

GUIDE D'INTRODUCTION À LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal
2019



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Avant-propos

Le présent document est conçu pour offrir aux professionnels de la santé, aux étudiants et aux enseignants des cadres théoriques et des connaissances de base sur les soins à prodiguer aux Autochtones. Le Guide d'introduction a été rédigé et révisé par des auteurs autochtones et non autochtones, dont plusieurs de nous sont des médecins autochtones qui pratiquent dans divers domaines de spécialisation. Chaque section bibliographique contient les liens vers les sources consultées, dont la plupart ont été créées par des organisations autochtones. En plus du matériel théorique et médical, nous avons cherché à présenter des récits illustrant les expériences vécues par les Autochtones dans le système de soins de santé.

Nous avons incorporé des citations, témoignages, récits historiques et points de vue de médecins autochtones à la trame de ce document pour rendre hommage aux connaissances et aux modes de connaissance autochtones et pour susciter l'autoréflexion chez les lecteurs. Nous comptons ultimement adapter le contenu du Guide d'introduction pour en faire un outil interactif contenant des vidéos, des webinaires et du matériel de formation dynamique. Que vous soyez étudiant, enseignant ou professionnel en exercice, nous espérons que le Guide d'introduction à la santé autochtone sera une ressource utile qui vous accompagnera tout au long de votre cheminement pour devenir un fournisseur de soins qui met en pratique la sécurité culturelle dans les soins des patients, des familles et des collectivités autochtones.

Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA). (2007)

Article 31.

1. Les peuples autochtones ont le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur patrimoine culturel, leur savoir traditionnel et leurs expressions culturelles traditionnelles ainsi que les manifestations de leurs sciences, techniques et culture, y compris leurs ressources humaines et génétiques, leurs semences, leur pharmacopée, leur connaissance des propriétés de la faune et de la flore, leurs traditions orales, leur littérature, leur esthétique, leurs sports et leurs jeux traditionnels et leurs arts visuels et du spectacle. Ils ont également le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur propriété intellectuelle

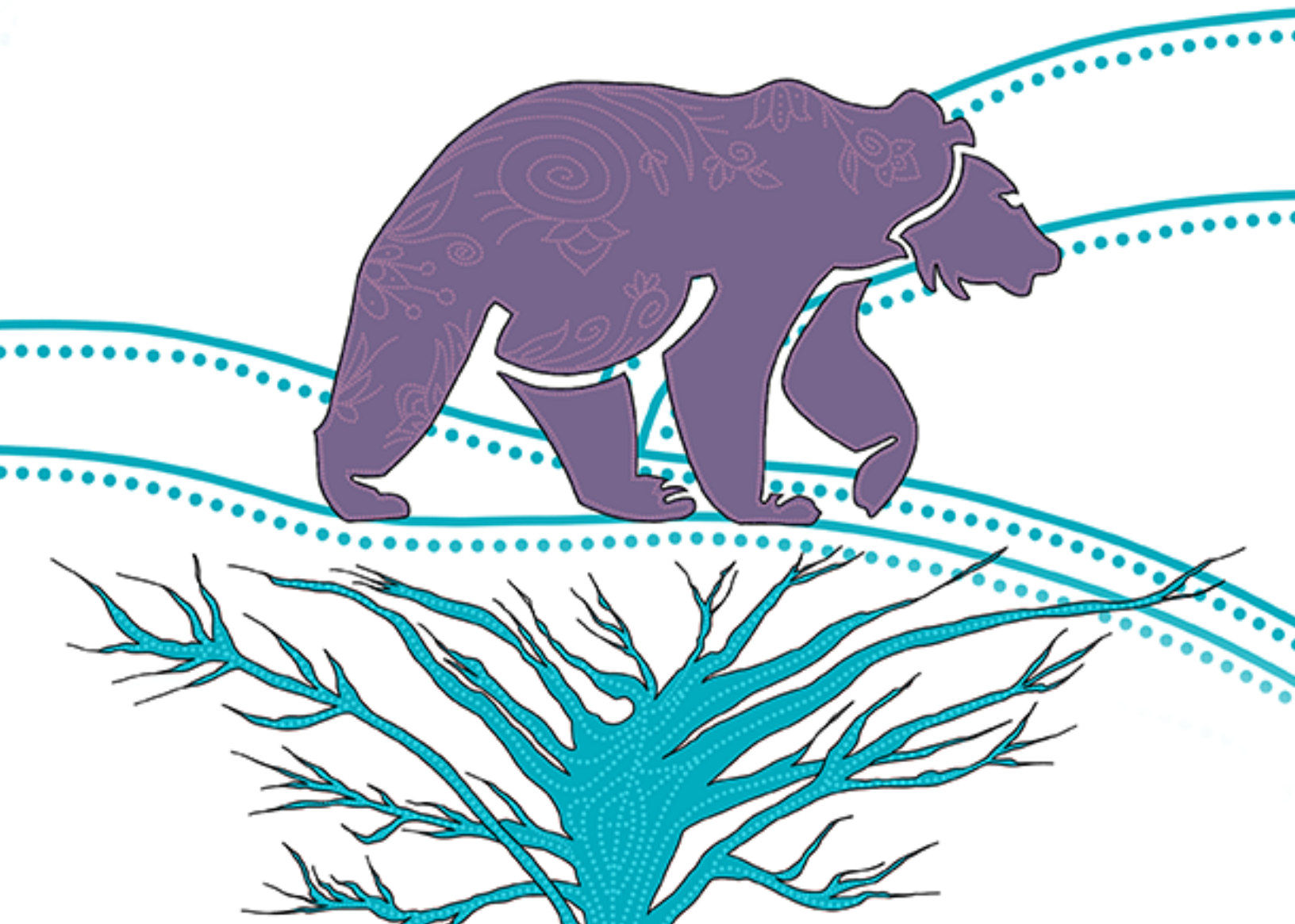
collective de ce patrimoine culturel, de ce savoir traditionnel et de ces expressions culturelles traditionnelles.

2. En concertation avec les peuples autochtones, les États prennent des mesures efficaces pour reconnaître ces droits et en protéger l'exercice..

Citation

« Si vous cherchez à mesurer les effets des politiques racistes et coloniales du Canada sur les Autochtones, songez simplement qu'alors que le Canada a récemment été classé au premier rang international pour ses indicateurs de qualité de vie, les populations autochtones vivant sur son territoire croupissent au 78^e rang de ce classement. »

Manuel, A. (2017). *The Reconciliation Manifesto Recovering the Land and Rebuilding the Economy*. James Lorimer & Co. Publishers, Toronto:ON, p. 78.



À propos du langage employé

Dans ce document, le terme « Autochtones » désigne collectivement les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada. Il est important de reconnaître et de respecter les distinctions lorsque cela est approprié. Le terme « Autochtones » tend à devenir le terme privilégié par les peuples autochtones et remplace « indigène » et « aborigène ». En plus de ces désignations, bien des Autochtones se désignent par le nom de leur nation (p. ex. les Mi'kmaq, Haudenosaunee, Anishinaabe, Nisga'a, etc.).

Le terme « Autochtone » fait également référence aux premiers peuples de l'île de la Tortue, avant la colonisation. Les termes, les noms et les styles sont en constante évolution. Nous entendons atténuer les préjugés coloniaux et refléter avec respect l'expérience des Autochtones dans le système de santé.



Structure

Organisé en neuf chapitres pour permettre une consultation rapide, le Guide d'introduction à la santé des Autochtones est étayé par plus de 170 références et liens. Chaque chapitre contient trois sections :

- 1) Une étude de cas;
- 2) Des sujets d'intérêt en lien avec le thème du chapitre;
- 3) Des références et des liens listés en ordre alphabétique.



Groupe de rédaction et de révision

Le Guide d'introduction a été rédigé par le Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal. Les personnes suivantes, listées en ordre alphabétique, ont contribué à la réalisation du Guide :

Marcia Anderson, MD, MPH, FRCPC
Directrice générale, Affaires universitaires autochtones
Institut de santé et de guérison autochtone Ongomiizwin
Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba

Cheryl Barnabe, MD, MSc, FRCPC
Professeure associée, Départements de médecine et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
Rhumatologue, Services de santé de l'Alberta

Carrie Bourassa, PhD
Professeure en santé autochtone, Collège de médecine, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université de la Saskatchewan
Directrice scientifique, Institut de la santé des Autochtones des IRSC

Allison Crawford, MD, FRCPC, PhD
Professeure associée, Département de psychiatrie, Université de Toronto

Lindsay Crowshoe, MD, CCFP
Professeur associé, Département de la médecine de famille, Université de Calgary

Lisha Di Gioacchino, MA
Analyste principale des politiques, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Thomas Dignan, MD
Médecin de santé publique
Coprésident, Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal

Tyee Fellows, BSc, MSc
Faculté de médecine, Université de Toronto

Allison Fisher

Directrice exécutive, Centre Wabano de la santé des autochtones

Sarah Funnell, MD, MSC, CCFP, FRCPC

Médecin adjointe en santé publique, , Santé publique Ottawa

Directrice de la santé des Autochtones, Département de médecine familiale,
Université Queen's

Co-présidente, Groupe de travail sur la santé des Autochtones, Collège des
médecins de famille du Canada

Margo Greenwood, PhD

Responsable universitaire, Centre national de collaboration de la santé autochtone

Nolan Hop Wo, MD, FRCPC

Psychiatre, Services de santé de l'Alberta

Directeur résident sortant, Association des médecins indigènes du Canada

Valerie Michaud, trad. a., rev. a.

Gestionnaire, Services de traduction, Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada

Jason Pennington, MD, FRCSC

Responsable stratégique de l'enseignement médical autochtone, Faculté de
médecine, Université de Toronto

Lisa Richardson, MA, FRCPC

Chercheure, Centre Wilson

Responsable stratégique de l'enseignement médical autochtone, Faculté de
médecine, Université de Toronto

Présidente du Comité directeur sur l'intégration de la santé des Autochtones à la
formation médicale postdoctorale spécialisée du Collège royal

Co-présidente du Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal

Sara Roque, BA

Rédactrice et conseillère autochtone

Paul Skanks, Enseignant traditionnel Mohawk

Paul Tomascik, MBA, BSc

Analyste principal, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Art par Selena Mills (ROAR Creative Agency)

Remerciements

Le Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal remercie les membres du Comité directeur sur l'intégration de la santé des Autochtones à la formation médicale postdoctorale spécialisée et du Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal pour leur participation à la révision du Guide d'introduction à la santé des Autochtones.

Tous droits réservés. ©Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal, 2019.

Citation suggérée : Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal. *Guide d'introduction à la santé des Autochtones*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2019.

Vous pouvez accéder à ce document et d'autres informations sur la santé des Autochtones sur le site web : www.collegeroyal.ca/autochtones.

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	<i>ii</i>
<i>À propos du langage employé</i>	<i>iv</i>
<i>Structure</i>	<i>v</i>
<i>Groupe de rédaction et de révision</i>	<i>vi</i>
<i>Remerciements</i>	<i>viii</i>
Chapitre 1: Les connaissances, la science et les droits Autochtones	1
Chapitre 2 : Le racisme et les interventions de lutte contre le racisme	8
Chapitre 3 : L'importance des soins tenant compte des traumatismes.....	19
Chapitre 4 : L'histoire et le continuum de la sécurité culturelle.....	30
Chapitre 5 : Valeurs et principes en matière de santé des Autochtones.....	40
Chapitre 6 : Lois et politiques : leurs répercussions sur les Autochtones et leurs liens avec les déterminants sociaux de la santé	47
Chapitre 7 : Les politiques sur la santé des Autochtones.....	62
Chapitre 8 : Statistiques, données démographiques et diversité des communautés autochtones.....	68
Chapitre 9 : Glossaire.....	78

Chapitre 1 : Les connaissances, la science et les droits Autochtones

Étude de cas

Génocide : le démantèlement des connaissances et le retrait des droits des Autochtones

(Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015).

L'agression contre l'identité autochtone commence généralement au moment où l'enfant franchit le seuil de la porte. On leur coupe les tresses (ayant habituellement une signification spirituelle), on leur donne un uniforme scolaire en échange de leurs vêtements traditionnels fabriqués à la main, on remplace leur nom autochtone par un nom eurocanadien (et un numéro). De plus, ils doivent renoncer à la liberté telle qu'ils l'avaient vécue dans leur communauté et celle-ci est remplacée par une vie réglée au quart de tour dans un établissement où les activités sont régies par un horaire rigide du matin au soir. Les garçons et les filles sont séparés ainsi que les frères et sœurs, et à quelques exceptions près, on décourage les visites des parents. Lorsque les parents se rendent à l'établissement voir leurs enfants, la visite est supervisée.

Les écoles construites à bon marché et à la hâte ont souvent des installations sanitaires et des systèmes de ventilation inadéquats ou inexistants. Comme il y a peu d'infirmières où l'on peut isoler les élèves malades s'ils ont contracté une maladie contagieuse, les épidémies se répandent comme une traînée de poudre dans l'école et causent parfois des décès. Étant donné que le financement des pensionnats est accordé en fonction du nombre d'élèves, les administrateurs ne respectent pas souvent les lignes directrices en matière de santé et accueillent des enfants atteints de maladies contagieuses et mortelles comme la tuberculose. Fréquemment, les parents ne sont pas informés de la maladie de leur enfant, de leur fugue, ni de leur décès.

Pendant la plus grande partie de l'histoire du système des pensionnats indiens, le gouvernement fédéral n'a pas de politique clairement définie sur la discipline. Celle-ci ne se limite pas seulement à se faire frapper avec une courroie et à

l'humiliation. Dans certaines écoles, on menotte et bat les élèves, on les enferme dans des caves et d'autres prisons improvisées, ou alors, on les expose à la vue de tous. La surpopulation et la proportion élevée d'élèves par rapport aux enseignants font en sorte que même les élèves à qui l'on n'impose aucune mesure disciplinaire physique sont négligés.

« Mes ancêtres ont résisté et survécu à ce qui a dû ressembler à un monde apocalyptique d'occupation et d'assujettissement, dans un contexte où ils avaient peu d'options. Ils ont résisté simplement en survivant et en étant en vie. Ils ont résisté en conservant leurs histoires. Ils ont résisté en préservant les semences de notre culture et de nos systèmes politiques afin qu'un jour, une nouvelle génération d'Anichinabés Michi Saagiig puisse les mettre en terre. Je suis convaincue qu'ils ont résisté, puisque je suis ici aujourd'hui, à vivre ma vie de femme anichinabée Michi Saagig contemporaine. Je suis la preuve de leur résistance. Le peuple anichinabé Michi Saagiig en est la preuve. Aujourd'hui, près de deux cents ans après que notre peuple ait survécu à une tentative de génocide politique et culturel, il incombe à ma génération de semer ces graines et de prendre soin des semis pour rendre nos ancêtres fiers » (Simpson, 2011, p. 15).

La science autochtone

La science autochtone est une forme de savoir autochtone qui se rapporte aux connaissances des cultures autochtones. Elle est une façon de voir et de savoir dynamique, holistique et intergénérationnelle qui a passé l'épreuve du temps. Existant depuis des milliers d'années, elle a donné lieu à des modes de transferts de connaissances sophistiqués qui ont favorisé la survivance de la science autochtone (la survivance est plus que la seule survie : elle constitue un mode de vie qui nourrit les méthodes d'acquisition de connaissances autochtones).

En dépit de cette survivance, la science autochtone a été dévalorisée par une vision du monde et des institutions eurocentriques, qui la jugeaient primitive et simpliste. La science autochtone est spécifique à un lieu et donc tributaire d'une connexion et d'une relation profondes avec les territoires traditionnels et avec la nature.

« En ojibwemowin, notre langue, "médecine" se dit "mashkiki", ce qui signifie "la force de la terre". Selon Frances Densmore, les guérisseurs appréhendaient la plante et le savoir médical de façon méticuleuse et systématique, en mettant toujours l'accent sur l'expérimentation et l'étude. À l'instar des artistes, ils étaient maîtres de l'observation du monde naturel. Ils connaissaient le moment précis où

récolter une foule de plantes, dont plusieurs n'étaient disponibles que de façon éphémère. [...] Leur travail allait dans le sens de l'objectif ojibwé de "mino bimaddizi" (Densmore, 2005).

Malgré la prodigieuse diversité des nations autochtones dans le pays que l'on appelle aujourd'hui le Canada, toutes partagent une vision du monde centrée sur la terre et un sentiment d'interconnexion et de relation avec les terres qui se distingue de la vision eurocentrique dominante.

« Aux yeux des colonisateurs, la terre était synonyme de propriété, de bien immobilier ou de ressources naturelles. Mais pour notre peuple, elle était tout : notre identité, notre lien avec nos ancêtres, l'habitat des espèces non humaines de notre famille, notre pharmacie, notre épicerie, notre bibliothèque, la source de tout ce qui nous soutenait. La terre était le lieu sacré où notre responsabilité à l'égard du monde était manifestée. Elle s'appartenait à elle-même. Elle était un cadeau, et non un bien, ce qui fait qu'elle ne pouvait jamais être vendue ou achetée. » (Kimmerer, 2013).

L'autodétermination autochtone dans la recherche

Vision du monde

« Les études sur les peuples autochtones du Canada ont principalement été définies et réalisées par des chercheurs non autochtones. Les approches adoptées ne reflétaient généralement pas la vision du monde autochtone, et les recherches effectuées n'ont pas nécessairement profité aux peuples et aux communautés autochtones. En conséquence, les Autochtones continuent de voir la recherche, particulièrement lorsqu'elle est initiée à l'extérieur de leur communauté, avec appréhension et méfiance » (Gouvernement du Canada, 2018).

Le thème de la recherche éthique qui fait valoir les droits des peuples autochtones est examiné dans le cadre *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (EPTC 2), dont le lien est fourni en référence à la fin de ce chapitre.

