encore il est important de souligner que la situation du patient doit être prise en considération dans son ensemble puisqu'il y a souvent d'autres problèmes de santé physique et psychologique qui ne sont pas apparentes dans le formulaire de demande du POSPH.
- vi. *Syndrome d'immunodéficience acquise* : Heureusement un traitement est disponible pour cette maladie, toutefois avec le temps elle entraîne des

limites dans les AVQ. Plusieurs individus avec la maladie font l'expérience de déficiences psychologiques morbides telles que la toxicomanie, la dépression et la stigmatisation sociale entourant la maladie entraînent souvent de l'isolement dont les personnes sur les réserves souffrent de façon particulière. Encore il est important de souligner que la situation du patient doit être prise en considération dans son ensemble puisqu'il y a souvent d'autres problèmes de santé physique et psychologique qui ne sont pas apparentes dans le formulaire de demande du POSPH.

- vii. *Encéphalopathie traumatique acquise ou lésion au cerveau* : Cet état est causé principalement par une lésion au cerveau suite à un accident d'automobile ou suite à des altercations physiques répétées. Les déficiences sont présentes surtout au plan cognitif et sont de façon occasionnelle associées à l'hémiplégie ou la paraplégie. Cet état est souvent associé de dépendance à l'alcool ou la drogue. La plupart des réserves sont en pénurie de services de réadaptation, les routes ne sont pas adaptées aux fauteuils roulants et les maisons ne sont pas accessibles. Encore il est important de souligner que la situation du patient doit être prise en considération dans son ensemble puisqu'il y a souvent d'autres problèmes de santé physique et psychologique qui ne sont pas apparentes dans le formulaire de demande du POSPH.
- viii. *Maladies cardiovasculaires* : L'infarctus du myocarde ou la crise cardiaque cause de l'invalidité au plan de la mobilité et des fonctions cognitives. Les maladies cardiaques sont souvent liées au diabète, à l'obésité, à l'hypertension et la dépendance à la nicotine. Plusieurs patients sont également atteints du TSPT et de la dépression. Selon mon expérience, il arrive souvent que les effets cumulatifs de conditions traitables et certains non traitables ne sont pas toujours pris en considération par les évaluateurs de l'invalidité. Encore il est important de souligner que la situation du patient doit être prise en considération dans son ensemble puisqu'il y a souvent

d'autres problèmes de santé physique et psychologique qui ne sont pas apparentes dans le formulaire de demande du POSPH.

- ix. *Dépression*: L'expérience autochtone de la dépression est souvent extrême par rapport à la population générale par ses caractéristiques de déficiences importantes au plan des relations interpersonnelles, un estimé de soi déficitaire, l'incapacité de gérer et de contrôler les émotions négatives et des problèmes graves de toxicomanie (Reading, 2009). Plusieurs individus souffrent également d'états co-existants qui ne sont pas toujours apparents. Encore il est important de souligner que la situation du patient doit être prise en considération dans son ensemble puisqu'il y a souvent d'autres problèmes de santé physique et psychologique qui ne sont pas apparentes dans le formulaire de demande du POSPH.

- x. *Toxicomanie*: Dans la communauté autochtone, les décès liés à l'abus de l'alcool sont presque le double en comparaison avec la population générale. Les décès liés à l'utilisation illicite des drogues est environ trois fois plus que dans la population générale. Les jeunes autochtones sont deux à six fois plus à risque de connaître des problèmes liés à l'alcool que leurs pairs non autochtones et de commencer à utiliser ce type de substances à un âge beaucoup plus jeune (Aboriginal Healing Foundation, 2007). La toxicomanie est symptomatique de l'histoire des traumatismes vécus par la population autochtone. Les pertes extrêmes de type intergénérationnel y compris les problèmes émotionnels causés par les pensionnats et le traumatisme intergénérationnel qui s'est perpétré pendant tout le siècle ont contribué à l'incapacité liée à la gestion des émotions.

- xi. *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)*: Les pensionnats ont existé pendant plus d'un siècle et ont eu des répercussions sur des générations d'enfants autochtones et leurs familles. Parfois jusqu'à cinq générations de familles ont vécu leur enfance dans ces institutions. Les effets

psychologiques de ces traumatismes non traités ont été transmis d'une génération à l'autre, créant ainsi un cycle continue d'abus, de traumatisme et de comportement de dépendance. (Aboriginal Healing Foundation, 2007).

- xii. *Trouble de l'anxiété* : Comme c'est souvent le cas avec d'autres problèmes de santé mentale, les patients autochtones peuvent échapper aux diagnostics cliniques et aux traitements de type occidental en raison des différences culturelles et de mauvaises expériences avec les services de santé traditionnels. Si ces patients ont recours seulement aux soins fondés sur la médecine ancestrale, leur histoire médicale et leur diagnostic seront restreints et auront des répercussions sur le formulaire de demande du POSPH. Les patients auront peut-être recours à leur médecine traditionnelle pour soigner leur maladie et seront peut-être réticents ou ne feront pas confiance à leurs médicaments psychiatriques.

- xiii. *Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)* : Plusieurs de ces syndromes sont présents dans certaines communautés autochtones. Le SAF est une déficience logée dans le cerveau qui est permanente et ne peut pas être guérie. Chez les adultes la maladie n'est souvent pas visible. Voici les caractéristiques clés du SAF : difficulté avec l'évaluation, le jugement, pertes de mémoire, mauvaise compréhension de la cause et de l'effet, incapacité de généraliser ou de penser de façon abstraite, difficulté avec la planification, troubles s'apprentissage, auto-médicamentation. Souvent les patients ne sont pas diagnostiqués dans l'enfance en raison du manque d'établissements diagnostiques. Les patients sont souvent mal diagnostiqués avec un trouble d'apprentissage ou de comportement. Plusieurs patients atteints du SAF ont des problèmes avec le système de justice pénal et souffrent de d'autres troubles tels que ceux de l'hyperactivité avec déficit de l'attention et la dépression. Plusieurs patients sont incapables de vivre de façon autonome et ont besoin d'un milieu structuré.

ET JE FAIS cette déclaration solennelle la croyant en conscience véridique et sachant qu'elle a la même force et le même effet qu'une déclaration faite sous serment.

DÉCLARÉE DEVANT MOI dans la Ville)
de Toronto, dans la province d'Ontario)
ce 12 jour de Avril 2017.)
)
)
)
)
)

Chandrakant P. Shah

**Dr. Chandrakant Padamshi
Shah**



Un Commissaire, etc.

Jacqueline Esmond

I, René Guitard, am competent to translate from English to French and certify that the translation of the Statutory Declaration of Dr. Chandrakant Padamshi Shah is true and accurate to the best of my abilities.