Les principes de PCAPMD des Premières Nations

« Initialement désignés par l'acronyme OCA (en anglais), plus percutant en raison du clin d'œil à la crise d'Oka de 1990, les principes de PCAP^{MD} continuent de modifier la perception de la recherche et la gouvernance de l'information sur les Premières Nations. Les principes initiaux de propriété, de contrôle et d'accès sont

nés d'une séance de réflexion menée par le Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits en 1998. L'expression originale est attribuée à Cathryn George, de l'Association des Iroquois et des Indiens unis. Le P (pour possession) a été ajouté peu après pour former l'acronyme PCAPMD lorsque le comité a reconnu l'importance de la "possession" des données sur les Premières Nations ainsi que les droits et les restrictions associés à la possession. »

Les principes de PCAP posent un ensemble de normes établissant la manière dont les données sur les Premières Nations doivent être recueillies, protégées, utilisées et partagées. Ils sont la norme de facto pour l'exécution des recherches relatives aux Premières Nations. L'apposition du sigle PCAP, pour propriété, contrôle, accès et possession, signifie que les Premières Nations contrôlent les processus de collecte de données dans leurs collectivités, qu'elles sont propriétaires des renseignements et qu'elles contrôlent la façon dont ceux-ci sont utilisés.

Propriété : Il s'agit de la relation que les Premières Nations entretiennent avec leur savoir culturel et les données et renseignements les concernant. Selon ce principe, une communauté ou un groupe est collectivement propriétaire de l'information, à l'instar d'un individu qui est naturellement propriétaire de ses renseignements personnels.

Contrôle : Selon ce principe, les Premières Nations, leurs communautés et les organismes qui les représentent ont le droit d'exiger le contrôle de l'intégralité de la recherche et des processus de gestion de l'information les concernant. Le contrôle de la recherche peut porter sur toutes les étapes d'un projet, c'est-à-dire du début à la fin. Le principe concerne aussi le contrôle de divers processus, dont l'attribution des ressources et l'examen, la planification, la gestion de l'information.

Accès : Quel que soit l'endroit où se trouvent les renseignements et les données concernant les Premières Nations et leurs communautés, les Premières Nations doivent y avoir accès. Ce principe confirme également le droit des communautés et des organisations des Premières Nations de prendre des décisions concernant l'accès à leur information collective et la gestion de cet accès. Concrètement, ce droit peut être exercé au moyen de protocoles officiels normalisés.

Possession : Alors que la propriété définit la relation qui existe entre un peuple et l'information le concernant, la possession ou la gestion est, quant à elle, un principe plus concret. Il s'agit du contrôle matériel des données. La possession

est un mécanisme permettant de faire valoir et de protéger la propriété (Le Centre sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, 2019).

Cadres métis et inuits pour l'autodétermination dans la recherche

La Fédération des Métis du Manitoba souscrit aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et d'intendance. Propriété : possession légale de quelque chose. Contrôle : pouvoir de prendre des décisions et de décider de ce qu'il convient de faire. Accès : droit ou occasion d'utiliser quelque chose qui apportera des avantages. Intendance : touche aux questions de planification et de gestion responsables des ressources. « Nous avons la responsabilité vis-à-vis des Métis de nous assurer que les recherches effectuées sont dans leur intérêt, qu'elles donnent lieu à des changements positifs pour la santé des Métis et pour la prestation de services de santé et qu'elles sont réalisées de manière aussi rigoureuse et éthique que possible. »

L'Association inuite du Manitoba s'est engagée à promouvoir l'« inuit qaujimaqangit ». Cette expression inuktitute est souvent traduite par « le savoir traditionnel inuit », « les institutions traditionnelles inuites » et même « la technologie traditionnelle inuite ». Issue de la racine du verbe qaujima-, c'est-à-dire « savoir », elle signifie littéralement « ce qui est connu depuis longtemps par les Inuits », et faisait jadis référence à l'intégration de la culture traditionnelle des Inuits à la structure de gouvernance moderne de ce peuple afin de lutter contre la perte d'autonomie (Université du Manitoba, s.d.).

Références et liens

Assembly, U.G. (2007). United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. *UN Wash*, 12, 1-18. Retrieved from:

https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf

Connors, E. (2018). Two Eyed Seeing. *Manitoba Trauma Information and Education Centre*. Retrieved from: <https://trauma-informed.ca/trauma-and-first-nations-people/two-eyed-seeing/>

Densmore, F. (2005). *Strength of the Earth: the classic guide to Ojibwe uses of native plants*. Minnesota Historical Society.

First Nations Information Government Centre. (2019). The First Nations Principles of OCAP®. First Nations Information Government Centre. Retrieved from: <https://fnigc.ca/>

First Nations, Métis, and Inuit Health Research Strategic Planning Committee. (2013). Framework for Research Engagement with First Nation, Métis, and Inuit Peoples. *University of Manitoba Faculty of Health Sciences*. Retrieved from: https://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/media/UofM_Framework_Report_web.pdf

Government of Canada. (2018). TCPS 2 - Chapter 9 Research Involving the First Nations, Inuit and Métis Peoples of Canada. Panel on Research Ethics. Retrieved from: http://pre.ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html

Herman, M., Vizina, Y., Augustus, C., Sawyer, J. (2008). Learning Indigenous Science from Place Research Study Examining Indigenous-Based Science Perspectives in Saskatchewan First Nations and Métis Community Contexts. Aboriginal Education Research Centre University of Saskatchewan. Retrieved from: <https://aerc.usask.ca/downloads/Learning-Indigenous-Science-From-Place.pdf>

Kimmerer, R. W. (2013). Braiding sweetgrass: Indigenous wisdom, scientific knowledge and the teachings of plants. Milkweed Editions.

Kirmayer, L.J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M.K., & Williamson, K.J. (2011). Rethinking resilience from Indigenous Perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2): 84 – 91. Retrieved from: [https://dandeneau.uqam.ca/upload/files/pdfs/Kirmayer%20et%20al\(2011\)%20-%20Rethinking%20resilience.pdf](https://dandeneau.uqam.ca/upload/files/pdfs/Kirmayer%20et%20al(2011)%20-%20Rethinking%20resilience.pdf)

Marshall, A. (2017). Two-Eyed Seeing – Elder Albert Marshall's guiding principle for inter-cultural collaboration. Retrieved from: [http://www.integrativescience.ca/uploads/files/Two-Eyed%20Seeing-AMarshall-Thinkers%20Lodge2017\(1\).pdf](http://www.integrativescience.ca/uploads/files/Two-Eyed%20Seeing-AMarshall-Thinkers%20Lodge2017(1).pdf)

Simpson, L. (2011). *Dancing on Our Turtle's Back: Stories of Nishnaabeg Recreation, Resurgence and a New Emergence*. Winnipeg, MB: Arbeiter Ring Publishing.

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). The Survivors Speak: A Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Truth and

Reconciliation Commission of Canada. Retrieved from:
http://trc.ca/assets/pdf/Survivors_Speak_English_Web.pdf

University of Manitoba. (2016). *University of Manitoba Framework for Research Engagement with First Nation, Métis, and Inuit Peoples*. Retrieved from:
https://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/media/UofM_Framework_Report_web.pdf



Chapter 2 : Le racisme et les interventions de lutte contre le racisme

Étude de cas

Le tragique destin de Brian Sinclair.

(Tomascik, Dignan, et Lavallée, B. (2018). Dans Arya, A.N., Piggott, T., the contributing authors and Canadian Scholars, 2018).

« Il y a peut-être eu quelques changements, mais le problème n'a certainement pas disparu et je ne crois pas qu'il disparaîtra de sitôt. Nous ne pourrions pas affirmer que des changements substantiels ont été apportés tant que les gens ne se sentiront pas en sécurité à l'hôpital. C'est terrible de se rappeler qu'il est réellement mort ainsi. J'aime croire que son décès nous a enseigné quelque chose, qu'il nous a appris que les êtres humains sont devenus tellement insensibles à leurs semblables. Le racisme, les stéréotypes, rien de tout cela n'a été résolu. » — Cousin de Brian Sinclair (Malone, 2018).

Durant les dernières heures du 20 septembre 2008, M. Brian Sinclair est mort dans la salle d'attente des urgences, au Centre des sciences de la santé de Winnipeg. Il n'avait que 45 ans. La cause médicale du décès de M. Sinclair est une maladie curable appelée péritonite aiguë, une infection provoquée par un cathéter bloqué qui passe dans la circulation sanguine et entraîne un choc.

Son décès n'a pas été subit. Pendant 34 heures, M. Sinclair a sagement attendu dans la salle d'attente de l'hôpital, dans la douleur et l'inconfort, avant de succomber à un choc septique. La tragédie s'est produite alors qu'il avait été admis, trié en vue de recevoir des soins, puis oublié jusqu'à ce qu'il soit trop tard. Il est mort avant que toute intervention médicale n'ait été pratiquée et en l'absence de toute mesure de confort humain. Il n'était accompagné d'aucun proche capable de plaider pour lui et est mort seul.

M. Sinclair a fait tout ce qu'il fallait pour obtenir des soins médicaux. Il s'est présenté à une clinique de santé communautaire de Winnipeg en raison de douleurs abdominales et de l'incapacité de se soulager. Un médecin de la clinique l'a immédiatement orienté vers le Centre des sciences de la santé de Winnipeg pour un traitement d'urgence. Il y est arrivé par taxi 40 minutes plus tard avec une lettre de recommandation signée par le médecin traitant. Il a été trouvé mort dans la salle d'attente, une journée et demie après son admission (Ignored to Death, 2017; Malone, 2018; Deal, 2013).

Le fait qu'il était un homme brisé lorsqu'il a été admis dans le système est-il important? Dans ce cas, ça l'est. Il était sans-abri, amputé des deux jambes, confiné à son fauteuil roulant et aux prises avec une série de maladies chroniques. Il était aussi autochtone. Les dirigeants du domaine de la santé et les membres de la collectivité décrivent le décès de Brian Sinclair comme un exemple extrême de racisme dans le système de santé.

La définition du racisme

La notion de racisme inclut la croyance qu'une race est supérieure à une autre, une discrimination qui découle de politiques ou carrément de la haine ou de l'intolérance (Reading, 2013a). Le racisme est façonné par la distribution de l'argent, du pouvoir et des ressources, trois éléments qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé (Reading, 2013b).

Le racisme est une question épineuse. Communément décrit comme structurel, institutionnel ou systématique, le racisme conduit à l'oppression dans les comportements interpersonnels et dans les politiques réglementaires, sociales, politiques et économiques, et ce, tant au sein du gouvernement que dans les organisations publiques et privées (ERASE Racism, 2013).

L'enseignement médical n'y échappe pas. En effet, son programme caché renforce les structures de pouvoir traditionnelles et les visions du monde eurocentriques susceptibles de perpétuer les comportements racistes. Le racisme prend de multiples formes et entraîne des effets néfastes pour la santé des personnes, des familles et des collectivités (Tomascik, Dignan et Lavallée, 2018).

Les racines du racisme au Canada

« La véritable cause de notre profonde détresse est bien sûr que nous n'avons aucun pouvoir sur les terres ni sur les ressources situées sur nos terres ancestrales et visées par des traités, à l'exception du 0,2 % de nos territoires qui a reçu le statut de réserve. Nous ne pouvons pas accéder à nos terres ancestrales et visées par des traités pour y bâtir une économie durable au profit de nos peuples, ce qui nous fait paraître stupides et primitifs. Les colonisateurs qui y ont accès et qui contrôlent plus de 99,8 % de nos territoires ont toujours l'air intelligents et civilisés. » (Manuel et Derrickson, 2017)

« Le colonialisme est un processus qui a une longue histoire [...] et les fondements coloniaux de la nation ont façonné les valeurs canadiennes. Ces fondements continuent de se répercuter sur la santé des Autochtones après avoir entraîné le déplacement et la marginalisation de communautés autochtones [...] et perpétué des notions discriminatoires ou stéréotypées concernant l'identité autochtone. » (Reading, 2013a)

L'héritage colonial du Canada continue de porter atteinte à la santé et au bien-être des populations autochtones. Bon nombre de politiques coloniales canadiennes ont à l'origine été créées pour obtenir accès aux ressources naturelles situées sur les terres autochtones. Au fil du temps, les colonisateurs ont acquis un contrôle total sur tous les aspects de la vie des Autochtones.

Le colonialisme est synonyme de racisme

L'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (AANB), promulgué en 1867, a créé une ambiguïté qui persiste aujourd'hui en faisant des services de santé fournis aux colonisateurs une compétence provinciale, et des services de santé fournis aux Autochtones une compétence fédérale. L'AANB a marqué la fin des relations de nation à nation et a mis la table pour la *Loi sur les Indiens* de 1876, qui a ouvert une ère de colonialisme et d'assimilation culturelle (Moss et Gardner-O'Toole, 1991).

La Loi sur les Indiens a créé une structure fédérale exerçant un contrôle sur les terres, les langues et les pratiques culturelles autochtones et qui a engendré des disparités persistantes sur le plan de la santé et des iniquités sociales (Loppie et coll., 2014). Les répercussions de la *Loi sur les Indiens* sont profondes et touchent la santé et les aspects sociaux, économiques et politiques du bien-être (Reading et Wein, 2009; Coates, 2008). Elle a dicté des croyances religieuses, mis en place

un système d'éducation, établi la propriété des terres, obligé l'installation permanente dans des réserves, imposé des systèmes gouvernementaux étrangers et encouragé les Autochtones à renoncer à leur statut et à leurs droits issus des traités (Richmond et Cook, 2016).

Les mesures instaurées par la *Loi sur les Indiens* visaient l'assimilation contre leur gré des Autochtones à la culture canadienne dominante (Sinclair, 2015). Ces structures coloniales ont donné lieu à des politiques systémiques qui ont causé des iniquités sur le plan de la santé en ne soutenant pas l'autodétermination et la souveraineté des peuples autochtones (Allan et Smylie, 2015).

En dépit des nombreuses modifications adoptées au fil des ans, sa structure juridique perpétue la domination de l'État sous différentes formes. Les « agents des Indiens », jadis mandatés pour faire appliquer la *Loi sur les Indiens*, ont été remplacés par les conseils de bande, unique structure de gouvernance légitime reconnue par le gouvernement fédéral.

Le système des pensionnats (1884–1996) est l'une des armes les plus destructrices utilisées par le gouvernement fédéral pour perpétrer le génocide culturel des peuples autochtones. Le legs de ce système continue de fragiliser la santé de ses survivants, de leur famille et de leur collectivité. Ce système, en place pendant la majeure partie de l'histoire du Canada, avait été conçu exclusivement pour assimiler les enfants autochtones, dès leur plus jeune âge dans certains cas, à la société canadienne en les retirant leur communauté et en cherchant à rompre leurs liens culturels et familiaux. Les parents qui s'opposaient à l'appréhension de leurs enfants étaient passibles d'amendes ou d'emprisonnement. Les abus physiques, émotionnels et sexuels, la privation, l'humiliation et l'isolement social étaient souvent employés pour tenter de « casser » les enfants autochtones. La Commission de vérité et réconciliation (2015) estime que 6000 enfants pourraient avoir perdu la vie dans les pensionnats, un nombre si élevé que les écoles et le gouvernement ont cessé de comptabiliser les décès. Les traumatismes subis par les survivants ont causé une immense souffrance qui s'est transmise aux familles et aux communautés. Les symptômes de stress post-traumatique sont répandus chez les Autochtones qui ont fréquenté le système de pensionnats. Les générations suivantes souffrent elles aussi de stress post-traumatique découlant des traumatismes intergénérationnels (Mitchell et Maracle, 2005).

Les faits consternants sur le racisme inhérent au système de pensionnats parlent d'eux-mêmes (Fondation autochtone de guérison, 2007) :

- Quelque 75 000 anciens élèves sont toujours en vie, soit plus d'un Autochtone sur 20 au Canada. Les souffrances qu'ils ont vécues en lien avec les pensionnats continuent d'ébranler les familles, les collectivités et la culture, et donc l'ensemble des Autochtones au pays.
- Ces personnes ont été assimilées contre leur gré dans le cadre d'un génocide culturel qui était à la fois une politique gouvernementale et une doctrine de l'Église; bien des enfants ont été enlevés de force et emportés très loin de leur famille et de leur collectivité.
- Le système des pensionnats n'est pas une relique des années 1800 ou du début du XX^e siècle : il est demeuré en place jusqu'en 1996. Bon nombre de ses victimes, aujourd'hui parents et grands-parents, sont relativement jeunes, mais ont perdu la capacité d'adopter des comportements sociaux sains et d'acquérir des compétences parentales bienveillantes en vue d'agir comme modèle pour leurs enfants. Plusieurs générations sont touchées. Ce traumatisme historique est récent, ce qui fait que ses répercussions sur les patients autochtones n'ont pas eu le temps de s'estomper. Souvent, les interventions de guérison n'ont pas encore produit d'effets.
- Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie définit un facteur de stress traumatique comme « un événement incluant la mort ou la blessure grave ou la menace de mort ou de blessure grave, ou d'autres menaces pesant sur le bien-être d'une personne, de même que le fait d'apprendre le décès inattendu ou violent, la blessure grave ou la menace du décès ou de la blessure d'un membre de sa famille ou d'un autre proche » (Bombay, Matheson et Anisman, 2009).
- Les facteurs de stress prolongé ou grave en lien avec les expériences vécues dans les pensionnats autochtones peuvent conduire aux maladies cardiaques, à l'hypertension artérielle, aux ACS, au diabète et à l'exacerbation de maladies liées au système immunitaire et de maladies neurodégénératives. En outre, les personnes exposées à ces facteurs de stress sont plus vulnérables aux maladies mentales comme la dépression, l'état de stress post-traumatique et les troubles liés à la consommation de substances (Tomascik, Dignan et Lavallée, 2018).

Le large spectre du racisme

Selon la Commission ontarienne des droits de la personne (CODP), le racisme se manifeste sous plusieurs formes. La liste ci-dessous présente des

comportements racistes qui peuvent être affichés tant par des organisations que par des particuliers :

- **Les préjugés et les partis pris ouverts** se manifestent par l'hostilité, la haine, les opinions préconçues et l'intolérance d'un particulier ou d'une organisation envers une personne ou un groupe dont la culture, l'ethnicité, le genre, l'orientation sexuelle, le statut social, les croyances, la religion et l'âge diffèrent des leurs. Brian Sinclair pourrait avoir été victime de préjugés parce qu'il était un Autochtone itinérant.
- **Le stéréotypage** comporte l'attribution de caractéristiques fausses, négatives ou péjoratives à tous les membres d'un groupe, que ce soit de façon délibérée ou inconsciemment en raison d'une information incomplète, de l'ignorance ou d'idées reçues, parfois ancrées dans de profondes convictions. Ces généralisations erronées gommant les caractéristiques uniques à chaque personne et sont appliquées généreusement en vertu de l'association de cette personne à une culture, une population, une communauté ou une expérience. Brian Sinclair a-t-il été victime des stéréotypes négatifs couramment attribués aux Autochtones?
- **Le profilage racial** est défini par la CODP comme « toute action prise pour des raisons de sûreté, de sécurité ou de protection du public qui repose sur des stéréotypes fondés sur la race, la couleur, l'ethnie, les antécédents, la religion ou le lieu d'origine plutôt que sur un soupçon raisonnable, dans le but d'isoler une personne à des fins d'examen ou de traitement particulier ». Le profilage racial se manifeste notamment par des commentaires à caractère racial, des comportements modifiés (négatifs ou non interventionnistes) et des écarts par rapport aux pratiques normales ou professionnelles. Il ne fait aucun doute que Brian Sinclair a vécu ces phénomènes.
- **La discrimination raciale** est l'expression du racisme. Il s'agit de toute action fondée sur la race d'une personne qui impose un fardeau à cette personne ou à un groupe en particulier ou qui empêche ou limite l'accès à des avantages offerts à d'autres membres de la société (CODP, s.d.).
- **L'oppression** est une forme particulièrement virulente de racisme. Elle se produit lorsqu'une population dominante brandit son pouvoir sur un groupe racialisé ou plus petit et maintient ce dernier dans un état de soumission, qu'elle affiche sa supériorité pour établir l'infériorité de l'autre. Le système de justice constitue un excellent exemple d'institution oppressive au Canada, puisqu'il reflète une culture raciste où le pouvoir d'une société dominante est dirigé contre une population minoritaire racialisée. Pour illustrer ce point,

soulignons qu'au Manitoba, les Autochtones représentent 12 % de la population, mais plus de la moitié des détenus dans les prisons de la province. Les Autochtones sont deux fois plus susceptibles d'être incarcérés que les non-Autochtones dans cette province, et ces chiffres sont plus ou moins équivalents dans les autres régions du Canada (Aboriginal Justice Implementation System, 2013; Statistique Canada, 2009).

- **Le programme caché dans l'enseignement médical** peut porter atteinte aux patients, aux étudiants en médecine, aux résidents et aux cliniciens autochtones. Il consiste en un ensemble d'influences à l'œuvre au niveau de la structure et de la culture organisationnelles qui affectent l'apprentissage, l'enseignement et les pratiques cliniques. L'Association des facultés de médecine du Canada soutient que « le programme caché soutient souvent la hiérarchie dans les domaines cliniques ou confère l'avantage à un groupe au détriment d'un autre ». Toutes les formes de racisme peuvent apparaître dans le programme caché, qui est étayé par la domination culturelle et les structures de pouvoir traditionnelles (Association des facultés de médecine du Canada, 2009).

Mettre fin aux comportements racistes

Pour envisager des solutions, il faut commencer par comprendre les racines historiques du racisme et du colonialisme, ce dont elles se nourrissent et les endroits où le racisme se manifeste, de même que ses effets délétères sur les patients autochtones. La remise en question des actes de racisme, que leurs conséquences soient jugées bénignes ou dévastatrices par leurs survivants et leurs auteurs, demande une autoréflexion honnête et le courage de prendre la parole pour transformer le système de santé. En adoptant des interventions raisonnées basées sur les valeurs autochtones en matière de santé, les soins de santé pourront devenir plus sécurisants sur le plan culturel et exempts de racisme (Tomascik, Dignan et Lavallée, 2018).

Conclusions

Les Autochtones du Canada souffrent d'une mauvaise santé, qui est en grande partie liée au racisme ainsi qu'aux pratiques toujours en vigueur et aux effets du colonialisme. L'histoire de Brian Sinclair illustre les conséquences dévastatrices que les multiples facettes du racisme peuvent avoir sur la santé des patients autochtones. Bien qu'il soit difficile de mesurer le racisme, celui-ci constitue un important déterminant social de la santé dont l'incidence sur le bonheur, le bien-

être et la santé est au moins aussi forte que celle de déterminants sociaux reconnus de la santé, comme le logement, l'éducation et l'emploi. Lorsque les médecins et les autres professionnels de la santé commenceront à reconnaître les répercussions de la violence coloniale et du racisme sur leurs patients autochtones, ils seront mieux outillés pour réfléchir à leurs propres comportements et pourront remédier aux ravages causés par le racisme.

Références et liens

Aboriginal Healing Foundation. (2007). Misconceptions of Canada's Indian Residential School System. Aboriginal Healing Foundation. Retrieved from: <http://www.ahf.ca/downloads/misconceptions.pdf>

Aboriginal Justice Implementation System. (2013). The justice system and Aboriginal people. Manitoba Government. Retrieved from: <http://www.ajic.mb.ca/volumel/chapter4.html>

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. Toronto, ON: Wellesley Institute. Retrieved from: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>

Assembly, U.G. (2007). United Nations declaration on the rights of Indigenous Peoples. *UN Wash, 12*, 1-18. Retrieved from: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf

Association of Faculties of Medicine of Canada. (2009). The future of medical education in Canada (FMEC): A collective vision for MD education. Association of Faculties of Medicine of Canada. Retrieved from: <https://cou.ca/wp-content/uploads/2010/01/COU-Future-of-Medical-Education-in-Canada-A-Collective-Vision.pdf>

Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 5(3), 6-47.

Commission ontarienne des droits de la personne. (s.d.). La discrimination raciale (brochure). Retrieved from : <http://www.ohrc.on.ca/fr/la-discrimination-raciale-brochure>

Coates, K. (2008). The Indian Act and the Future of Aboriginal Governance in Canada. National Centre for First Nations Governance. Retrieved from: http://fngovernance.org/ncfng_research/coates.pdf

Deal, M. (2013, August 7). Medical examiner says Winnipeg man dead for hours before discovered in hospital. *The Globe and Mail*. Retrieved from: <https://www.theglobeandmail.com/news/national/medical-examiner-says-winnipeg-man-dead-for-hours-before-discovered-in-hospital/article13635912/>

ERASE Racism. (2013). Race and racism: What is structural and institutional racism? Retrieved from: <http://www.eraseracismny.org/>

First Nations & Indigenous Studies. The University of British Columbia. (2009). The Indian Act. Indigenous Foundations. Retrieved from: https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/the_indian_act/

Government of Canada. (2019). *Indian Act (R.S.C., 1985, c. I-5)*. Retrieved from: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/I-5/>

Ignored to Death. (2017). Brian Sinclair: Killed by Racism. Ignored to Death. Retrieved from: <http://ignoredtodeathmanitoba.ca/>

Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw. (2014). Aboriginal Experiences with Racism and Its Impacts. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: https://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExperiencesImpacts_EN_Web.pdf

Malone, K.G. (2018, September 21). Family of Brian Sinclair, who died during 34-hour ER wait, says racism still an issue. *The Canadian Press*. Retrieved from: <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/emergency-room-wait-brian-sinclair-racism-1.4832755>

Manuel, A. & Derrickson, R. (2017). The reconciliation manifesto: Recovering the land and rebuilding the economy. James Lorimer & Company Ltd.

Mitchell, T.L., & Maracle, D.T. (2005). Healing the generations: Post-traumatic stress and the health status of Aboriginal populations in Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 2(1), 14-23.

Moss, W., & Gardner-O'Toole, E. (1991). Aboriginal People: History of discriminatory laws. BP-175E. *Law and Government Division*. Retrieved from: <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp175-e.htm>

Nelson, S. (2012). Challenging hidden assumptions. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-ColonialNorms-Nelson-EN.pdf>

Perreault, S. (2009). The incarceration of Aboriginal people in adult correctional services. *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics*, 29(3), A1. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2009003/article/10903-fra.htm>

Reading, C. (2013a). Understanding racism. Prince George, Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/103/understanding_racism_EN_web.pdf

Reading, C. (2013b, September 28). *Indigenous health values and principles: Their implications for medical education*. Royal College International Conference on Residency Education workshop presentation Calgary, Alberta.

Reading, C., & Wien, F. (2009). Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal People's Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>

Richmond, C. A., & Cook, C. (2016). Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. *Public health reviews*, 37(1), 2.

Sinclair, M. (2015). Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Ottawa: Truth and Reconciliation Commission of Canada. Retrieved from: http://www.trc.ca/assets/pdf/Honouring_the_Truth_Reconciling_for_the_Future_July_23_2015.pdf

Statistics Canada. (2009). The incarceration of Aboriginal people in adult correctional services. *Juristat*, 85-002-X. Retrieved from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2009003/article/10903-eng.htm#a5>

The Aboriginal Justice Implementation Commission. (2013). Report of the Aboriginal Justice Inquiry of Manitoba. The Aboriginal Justice Implementation Commission. Retrieved from: <http://www.ajic.mb.ca/volumel/chapter4.html>

Tomascik, P., Dignan, T., & Lavallée, B. (2018). Chapter 4: The Impact of Intergenerational Trauma to Health: How racism affects the health of the Indigenous patient. In Arya, A.N., Piggott, T., the contributing authors and

Canadian Scholars. (2018). Under-served: Health Determinants of Indigenous, Inner-City, and Migrant Populations in Canada. Canadian Scholars, an imprint of CSP Books Inc. Toronto.

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action. Winnipeg: Truth and Reconciliation Commission of Canada. Retrieved from:
http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_English2.pdf



Chapitre 3 : L'importance des soins tenant compte des traumatismes

Le traumatisme

Un événement traumatisant renvoie à une expérience ou à des expériences multiples qui dépassent la capacité d'une personne à composer avec les pensées et les émotions liées à ces expériences ou à assimiler celles-ci. Les expériences traumatisantes peuvent avoir eu lieu au début de la vie (p. ex., la maltraitance ou la négligence d'enfants, le fait d'être témoin de violence, les troubles d'attachement) ou plus tard (p. ex. les expériences en lien avec la violence, les accidents, les pertes soudaines ou inattendues ou d'autres événements de la vie hors du contrôle de la personne) (Centre de santé communautaire Klinic, 2013). Certaines personnes ayant vécu des expériences négatives durant l'enfance s'adaptent et s'épanouissent. Ces expériences peuvent causer une charge allostatique accrue, de l'inflammation, des dépendances, des problèmes de santé mentale, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et des cancers (Felitti et coll., 1998; Felitti et Anda, 2010; Keeshin, Cronholm et Strawn, 2012).

Le traumatisme historique

Des Autochtones d'un bout à l'autre de ce qu'on appelle le Canada ont survécu des nombreuses tentatives d'assimilation culturelle menées par le gouvernement fédéral (Fondation autochtone de guérison, 2003). De multiples formes de génocide ont été perpétrées contre les peuples autochtones, à savoir : un génocide physique, commis au moyen de tueries de masse et ciblées; un génocide biologique, commis en supprimant la capacité de reproduction de certains groupes de personnes; et un génocide culturel, par la destruction de structures et de pratiques, la saisie de terres, le bannissement de langues, la persécution de chefs spirituels et l'interdiction de pratiques spirituelles (Makokis et Greenwood, 2017). Ces actes ont provoqué un traumatisme historique qui a été décrit comme une blessure émotionnelle et psychologique cumulative vécue

tout au long de la vie des victimes et sur plusieurs générations, causée par des traumatismes collectifs massifs (Yellow Horse Brave Heart, 2003).

Les témoignages recueillis lors des audiences de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) ont confirmé que la douleur mentale et émotionnelle subie par de nombreuses personnes ayant vécu des événements traumatisants dans les pensionnats autochtones est toujours présente. Compte tenu des antécédents de traumatismes infligés aux communautés des Premières Nations et de l'effort des missionnaires pour saper le rôle des Aînés et des guérisseurs dans le processus de guérison, une approche des soins tenant compte des traumatismes est recommandée (Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015; CVR, 2012). La compréhension du traumatisme intergénérationnel renforce la capacité des professionnels de la santé à faire preuve de compassion et de collaboration, à évaluer les comportements dans un contexte élargi, à remettre en question les systèmes de croyances et les attitudes qui portent atteinte aux patients et à créer des environnements plus sûrs.

La colonisation continue d'entraîner la transmission intergénérationnelle de divers niveaux de stress post-traumatique, de taux plus élevés de mauvaise santé, de violence systématique et d'exploitation sexuelle chez les Autochtones. Cette réalité est illustrée par la violence à caractère sexiste mettant en danger la vie des femmes et des filles autochtones, causée par le racisme sexiste systémique et le patriarcat (Kubik, Bourassa et Hampton, 2009; Association des femmes autochtones du Canada 2019, 2015; AFAC, 2010; Commission interaméricaine des droits de l'homme, 2014; Conseil national du bien-être social, 2007).

La science et la médecine coloniales

Les pratiques de recherche médicale paternalistes du gouvernement fédéral ainsi que les structures politiques et juridiques perpétuant les inégalités et l'oppression ont causé des préjudices considérables aux Autochtones. Les stérilisations forcées, les avortements forcés, les hospitalisations obligatoires et ségréguées, les expériences menées sans consentement, les actes de guerre biologique, les privations de nourriture forcées et la suppression de la sécurité alimentaire des Autochtones sont des exemples de ces pratiques (Mosby, 2013; Martin [Nisga'a, Gitanyow] et Walia, 2019).

« Nous trouvons toujours de la nourriture sur la terre. Nous n'allions jamais à l'hôpital voir les médecins en sarrau blanc. Si nous avions mal à une dent, nous arrachions la dent. Si nous avions une coupure, notre père resserrait la peau et la

maintenait en place avec du ruban. Puis, un jour, ma grande sœur est tombée malade. J'avais six ans à l'époque. Ma mère et mon père ont emmené ma sœur chez le médecin en ville. Nous sommes tous allés en ville. Je crois que mes parents ont signé des papiers qu'ils ne comprenaient pas à l'hôpital. Les médecins ont coupé les cheveux de ma sœur. Ils disaient qu'elle avait une tumeur cérébrale et qu'ils allaient l'opérer au cerveau trois ou quatre fois. Ma sœur revenait brièvement à la maison entre les opérations. J'ai l'impression qu'ils faisaient des tests sur le cerveau et que ma sœur était leur cobaye. J'avais huit ans la dernière fois que nous l'avons amenée à l'hôpital. Nous n'avions pas le droit d'entrer, nous devions attendre à l'extérieur, sur le gazon. Pourquoi ne nous ont-ils pas laissé entrer? Je ne crois pas que des chirurgies cérébrales étaient réalisées dans cette petite ville dans les années 1960. Je crois que le corps médical a tué ma sœur. » — Veronica (Martin et Walia, 2019).

Les traumatismes sont un problème de santé publique qui se répercute sur le système de services de santé du Canada. Comme les personnes ayant subi des traumatismes sont à risque de vivre de nouvelles expériences traumatisantes dans les établissements de santé, il est important que les fournisseurs de soins comprennent les traumatismes, qu'ils soient mesure de déceler leurs symptômes et qu'ils reconnaissent leur propre rôle à l'appui du rétablissement (Centre de santé communautaire Klinik, 2013).

Les soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes, désormais appelés « soins tenant compte des traumatismes et de la violence », sont une structure organisationnelle et un cadre de traitement qui accroît la sûreté des soins de santé, où les fournisseurs comprennent, repèrent et combattent les effets des traumatismes. Ils reconnaissent la possibilité que la personne qui se trouve devant eux pourrait avoir subi un traumatisme et donnent la priorité à sa sécurité, ses choix, son contrôle et son autonomie. Cette mesure de précaution universelle veille à ce que les soins prodigués minimisent le risque de traumatiser à nouveau le patient et favorisent le soutien et la guérison (Agence de la santé publique du Canada, 2018; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014; Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015).

Les soins tenant compte des traumatismes améliorent la compréhension qu'ont les professionnels de la santé des besoins des patients autochtones ayant vécu un traumatisme et leur donnent les moyens de soutenir une guérison fondée sur la compassion (Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015). Les

approches de soins tenant compte des traumatismes ont pour but de minimiser les préjudices infligés aux patients et de prodiguer des soins de manière accueillante et appropriée. Cette approche se distingue des services axés sur les traumatismes, qui visent essentiellement à traiter les traumatismes au moyen d'interventions thérapeutiques (Centre de santé communautaire Klinic, 2013; Harris et Fallot, 2001; Agence de la santé publique du Canada, 2018).

Les fournisseurs et les organisations tenant compte des traumatismes :

- Reconnaissent les répercussions considérables des traumatismes et connaissent les voies pouvant mener au rétablissement;
- Reconnaissent les signes et les symptômes des traumatismes chez les clients, les employés et les autres fournisseurs;
- Comprennent l'éventail de mécanismes d'adaptation utilisés pour composer avec les traumatismes;
- Reconnaissent que les gens empruntent des voies différentes vers la guérison;
- Réagissent en intégrant des connaissances au sujet des traumatismes dans les politiques, les procédures, les pratiques et les établissements (Centre de santé communautaire Klinic, 2013).

Les soins tenant compte des traumatismes en médecine

Purkey, Patel et Phillips (2018) ont défini cinq principes en lien avec les soins tenant compte des traumatismes afin d'orienter les cliniciens dans la prestation de soins aux patients :

- Sensibilité aux traumatismes et reconnaissance de ceux-ci (attester des traumatismes des patients);
- Sûreté et fiabilité (faire sentir aux patients qu'ils se trouvent dans un endroit sûr et reconnaître leur besoin de sécurité physique et émotionnelle);
- Choix, contrôle et collaboration (faire participer les patients au processus de guérison);
- Soins basés sur les forces et le renforcement des compétences (croire à la force et à la résilience des patients);

- Sensibilité aux enjeux culturels, historiques et sexospécifiques (intégrer des processus tenant compte de la culture, de l'ethnicité et de l'identité personnelle et sociale des patients).

Raja et coll. (2015) ont établi que les soins de santé tenant compte des traumatismes comportaient deux principaux domaines : les précautions universelles entourant les traumatismes et les soins axés sur les traumatismes. Le tableau 1 présente leurs suggestions concernant la mise en œuvre de soins tenant compte des traumatismes par les professionnels de la santé.

Tableau 1 : Suggestions concernant la mise en œuvre de soins tenant compte des traumatismes (Raja et coll., 2015).