René Guitard

DATED, March 30, 2017

RÉFÉRENCES

- Alfred, G. T. (2009). Colonialism and State Dependency. *Journal of Aboriginal Health*, 42-60.
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. The Wellesley Institute, Toronto, ON. www.wellesleyinstitute.com
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- City of Toronto, Shelter, Support and Housing Administration (2016). Quick facts about homelessness and social housing in Toronto.
<http://www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=f59ed4b4920c0410VgnVCM10000071d60f89RCRD&vgnnextchannel=c0aeab2cedfb0410VgnVCM10000071d60f89RCRD>
- Government of Ontario. (n.d.). First Nations map. Retrieved February 17, 2017, from <https://www.ontario.ca/page/ontario-first-nations-maps>
- Gutman, A. (2015). Failing Economy, Failing Health. *Harvard Public Health: Magazine of the Harvard T.H. Chan School of Public Health*.
- Health Canada, First Nations and Inuit Health (2016). Non-Insured Health Benefits Program.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/gener-qa-qr-eng.php>
- Health Council of Canada: Empathy, dignity, and respect: Creating cultural safety for Aboriginal people in urban healthcare; December 2012; www.healthcouncilcanada.ca
- Hyman, I. & Wray, R. (2013). Health Inequalities and Racialized Groups – A Review of the Evidence. Prepared in collaboration with Toronto Public Health.
<http://www.toronto.ca/health>
- Indigenous and Northern Affairs Canada (2015) <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/> (Accessed February 21, 2017)
- Indian and Northern Affairs Canada. (2003). National Assessment of Water and Wastewater Systems in First Nations Communities: Summary Report.
- Maracle, D.T & Mitchell, T.L. (2005). Healing the Generations: Post-Traumatic Stress and the Health Status of Aboriginal Populations in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 14-23.

Ontario Human Rights Commission (2015). *By The Numbers: A Statistical Profile of People with Mental Health and Addiction Disabilities in Ontario*.

Reading, C., & Wien, F. (2009). Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health. *National Collaborating Centre for Aboriginal Health*. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_EN_web.pdf

Reading, J. (2009). *The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*. Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria.

Samper-Ternet R and Al Snih S (2012). Obesity in Older Adults: epidemiology and implications for disability and disease. *Review in Clinical Gerontology*, 223:10-34.

Shah, C. P., Klair, R. & Reeves, A. (2014). Early death among members of Toronto's Aboriginal Community: Walking in their shoes. Anishnawbe Health Toronto. <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-64668.pdf>

Shah, C. P. & Hodge, M. (1997). Homelessness and Health, Position Paper, Canadian Public Health Association, Ottawa, On. http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1997-pp1_e.pdf

Smylie J. & Firestone M. (2016). The Health of Indigenous Peoples in *The Social Determinants of Health, 3rd Edition* by Raphael D. Chapter 19, 435- 466. Canadian Scholars' Press.

The Aboriginal Healing Foundation. (2007). Addictive Behaviours Among Aboriginal People in Canada. *The Aboriginal Healing Foundation Research Series*.

Torjman S & Makhout, A. (2016). *Disability Support and Employment Policy*. Caledon Institute of Social Policy, Ottawa.

Truth and Reconciliation Commission (2015), "Final Report, Volume 5: The Legacy" (Kingston: McGill-Queen's University Press) at p. 140.

ANNEXE 1: Emplacements des Premières Nations en Ontario



ANNEXE 2

Prévalence de l'incapacité chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon l'identité autochtone et le type d'incapacité, Ontario et Canada, 2011

Identité	Ontario				Canada			
	Autochtones		Non-Autochtones		Autochtones		Non-Autochtones	
Type d'incapacité	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Incapacité mentale ou psychologique	22 360 ^E	12 % ^E	487 920	4,6 %	52 330	6,6 %	1 007 270	3,8 %
Autre incapacité	24 040 ^E	12,9 % ^E	1 117 300	10,6 %	94 580	12 %	2 621 260	9,8 %
Total des personnes ayant une incapacité	46 400 ^E	24,9 % ^E	1 605 220	15,2 %	146 900	18,6 %	3 628 530	13,6 %
Aucune incapacité	140 270	75,1 %	8 936 020	84,8 %	643 460	81,4 %	23 096 830	86,4 %

Source : Adapté de Statistique Canada, totalisation personnalisée, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Les pourcentages sont arrondis à la décimale la plus proche.

^EDonnées à utiliser avec prudence.

ANNEXE 3

Diagramme d'analyse des causes fondamentales : Effet différé de tsunami sur la santé et le bien-être des personnes autochtones en lien avec la colonisation et les pratiques post coloniales



ANNEXE 4

Les répercussions du stress chronique sur la santé des personnes autochtones

THE BIOLOGY OF CHRONIC STRESS

"Stress" is such a simple word. It rolls off the tongue," says Michelle Williams, Stephen B. Kay Family Professor of Public Health and chair of the School's Department of Epidemiology. "The challenge is to pin down its biological consequences"—including consequences during and after economic downturns such as the Great Recession.

AMONG THE KNOWN BIOLOGICAL EFFECTS OF CHRONIC STRESS:



Higher risk of heart disease and hypertension



Increased frequency and severity of upper respiratory infections



Acute sleep deprivation, which alters the body's immune and hormone-secreting systems



Decreased response to vaccines



Depressed mood or anxiety



Shortened telomeres (the protective caps at the ends of chromosomes), which are associated with accelerated aging and early death



Unhealthy behaviors such as overeating, smoking, and alcohol use

Sources: Faculty interviews

Annals of the New York Academy of Sciences 2009 August; 1172:34-53

National Institute of Mental Health: *Fact Sheet on Stress* <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/index.shtml>

National Institutes of Health *Medline Plus: How to Fight Stress and Ward Off Illnesses* <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/winter08/articles/winter08pg5-6.html>

Le présent **ANNEXE A** est cité dans la déclaration statutaire de
Dr. Chandrakant Padamshi Shah;

Assermenté devant moi, ce 12 jour de Avril, 2017



UN COMMISSAIRE, ETC.

Jaqueline Esmonde

Annexe A
CV de Chandrakant Padamshi Shah

CURRICULUM VITAE

NAME: Chandrakant P. Shah

HOME ADDRESS: 860 Hidden Grove Lane
Mississauga, ON, L5H 4L2
Phone: 905 990 5111

PERSONAL DATA

Birth Date: 7 April 1936
Marital Status: Married, 2 children
Citizenship: Canadian

DEGREES

M.B.B.S. Gujarat University, Ahmedabad, India, 1961
D.C.H. Royal College of Physicians and Surgeons Glasgow, 1964
M.R.C.P. Royal College of Physicians & Surgeons, Glasgow, 1965
Diploma American Board of Paediatrics, United States, 1966
F.R.C.P. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1967
S.M. (Hyg) Health Services Administration, Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1974
F.A.C.P.M. American College of Preventive Medicine, 1982
F.A.A.P. American Academy of Paediatrics, 1982

LICENCE

1. College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 1966-74
2. College of Physicians and Surgeons of Ontario, 1972-

EMPLOYMENT AND APPOINTMENTS

2016 - Honorary Consultant, Anishnawbe Health Toronto

1996– 2016 Staff Physician, Anishnawbe Health Toronto

- 2001– Professor Emeritus, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto
- 2008–2009 Public Health Consultant, Region of Peel, Public Health Department
- 2006–2007 Special Advisor to Assistant Deputy Minister on Public Health, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, Ottawa
- 1980–2001 Professor, Department of Public Health Sciences, (now known as Dalla Lana School of Public Health) University of Toronto
- 1980–2001 Professor, Department of Health Administration (now known as Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto
- 1980–2001 Professor, Department of Paediatrics, University of Toronto
- 1982–2001 Professor, Faculty of Social Work, University of Toronto
- 1988–2001 Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto
- 1976 – 1987 Inaugural Director, Residency Program in Community Medicine, University of Toronto
- 1976–2001 Graduate Faculty, Community Health School of Graduate Studies, University of Toronto
- 1989–1999 Cross-Appointment, East York – University of Toronto Teaching Health Unit
- 1990–1999 Cross-Appointment, North York – University of Toronto Teaching Health Unit
- 1991–2001 Associate Member, Centre for Health Promotion, University of Toronto
- 1997–2001 Professor, Faculty of Nursing, University of Toronto
- 1997–1998 Associate Chair, Public Health Sciences, University of Toronto
- 1998–2001 Director, Development and Communication, Department of Public Health Sciences, University of Toronto
- 1976–1980 Associate Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, University of Toronto

- 1972–1976 Assistant Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, University of Toronto
- 1970–1972 Medical Director, Children’s Aid Society of Vancouver, Vancouver
- 1967–1972 Clinical Instructor, Department of Paediatrics, University of British Columbia, Vancouver

HOSPITAL APPOINTMENTS

- 2001– Honorary Staff Member, Hospital for Sick Children, Toronto
- 1972–2001 Active Staff Member, Hospital for Sick Children, Toronto
- 1988–2002 Courtesy Staff Member, St. Michael’s Hospital, Toronto
- 1967–1972 Active Staff, Vancouver General Hospital and Children’s Hospital, Vancouver

MEMBERSHIP IN PROFESSIONAL ORGANIZATIONS

Canadian Public Health Association
 Canadian Medical Association
 Ontario Medical Association

ii. Awards and Profiles

1. Listed in **Famous Harvard School of Public Health Alumni, 2015**.
<http://www.ranker.com/list/famous-harvard-school-of-public-health-alumni-and-students/reference?&source=emshare>.
2. **Ontario Ministry of Health and Long Term: Minister’s Medal Honouring Excellence in Health Quality and Safety, Individual Champion 2014** for his initiative on Educating Ontario’s Health Sciences Students in Colleges and Universities in Aboriginal Cultural Safety.
3. Listed in **Glossary of Prominent Immigrants of South Asian Origin, 2014** in Canadian Immigration and South Asian Immigrants, The Story of South Asians Immigrants who are an important piece of the Canadian mosaic, bringing diversity which is the driving force of creativity and innovation to build strong and prosperous Canada by Abdur Rahim Sir and Mahommed Abdur Rahim, 2014 published by Xlibris LLC; www.Xlibris.com.
4. Listed in **Wikipedia** https://en.wikipedia.org/wiki/Chandrakant_Shah

5. **Association of Ontario Health Centres, 2014 Health Equity Award** for Aboriginal Cultural Safety Awareness Initiative.
6. **The Canadian Race Relation Foundation, Award of Excellence:** Honourable Mention in Best Practice Award, 2012 for Aboriginal Cultural Safety Awareness Initiative.
7. **The Queen Elizabeth II Silver Jubilee Medal**, 2012 Government of Canada for the outstanding services to community and excellence in chosen fields: Pioneer in Public Health Education and Advocate for the Aboriginal People, the Homeless and Poor.
8. **2010 J. S. Woodsworth Award**, for outstanding Commitment and Excellence in the Fight For the Elimination of Racial Discrimination particularly for Aboriginal People through his teaching, research, clinical service and advocacy work by the **New Democratic Party of Ontario**.
9. **Listed in Power List of Thirty Most Influential Indo-Canadian**, The Power List, India Abroad, 2009.
10. **Outstanding Physicians of Ontario** in 2007 by the **Council of the College of Physicians and Surgeons of Ontario** for the physicians who have demonstrated excellence and come closest to meeting society's vision of an "ideal physician".
11. **CAPHI Medal of Service** in 2007 for the outstanding contribution to healthcare and education from **Canadian Association of Physicians of India Heritage**.
12. **Grant's Community Achiever Award** in 2006 for his outstanding contribution in the field of public health.
13. **Order of Ontario** in 2005 by the **Government of Ontario** awarded for being a pioneer in public health education in Canada and in developing innovative healthcare programs, being an advocate for Aboriginal Peoples, the homeless, the jobless and poor children in Canada.
14. **May Yoshida Award** in 2005 by **Centre for Equity in Health and Society** to an educator who has worked to promote issues of health, equity and diversity in professional faculty development by creating Visiting Lectureship Program on Native Health and being instrumental in establishing Endowed Chair in Aboriginal Health and Wellbeing at the University of Toronto.
15. **Lifetime/Outstanding Achievement Award** in 2005 by **Indo-Canada Chamber of Commerce** for his lifetime work for improving health and wellbeing of aboriginal people, homeless, unemployed and other marginalized group as well as his contribution in public health education in Canada.

16. **Certificate of Recognition** in 2005 by the **Jain Society of Toronto** for his achievement from Jain Community of Toronto.
17. **Profile by Desi an Indio-Canadian Magazine** as a Community Achiever who made a difference in the community; vol. 9:11, 25-26, 2005. <<http://www.e-desinews.com/achiever.html>>
18. **Certificate of Recognition** in 2005 by the **Sanatan Mandir – Cultural Centre** as a distinguished member of Gujarati Community of Toronto.
19. **Senior Member Designate** in 2003 by **Canadian Medical Association** for lifetime services devoted to improving health and wellbeing of Canadians and contribution towards medical professions.
20. Elected as a first **Emeritus Member** in **Canadian Society of Community Medicine Specialist**, 2003
21. **Profile in Doctors Review** in the article entitled “**Public Health Defender**” in **Doctors Around the World** as a doctor who has either done interesting works or who works in an interesting environment, June 2002.
22. **Honorary Life Membership: Ontario Medical Association**, 2002, for devoting entire medical life to improving the health of the people of Ontario and particularly marginalized groups such as Aboriginal Peoples, homeless, unemployed and poor children.
23. **Certificate of Recognition** by the City of **Toronto Public Health Department** for outstanding commitment and dedication towards the pursuit of Access and Equity at the University of Toronto, March 2001, Toronto.
24. **Keynote Speaker**, Spirituality and Health Conference, University of Calgary, May 2001.
25. **Aventis-Pasteur Sponsored Speaker by Community Health Alumni Association**, University of Toronto at 91st Annual Meeting of Canadian Public Health Association and Ontario Public Health Association, Ottawa, October 2000.
26. **The 25th Anniversary Race Relation Award** by **Urban Alliance on Race Relations** for creating a positive race relationship in community through Aboriginal Lectureship Program and Promotion of Employment Equity, September 2000, Toronto.
27. **Profiled in The Weekly Voice** online, Indo-Canadian Weekly, **Shah Pioneers Public Health**, April –May 2000, <http://phs.med.utoronto.ca/faculty/shah_news.htm>

28. **"Eagle Feather" Award:** Awarded by the *University of Toronto First Nations House* for development of the Visiting Lectureship Program in Native Health at the university. It is one of the highest recognition awarded to non-aboriginal person by aboriginal community, October 1999.
29. **R.D. Defries Award and Honorary Life Membership:** Highest Award of the *Canadian Public Health Association* for outstanding contribution in the broad field of public health and particularly for the Canadian contribution, at the annual meeting of the Canadian Public Health Association, Winnipeg, June 1999.
30. **Harry Medovy Lecturer,** Department of Paediatrics and Child Health, Faculty of Medicine, *University of Manitoba*, May 1998.
31. **John Hastings Award for Excellence in Service to the University and the Community,** Faculty of Medicine, *University of Toronto*, 1997.
32. Listed in **"Who's Who in Ontario"** and **"Who's Who in Canada"** 1995–2017.
33. Listed in *Toronto Star* Feature Article on **Indo-Canadian Movers and Shakers**, pp. E12–13, October 15, 1992.
34. **Sangam Award,** July 1989, by East Indian Cultural Organisation for outstanding services in community in areas of culture, art and literature.
35. Listed in "Who's Who in the World," 1986, 1988 and "Who's Who in International Education," 1986.