Principes des soins tenant compte des traumatismes	Suggestions pour la pratique
Communication et soins tenant compte des traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à chaque patient ce qui pourrait être fait pour le rendre plus à l'aise durant la consultation. • Avant l'examen physique, présenter un résumé des parties du corps sur lesquelles il portera; donner l'occasion au patient de poser des questions et lui faire savoir qu'il restera du temps à la fin pour le faire, au besoin. • Offrir l'option de déplacer un vêtement au lieu d'enfiler une jaquette lorsqu'il n'est pas nécessaire d'exposer toute la partie du corps. • Un patient qui se sent anxieux en position couchée pourrait être plus à l'aise le dos appuyé sur un coussin. • Offrir au patient de tenir un miroir pour avoir un œil sur les procédures et les examens effectués hors de son champ visuel. • Si le comportement non verbal du patient dénote un niveau moyen à élevé d'anxiété, réaliser une évaluation plus approfondie de l'anxiété et offrir au patient des façons de « signaler » sa détresse verbalement ou en levant la main (p. ex. signaler son anxiété durant un test de Papanicolaou).
Comprendre les effets des traumatismes sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre que les mécanismes d'adaptation mésadaptés (p. ex. le tabagisme, l'usage problématique de substances, la suralimentation, les comportements sexuels à risque) pourraient être liés aux antécédents de traumatismes. • Comprendre que les comportements d'adaptation mésadaptés ont une incidence néfaste sur la santé. • Approcher les patients de manière collaborative et dépourvue de jugement lorsqu'il est question de modifier un comportement.

Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir une liste de spécialistes de différentes disciplines pour les patients qui divulguent des antécédents de traumatismes. • Placer de la documentation et les coordonnées d'intervenants qualifiés à la disposition des patients dans la salle d'attente. • Établir une collaboration interprofessionnelle afin d'assurer la continuité des soins.
Comprendre son propre historique et ses propres réactions	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir à son propre historique de traumatismes (le cas échéant) et à la manière dont celui-ci influence les interactions avec les patients. • Apprendre à reconnaître les signes de l'épuisement professionnel et des traumatismes indirects et veiller sur soi-même en priorité.
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir à sa spécialité, son établissement et son niveau d'interaction à long terme avec les patients. • Déterminer s'il faut dépister les traumatismes actuels (p. ex. la violence conjugale présente) ou les antécédents d'expériences traumatisantes. • Déterminer si le dépistage sera fait en personne ou au moyen d'une autodéclaration. • Utiliser un énoncé de présentation avant d'entreprendre le dépistage de traumatismes. • Offrir des formations sur les compétences de communication à tous les employés pour leur enseigner à discuter d'un test de dépistage positif avec le patient.

Conclusions

En réponse à la tentative systématique d'assimiler les Autochtones, nous avons besoin d'une main-d'œuvre sensibilisée aux traumatismes et formée pour traiter les effets de traumatismes multigénérationnels (Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015). De nombreuses expériences traumatisantes portent atteinte à l'intégrité corporelle des victimes et peuvent avoir une incidence négative sur la santé physique et mentale de celles-ci (Havig, 2008; Thoits, 2010) et sur leurs attitudes à l'égard des soins médicaux (Morse et coll., 2012; Raja et coll., 2015). Les examens médicaux peuvent paraître intrusifs aux yeux des patients, particulièrement s'ils nécessitent des contacts corporels, des questions délicates et des traitements inconfortables (Tello, 2018; Raja et coll., 2015). Étant donné que ces pratiques peuvent déclencher certaines réactions chez les patients ayant vécu des expériences traumatisantes (Raja, 2012), il importe que les fournisseurs de soins de santé comprennent la prévalence et les répercussions des traumatismes sur la santé et qu'ils prennent certaines précautions universelles en matière de traumatismes, notamment en assurant une communication efficace et des soins de qualité axés sur le patient (Raja et coll., 2015; Tello, 2018).

Références et liens

Aboriginal Healing Foundation. (2003). *Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation Publisher.

Amnesty International Canada. (2004). *Stolen Sisters: A Human Rights Response to Discrimination and violence against Indigenous women in Canada*. Amnesty International.

Assembly of First Nations & Health Canada. (2015). *First Nations Mental Wellness Continuum Framework*. Ottawa: ON. Retrieved from: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf

Blaze Baum, K. & McClearn, M. (2015, November 22). Prime target: How serial killers prey on indigenous women. *The Globe and Mail*. Retrieved from: <https://www.theglobeandmail.com/news/national/prime-targets-serial-killers-and-indigenous-women/article27435090/>

British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). *Trauma-Informed Practice Guide*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Retrieved from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

Brokenleg, M. (2008, March). *Culture and Helping*. Presented in Winnipeg, Canada.

Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). *Trauma-Informed Care*. Ottawa: ON. Retrieved from: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-en.pdf>

Canadian Research Institute for the Advancement of Women. (2002). *CRIAW fact sheet, Women's experience of racism: How race and gender interact*. Retrieved from: <https://www.criaw-icref.ca/en/product/womens-experience-of-racism--how-race-and-gender-interact>

Crawford, A. (2019). *Inuit Story Bones*. A storied approach to Inuit health and wellness.

Elliot, E.E., Bjelajac, P., Fallot, R., Markoff, L.S. & Glover Reed, B. (2005). Trauma-informed or trauma denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33, 462-477.

Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. *Cambridge, UK: Cambridge University Press*, p. 77-87.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.

Green, B.L., Saunders, P.A., Power, E., Dass-Brailsford, P., Bhat Schlibert, K., Giller, E., Wissow, L., Hurtado-de Mendoza, A., & Mete, M. (2015). Trauma-informed medical care: CME communication training for primary care providers. *Family Medicine*, 47(1), 7-14. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316735/>

Harris, M., & Fallot, R.D. (2001). Using trauma theory to design service systems. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 1-103.

Havig, K. (2008). The health care experiences of adult survivors of sexual abuse: A systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, Violence, and Abuse*, 9, 19-33.

Inter-American Commission on Human Rights. (2014). Missing and Murdered Indigenous Women in British Columbia, Canada. OEA/Ser.L/V/II, Dec 30/14. Retrieved from: <https://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/Indigenous-Women-BC-Canada-en.pdf>

Infographic Taken. (n.d.). Retrieved from: <http://www.takentheseries.com/infographic/>

Keeshin, B.R., Cronholm, P.F., & Strawn, J.R. (2012). Physiologic changes associated with violence and abuse exposure: an examination of related medical conditions. *Trauma, Violence & Abuse*, 13(1):41-56.

Klinic Community Health Centre. (2013). Trauma-informed. The Trauma Toolkit Second Edition. Winnipeg, MB. Retrieved from: http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

Kubik, W., Bourassa, C., & Hampton, M. (2009). Stolen sisters, second class citizens, poor health: The legacy of colonization in Canada. *Humanity & Society*, 33(1-2), 18-34.

Makokis, P. & Greenwood, M. (2017). What's New is Really Old: Trauma Informed Health Practices Through an Understanding of Historic Trauma. Retrieved from: https://www.nccih.ca/495/Webinar_What_s_new_is_really_old_Trauma_informed_health_practices_through_an_understanding_of_historic_trauma.nccah?id=205

Mann, M. M. (2005). Aboriginal women: An issues backgrounder. Status of Women Canada.

Martin-Hill, Dawn. (2003). She No Speaks and Other Colonial Constructs of 'The Traditional Woman'. Pp: 16-120. In *Women of the First Nations: Power, Wisdom and Strength* edited by C. Miller & P. Chuchryk. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.

Martin, C. M. (Nisga'a – Gitanyow), & Walia, H. (2019). Red Women Rising: Indigenous Women Survivors in Vancouver's Downtown Eastside. Downtown Eastside Women's centre.

Morse, D. S., Lafleur, R., Fogarty, C. T., Mittal, M., & Cerulli, C. (2012). "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 333-342.

Mosby, I. (2013). Administering Colonial Science: Nutrition Research and Human Biomedical Experimentation in Aboriginal Communities and Residential Schools, 1942-1952. *Social History*, 46(91): 145-72.

National Council of Welfare. (2007). First Nations, Métis and Inuit children and youth: Time to act. Ottawa: National Council of Welfare.

National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. (2017). Our Women and Girls Are Sacred: interim report. Privy Council Office. Retrieved from: <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2018/03/ni-mmiwg-interim-report.pdf>

Native Women's Association of Canada. (2015). Fact Sheet: Violence Against Aboriginal Women. Native Women's Association of Canada. Retrieved from: https://www.nwac.ca/wp-content/uploads/2015/05/Fact_Sheet_Violence_Against_Aboriginal_Women.pdf

Native Women's Association of Canada (NWAC). (2008). *Sisters In Spirit initiative literature review*. Ottawa: Native Women's Association of Canada.

Native Women's Association of Canada. (2010). What Their Stories Tell Us Research findings from the Sisters In Spirit initiative. Sisters In Spirit 2010 Research Findings. Ottawa: Native Women's Association of Canada.

Poole, N., & Greaves, L. (Eds). (2012). Becoming Trauma Informed. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Retrieved from: <https://store-camh.myshopify.com/products/pg140>

Public Health Agency of Canada. (2018). Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. Public Health Agency of Canada. Retrieved from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html>

Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), 170-172.

Raja, S. (2012). Overcoming Trauma and PTSD: A Workbook Incorporating Skills from ACT, DBT, and CBT. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Raja, S., Hasnain, M., Hoersch, M., Gove-Yin, S., & Rajagopalan, C. (2015). Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research directions. *Family and Community Health*, 38(3), 216-236.

Royal Canadian Mounted Police. (2014). Missing and Murdered Aboriginal Women: A National Operational Overview. Royal Canadian Mounted Police. Retrieved from: <http://www.rcmp-grc.gc.ca/en/missing-and-murdered-aboriginal-women-national-operational-overview#sec1>

Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Library and Archives Canada. Retrieved from: <https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/royal-commission-aboriginal-peoples/Pages/final-report.aspx>

Statistics Canada. (2006). Victimization and offending among the Aboriginal population in Canada. Catalogue no. 85-002-XIE 26 (3). Ottawa: Minister of Industry.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). Resources about trauma-informed care. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Integrated Health Solutions. Retrieved from: <http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/trauma>

Tello, M. (2018). Trauma-informed care: What it is, and why it's important. Harvard Health Blog. Retrieved from: <https://www.health.harvard.edu/blog/trauma-informed-care-what-it-is-and-why-its-important-2018101613562>

Thoits, P. A. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51(suppl), S41-S53.

Truth and Reconciliation Commission. (2012). They Came for the Children: Canada, Aboriginal Peoples and Residential Schools. Truth and Reconciliation Commission of Canada.

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. (7 2008, November 7). Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Canada. CEDAW/C/CAN/CO/7. Retrieved from: <https://www.refworld.org/docid/494ba8ce0.html>[accessed 9 May 2019]

Wylie, Lloy. (2016, February). Ensuring Trauma-informed Culturally Safe Care for Indigenous Peoples. AMS Healthcare. Retrieved from: <https://www.ams-inc.on.ca/ensuring-trauma-informed-culturally-safe-care-for-indigenous-peoples/>

Yellow Horse Brave Heart, M. (2003). The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35:1, 7-13.

Chapitre 4 : L'histoire et le continuum de la sécurité culturelle

Étude de cas

Étude de cas sur les soins de santé et les services sociaux à Winnipeg. (Allard, Lithman, O'Neill, & Sinclair, 1992).

Le 2 novembre 1980, un chirurgien de Saint-Boniface a inséré deux billes de verre (le nombre de billes insérées varie des « douzaines » rapportées par les médias aux « deux » mentionnées dans le rapport d'enquête Hall) dans les extrémités d'une suture à la suite d'une biopsie pulmonaire pratiquée sur une femme crie de 52 ans de Shamattawa, dans le nord du Manitoba. Le chirurgien affirme avoir dit à la blague à la patiente qu'il insérerait des billes avant de procéder à la chirurgie, puis a indiqué lors d'une enquête subséquente qu'il cherchait ainsi à exprimer son respect pour les talents de la patiente pour le perlage. Il affirme avoir fait appel à un autre patient cri présent à l'hôpital pour interpréter sa discussion avec la patiente, mais cet individu a nié avoir participé à des échanges concernant les billes. La patiente, qui ne parlait pas anglais, a soutenu qu'elle n'avait pas donné son consentement à cette pratique, et s'est dite embarrassée et en colère lorsqu'elle a vu, sans comprendre, le personnel de l'hôpital rire à la vue de sa région chirurgicale (elle ne pouvait pas voir la suture, située sous son aisselle droite, sans l'aide d'un miroir).

La discrimination continue des enfants des Premières Nations

Les enfants des Premières Nations sont victimes d'un accès inéquitable aux soins de santé et aux services sociaux qui a été documenté par la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada (SSEFPNC), la Société canadienne de pédiatrie, l'Assemblée des Premières Nations et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance Canada, entre autres organismes (SSEFPNC, 2018a; Sinha et Wong, 2015; SRC, 2017). Le principe de Jordan vise à s'assurer que les

enfants des Premières Nations ont accès à tous les services de santé publics au moment où ils en ont besoin. Le Tribunal canadien des droits de la personne a jugé que le système fédéral de soins de santé pour les Premières Nations est discriminatoire en ce qu'il n'offre pas aux enfants des Premières Nations des services comparables à ceux offerts par les provinces aux enfants non autochtones. En date de février 2018, le Tribunal a émis quatre ordonnances de non-conformité pour remédier à la mise en œuvre tardive du principe de Jordan (SSEFPNC, 2018a, 2018b; Sinha et Wong, 2015).

Entre 1960 et 1990, dans le cadre de la « rafle des années 1960 », plus de 11 000 enfants ayant le « statut d'Indien » et de nombreux autres enfants autochtones ont été déplacés de force de leurs familles adoptés ou placés dans des foyers d'accueil. Fait alarmant, le nombre d'enfants détenteurs du statut d'Indien appréhendés par le système de protection de l'enfance a augmenté de 71,5 % entre 1995 et 2001 (Conseil national du bien-être social, 2007). Ces enlèvements, conjugués au système de pensionnats autochtones, ont perturbé les valeurs, les rôles et les traditions des enfants arrachés à leurs familles et à leurs communautés.

Le Tribunal canadien des droits de la personne a également établi que le gouvernement fédéral avait exercé de la discrimination envers les enfants des Premières Nations en sous-finançant les services de protection de l'enfance. Les enfants autochtones représentent environ la moitié des enfants pris en charge. La plupart de ces quelque 14 200 enfants autochtones sont assujettis à un système de protection de l'enfance provincial (Tasker, 2017). La discrimination continue des enfants autochtones relevant des systèmes de soins gouvernementaux rappelle les pratiques historiques qui ont mené à l'appréhension d'enfants par le système de pensionnats et à l'enlèvement d'enfants pour les donner en adoption à des familles non autochtones, en faire des pupilles de l'État ou les placer dans des établissements de soins permanents lors de la rafle des années 1960.

En plus des systèmes de protection de l'enfance et des soins de santé discriminatoires, les soins de santé adaptés aux réalités culturelles sont déficients au Canada. En conséquence, des filles et des femmes autochtones ont été forcées de subir une ligature des trompes à la suite d'un accouchement (Boyer et Bartlett, 2017). Un recours collectif est en cours contre les médecins et les autorités sanitaires régionales et le Gouvernement du Canada par des plaignantes affirmant avoir subi des interventions de stérilisation sans consentement approprié. De plus, le Comité contre la torture des Nations Unies a

demandé au Canada de mettre fin aux stérilisations de force ou sous la contrainte des filles et des femmes autochtones (2018).

L'historique de la sécurité culturelle

La notion de sécurité culturelle a été mise au point dans les années 1980 à partir des travaux de Irihapeti Ramsden, une infirmière et auteure Maori de Nouvelle-Zélande. Elle a été intégrée au programme de formation en soins infirmiers dans les années 1990 par le Nursing Council de la Nouvelle-Zélande en réponse au mécontentement du peuple maori face au manque de soins de santé adéquats et appropriés tenant compte de leurs besoins culturels en matière de santé (Ramsden, 1990; Richardson, 2010; Organisation nationale de la santé autochtone [ONSA], 2006). La théorie de la sécurité culturelle, qui met de l'avant l'autodétermination et la décolonisation, a été conçue comme un concept structurant visant à sensibiliser le personnel infirmier à la nécessité de modifier les attitudes et aux dynamiques de pouvoir dans les relations avec les patients maoris (Ramsden, 1992; ONSA, 2006).

Description de la sécurité culturelle

La définition de la sécurité culturelle dans le contexte canadien est continuellement réécrite (Yeung, 2016). La sécurité culturelle se rapporte essentiellement à la justice sociale et à l'utilisation appropriée du pouvoir dans la prestation de soins de santé. Elle est basée sur la compréhension du déséquilibre des pouvoirs dans le système de santé et se veut un principe directeur pour l'analyse des forces dans toute relation marquée par la différence (Hart-Wasekeesikaw, 2009; Ramsden, 2002).

Cette approche centrée sur le patient favorise l'autoréflexion chez les professionnels de la santé, une compétence qui est fondamentale à la relation entre patient et médecin (Association des médecins indigènes du Canada [AMIC] et l'Association des facultés de médecine du Canada, 2009). La lutte contre les iniquités sous l'angle de la sécurité culturelle révèle les contextes social, politique et historique des soins de santé et donne aux professionnels de la santé l'occasion de réfléchir à des enjeux comme le racisme, la discrimination et les préjugés (Hart-Wasekeesikaw, 2009).

Le continuum de la sécurité culturelle commence par la conscience culturelle (la reconnaissance de la différence), progresse vers la sensibilité culturelle (qui met l'accent sur le respect de cette différence), puis vers la compétence culturelle (qui

met l'accent sur les compétences et les attitudes du fournisseur), et se termine avec la sécurité culturelle (Centre de santé autochtone Wabano, 2014).

La sécurité culturelle est l'aboutissement de la sensibilité culturelle pour les raisons suivantes :

- elle suppose l'analyse des déséquilibres de pouvoir, de la discrimination institutionnelle, de la colonisation et des relations avec les colonisateurs en ce qui concerne la prestation des services de santé;
- elle exige que le fournisseur se penche sur ses biais, son autorité, ses privilèges et l'historique territorial et sur l'influence de ces facteurs sur la relation biculturelle entre le patient et le fournisseur;
- elle s'appuie à la fois sur l'autoréflexion et sur la pensée critique (Bourassa, McElhaney et Oleson, 2016; ONSA, 2006).