iii. Awards and Scholarships established by Department & colleagues

- **C.P. Shah Alumni Award of Excellence in Public Health,** established in 2007 by the Department of Public Health Sciences at the University of Toronto (now known as Dalla Lana School of Public Health). It is awarded annually to a graduate who has advanced the field of public or population health in Canada or its provinces or territories by his or her contribution or sustained efforts in the practice of public health, teaching or research.
- **C.P. Shah/Government of Ontario Graduate Scholarship in Science and Technology,** established in 2001, by the Department of Public Health Sciences at the University of Toronto at the time of his retirement for his outstanding work. This endowed scholarship funds \$15,000 per year for a doctoral stream student in Public Health Sciences at the University of Toronto.
- **C.P. Shah Award** established in 1988 by the Division of Community Health at the University of Toronto to recognize service to the Community Medicine Residency

Program at the University of Toronto and awarded annually to a resident for the best research or fieldwork report.

RESEARCH AND PROFESSIONAL WORK IMPACT

- His worked with children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) at Anishnawbe Health Toronto (2003 -2013) clinic revealed many of them have been involved with criminal justice system in their teen years,. As Aboriginal People constitutes 23% of inmate population in Canadian Correctional Institutes, led him to realize that due to lack of diagnostic services and facilities there are adults in the Correctional Institutes who have not been diagnosed with FASD and are receiving unfair treatment. To rectify the situation, with his colleague Mr. Jonathan Ruddin, he acquired a grant from the Law Foundation of Ontario (\$198,000) to assess the missed Fetal Alcohol Spectrum Disorder diagnosis in aboriginal inmates who are on remand and awaiting sentencing to study its impact on sentencing by judicial system. With his team, even in his retirement he goes to correctional institutions in Greater Toronto Areas (South Detention Center, East Detention Center, West Detention Center, Mill Haven Penitentiary, Hamilton Wentworth Detention Center) and provides their report to presiding judge before sentencing. This study is in progress.
- His recent report with colleagues in 2014, *Premature Deaths in Aboriginal People in Toronto*, which traces the root causes of such deaths and linking it to the colonial policies and cultural genocide received wide publicity in print media, radio and television interviews including on *CBC National News*. This has led to development of joint committee of City of Toronto Public Health, Toronto Central Local Integration Network and Members of urban Aboriginal groups to develop a strategic plan to reduce burden of premature deaths in Aboriginal People, *A Reclamation of Well Being: Visioning a Thriving and Health Aboriginal Community: Toronto's First Indigenous Health Strategy 2016 – 2021* by Toronto Indigenous Health Advisory Circle, Toronto Public Health and Toronto Central Local Health Integration Network, Government of Ontario.
- His study on the course curricula in health sciences programs in Ontario Colleges and Universities in 2007 revealed that aboriginal health content were non-existent in majority of health disciplines who were educating frontline health care workers. There are more than 57,000 students enrolled in these disciplines in Ontario. This was attributed to lack of aboriginal faculties teaching such material. In 2010, he developing an innovative program of “training the trainer” where he trained thirty-five aboriginal individuals from different walks of life to act as teachers in the health sciences programs, (<http://www.aht.ca/aboriginal-culture-safety>). For this initiative, he received grants of approximately \$230,000 from Ontario Trillium Foundation and the Ontario Ministry of Training, Colleges and Universities. In first eighteen months, more than 40% of the programs were using this service and students who have learned from the aboriginal preceptors have evaluated this program as excellent for

their dealing with aboriginal patients in future. It has also received **several awards** and is published in International Journal of Indigenous Health.

<http://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/14388>

- “A Strategic Review of the Community Health Centre Program” (co-authored, 2001), a report prepared for Ontario’s Ministry of Health and Long-Term Care, recommended expanding the network of community health centres in Ontario. The Ministry of Health and Long Term Care in Ontario subsequently announced in 2005 that it would fund 22 new community health centres and 17 new satellites to improve access to primary health care and strengthen communities across the province. The number of Community Health Centers since this report has increased from **57 to 101 in 2016**.
http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/chc_stratereview/chc_review.aspx
- “A Question of Fairness” (co-authored, 2000), a paper on inequity in faculty hiring practices at the University of Toronto, received wide publicity and resulted in the re-examination and revision of hiring policies for visible minorities at the University of Toronto and at other universities. As a result of this work, the faculty composition of the visible minorities at the University of Toronto has increased **from 8.4% in 2000 to 15.0% in 2014**.
- “Impact of Spirituality on Health of Population” (1999) received wide publicity and interest among public and healthcare professionals.
- He was instrumental in raising two million dollars for establishing the first **Endowed Chair in Aboriginal Health and Well-Being at the University of Toronto in 2000**, first of its kind in Canada. The first aboriginal professor was appointed in the same year.
- “Homelessness and Health” (co-authored, 1997) was adopted as a **position paper** by the Canadian Public Health Association at its annual meeting in July 1997 and has been widely distributed.
- “The Impact of Unemployment on Health” (co-authored, 1995) was widely covered in the print and electronic media and has been useful for policy planners. The Canadian Public Health Association adopted it as its **official discussion paper** for its 1996 annual conference and passed associated resolutions.
- The Visiting Lectureship on Native Health at the University of Toronto, the first such program to educate students, faculty and staff in various health institutes and universities as well as the public about the health issues of aboriginal peoples by visiting aboriginal speakers. Over 11 years, over 16,000 students, staff and public participated in the annual three-week lectureship. This was a genesis for Cultural Safety Program. The program was so popular that I received numerous donations

resulting in accumulated surplus of \$500,000 by 2000 in Trust Fund. With the help of Dr. David Naylor, then the Dean of Medicine, we were able to secure further \$500,000 dollars and with further matching of a million dollar by the University of Toronto. Thus a two million dollar endowed fund was generated to establish first **Endowed Chair in Aboriginal Health and Wellbeing** in 2001, First of its kind in the Canadian universities.

- Disability Study on Natives (1989) was widely quoted in the print and electronic media across the country and has been a useful for policy planners such as National Aboriginal Working Group on the Status of Disabled, the Council of Canadians with Disabilities, the Canadian Human Rights Commission and many Native organizations.
- *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, now in its fifth edition and published by Elsevier Canada, has been the required or recommended text for undergraduates at 42 universities and colleges across Canada, including the University of Western Ontario, the University of Toronto, McMaster University, University of Saskatchewan, Queen's University, University of Manitoba, University of Alberta, McGill University, Memorial University, University of British Columbia, Université Laval, Université de Sherbrook, Université de Montréal, Dalhousie University, Lakehead University, University of Waterloo, Canadian Memorial Chiropractic College, University of Athabasca, Brock University and all 12 technical colleges across Canada teaching health record administration. The Medical Council of Canada recommends it for its licensing examination and for graduate courses in community health. It was translated into French and published by the Laval University Press in 1995, and is one of the few such textbooks used in Quebec Universities. More than 20,000 copies of this book have been sold since its first edition.
- 1. "The Health of Children of Low-Income Families" and "Public Policies and the Health of Children" (co-authored, 1987) were widely quoted in print and electronic media across the country and were useful for policy planners reviewing social assistance in Ontario and for the House of Commons Subcommittee on Child Poverty, Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, House of Commons, Chair, Roy-Arcelin N., Ottawa, March 1990.
- "Introduction to Canadian Health and the Health Care System" (1989) was a required textbook for students in health studies at the University of Waterloo, University of Toronto, Canadian Chiropractic College, Niagara College of Applied Arts and Technology, McGill University, University of Manitoba, Queen's University, Wascana Institute, Victoria University, Dalhousie University, Brock University and Fanshaw College.
- "Birth Weight, Length, Head Circumference and Bilirubin Levels in Newborn Indians in Sioux Lookout Zone" (co-authored, 1984) has been used for teaching purposes at the University of Kansas Medical Centre in Kansas.

- “Identification of Impaired Hearing in Pre-School Children” (co-authored, 1979) was used by medical students by Memorial University.
- “Delay in referral of children with impaired hearing” (co-authored, 1978) was distributed to all primary care physicians in Oregon by the Oregon School for the Deaf.
- **“Objectives of Teaching Community Health to Medical Undergraduates”** (co-authored, 1980), one of the seminal documents, became the basis for curriculum development at many Canadian medical schools.
- “An Expanded Emergency Service: Role of the Telephone Service in Emergency Departments” (co-authored, 1980) contained the demonstration program of an innovative model for using the telephone service to deliver medical information by nurses to concerned parents whose children had acute, non-life-threatening illness and who not knowing what to do, usually visited the emergency room at the Hospital for Sick Children. This program led to significant decrease in use of emergency room at the hospital. Following this the Hospital for Sick Children established a call centre called **Medical Information Centre** that handled approximately 60,000 calls a year until it was replaced by a province-wide service in 2001. New Brunswick and Alberta also adopted the idea.
- “Assessing Needs and Board Rates for Handicapped Children in Foster Family Care: Progress Report” (co-authored, 1974) proposed the first system for objectively determining board rates for children with handicaps in child welfare agencies. This system was **adopted** by the **City of New York, the states of Kansas, Arkansas and Florida and in parts of Israel, the United Kingdom and Australia.**
- “Day Surgery for Children: A Controlled Study of Medical Complications and Parental Attitudes” (co-authored, 1972) and “Day Care Surgery in Canada: Evolution, Policy and Experience of Provinces” (1980) explored the feasibility of daycare surgery for children in a randomized clinical trial led to the first implementation of a daycare surgery program in Vancouver in 1969. By **2009, 40% of all surgery in British Columbia** is done in **daycare surgery.**

POSITION PAPERS AND GOVERNMENT REPORTS

- Shah C.P. “Preparing Ontario’s Health Sciences Students for Aboriginal Cultural Safety: Environment Scan,” Health Human Resources Policy Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, September 2008.
- Shah C.P. and Ramji F. “Health Status Report of Aboriginal People in Ontario,” prepared for Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Government of

Ontario, October 2005. http://www.aht.ca/webfm_send/25 (Accessed December 2010).

- Moloughney B. and Shah C.P. "Developing an Organizational Model for the Public Health System in Ontario," prepared for SARS Expert Panel on Infectious Disease Control, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, February 2004.
- Shah C.P. "Primary Care Reform: How Do We Integrate Primary Care and Public Health," Health Canada, Government of Canada, 2003.
- Bryant H (Chair) and Shah C.P. "Recommendations for Population-Based Colorectal Cancer Screening," National Committee on Colorectal Cancer Screening, Health Canada, May 2002.
- Shah C.P. and Moloughney B. "A Strategic Review of the Community Health Centre Program," prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Government of Ontario, May 2001.
http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/chc_stratreview/chc_review.html (Accessed December 2010).
- Shah C.P. and Hodge M. "Homelessness and Health," Canadian Public Health Association, Halifax, 1997. http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1997-pp1_e.pdf (Accessed December 2010).
- Shah C.P. et al. "The Health Impact of Unemployment," discussion paper prepared for the annual meeting of the Canadian Public Health Association, Vancouver 1996. http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1996-dp1_e.pdf (Accessed December 2010).

INVITED AND OTHER BRIEFS

2. Invited to Senate Committee on the Determinants of Health on "Round Table for Aboriginal Health," June 2007
3. On behalf of the Committee of Professors Seeking Ethno-Racial Diversity: Ethno-Racial Diversity within Faculty Members, University of Toronto Faculty Association, March, 2000.
4. On behalf of the Committee of Professors Seeking Ethno-Racial Diversity: Cultural and Ethno-Racial Diversity in Faculty, Governing Council, University of Toronto, February 2000.
5. On behalf of the Ontario Medical Association: The Impact of Unemployment and Poverty on the Health and Wellbeing of Families: United Nations Convention on the Rights of Children, Toronto, November 1995.

6. On behalf of the Ontario Medical Association: Unemployment and Health, House of Commons Standing Committee on Human Resources Development, Toronto, November 1994.
7. "The Forgotten Children: The Impact of Poverty on the Health of Aboriginal Children," Subcommittee on Poverty, Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, House of Commons. Chair, Roy Arcelin N., Ottawa, March 1990.
8. Shah, C.P. and Krauser, J. "An Action Agenda to Address the Impact of Poverty on the Health of Children." Subcommittee on Poverty, Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, House of Commons, Chair, Roy-Arcelin N., Ottawa, March 1990.
9. Shah, C.P. and Krauser, J. "Health of Poor Children." Ontario Social Assistance Review Committee, Government of Ontario, Chair, Thompson G., January 1987

PUBLICATIONS OF BOOKS

- Shah, C.P., *An Introduction to Canadian Health and the Health Care System*. Toronto, 1986, 1987, 2nd edition.
- Shah, C.P., with Shah, S.S., *Public Health and Preventive Medicine in Canada*. Toronto, First Edition, 1989; Second Edition, 1990.
- Shah, C.P., with Shah S.S. and Shah, R.R., *Public Health and Preventive Medicine in Canada*. Third Edition, 1994. Printed by University of Toronto Press.
- Shah, C.P. and Turcotte, F., *Santé publique et médecine préventive au Canada*. Publisher : Presses de l'Université Laval, Québec, 1995.
- Shah, C.P., *Public Health and Preventive Medicine in Canada*. Fifth Edition, 2003. Elsevier Canada.