La pratique adaptée aux réalités culturelles

À l'origine, la pratique adaptée aux réalités culturelles exige des professionnels de la santé qu'ils effectuent une autoréflexion continue et qu'ils analysent l'incidence des structures du pouvoir et du savoir sur l'équilibre des pouvoirs dans les relations biculturelles entre patient et fournisseur. Ils doivent par la suite adopter des pratiques qui remettent en question les stéréotypes, combattent les iniquités et favorisent l'autodétermination des patients autochtones (Richardson, 2010; Lavallée et coll., 2009). Enfin, les fournisseurs sont responsables d'évaluer les déterminants sociaux de la santé et les répercussions que la colonisation continue d'entraîner chez les Autochtones dans les lois et les politiques (Yeung, 2016).

La relation entre patient et fournisseur est redéfinie par la pratique adaptée aux réalités culturelles, qui fait la promotion d'un paradigme du pouvoir partagé où le patient est considéré comme une partie précieuse et influente de la relation (Yeung, 2016; Brascoupé et Waters, 2009). Les soins adaptés aux réalités culturelles donnent aux gens les moyens d'augmenter la valeur et la validité de leurs connaissances et de leur réalité (ONSA, 2006). En pratique, la sécurité culturelle favorise l'adoption d'approches holistiques à l'égard de la santé, le contrôle des services par les Autochtones et l'accès équitable aux soins de santé (Bourassa, McElhaney et Oleson, 2016).

La pratique adaptée aux réalités culturelles est fondée sur un engagement respectueux amenant les patients à trouver des chemins vers le bien-être (Conseil canadien de la santé, 2012). Bien que la prestation de soins

culturellement sécurisants soit la responsabilité du fournisseur, c'est le patient autochtone qui détermine si la sécurité culturelle des soins est assurée (Ramsden, 2002).

En plus de guider la pratique clinique, la sécurité culturelle agit comme discours moral pour étayer l'analyse politique des problèmes systémiques, dont le racisme ancré dans le colonialisme et les effets des politiques sanitaires dominantes sur la santé des Autochtones (Yeung, 2016). L'engagement politique à l'égard de l'équité dans les soins de santé — qui fait partie intégrante de la sécurité culturelle — est nécessaire pour mettre fin aux iniquités entre Autochtones et non-Autochtones sur le plan de la santé (Darroch et coll., 2016).

Le cadre CanMEDS

Le cadre CanMEDS définit et décrit les capacités dont les médecins doivent faire preuve pour fournir des soins de santé efficaces. Ces capacités s'articulent autour des sept rôles qu'un médecin compétent doit intégrer dans sa pratique. Le Collège royal, en partenariat avec le Comité sur la santé des Autochtones, a aligné les valeurs liées à la santé des Autochtones avec chacun de ces rôles afin d'orienter les interventions adaptées aux réalités culturelles (Collège royal, 2018).

Figure 1: Valeurs en matière de santé des Autochtones dans le contexte du référentiel CanMEDS

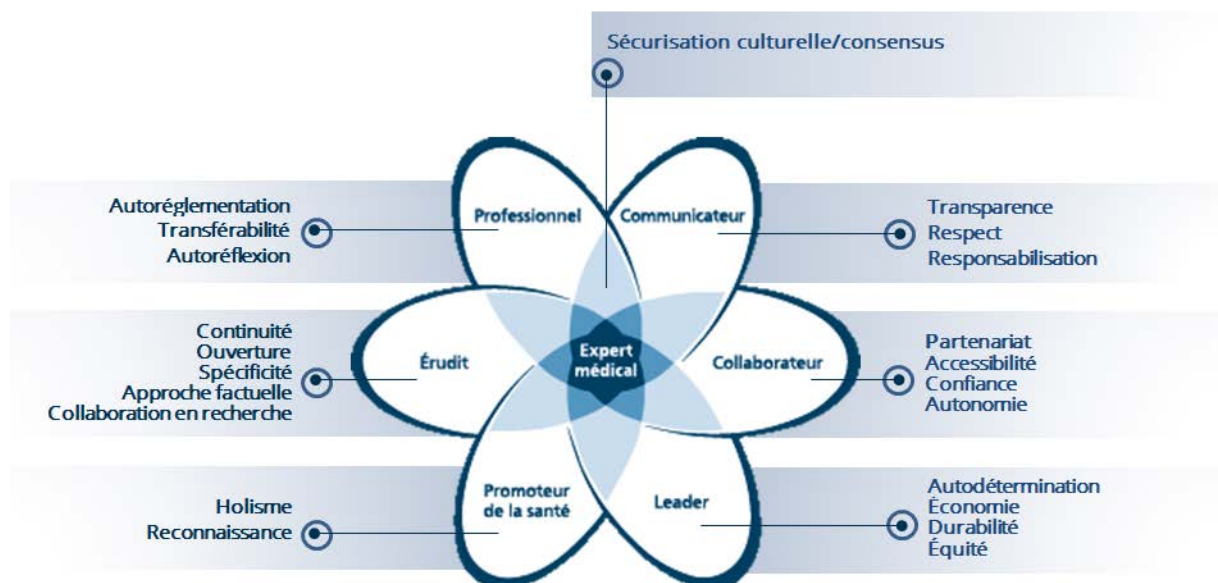


Diagramme CanMEDS. "Droit d'auteur © 2015 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>. Reproduit, avec autorisation.

Conclusions

Le Conseil canadien de la santé a découvert que les participants autochtones n'ont pas tendance et ne cherchent pas à utiliser les services de santé du système général en raison d'expériences de stéréotypage, de discrimination, de racisme, d'abaissement, de jugement ou de négligence. Les établissements de santé qui n'offrent pas de soins adaptés aux réalités culturelles ne font qu'éloigner les Autochtones davantage des services de santé et contribuent ainsi aux résultats inférieurs de ceux-ci en matière de santé (DiLallo, 2014).

Le Conseil canadien de la santé (2012) a proposé la description ci-dessous de la sécurité culturelle et des soins adaptés aux réalités culturelles à partir de recherches antérieures (AMIC et Collège royal, 2009a; AMIC et Association des facultés de médecine du Canada, 2009; AMIC et Collège royal, 2009b; ONSA, 2008).

La sécurité culturelle :

- est un résultat déterminé et vécu par les bénéficiaires du service — ils se sentent en sécurité;
- est basée sur une interaction respectueuse pouvant aider les patients à trouver la voie vers le bien-être;
- est basée sur la compréhension du déséquilibre des pouvoirs inhérent à la prestation de services de santé, de la discrimination institutionnelle et de la nécessité de corriger ce déséquilibre au moyen de la sensibilisation et de la transformation du système;
- nécessite la reconnaissance que nous sommes tous porteurs de culture — nous devons effectuer une autoréflexion sur nos propres attitudes, croyances, suppositions et valeurs.

Les soins tenant compte des réalités culturelles :

- nécessitent l'instauration de liens de confiance avec les patients autochtones et la reconnaissance du rôle que jouent la situation socioéconomique, l'histoire et les politiques en matière de santé;
- nécessitent que le fournisseur exprime son respect pour les croyances, les comportements et les valeurs du patient;
- assurent que le client ou le patient est un partenaire dans la prise de décisions.

Les pratiques sécurisantes sur le plan culturel nécessitent une pensée critique et une autoréflexion — une compétence qui peut être apprise — qui permettent aux professionnels de la santé de comprendre les obstacles en amont (p. ex. le racisme structurel, les lois discriminatoires, l'héritage historique, la distribution inégale des perspectives économiques, etc.) et leur lien avec les effets en aval influençant la santé et la guérison des personnes définies comme étant menacées (Collège royal, 2013).

La discrimination continue des enfants autochtones portait sur les conséquences individuelles et systémiques du racisme et mettait en lumière l'urgente nécessité d'offrir des soins adaptés aux réalités culturelles au Canada. Les professionnels de la santé peuvent contribuer au changement systémique en se familiarisant avec le principe de Jordan et en plaidant pour sa pleine mise en œuvre. Pour fournir des services équitables aux enfants autochtones, les pédiatres, médecins de famille et autres professionnels de la santé doivent systématiquement repérer les cas comportant un conflit de compétence et les soumettre aux processus rattachés au principe de Jordan. En outre, les fournisseurs de soins de santé sont à même d'utiliser les ressources et leur discrétion administrative pour documenter les lacunes et les disparités, pour trouver des moyens d'agréger l'information relative à plusieurs cas, départements et établissements et pour respecter l'autodétermination (Sinha et Wong, 2015).

Références et liens

Allard, Y., Lithman, G., O'Neill, J., & Sinclair, M. (1992). Winnipeg Case Study of Health and Social Services: Final Report. Winnipeg: Northern Health Research Unit, University of Manitoba.

Bourassa, C., McElhane, J., & Oleson, E. (2016). Cultural Safety. Queens University. Retrieved from:
https://www.queensu.ca/sps/sites/webpublish.queensu.ca.spswww/files/files/Events/Conferences/RCAP/Papers/Bourassa_RCAP_conceptsOct2016.pdf

Boyer, Y., & Bartlett, J. (2017). External Review: Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women. Saskatoon Health Region. Retrieved from:
https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf

Brascoupé, S., & Waters, C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2), 6-41.

CBC News, (2017, December 12). Manitobans walk to mark the death of toddler who inspired Jordan's principle. Canadian Broadcasting Corporation. Retrieved from: <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/jordans-principle-walk-winnipeg-1.4445756>

Darroch, F., Giles, A., Sanderson, P., Brooks-Cleator, L., Schwartz, A., Joseph, D., & Nosker, R. (2016). The United States Does CAIR About Cultural Safety: Examining Cultural Safety Within Indigenous Health Contexts in Canada and the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-9.

Di Lallo, S. (2014). Prenatal care through the eyes of Canadian Aboriginal women. *Nursing for Women's Health*, 18(1), 38-46.

First Nations Child and Family Caring Society of Canada. (2018a). Jordan's Principle: Summary of Orders from the Canadian Human Rights Tribunal. First Nations Child and Family Caring Society of Canada. Retrieved from: <https://fncaringsociety.com/sites/default/files/Info%20Sheet%20Summary%20of%20Orders%202018%20CHRT%204.pdf>

First Nations Child and Family Caring Society of Canada. (2018b). First Nations Child Welfare Summary of Orders from the Canadian Human Rights Tribunal. First Nations Child and Family Caring Society of Canada. Retrieved from: <https://fncaringsociety.com/sites/default/files/Info%20Sheet%20Summary%20of%20Orders%202018%20CHRT%204.pdf>

Hart-Wasekeesikaw, F. (2009). Cultural competence and cultural safety in Nursing Education. A Framework for First Nations, Inuit and Métis nursing. Aboriginal Nurses Association of Canada.

Health Council of Canada. (2012). Empathy, dignity, and respect: Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care. Health Council of Canada. Retrieved from: https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal_Report_EN_web_final.pdf

Indigenous Physicians Association of Canada and the Association of Faculties of Medicine of Canada. (2009). First Nations, Inuit, and Métis health – Core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education.

Winnipeg, MB & Ottawa, ON: IPAC-AFMC Aboriginal Health Curriculum Subcommittee.

Indigenous Physicians Association of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2009a). Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians. Winnipeg, MB & Ottawa, ON: IPAC-Royal College Family Medicine Curriculum Development Working Group.

Indigenous Physicians Association of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2009b). Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A core curriculum for residents and physicians. Winnipeg, MB & Ottawa, ON: IPAC-Royal College Core Curriculum Development Working Group.

Lavallée, B., Neville, A., Anderson, M., Shore, B., & Diffey, L. (2009). First Nations, Inuit, Métis Health core competencies: a curriculum framework for undergraduate medical education. Ottawa, ON: The Association of the Faculties of Medicine Canada.

National Aboriginal Health Organization. (2006). Fact Sheet: Cultural Safety. National Aboriginal Health Organization. Ottawa, ON. Retrieved from: <https://www.saintelizabeth.com/getmedia/970b1d43-688c-4bb7-9732-09cc8d1d1716/Cultural-Safety-Fact-Sheet.pdf.aspx?ext=.pdf>

National Aboriginal Health Organization. (2008). Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Health Human Resources Initiative program framework 2010–2015. Ottawa, ON: Health Canada.

National Council of Welfare. (2007). First Nations, Métis and Inuit Children and Youth: Time to Act. National Council of Welfare. Retrieved from: http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hrsc-rhdsc/HS54-1-2007E.pdf

Ramsden, I. M. (1990). Kawa Whakaruruhau: Cultural safety in nursing education in Aotearoa. Wellington, New Zealand: Ministry of Education.

Ramsden, I. M. (1992). Kawa Whakaruruhau: Guidelines for nursing and midwifery education. Nursing Council of New Zealand.

Ramsden, I. (2002). Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu. Doctoral Thesis, Victoria University of Wellington. Wellington, New Zealand.

Richardson, F. I. (2010). Cultural safety in nursing education and practice in Aotearoa New Zealand: a thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for Doctor of Philosophy. Massey University (Doctoral dissertation, Massey University).

Royal College of Physicians and Surgeons. (2013). Indigenous Health Values and Principles Statement. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2018). Indigenous Health Values and Principles Statement Second Edition. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Sinha, V., & Wong, S. (2015). Ensuring First Nations children's access to equitable services through Jordan's Principle: The time to act is now. *Paediatrics & child health*, 20(2), 62-64.

Tasker, J.P. (2017, February 23). Federal government still shortchanging First Nations children a year after tribunal ruling, advocates say. Canadian Broadcasting Corporation. Retrieved from: <https://www.cbc.ca/news/politics/first-nations-children-tribunal-shortchanging-1.3996296>

United Nations Committee Against Torture. (2018). Concluding observations on the seventh periodic report of Canada. United Nations Committee Against Torture. Retrieved from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/CAN/CAT_C_CAN_CO_7_33163_E.pdf

Wabano Centre for Aboriginal Health. (2014). Creating Cultural Safety Looking at Ottawa. Wabano Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://wabano.com/product/creating-cultural-safety/>

Yeung, S. (2016). Conceptualizing cultural safety. *Journal for Social Thought*, 1.

Chapitre 5 : Valeurs et principes en matière de santé des Autochtone

Étude de cas

(Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en matière de santé, 2015).

- « Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités. »
- « Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés. »
- « Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre. »

- « Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest. »
- « Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande. »
- « Nous demandons à tous les ordres de gouvernement : i. de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé; ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones; iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé. »
- « Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. »

Élaboration de *l'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones*

L'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones, dont la première version a été publiée par le Collège royal le 4 juillet 2013, a pour objet de compléter les enseignements en matière de lutte contre le racisme. Basés sur

Le *Référentiel de compétences CanMEDS 2015* du Collège royal et répondant aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, les valeurs et les principes énoncés dans la deuxième édition de ce document (2019) constituent une base solide qui soutiendra des mesures concrètes dans l'enseignement médical, le perfectionnement professionnel et les pratiques culturellement sécurisantes (Collège royal, 2019). Ces mesures contribueront à réduire les disparités et les iniquités dans la qualité des soins et les résultats de santé.

Afin de s'assurer que ces valeurs et principes reflètent adéquatement les points de vue autochtones, le Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal, composé majoritairement de médecins et de chercheurs autochtones, a orienté leur élaboration. Le document est également étayé par des recherches sur l'application de valeurs et de principes pour améliorer la santé des Autochtones et par des entretiens menés auprès de partenaires autochtones et d'éducateurs du domaine de la santé. L'élaboration de l'*Énoncé* s'appuie sur les travaux antérieurs réalisés notamment par l'Association des médecins indigènes du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada pour la définition des compétences fondamentales spécifiques à la santé des Autochtones à enseigner aux étudiants en médecine.

Les valeurs et les principes en matière de santé des Autochtones associés aux rôles CanMEDS

Le référentiel CanMEDS vise à améliorer la formation des médecins et, par le fait même, les soins prodigués aux patients. Il a pour objectif de définir les compétences nécessaires dans tous les domaines de l'exercice de la médecine, et établir ainsi des fondements généraux pour l'éducation médicale et la pratique au Canada. Ces principes associent sept rôles CanMEDS à 23 valeurs en santé autochtone. Ils favorisent une formation qui lutte contre le racisme et qui se traduit par des gestes adaptés à la culture.

Le principe directeur ci-dessous rend l'essence du professionnel de la santé dont les soins sont adaptés à la culture selon les rôles CanMEDS :

« Les soins de santé prodigués à une personne autochtone cadrent dans les dimensions de qualité en matière de soins de santé axés sur le patient et s'inscrivent dans son contexte culturel et ses valeurs à toutes les étapes de sa vie. Le médecin doit recourir à des pratiques adaptées à la culture, des approches réflexives, des mesures pour combattre le racisme, et faire preuve d'empathie,

d'ouverture d'esprit et de compréhension face aux enjeux liés à l'exclusion délibérée des Autochtones, issue du colonialisme, et aux déterminants de la santé qui contribuent au piètre état de santé des patients autochtones. Le Path to First Nations Information Governance définit le processus décisionnel qui reconnaît la valeur de l'autodétermination des Autochtones par l'entremise des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, de même que des avantages liés à la possibilité de faire des choix libres et éclairés pour promouvoir l'équité et la viabilité des services de santé » (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Valeurs en matière de santé des Autochtones dans le contexte du référentiel CanMEDS

RÔLES CanMEDS	VALEURS	PRINCIPLES
Expert médical	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité culturelle • Consensus 	Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture est un professionnel de la santé accompli qui adopte le savoir/la science autochtones, et reconnaît l'existence du racisme et comment le traumatisme historique/intergénérationnel touche la santé et le bien-être du patient autochtone. Il prend aussi des mesures pour contrer le racisme.
Communicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence • Respect • Responsabilisation 	Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture établit un dialogue clair, franc et respectueux sur les questions de santé, et considère que l'atteinte de résultats communs constitue une responsabilité réciproque entre lui et le patient/la communauté autochtone.
Collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat • Accessibilité • Confiance • Autonomie 	La relation entre le patient autochtone et le médecin est sacrée et exempte de hiérarchie ou de rapport de force. Le partenariat favorise l'accès aux soins de santé et aux ressources nécessaires à la santé et au mieux-être de la personne, de la famille et de la communauté. Il aide également le médecin à travailler efficacement avec les institutions communautaires afin d'aider le patient.