PUBLICATIONS

PUBLICATIONS IN REFERRED JOURNALS

1. SHAH, C.P. and ROBINSON, G.C.: A comparative study of paediatric practice in the Vancouver General Hospital Outpatient Department and in our family practices. *Can. Med. Ass. J.* 100: 465-470. March 1969.
2. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C., et ad: An ambulatory paediatric teaching program

- for final-year medical students. *Can. Med. Assoc. J.* 100: 615-619, April 1969.
3. ROBINSON, G.C., SHAH, C.P., et ad: A study of the need for alternative types of health care for children in hospitals. *Pediatrics*, 43:866-878, May, 1969.
 4. Shah C. P., Papageorgis D., et ad: A study of the need for alternative types of health care for children in hospitals. Parental attitudes toward day care. *Pediatrics*, 44:338-347, Sept. 1969.
 5. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C., et ad: A study of a paediatric residency training program. A survey of utilisation of community settings by teaching hospitals versus value rating by paediatricians. *Pediatrics*, 47:5-893, 1971.
 6. DAVENPORT, H.T., SHAH, C.P., and ROBINSON, G.C.: Day Surgery for children. *Can. Med. Ass. J.* 105:498, 1971.
 7. SHAH, C.P.: The Canadian Paediatrician: Dilemma in Child Health. *Can. Med. Assoc. J.* 105:1059, 1971.
 8. SHAH, C.P.: Assessing needs and board rates for handicapped children in foster family care. *Child Welfare*, 1:10: 588-592, 1971.
 9. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C., KINNIS, C., and DAVENPORT, H.T.: Day surgery for children. A controlled study of medical complications and parental attitudes. *Medical Care*, 10:5:437-450, 1972.
 10. SHAH, C.P.: Quality of medical records of paediatric surgical patients: a comparative study of conventional medical records with checklist medical records. *Journal of Paediatric Surgery* 7:4:420, 1972.
 11. SHAH, C.P., KLINE, C.L.: Children in child welfare agencies: a model for more effective delivery of medical and psychiatric services. *Can. J. Public Health* 63:6:517-22, 1972.
 12. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C. and KINNIS, C.: Patient care classification of children in hospital: development and application of objective criteria for paediatric age group. *Can. Hosp.* 50:7:38-44, 1973.
 13. SHAH, C.P.: Rehabilitation of handicapped children: hospital-day care unit, or residential centre? *Can. J. Public Health* 64:3:269-275, 1973.
 14. SHAH, C.P., POULOS, S.: Assessing needs and board rates for handicapped children in foster family care: progress report. *Child Welfare* 53:1:31-38, 1974.
 15. SHAH, C.P.: Health Services in Child Welfare Agencies: An Integrated Approach. *Can. J. Public Health* 65:1:34-36, 1974.
 16. SHAH, C.P., CARR, L.: Tonsillectomies in dollars and cents. *Can. Med. Ass. J.*

110:3:301-302, 1974.

17. SHAH, C.P.: Time and money in Pediatric Practice. Can. Med. Ass. J. 110- 5:530-533, 1974.
18. SHAH, C.P., CARR, L.: Triage: A working solution to the overcrowded emergency department. Can. Med. Assoc. J. 110:9:1039-1043, 1974.
19. SHAH, C.P.: Psychiatric consultations in Child Welfare Agency. Some facts and figures. Can. Psychiatric Assoc. J. 19:393-397, 1974.
20. SHAH, C.P., BAIN, H.W. and MARTIN, M.: Poisoning and Poison Control Centres in Canada. Can. Med. Assoc. J. 113:6:523-530, 1975.
21. SHAH, C.P., REID, H.E. and ZINGG, W.: A Century of Care: A Future of Caring. Editorial, Can. Med. Assoc. J. 113:6:485-486, 1975.
22. SHAH, C.P.: Paediatric emergency services of the future. Can. Med. Assoc. J. 114:4, 1976.
23. SHAH, C.P., CHIPMAN, M.L, and PIZZARELLO, L.D.: The cost of upper respiratory tract infections in Canadian children. Canadian Journal of Otolaryngology 5:505-512, 1976.
24. SHAH, C.P., CHANDLER, D. and DALE, R.: Delay by Otolaryngologist in referring deaf children for audiometry. Canadian Journal of Otolaryngology 5:6:530, 1976.
25. SHAH, C.P., MACBRIDE, J. and LAMB, G.: Appointment Systems: Why Does a Patient not Return? Canadian Journal of Public Health, 69:148-153, 1977.
26. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C.: Day Care Surgery in British Columbia: 7 years experience. Canadian Medical Association Journal 116: 1031-1032, 1977.
27. MCCONNON, J., SHAH, C.P.: Pattern of practice of internist in Ontario. Canadian Medical Association Journal 116:1269-1273, 1977.
28. SHAH, C.P., CHANDLER, D., and DALE, R.; Delay in referral of children with impaired hearing. Volta Review 80-4:206-215, 1978.
29. MCCONNON, J., SHAH, C.P.: Pattern of Practice of Dermatologists and Neurologists in Ontario. Can. Med. Assoc. J. 121: 4:439-442. 1979.
30. WONG, D., SHAH, C.P.: Identification of impaired hearing in pre-school children.(Review Article) Can. Med. Ass. J. 121: 5:529-546, 1979.
31. SHAH, C.P., WONG, D.: Failures in early detection of hearing impairment in pre-

- school children: In "Family interaction of Handicapped Children" ed. Shapiro, L.: Journal of the Division for early childhood 1:133-40, 1979.
32. SHAH, C.P., WONG, D.: Management of children with cleft lip and palate. Canadian Medical Association Journal (Review Article) 122:1:19-24. 1980.
 33. SHAH, C.P.: Day Care Surgery in Canada: Evolution, Policy and Experience of provinces: The Can. Anaesth. Society Journal 27:4:399-405, 1980.
 34. SHAH, C.P., EGAN, T.J., BAIN, H.W.: An expanded Emergency Service: Role of the Telephone Service in Emergency Departments. Annals of Emergency Medicine, 9:12:617-623., 1980.
 35. SHAH, C.P., JENICEKE, M., MUNAN, L., SPASOFF, R.: Objective of Teaching Community Health to Medical Undergraduates, Canadian Public Health Association Journal, 71:371-375, 1980.
 36. SHAH, C.P., HOLLOWAY, C.L., VAKIL, D. "Sexual Abuse of Children" Annals of Emergency Medicine, 11:1:18-23, 1982.
 37. PLAXTON, K., SHAH, C.P., YOUNG, T.K., and BAIN, H. W.: Preventive Health Care for Indian Preschoolers in the Sioux Lookout Zone, North Western Ont., Can Med. Assoc. J. 129: 965-968, 1983.
 38. MUNROE, M., SHAH, C.P., BADGLEY, R. and BAIN, H.W.: Birth weight, length, head circumference and bilirubin levels in Newborn Indians in Sioux Lookout Zone, Can. Med. Assoc. J. 131:453-456, 1984.
 39. SHAH, C.P. and FARKAS, C.: The Health of Indians in Canadian cities: A challenge to the health care system, Can. Med. Assoc. 133:9:859-863, 1985.
 40. McINTYRE, L. and SHAH, C.P.: Prevalence of Hypertension in Three Communities in Northwestern Ontario. C.M.A.J. , 134:4:345 - 349, 1986.
 41. FARKAS, C. and SHAH, C.P.: Public Health Units and Native Health Care in Urban Centres. Canadian Journal of Public Health. 77:4:274-277, 1986.
 42. SHAH, C.P., KAHAN, M. and KRAUSER, J: The Health of Children of Low-Income Families. Can. Med. Assoc. J., 137:6:485-490, 1987.
 43. SHAH, C.P., FINKEL, K.C. et al: Public Policies and the Health of Children. Can. Med. Assoc. J. 137:6:481-482, 1987.
 44. MOFFAT, M.E.K., SHAH, C.P. et al: Growth Charts for Indian and Inuit Children. Indian and Inuit Committee; Canadian Pediatric Society. Can Med. Assoc. J. 136:118-119, 1987.