RÔLES CanMEDS

VALEURS

PRINCIPES

Leader

- Autodétermination
- Économie
- Durabilité
- Équité

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture dispose des outils, des connaissances, de la formation et de l'expérience nécessaires pour répondre aux normes les plus élevées éclairées par des données factuelles en matière de compétences professionnelles, pour intégrer l'humilité culturelle à sa pratique, pour favoriser un environnement sécuritaire sur le plan culturel et pour activement promouvoir des interventions de lutte contre le racisme.

Promoteur de la santé

- Holisme
- Reconnaissance

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît que l'identité autochtone constitue la plateforme pour promouvoir la santé sous un angle holistique et encourager la participation active des peuples autochtones de concert avec les médecins et les autres professionnels de la santé, comme « agents du changement pour la santé »

Érudit

- Continuité
- Ouverture
- Spécificité
- Approche factuelle
- Collaboration en recherche

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture comprend que la santé des Autochtones fait partie intégrante de la recherche médicale, de l'apprentissage, de la formation et de la pratique, et que cette recherche repose sur des preuves de sources empiriques, sur l'évaluation critique de documents pertinents bénéfiques pour les patients, sur des pratiques exemplaires autochtones et non autochtones, de même que sur un apprentissage tout au long de la vie qui peut être adapté pour mieux servir les patients autochtones. La pratique réflexive accroît les compétences des médecins dans le cadre de la relation de collaboration qui s'établit entre lui et le patient.

RÔLES CanMEDS

Professionnel

VALEURS

- Autoréglementation
- Transférabilité
- Autoréflexion

PRINCIPES

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture s'engage à veiller au mieux-être des patients autochtones, de leur famille, de leur collectivité et de leur culture en adoptant des comportements éthiques, de même qu'en faisant preuve de compassion, d'intégrité et de respect et en s'investissant dans des compétences cliniques favorisant la santé des Autochtones.

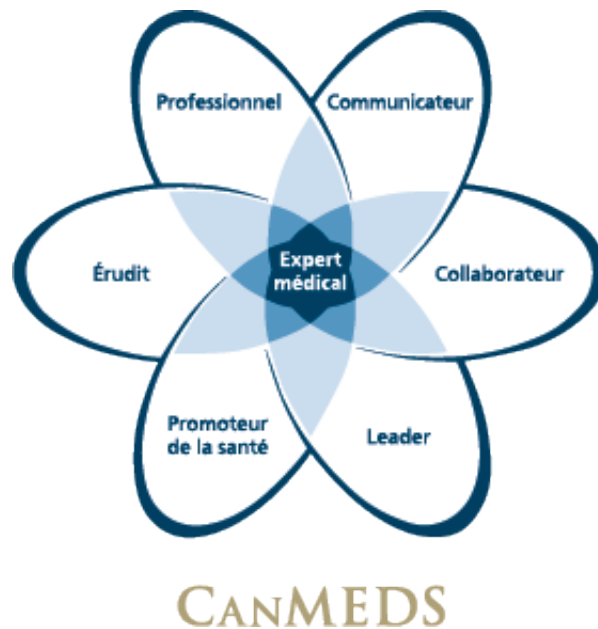


Diagramme CanMEDS. Droit d'auteur © 2015 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>. Reproduit, avec autorisation.

Conclusions

L'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones associe les valeurs et les principes en matière de santé des Autochtones aux rôles CanMEDS. Ces rôles constituent d'excellentes directives structurant les valeurs et les principes en catégories que les médecins comprennent et servent de passerelle pour comprendre les besoins des communautés autochtones et les pratiques qui y ont cours. Le lien de chacune de ces valeurs avec un rôle donné pourrait faire l'objet de discussions et certaines pourraient migrer au sein du cadre CanMEDS, mais le corollaire le plus important est l'intégration de l'ensemble de valeurs. Celles-ci ont été colligées à partir de preuves empiriques ainsi que de délibérations avec le Conseil du Collège royal, la direction de la formation spécialisée du Collège royal, le Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal et diverses organisations prônant avec succès la santé des Autochtones.

Le racisme est inacceptable, tant dans la formation médicale que dans l'exercice de la médecine. Nous espérons que *l'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones* favorisera la réflexivité et l'adoption de mesures qui écartent le racisme et l'oppression et qui éliminent le racisme dans le système de santé.

Références et liens

Indigenous Health Committee of the Royal College. (2019). Indigenous Health Values and Principles Statement Second Edition. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Retrieved from: www.collegeroyal.ca/autochtones

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2018). CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Retrieved from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>

Chapitre 6 : Lois et politiques : leurs répercussions sur les Autochtones et leurs liens avec les déterminants sociaux de la santé

Étude de cas 6a

Les responsables du racisme et les personnes auxquelles ils ont causé du tort

Citations du premier ministre du Canada Sir John A. MacDonald (Indigenous Corporate Training Inc., 2016).

« Lorsque l'école est sur la réserve, l'enfant vit avec ses parents, qui sont Sauvages; il est entouré de Sauvages, et bien qu'il puisse apprendre à lire et écrire, ses habitudes, son éducation domestique et ses façons de penser restent celles des Sauvages. En un mot, c'est un Sauvage capable de lire et d'écrire. On a fortement insisté auprès de moi, comme chef du ministère de l'Intérieur, pour soustraire autant que possible les enfants sauvages à l'influence de leurs parents. Or, le seul moyen d'y réussir serait de placer ces enfants dans des écoles industrielles centrales, où ils adopteraient les habitudes et les façons de penser des Blancs. »



Une salle de classe du pensionnat St. Joseph's, à Cross Lake, au Manitoba, en 1951. (UNIVERSITÉ DU MANITOBA, LA PRESSE

« Le grand objectif de nos dispositions législatives est de nous débarrasser du système tribal et d'assimiler totalement les Indiens au reste de la population du Dominion aussi rapidement qu'ils sont aptes à ce changement. »

« [...] que nous avons amadoué les Sauvages; que nous devrions adopter une nouvelle ligne de conduite, mettre les Blancs dans une meilleure position, enseigner aux Sauvages ce que c'est que la loi; nous ne devons pas les rendre indigents, comme nous avons fait, d'après ce qu'ils disent. »

Citation du Duncan Campbell Scott, fonctionnaire de carrière et architecte à l'origine du système de pensionnats autochtones dans Rheault, D (2011).

« Je veux me débarrasser du problème indien. Je crois que notre pays ne devrait pas avoir à continuellement protéger une classe de personnes capable de vivre de façon indépendante. C'est l'objet de mon propos. Nous devons poursuivre en ce sens jusqu'à ce qu'il ne reste plus un seul Indien qui n'ait pas été absorbé dans le corps politique canadien, jusqu'à ce que la question indienne ait été résolue et qu'il n'y ait plus de ministère des Affaires indiennes. C'est l'objectif de ce projet de loi. »

Citation du chef Dan George, 1er juillet 1967.

« Quand j'ai lutté pour protéger mes terres et ma demeure, on m'a traité de sauvage. Quand je n'ai pas compris ni accepté ce mode de vie, on m'a traité de fou. Quand j'ai tenté de gouverner mon peuple, on m'a dépouillé de mon autorité. »

Citations de survivants des pensionnats autochtones. (Toronto Star, 2015).

« Trop de personnes au Canada savent peu de choses ou rien du tout au sujet des racines historiques de ces conflits. Ce manque de connaissances a des conséquences graves pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis et pour le Canada. »

« Entre 1958, à son ouverture, et 1979, il n'y a pas une année où le pensionnat Grollier Hall, à Inuvik, n'employait pas au moins un surveillant de dortoir qui allait plus tard être accusé d'abus sexuel sur les élèves. »

« Les agents des Affaires indiennes tentaient souvent de dépeindre ces taux [de décès] comme le prix que les peuples autochtones devaient payer pour devenir civilisés. En réalité, ces taux étaient le prix qu'ils payaient pour être colonisés. »

« Aucun effort n'était fait pour comptabiliser le nombre de décès chez les élèves. Il sera primordial pour le Centre national de la vérité et la réconciliation d'obtenir tous les dossiers relatifs aux décès survenus dans les pensionnats autochtones. »

« Je voulais tellement devenir blanc. Le pire geste que j'ai commis est d'avoir eu honte de ma mère, cette femme honorable, parce qu'elle ne parlait pas anglais. »

Messages clés

Les lois et les politiques relatives aux peuples autochtones du Canada ont été créées expressément pour assimiler les Autochtones.

Les politiques et les lois, entièrement basées sur la race, ont provoqué des bouleversements culturels, sociaux et économiques.

La compétence relative à la prestation de soins de santé aux Autochtones est complexe et souvent mal comprise.

Les iniquités actuelles sur le plan de la santé et du bien-être vécues par les Autochtones découlent de politiques et de lois paternalistes, qui sont toujours en vigueur sous certaines formes aujourd'hui.

L'apprentissage des lois et des politiques peut sembler décourageant, mais pour dire les choses simplement, deux domaines législatifs et politiques ont une incidence sur la vie des Autochtones du Canada. À l'origine, ces lois et ces politiques ont été conçues pour assimiler les Autochtones. Les politiques définissent les ordres de gouvernement responsables de la prestation des soins de santé aux Autochtones. On croit souvent, à tort, que ces lois et politiques se traduisent par un traitement préférentiel accordé aux Autochtones, alors qu'en réalité, elles ont plutôt exacerbé leur pauvreté et provoqué des perturbations sociales et culturelles. Les iniquités que l'on constate aujourd'hui sur le plan de la santé et du bien-être des Autochtones en sont l'aboutissement.

La relation entre le gouvernement du Canada et les peuples autochtones n'a pas toujours été ainsi. Un examen de la genèse de cette relation révèle des ententes conclues par des joueurs autonomes qui traitaient d'égal à égal. On a souvent fait référence à ces échanges comme la relation « de nation à nation ». Toutefois, au fil du temps, la population autochtone a commencé à diminuer en raison des maladies, des famines et des guerres. Les populations autochtones sont devenues plus dépendantes de l'État, et c'est de cette époque que datent les

premières politiques paternalistes et les premiers efforts pour débarrasser le gouvernement du soi-disant « problème indien ».

Les politiques d'assimilation

Il est essentiel que les professionnels de la santé comprennent que les lois et les politiques sur les peuples autochtones sont enracinées dans le racisme et qu'elles ont été adoptées pour débarrasser le Canada des Premières Nations, des Inuits et des Métis en imposant un contrôle systématique de leur culture et de leur indépendance. Le gouvernement fédéral détient aujourd'hui d'importants pouvoirs constitutionnels qui tirent leur origine de la domination coloniale. L'Université de la Colombie-Britannique (2009) a dressé une liste de dispositions législatives ayant joué un rôle direct ou indirect majeur dans la santé et les soins de santé des peuples autochtones au Canada. Ces dispositions sont les suivantes :

- La *Loi sur les Indiens*, de même que ses composantes, tout aussi intrusives, notamment le statut d'Indien, les bandes, le projet de loi C-31 et l'émancipation;
- Les réserves, puisque le système de réserves a été créé par le gouvernement afin de restreindre les déplacements des peuples autochtones et libérer des terres pour les colons;
- Le système de pensionnats autochtones est un vaste réseau scolaire créé par le gouvernement fédéral et administré par les Églises, qui prétendaient éduquer les enfants autochtones en les retirant de leur famille et de leur collectivité, en leur interdisant de reconnaître leur patrimoine autochtone et en les endoctrinant dans le mode de vie eurocanadien et chrétien en vue de les assimiler à la société canadienne dominante. Les derniers pensionnats ont fermé leurs portes dans les années 1980. Les conséquences délétères et traumatisantes du système de pensionnats continuent de se faire sentir chez les survivants, leur famille et leur communauté;
- La « rafle des années 1960 » fait référence au retrait à grande échelle d'enfants autochtones de leur famille et de leur collectivité pour les placer dans des familles d'adoption.
- La *Proclamation royale de 1763* est possiblement la première politique coloniale à faire mention des peuples autochtones dans ce qui allait devenir le Canada. Elle continue d'influencer les politiques et le discours sur les droits des Autochtones de nos jours;

- Le *Livre blanc de 1969* est une politique proposée par le gouvernement fédéral, mais abandonnée par la suite face à la résistance massive des peuples et des organisations autochtones de partout au Canada;
- L'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* décrit l'inclusion des peuples autochtones dans la constitution canadienne en réponse aux fortes pressions exercées par des activistes et des organisations politiques autochtones.

La compétence en matière de prestation de soins de santé

Étude de cas 6b L'histoire de Jordan

(Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2014).

« Jordan River Anderson était un enfant autochtone de la Première Nation crie de Norway House. Dès sa naissance, en 1999, il a eu des besoins médicaux complexes qui ne pouvaient pas être comblés sur la réserve. Il a passé plus de deux ans dans un hôpital de Winnipeg avant que les médecins donnent leur accord pour qu'il quitte l'hôpital afin d'être soigné dans une résidence familiale. Toutefois, en raison de conflits de compétences au sein des gouvernements et entre les paliers fédéral et provincial sur la prise en charge des coûts de ces soins à domicile, Jordan a inutilement passé deux années additionnelles à l'hôpital, avant de mourir tragiquement en 2005. Il avait cinq ans et n'a jamais pu passer une seule journée dans une demeure familiale. »

Le décès de Jordan a mené à la création du "principe de Jordan". Ce principe de "l'enfant d'abord" oblige le gouvernement qui a été contacté en premier lieu à s'assurer que l'enfant autochtone en question a accès aux services publics au même titre que les autres enfants. Il prévient la paperasserie et les conflits de compétences. »

Le Canada est doté d'un cadre législatif unique et complexe, où la prestation de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits incombe à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), qui relève du ministère des Services aux Autochtones du Canada. Les racines législatives de

cette compétence fédérale remontent à l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (Lavoie et coll., 2011). La DGSPNI offre des services de santé limités, comme les soins infirmiers et les services de médecins, aux habitants des réserves. Le gouvernement fédéral administre également le programme des services de santé non assurés (SSNA), qui verse des prestations pour une série de services qui ne sont pas couverts par l'assurance universelle des régimes provinciaux d'assurance-maladie, par exemple certains médicaments et certains services et appareils dentaires ainsi que les soins de la vue. Ces services et ces prestations s'adressent uniquement aux membres des Premières Nations et aux Inuits inscrits. Les soins de santé, les services et les prestations offerts aux patients par la DGSPNI ont prêté flanc aux critiques; on leur reproche en effet d'avoir une incidence néfaste sur la santé et les soins de santé des Autochtones.

Diverses tentatives d'instaurer des modèles d'autogouvernance dans différentes régions du Canada ont compliqué encore davantage le portrait de la prestation de services de santé aux peuples autochtones du Canada. Lavoie et collègues (2011) qualifie cette situation de mosaïque de politiques, lois et relations disparates. Ces modèles de prestation de services se divisent en deux grandes catégories : les mécanismes de coordination intergouvernementale et les autorités sanitaires intergouvernementales.

La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario (SRMA), élaborée en 1994, est l'un de ces modèles intergouvernementaux. La SRMA est prise en charge par un comité de gestion mixte composé de deux représentants de chacun des huit organismes d'encadrement des collectivités autochtones de l'Ontario, en plus de plusieurs représentants ministériels. Au Canada, les comités de représentants des Autochtones et du gouvernement cartographiant les services de santé offerts dans la province ou le territoire incarnent un modèle répandu. D'un autre côté, les autorités sanitaires intergouvernementales sont souvent le prolongement des systèmes de santé provinciaux et sont financées par les gouvernements provinciaux ou fédéral. Elles sont le fruit de partenariats fédéraux-provinciaux ou d'ententes sur l'autonomie gouvernementale. On peut citer en exemple les structures de soins de santé uniques qui sont apparues à la suite de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois pour répondre aux besoins en matière de santé des Inuits du Nunavik et des Cris de la Baie-James (Lavoie et coll., 2011).

En raison de la complexité du partage des compétences en matière de santé entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, il peut être difficile pour les utilisateurs de naviguer dans le système de santé et

pour les professionnels de la santé de plaider pour leurs patients. Un cas illustrant cette complexité a été mis en évidence avec l'histoire de Jordan River Anderson, jeune patient atteint d'un rare trouble neuromusculaire, qui a passé sa vie dans un hôpital en raison d'un conflit de compétences entre les gouvernements fédéral et provincial autour de la responsabilité du coût des services à domicile. Le principe de Jordan a été proposé par un simple député dans le but de prévenir la récurrence de telles situations (Reading et Wien, 2009).

Néanmoins, les valeurs de l'autogouvernance et de l'autodétermination ainsi que les droits issus des traités ont un rôle considérable à jouer dans l'amélioration de la prestation de services de santé aux Autochtones. « En outre, plutôt que de les réserver au traitement des maladies, il faut concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé des communautés en traitant les divers déterminants sociaux de la santé. Pour réussir, un tel changement doit emprunter le chemin des cadres politiques et juridiques fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé. L'adoption d'une politique nationale d'encadrement sur la santé des Autochtones pourrait être nécessaire à cet égard » (Lavoie et coll., 2011). Il est également incontournable d'assurer que les établissements de soins de santé sont exempts de racisme et de discrimination afin que les Autochtones puissent y recevoir des soins culturellement sécurisants.

Le statut d'Indien et les services de santé non assurés

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) est une initiative nationale prévoyant une protection pour les membres des Premières Nations inscrits et les Inuits reconnus en couvrant un certain nombre d'articles et de services médicaux nécessaires qui ne sont pas couverts par d'autres régimes ou programmes. Les prestations peuvent couvrir des soins dentaires, des soins oculaires, de l'équipement médical, des médicaments, des services de counseling et des déplacements.

Les Premières Nations et les Inuits du Canada sont soumis à une forme archaïque et bureaucratique d'identification pour l'obtention de SSNA de la part du gouvernement fédéral. Le processus de demande pour recevoir le certificat de statut d'Indien et la documentation prouvant l'identité autochtone sont un parfait exemple d'assujettissement basé sur des politiques racistes. Dans certaines régions, les autorités sanitaires des Premières Nations versent les prestations de santé, alors qu'ailleurs, cette responsabilité incombe aux gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

Il est important de mentionner que les Métis et les membres des Premières Nations non-inscrits affrontent des difficultés additionnelles dans l'obtention de soins de santé parce qu'ils ne sont pas reconnus par la structure de gouvernance. En 2016, la Cour suprême a toutefois établi que le terme « Indien », employé dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, s'applique aussi aux Métis et aux Indiens non-inscrits. Cette décision ne confère pas le statut à ces personnes, mais définit la responsabilité fédérale d'assurer que les Métis bénéficient de droits similaires à ceux des communautés de Premières Nations et d'Inuits.