45. GODEL, J., SHAH, C.P. et al: Vitamin D supplementation for northern native communities. Indian and Inuit Committee: Canadian Paediatric Society. Can. Med. Assoc. J. 128:229-230, 1988.
46. KYLE, R.J., SHAH, C. P.: Diabetes mellitus among Canadian Indian women delivering heavy-for-date newborns. Can. Fam. Phys. 34:1529-1532, 1988.
47. REEDER, B., SHAH, C.P. AND WILLIAMS, D.: Serum Lipid distribution in Canadian Indians of Northwestern Ontario. Can. Fam. Phys., 34:1535-1539, 1988.
48. SHAH, C.P.: Review of Health Care and Cultural Change by T. Kue Young. Can. Med. Assoc. J. 141:799, 1989.
49. SHAH, C.P., JOHNSON, R: Comparing Health Status: Native Peoples of Canada, Aborigines of Australia, and Maoris of New Zealand. Can. Fam. Phys. 38:1205-1219, 1992.
50. SHAH C.P.: The Health of Native Americans: Towards a Biocultural Epidemiology, Oxford University Press (Book Review): Can Med Assoc J, 152:101638, 1995.
51. JIN, R., SHAH, C.P. and SVABODA, T.: The Impact of Unemployment on Health: A Review and the Evidence. Can. Med. Assoc. Journal 153:5:529-540, 1995.
52. SHAH, C.P., SVABODA, T. and GOEL S. The Visiting Lectureship on Aboriginal Health: An Educational Initiative at the University of Toronto, Can.J. Pub. Hlth. 87:4:272-274, 1996.
53. SHAH C.P., MAI V, NOSEWORTHY L, et al: The Health Impact of Unemployment CPHA Health Digest; PP. 7-14, Spring, 1996. (Peer Reviewed).
54. JIN R, SHAH C. P. and SVABODA T.: Unemployment: Cause or Effect? Can. Med. Ass. J.154: 10:1467-1468; 1996.
55. SHAH C. P.: Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives. Univ. of Toronto (Book Review): Journal of Public Health Policy, 17:3: 374-378, 1996.
56. SHAH C. P. and REEVES A. The Aboriginal Cultural Safety Initiative: An innovative health sciences curriculum in Ontario colleges and universities. International Journal of Indigenous Health, 10:2:117-131, 2015.

PUBLICATIONS OF CHAPTERS IN BOOKS, MONOGRAM AND PROCEEDINGS

1. SHAH, C.P.: These too are our children: a study of child welfare wards. In "*Unmet*

- Needs of Canadian Children*," report of the First Canadian Ross Conference; Dunn, H.G., Rigg, J.M. and Tonkin, R.S. eds. Montreal: Ross Laboratories, p 107-117, 1974
2. SHAH, C.P.: The Pediatrician in Child Health Care. In "*Unmet Need of Canadian Children*," report of the first Canadian Ross Conference; Dunn, H.G., Rigg, J.M., and Tonkin, R.S., eds. Montreal: Ross Laboratories, p 134-138, 1974.
 3. SHAH, C.P.: Overmet needs of Canadian Children. In "*Unmet Needs of Canadian Children*," Report of the First Canadian Ross Conferences; Dunn, H.G., Rigg, J.M. and Tonkin, R.S., eds. Montreal: Ross Laboratories, p 327-337, 1974.
 4. SHAH, C.P.: Prevention in Adolescent Years. Chapter in "*Prevention in Clinical Practice*," R.W.Morgan, ed., University of Toronto Press, p 163-167, 1974.
 5. SHAH, C.P.: An epidemiology of accidents in childhood. In "*Care for the Injured Child*," edited by Surgical Staff of the Hospital for Sick Children, Toronto. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, p 413-420, 1975.
 6. SHAH, C.P., ROBINSON, G.C., KINNIS, C., and DAVENPORT, H.T.: Day surgery for children. A controlled study of medical complications and parental attitudes. In "*Quality of Health Services*," edited by Editorial Board, Medical Care. J.B. Lippincott Co., 1975.
 7. WOLFSON, A., TUOHY, C. and SHAH, C.P.: *What doctors do? A study of fee-for-service practice in Ontario*. Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto pp 1-283, June 1978.
 8. The Advisory Committee on Reproductive Medical Care: *A regionalized system for reproductive medical care in Ontario*. (Member of the Committee) pp 1-149, September 1979.
 9. SHAH, C.P. and HALPERIN, D.S.: "Cleft Lip and Palate" in "*Advances in the study of Birth Defects, Volume 7, Central Nervous System and Craniofacial Malformations*" ed.: Persaud T.V.N.: M.T.P. Press Limited, Lancaster, England pp 75-90, 1982.
 10. SHAH, C.P. and HALPERIN, D.S.: "Congenital Deafness" in *Advances in the study of Birth Defects, Volume 7, Central Nervous System and Craniofacial Malformations*," ed.: Persaud T.V.N.; M.T.P. Press Limited, Lancaster, England pp 115-132, 1982.
 11. SHAH, C.P. and PEACHY, G.: "Surgical Day Care" in "*Hospital Based Ambulatory Care*", ed. Pascarelli: E., Appleton, Century and Crofts, New York 205-216, 1982.
 12. SHAH, C.P. and BOEHM, L.: "Telecommunication services as an outreach for hospital" in "*Hospital Based Ambulatory Care*" ed. Pascarelli, E., Appleton, Century

and Crofts, New York, 447-458. 1982.

13. SHAH, C.P. and CLAY, W.: "Assessment of Auditory Function" in *"The Psychoeducation of Preschool Children"* ed.: Paget, K. and Brackens, B., Grune and Stratton Publishing Co. New York pp 321-358, 1983.
14. YOUNG, T.K. and SHAH, C.P.: Extent and Magnitude of problem of diabetes in the *Canadian Native population bicultural perspectives*, ed. Young, T.K. Can. Diabetic Assoc. p. 13-25, 1987.
15. SHAH, C.P.: A National Overview of the Health of Native People Living in Canadian Cities. In *Proceedings of the 9th Symposium on the Prevention of Handicapping Conditions*. University of Alberta p. 1-45, 1989.
16. SHAH, C.P. and BOYDEN, M.: Assessment of Auditory Functioning ed. Bracken, B.A., in *The Psycho-educational Assessment of Pre-school Children*, 2nd edition, Allyn and Bacon, Needham Heights, Mass. p. 341-378, 1991.
17. SHAH, C.P. and DUBESKI, G: First Nations Peoples in Urban Settings: Health Issues, In: *Health and Cultures: Exploring the Relationships* ed. Masi R., McLeod K. and Mensah L. Volume 1, p. 71-93, 1993. Mosaic Press, Oakville, and Ontario.
18. SHAH, C. P.: Homelessness and Health, Keynote Presentation, *Proceeding of Workshop on Homelessness and Health*, Sponsored by The Ontario Medical Association and Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Toronto, March 29, 1996.
19. SHAH, C.P. and Bliss B: Assessment of Auditory Functioning ed. Bracken, B.A., in *The Psycho-educational Assessment of Pre-school Children*, 3rd edition, Allyn and Bacon, Needham Heights, Mass, Chapter 13, p. 249-281, 1999.
20. SHAH, C.P.: Places of Worship in Multicultural Settings in Toronto, in *Urban Ethnic Encounters*, ed. Colombijn F. and Erdentug A., Rutledge, London, Chapter 3, pp.46 – 60, 2002.
21. SHAH, C.P.: Aboriginal Health (Chapter 18) in *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*, ed. Raphael D. Canadian Scholars' Press Inc. Toronto. 2004

PUBLICATIONS IN NON-REFERRED JOURNALS

1. TONKIN, R.S., ROBINSON, G.C., KINNIS, C., and SHAH, C.P.: A study of the Greater Vancouver Regional Hospital District. A projection of future needs for hospital beds and ambulatory facilities for children. *B.C. Med. J.* 12:12, 1970.
2. ROBINSON, G.C., TONKIN, R.S., KINNIS, C., and SHAH, C.P.: A study of pediatric

bed utilization and some implications for regional planning. B.C. Med. J. 13:12:289, 1971.

3. SHAH, C.P.: The delivery of specialists' services to remote areas - Experience of a travelling clinic in British Columbia. B. C. Med. J. 14:2:25, 1972.
4. SHAH, C.P.: The value of admission medical in child welfare. Ont. Assoc. Children's Aid Societies J. 15:9:8, 1972.
5. SHAH, C.P.: The Child's Worst Friend. Editorial, Medical Post 8:23:14, 1972.
6. ROBINSON, G.C., SHAH, C.P. et al: Surgical and Medical Day Care Units for Children. Proceedings: 7th Annual Conference of the Association for the Care of Children in Hospitals, Montreal, May 1972. pp. 53-63.
7. ROBINSON, G.C., SHAH, C.P. and KINNIS, C.: Patient care classification of children in hospitals: predicted changes in patient care group classification in a future hospital system. B.C. Med. J. 15: 2:31-33, 1973.
8. SHAH, C.P.: Medical apathy to children in care. Ontario Association of C.A.S. Journal 16: 8:7, 1973.
9. SHAH, C.P., BAIN, H.W.: Paediatric Phone Consultation Service Proposed for Ontario. Ont. Med. Rev. 42:4, 216-218, 1975.
10. SHAH, C.P., DALE, R., and CHANDLER, D.: The challenge of Hearing Impairments in Children. Canadian Family Physician 23:175-18, 1977.
11. SHAH, C.P., SMITH, C., FRIENDLY, M. and FINKELSTEIN, L. Falls in Children. Can. Fam. Phys. 28:1576-1580, 1982.
12. POLLETT, G.L., SHAH, C.P. and MCCONNON, J.K.: Comparison of Consultant Paediatricians in an Ontario Community with their provincial counterparts. Can. Fam. Phys. 29:799-802.1983.
13. POLLETT, G.L., SHAH, C.P. and MCCONNON, J.K.: Comparisons of Consultant obstetrician and gynaecologist in an Ontario Community with their provincial counterparts. Can. Fam. Phys. 30:343-347, 1984.
14. SHAH, C.P.: The Health Status of Ontario Children: Issues Related to Policy and Research: in Proceeding of The State of the Child Report, Published by the Child, Youth and Family Policy Research Center; Toronto, May 1991.
15. SHAH, C.P.: The Visiting Lectureship on Native Health, In Proceeding of the Workshop, Culturally Sensitive Research and Education in Health, Getting U of T in

Touch, Division of Community Health, Final Report, P. 67 - 69, April, 1992.

16. SHAH, C. P., and SVOBODA, T.: A Question of Fairness: U of T Bulletin, January 10, 2000, p. 16.

SIGNIFICANT COMMITTEE MEMBERSHIP AT NATIONAL, PROVINCIAL AND LOCAL LEVEL

1. Secretary Treasurer & Board Member: Anishnawbe Health Foundation, 2010-2013; 2015-
2. Member, Health Equity Committee, Health Quality Ontario, Ontario Ministry of Health & Long Term Care, 2014 -2015
3. Member, Special Diets Expert Review Committee, Ministry of Community and Social Services, Government of Ontario (2006 – 07)
4. Member of the Mental Health and Addictions Council of the Toronto Central Local Health Integration Network, 2007 -
5. Member, Equity Board, University of Toronto, 2005 -
6. Board Member, Canadian Blood Services, 2003 – 2005.
7. Governor, Governing Council of University of Toronto, July, 2000 – 2001.
8. Member, National Committee on Colorectal Cancer Screening Expert Panel, 1998 – 2002.
9. Speaker, Faculty Council, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1997 – 2000.
10. Member, Council on Health Care and Promotion, Canadian Medical Association 1996-2003.
11. -Chairman, Ontario Workshop on Homelessness and Health, Toronto, 1996
12. Member, YMCA Population Health Committee, 1994-.
13. Co-Chairman, Ontario Workshop on Unemployment and Health, 1994.
14. Reviewer of Undergraduate Medical Program, The Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, 1994.
15. Member, Committee on Population Health, Ontario Medical Association 1993-2002.

16. Chairman, National Workshop on Future Role of Community Medicine Specialist, Toronto, May 15-16, 1994.
17. Member - Board of Governor, Ontario Institute for Studies in Education (OISE), 1992-1995.
18. Member - Professional Advisory Committee, Easter Seal Society of Ontario, 1991-1996.
19. Member - Metropolitan Toronto Social Planning Council, 1992.
20. Chairman - National Workshop on Innovation in Community Health Teaching for the Medical Undergraduate, June 1-2, 1993.
21. Chairman - Ontario Inter-University Group on Community Health Teaching for the Medical Undergraduate, 1992-94.
22. Chairman - National Workshop on Standardisation of the Examination Process for Speciality in Community Medicine, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1992.
23. Technical Advisor - National Aboriginal Network on Disability, 1990-1993.
24. Member - Scientific Abstract Review Panel for 8th International Congress on Circumpolar Health, 1989-90.
25. Member - Advisory Committee, Culture and Health, Government of Ontario, 1990-92.
26. Member - Grant Review Panel, Laidlaw Foundation 1990-.
27. Member - Health Innovation Fund's Proposal Review Process, 1989-91.
28. Member - Indian and Inuit Health Committee, Canadian Paediatric Society, 1989-1992.
29. Chairman - Speciality Committee in Community Medicine, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1989-94.
30. Member - Ontario Expert Panel, Indian Health Services Evaluation, Health & Welfare Canada, 1988.
31. Chairman - National Workshop on development of objectives for Residency Training in community of Medicine, 1988-89.
32. Chairman - Scientific Advisor Committee for "Study of Hunger in Ontario", 1987-88.

33. Member - Management Committee on "Hunger in Ontario", 1987-88.
34. Member -Executive Committee, Sioux Lookout Project, University of Toronto, Ontario, 1988-1993.
35. Member -Task force on development of objectives for undergraduate education in Community Health, Medical Council of Canada, 1986-87.
36. Member - Medical Advisory Board, Metropolitan Toronto Assoc. for Mentally Retarded, 1986-88.
37. Member - Organising Committee for Conference on Child Poverty in Ontario, March 1985.
38. Member - Child Welfare Committee, Ontario Medical Assoc. 1984-89.
39. Chairman - Symposium on Native Health Care in Sioux Lookout: Past, Present & Future, in Honour of Dr. H.W. Bain, 1986.
40. Member - Prevention Subcommittee: Professional Advisory Committee of the Easter Seal Society, 1985-88.
41. Consultant - Indian and Inuit Committee, Canadian Paediatric Society: 1985-93.
42. Nucleus Member - Speciality Committee in Community Medicine, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1985-88.
43. Workshop on the rationalisation of graduate training for physicians in community medicine - March 29, 1983.
44. Member: Task Force on Family Violence, Selection of Educational material. Ministry of Community and Social Services, 1982.
45. Member: Specialities and Manpower Committee, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1982-1984.