Quoi qu'il en soit, il est clair que l'obligation de prouver sa nationalité et son identité autochtone est un exercice déshumanisant pour les personnes qui étaient les premiers « citoyens » du pays.

Comment fonctionne la couverture des services de santé non assurés

- 1) L'admissibilité des membres des Premières Nations doit être établie dans un registre d'« Indiens inscrits » en vertu de la *Loi sur les Indiens*; les Inuits doivent être reconnus par une organisation de revendications territoriales inuite.
- 2) Les patients s'inscrivent directement au programme des SSNA en remplissant une demande, à laquelle ils doivent joindre la documentation exigée.
- 3) Dans certains cas, les fournisseurs de soins font parvenir leurs factures directement au Programme. Dans d'autres, les patients paient les services reçus puis reçoivent un remboursement du Programme des SSNA. Parfois, les patients jouissent d'une protection supplémentaire de la part d'assureurs privés (avec paiement conjoint) et d'autres programmes provinciaux ou territoriaux.

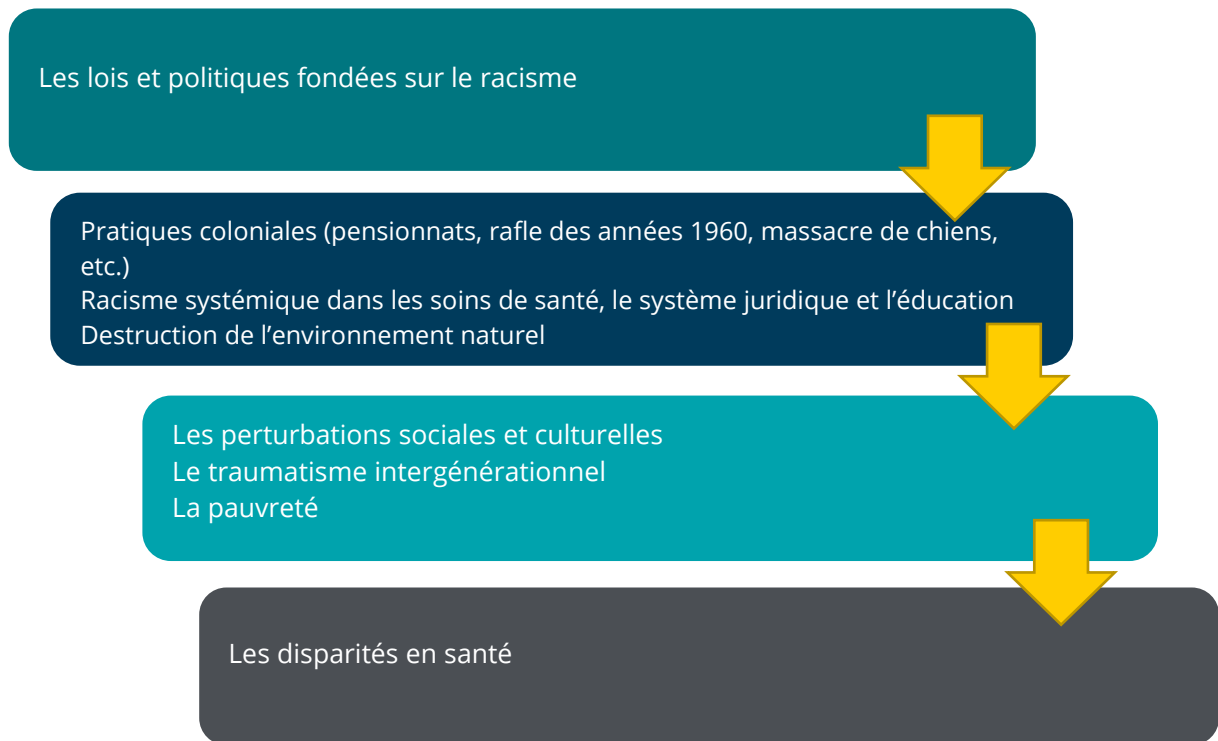
Les répercussions de la législation sur les déterminants sociaux de la santé

La législation et les politiques gouvernementales sont des déterminants sociaux de la santé, particulièrement pour les peuples autochtones. L'Organisation mondiale de la Santé (2008) définit les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Ils sont les conditions économiques, sociales, politiques et infrastructurelles qui affectent la santé.

Les déterminants sociaux de la santé spécifiques aux Autochtones, comme le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale de même que la répression de l'autodétermination, sont les précurseurs (déterminants distaux) de plusieurs autres déterminants en aval (proximaux) (Reading et Wien, 2009). Les politiques gouvernementales visant à assimiler les Autochtones ont activé chacun de ces déterminants de la santé. La législation et les politiques qui en ont découlé continuent de se répercuter sur les résultats des Autochtones en matière de santé et sur la qualité de leur santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Les données probantes sur le Canada coïncident avec l'Indice de développement humain des Nations Unies (CCNSA, 2009) : les Premières Nations du Canada y sont classées au 68^e rang mondial pour des dimensions comme la pauvreté, le revenu, le logement et l'éducation, qui sont autant d'importants déterminants sociaux de la santé reconnus (Reading et Wien, 2009).

Depuis quelques années, la population reconnaît de plus en plus l'influence que peuvent avoir la législation et les politiques gouvernementales sur la santé. De plus, les saines politiques publiques ont été établies comme un processus permettant de réduire les effets non voulus sur la santé (Organisation mondiale de la Santé, 1988). Les lois et les politiques sont des interventions tout aussi importantes permettant de réduire les disparités sur le plan de la santé. Elles visent non seulement à améliorer l'accès aux services de santé, mais ont aussi pour cible des déterminants de la santé plus en amont. L'autodétermination, en particulier, a été définie comme essentielle pour l'amélioration de la santé des Autochtones (Assembly, 2007).

Figure 1 : La race comme déterminant social de la santé. Les lois et les politiques gouvernementales ancrées sur le racisme constituent d'importants déterminants en amont (ou distaux) pour la santé des Autochtones.



Étude de cas 6c

L'expérience du cancer chez les Autochtones et l'influence des déterminants sociaux de la santé sur celle-ci

(Jason Pennington, MD, FRCSC, 2019)

Le mot « cancer » est lourd de sens pour la plupart des gens et des communautés, mais possiblement encore davantage pour les Autochtones.

Le cancer est un état où certaines cellules prolifèrent de manière anarchique et risquent de perturber les fonctions anatomiques et physiologiques du corps. Cette multiplication peut être plutôt indolente ou progresser rapidement. Les traitements varient entre la simple observation et des approches multidisciplinaires compliquées. Les

pronostics vont de la guérison presque assurée à des options purement palliatives.

L'expérience du cancer chez les Autochtones commence par la prévention et le dépistage, suivis du diagnostic, d'un examen médical et du traitement, pour mener à la survie ou à la palliation. Une fois le diagnostic posé, le cancer fait partie de la vie du patient pour toujours. Il a une incidence sur la personne, sa famille et sa collectivité. Ces effets peuvent être physiques, mentaux, émotionnels et spirituels.

Les déterminants sociaux de la santé suivent la roue de la médecine autochtone. Ils sont de nature holistique et touchent non seulement le patient, mais également sa famille, sa collectivité, son environnement et bien davantage. Ils peuvent être proximaux, intermédiaires ou distaux. Les déterminants proximaux sont possiblement les plus faciles à comprendre et à résoudre, mais sans une intervention sur les déterminants distaux, il est impossible de véritablement neutraliser leur effet sur le bien-être, notamment dans l'expérience autochtone du cancer.

Quel est le fardeau associé au cancer pour les Autochtones? Déjà aux prises avec une espérance de vie plus courte et des taux plus élevés de maladies chroniques et de maladies mentales, les communautés autochtones n'envisagent pas nécessairement le cancer comme une préoccupation majeure. Cette attitude n'est pas confirmée par des données.

Des études réalisées par Chiefs of Ontario et Action Cancer Ontario (2017) révèlent une augmentation régulière de l'incidence du cancer chez les membres des Premières Nations (PN) en Ontario. En fait, l'incidence totale du cancer chez l'ensemble des PN de l'Ontario est presque équivalente à celle des Ontariens non membres des PN, et a même dépassé son incidence chez les hommes ontariens non membres des PN. Les trois cancers les plus répandus sont les mêmes dans les deux groupes : les cancers de la prostate, du poumon et du côlon chez les hommes et les cancers du sein, du poumon et du côlon chez les femmes. Chez les hommes membres des PN en Ontario, l'incidence des cancers du poumon et du côlon est plus élevée et l'incidence des cancers du sein et de la prostate est plus faible que chez leurs homologues non membres des PN.

Les découvertes les plus inquiétantes concernent les résultats de ces études pour la santé. Pour les trois cancers les plus répandus, tant la mortalité que le taux de survie après cinq ans sont sous la moyenne de l'Ontario chez les hommes et les femmes des PN. Des résultats similaires sont documentés dans les populations autochtones d'autres régions du Canada et ailleurs dans le monde. Ces résultats peuvent généralement être reliés aux déterminants sociaux de la santé.

Le stade d'évolution de la maladie au moment du diagnostic influence fortement le pronostic pour de nombreuses formes de cancer. En outre, le stade du cancer au moment du diagnostic dépend largement des facteurs de risque et du dépistage. Par exemple, les membres des PN et les Métis vivant en Ontario présentent tous deux un plus grand nombre de facteurs de risque de cancer, notamment le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, l'obésité et la sédentarité.

De même, il a été démontré que les membres des PN et les Métis de l'Ontario se soumettaient moins régulièrement aux examens de dépistage du cancer. Le dépistage est sans aucun doute influencé par les déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux proximaux, comme le cycle où le niveau d'éducation inférieur mène au chômage et à la pauvreté, donnent lieu à des circonstances où le dépistage du cancer est plus difficile et moins prioritaire pour les patients concernés. D'autre part, lorsque le diagnostic est posé plus tardivement, la maladie est généralement plus avancée et s'accompagne d'un pronostic moins favorable, où la probabilité que le traitement fonctionne et que le patient guérisse est moins élevée. Ces mauvais résultats peuvent renforcer la peur et le sentiment de futilité autour du cancer et de son traitement dans les communautés.

Les déterminants sociaux proximaux de la santé n'agissent pas seulement sur la prévention et le dépistage du cancer, mais sur tous les aspects de l'expérience du cancer chez les Autochtones. Le diagnostic de cancer n'est que la première étape d'un cheminement compliqué qui durera toute la vie et qui pourrait nécessiter de nombreux examens et diverses modalités de traitement. Le parcours entre le diagnostic et le traitement ou les soins palliatifs peut passer par la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et de nouvelles méthodes de traitement. Toutes ces stations comportent des risques et des effets secondaires que même des diplômés universitaires anglophones ont

parfois du mal à comprendre. Bien des patients doivent se déplacer vers des centres régionaux, prendre congé de leur travail et effectuer d'autres démarches qui auront d'innombrables conséquences sur leur vie quotidienne « normale ». La pauvreté, un faible niveau d'éducation, les barrières linguistiques et le chômage amplifient la difficulté de suivre un traitement contre le cancer.

Les déterminants sociaux intermédiaires de la santé peuvent avoir des répercussions encore plus grandes sur l'expérience du cancer chez les Autochtones. Un cheminement de soins irrégulier et incompatible entre des fournisseurs fédéraux et provinciaux et des ressources inconstantes au sein des collectivités autochtones font souvent obstacle à l'offre de soins de santé de qualité près de la maison et de la famille du patient. Le bouleversement de l'intendance environnementale et la pollution des eaux, des terres, des plantes, des poissons et du gibier constituent également un déterminant social intermédiaire de la santé. Ces changements environnementaux peuvent accroître l'exposition des Autochtones à des contaminants cancérigènes. En outre, ils compliquent la participation à une alimentation et un mode traditionnels plus sains.

À un niveau plus profond, les déterminants sociaux distaux de la santé sont les véritables obstacles à des soins de haute qualité pour les patients autochtones. L'histoire de la colonisation et les mesures qui en ont découlé ont compromis l'autodétermination qui est nécessaire pour établir des relations thérapeutiques véritablement saines et atteindre des résultats équitables chez les patients autochtones souffrant de cancer.

Références et liens

Assembly, U.G. (2007). United Nations declaration on the rights of Indigenous Peoples. *UN Wash*, 12, 1-18. Retrieved from: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf

APTN National News. (2017, July 1). A Lament for Confederation a speech by Chief Dan George in 1967. Retrieved from: <https://aptnnews.ca/2017/07/01/a-lament-for-confederation-a-speech-by-chief-dan-george-in-1967/>

Canadian Human Rights Commission. (2018). Key Issues; Indigenous rights. Canadian Human Rights Commission. Retrieved from: <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/eng/content/indigenous-peoples>

Facing History and Ourselves. (2019). *“Stolen Lives: The Indigenous Peoples of Canada and the Indian Residential Schools*. Brookline, MA: Facing History and Ourselves. Retrieved from: <https://www.facinghistory.org/stolen-lives-indigenous-peoples-canada-and-indian-residential-schools/historical-background/until-there-not-single-indian-canada>

First Nations Child and Family Caring Society of Canada. (2014). Jordan’s Principle: A Brief History. First Nations Child and Family Caring Society of Canada. Retrieved from: <https://fncaringsociety.com/sites/default/files/Jordan's%20Principle%20Information%20Sheet.pdf>

First Nation and Indigenous Studies, University of British Columbia. (2009). Government Policy. First Nation and Indigenous Studies, University of British Columbia. Retrieved from: https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/government_policy/

Government of Canada. (2017). Indigenous Peoples and human rights. Government of Canada. Retrieved from: <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/rights-indigenous-peoples.html>

Government of Canada. (2018). Non-insured Health Benefits for First Nations and Inuit. Government of Canada. Retrieved from: <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/non-insured-health-benefits-first-nations-inuit.html>

Government of Canada. (2018). What is Indian status? Indigenous and Northern Affairs Canada. Retrieved from: <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100032463/1100100032464>

Indigenous Corporate Training Inc. (2016). 10 quotes John A. Macdonald made about First Nations. Working Effectively with Indigenous Peoples Blog. Retrieved from: <https://www.ictinc.ca/blog/10-quotes-john-a.-macdonald-made-about-first-nations>

Lavoie, J., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O., & Thomas, G. (2011). Setting the context; The Aboriginal Health Legislation and Policy Framework in Canada. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved

from: <http://www.arnbccommunitiesofpractice.ca/ahnn/wp-content/uploads/2015/03/Health-Legislation-Policy-eng.pdf>

Macdougall, B. (2017). Land, family and identity: Contextualizing Métis Health and Well-being. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-ContextualizingMetisHealth-Macdougall-EN.pdf>

Ministry of Indigenous Affairs. (2019). Indian status and identification cards. Queen's Printer for Ontario. Retrieved from: <https://www.ontario.ca/page/indian-status-and-identification-cards>

Moss, W., & Gardner-O'Toole, E. (1991). Aboriginal People: History of discriminatory laws. BP-175E. *Law and Government Division*. Retrieved from: <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp175-e.htm>

Reading, C., & Wien, F. (2009). Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal People's Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>

Rheault, D. (2011). Solving the "Indian Problem" Assimilation Laws, Practices and Indian Residential Schools. The Ontario Métis Family Records Center. Retrieved from: <https://www.omfrc.org/wp-content/uploads/2016/06/specialedition8.pdf>

Smylie, J. (2013). Addressing the Social Determinants of Health of Aboriginal Infants, Children and Families in British Columbia. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/health/FS-SDOHforAboriginalChildren-Smylie-EN.pdf>

The University of British Columbia. (2009). The Indian Act. *Indigenous foundations*. Retrieved from: https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/the_indian_act/

Toronto Star. (2015, June 2). 11 key quotes [from residential school survivors] and facts in the TRC final report. Retrieved from: <https://www.thestar.com/news/canada/2015/06/02/11-key-quotes-and-facts-in-the-trc-final-report.html>

World Health Organization. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion. Retrieved from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

Chapitre 7 : Les politiques sur la santé des Autochtones

Les politiques sur la santé et le racisme structurel

Les inégalités persistantes entre la santé des Autochtones et celle des non-Autochtones du Canada font ressortir la nécessité d'évaluer les répercussions des politiques fédérales sur le bien-être des Autochtones (Coates, 2008). Le racisme structurel prend sa source dans les politiques et les mesures politiques qui créent et renforcent la discrimination contre un groupe racialisé. Au Canada, le racisme structurel contre les Autochtones s'incarne principalement dans la *Loi sur les Indiens* (Loppie et coll., 2014) et dans des méthodes complètement inadéquates utilisées pour neutraliser les déterminants sociaux de la santé des Autochtones (Reading et Wien, 2009). Une série historique de politiques isolationnistes et assimilationnistes a gravement lésé les droits des peuples autochtones et donné lieu à des lois qui ont supprimé leur souveraineté (Moss et Gardner-O'Toole, 1991).

La *Loi sur les Indiens*

L'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (AANB), promulgué en 1867, a créé une ambiguïté qui persiste aujourd'hui en faisant des services de santé fournis aux colonisateurs une compétence provinciale, et des services de santé fournis aux Autochtones une compétence fédérale. L'AANB a marqué la fin des relations de nation à nation et a mis la table pour la *Loi sur les Indiens* de 1876, qui a ouvert une ère de colonialisme et d'assimilation culturelle (Moss et Gardner-O'Toole, 1991; Reading & Wein, 2009; Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone, 2013).

La *Loi sur les Indiens* a créé une structure fédérale exerçant un contrôle sur les terres, les langues et les pratiques culturelles autochtones et qui a engendré des disparités persistantes sur le plan de la santé et des iniquités sociales (Loppie et coll., 2014). Les répercussions de la *Loi sur les Indiens* sont profondes et touchent la santé et les aspects sociaux, économiques et politiques du bien-être (Reading et Wein, 2009; Coates, 2008). Elle a dicté des croyances religieuses, mis en place un système d'éducation, établi la propriété des terres, obligé l'installation permanente dans des réserves, imposé des systèmes gouvernementaux

étrangers et encouragé les Autochtones à renoncer à leur statut et à leurs droits issus des traités (Richmond et Cook, 2016).

Les mesures instaurées par la *Loi sur les Indiens* visaient l'assimilation contre leur gré des Autochtones à la culture canadienne dominante (Sinclair, 2015). Ces structures coloniales ont donné lieu à des politiques systémiques qui ont causé des iniquités sur le plan de la santé en ne reconnaissant pas l'autodétermination et la souveraineté des peuples autochtones (Allan et Smylie, 2015).

Le racisme structurel s'est également manifesté dans les institutions, par l'entremise du système de pensionnats autochtones, qui avait pour mission d'assimiler les enfants autochtones. Tragiquement, ces établissements visaient à « tuer l'Indien dans l'enfant » (Miller, 2004, p. 35). Les écoliers étaient punis s'ils parlaient leur langue maternelle (Nagy et Sehdev, 2012) et étaient régulièrement victimes de négligence, d'abus, de malnutrition et d'exposition à des maladies (MacDonald et Hudson, 2012).

Le racisme structurel est aussi présent dans le système de soins de santé où il peut aussi y exister des politiques racistes et des stéréotypes. La discrimination contre les Autochtones peut ainsi naître lors de l'intersection entre ces politiques et ces stéréotypes. Le racisme dans le système de soins de santé, comme mentionné dans les chapitres précédents, mène à de mauvais résultats pour la santé (Loppie et coll., 2014).

Les conséquences du racisme structurel

La plupart des langues autochtones parlées autrefois dans ce qui est aujourd'hui le Canada sont menacées, conséquence des lois et des politiques adoptées au fil des années (p. ex. les pensionnats et les lois interdisant le potlatch). Ces graves violations des droits de la personne avaient pour but d'éliminer les langues et les pratiques culturelles des Autochtones de même que leur identité comme peuples distincts. Freinées par la résilience des Autochtones, les mesures du gouvernement fédéral et des Églises n'ont pas réussi à éradiquer ces langues complètement, mais elles ont considérablement réduit leur utilisation. Si ces langues ne sont pas préservées, l'identité culturelle et le concept de nation qu'elles englobent seront perdus avec elles (Sinclair, 2015; Galley, 2016; Norris, 2007; Jacob et coll., 2015).

Avant le contact avec les Européens, les Autochtones avaient recours à divers modes d'organisation et de fonctionnement (p. ex. la tradition orale, les ceintures wampum et les cérémonies de potlatch). Sous le pouvoir juridictionnel et le

contrôle exercés par les colonisateurs, le rôle de ces pratiques et de ces traditions n'a pas été respecté, ce qui a eu pour conséquence qu'elles ont été ignorées ou éradiquées par la loi dans le cadre de la tentative d'assimilation menée par le gouvernement fédéral (Moss et O'Toole, 1991).

Les politiques sur la santé continuent de faire montre d'une négligence répandue et d'un manque de volonté politique pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les Autochtones. Les services de santé inadéquats offerts dans certaines collectivités de Premières Nations ont soulevé des préoccupations face à l'échec du gouvernement à s'assurer que les fournisseurs de soins sont compétents, que les établissements de soins de santé sont sécuritaires et que les collectivités sont dûment consultées (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015). Plusieurs gouvernements successifs ont pratiqué la discrimination raciale contre les Autochtones en investissant moins dans le développement social et économique des communautés autochtones que dans celui des autres communautés (Musto, 1990).

Le gouvernement fédéral fournit des soins de santé dans les collectivités inuites et des Premières Nations par l'entremise de services de santé publique et de prévention prodigués par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires et les soins oculaires sont couverts dans le cadre du régime de Services de santé non assurés pour les Indiens inscrits et les Inuits reconnus. Les Métis n'y sont toutefois pas admissibles. En somme, la prestation de soins de santé aux Autochtones est un dossier complexe où tous les besoins des Autochtones en matière de santé ne sont pas comblés. Elle entraîne aussi des conflits de compétences autour du paiement des services de santé, ce qui compromet l'accès aux soins pour les patients autochtones (CCNSA, 2011).

Autodétermination

Les collectivités autochtones sont les mieux placées pour établir leurs priorités en matière de santé et fournir leurs services de santé (Lavoie et coll., 2011). L'autodétermination des soins de santé et les recherches dirigées par la collectivité présentent un grand potentiel pour la promotion d'une réforme politique (Richmond et Cook, 2016). Il a été recommandé qu'une nouvelle loi soit adoptée pour transférer cette compétence aux Premières Nations. Une telle loi garantirait les droits fondamentaux des Autochtones tels que consacrés par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et la Constitution du Canada (Clogg, 2017).

Les Autochtones font preuve de résilience et aspirent à un mieux-être enraciné dans une conception holistique du bien-être dont les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel présentent un équilibre sain (CCNSA, 2013). Les politiques publiques devraient reconnaître les cultures et les connaissances des Autochtones, incluant leur droit fondamental à l'autodétermination comme moyen d'atteindre l'équité sur le plan de la santé (Richmond et Cook, 2016).

Conclusions

La discrimination sanctionnée par la loi a restreint l'autodétermination des peuples autochtones, et le racisme présent dans les politiques gouvernementales et la prestation de services de santé continuent de compromettre leur bien-être (Loppie et coll., 2014). Il est essentiel de mettre en place des programmes de guérison efficaces et d'éliminer les inégalités persistantes, puisqu'un grand nombre d'Autochtones ont souffert de la colonisation et du pouvoir et des privilèges juridictionnels des colonisateurs. La sensibilisation du public, les formations sur la compétence culturelle et l'ajout de fournisseurs de services de santé autochtones sont des initiatives susceptibles de corriger ces problématiques (Richmond et Cook, 2016). Une coordination améliorée et un financement équitable sont également cruciaux pour faire place à des approches axées sur l'amélioration du bien-être des Autochtones (Lavoie et coll., 2011).

Références et liens

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. Toronto: The Wellesley Institute. Retrieved from: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>

Clogg, J. (2017, August 17). Reflections on Indigenous jurisdiction and impact assessment. West Coast Environmental Law Association. Retrieved from: <https://www.wcel.org/blog/reflections-indigenous-jurisdiction-and-impact-assessment>

Coates, K. (2008). The Indian Act and the Future of Aboriginal Governance in Canada. National Centre for First Nations Governance. Retrieved from: http://fngovernance.org/ncfng_research/coates.pdf.

Galley, V. (2016). Revitalizing Indigenous languages is key to reconciliation. The Canadian government must rethink and transform its legislative and policy

approaches toward the survival of Indigenous languages. *Policy Options*. Retrieved from: <http://policyoptions.irpp.org/magazines/june-2016/revitalizing-indigenous-languages-is-key-to-reconciliation/>

Gunnarsson, M. (2018). Jurisdictional Disputes and Indigenous Health: The Emergence of Jordan's Principle. *McGill Journal of Law and Health*. Retrieved from: <https://mjhlh.mcgill.ca/2018/11/20/jurisdictional-disputes-and-indigenous-health-the-emergence-of-jordans-principle/>

Jacob, W. J., Cheng, S. Y., & Porter, M. K. (2015). *Indigenous Education: Language, Culture and Identity*. Springer.

Lavoie, J., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O., & Thomas, G. (2011). *The Aboriginal Health Legislation and Policy Framework in Canada*. Prince George, BC: National

Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <http://www.arnbccommunitiesofpractice.ca/ahnn/wp-content/uploads/2015/03/Health-Legislation-Policy-eng.pdf>

Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw. (2014). *Aboriginal Experiences with Racism and Its Impacts*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: https://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExperiencesImpacts_EN_Web.pdf

MacDonald, D. B., & Hudson, G. (2012). The genocide question and Indian residential schools in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 45(2), 427-449.

Miller, J.R. (2004). *Lethal legacy: current Native controversies in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Moss, W. & Gardner-O'Toole, E. (1991). *Aboriginal People: A History of discriminatory Laws*. BP-175E. *Law and Government Division*. Retrieved from: <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp175-e.htm>

Musto, R.J. (1990). Indian Reserves: Canada's developing nations. *Canadian Family Physician*, 36:105-116.

Nagy, R., & Sehdev, R. K. (2012). Introduction: Residential schools and decolonization. *Canadian Journal of Law & Society*, 27(1), 67-73.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2013). *An Overview of Aboriginal Health in Canada*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for

Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-OverviewAboriginalHealth-EN.pdf>

Norris, M.J. (2007). Aboriginal languages in Canada: Emerging trends and perspectives on second language acquisition. *Canadian Social Trends*. No. 83. Statistics Canada Catalogue no. 11-008-X.

Office of the Auditor General of Canada. (2015). Report 4: Access to Health Services for Remote First Nations Communities. Spring Reports of the Auditor General of Canada.

Reading, C.L., & Wien, F. (2009). Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>

Richmond, C. A., & Cook, C. (2016). Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. *Public health reviews*, 37(1), 2.

Sinclair, M. (2015). Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Ottawa: Truth and Reconciliation Commission of Canada. Retrieved from: http://www.trc.ca/assets/pdf/Honouring_the_Truth_Reconciling_for_the_Future_July_23_2015.pdf

Chapitre 8 : Statistiques, données démographiques et diversité des communautés autochtones

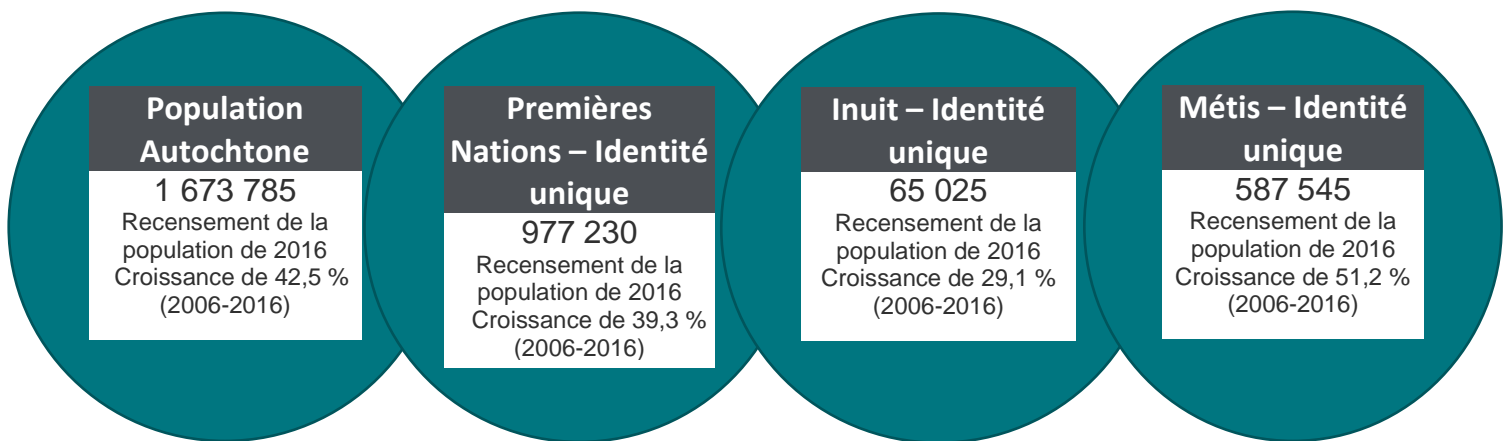
Étude de cas

(Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action, 2015)

- « Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés. »

Croissance démographique

Selon le Recensement de la population de 2016, on comptait 1 673 785 Autochtones dans ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada, ce qui représente 4,9 % de la population totale. Malgré une hausse de 3,8 % en 2006 et de 2,8 % en 1996, leur nombre est vraisemblablement sous-estimé en raison des personnes qui ne s'identifient pas comme autochtones. Selon les projections démographiques, la population autochtone pourrait dépasser 2,5 millions de personnes d'ici 20 ans (Statistique Canada, 2017).



L'augmentation de la population autochtone rapportée dans le recensement est principalement attribuable à la croissance naturelle, mais également à des changements dans l'identification autodéclarée. Depuis que le questionnaire permet aux répondants de déclarer plusieurs origines ethniques, un plus grand nombre de personnes se définissent comme autochtones (Statistique Canada, 2017).

Âge

Les communautés autochtones sont plus jeunes que la population générale (Figures 1, 2 et 3). En 2016, la population canadienne non-autochtone était âgée de 41 ans en moyenne, alors que l'âge moyen des membres des Premières Nations vivant dans une réserve et dans les régions nordiques était de 30,8 ans et que la moitié d'entre eux avaient moins de 30 ans (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2018). La population inuite aussi est jeune, avec un âge médian de 23 ans en 2011, un âge médian de 23 ans chez les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et de 26 ans chez les Inuits vivant ailleurs (Wallace, 2015).

La population autochtone est également vieillissante, avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans qui est passée de 4,8 % en 2006 à 7,3 % en 2016. Selon les projections démographiques, la proportion d'Autochtones de 65 ans et plus pourrait doubler ou même plus d'ici 2036 (Statistique Canada, 2017).

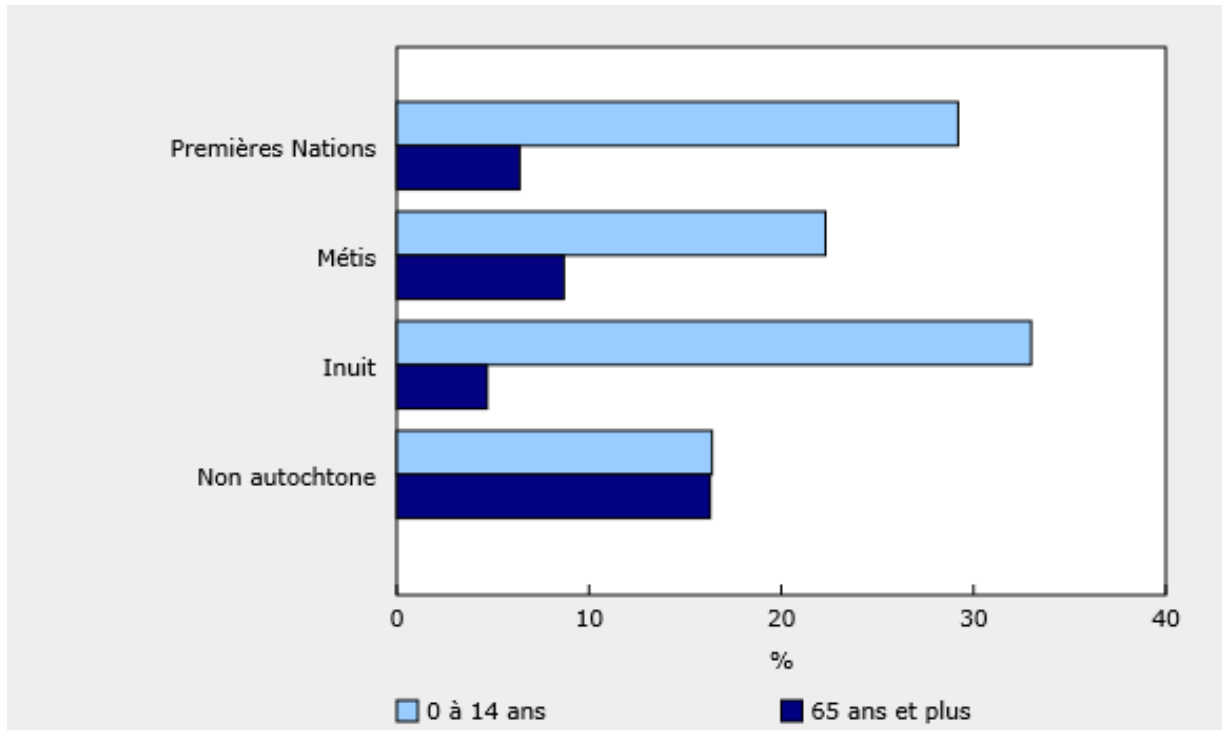


Figure 1 : Répartition (en pourcentage) de la population âgée de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus selon l'identité autochtone, Canada, 2016

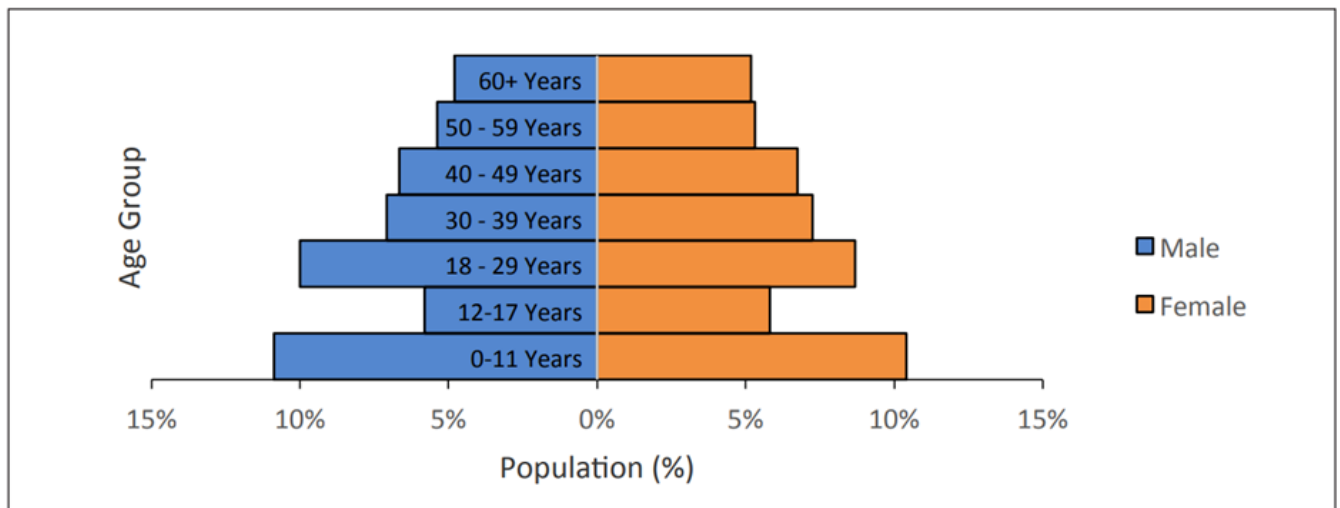


Figure 2 : Pyramide des âges chez les enfants, les adolescents et les adultes des Premières Nations vivant dans les collectivités de Premières Nations (CGIPN, 2018, p. 19)

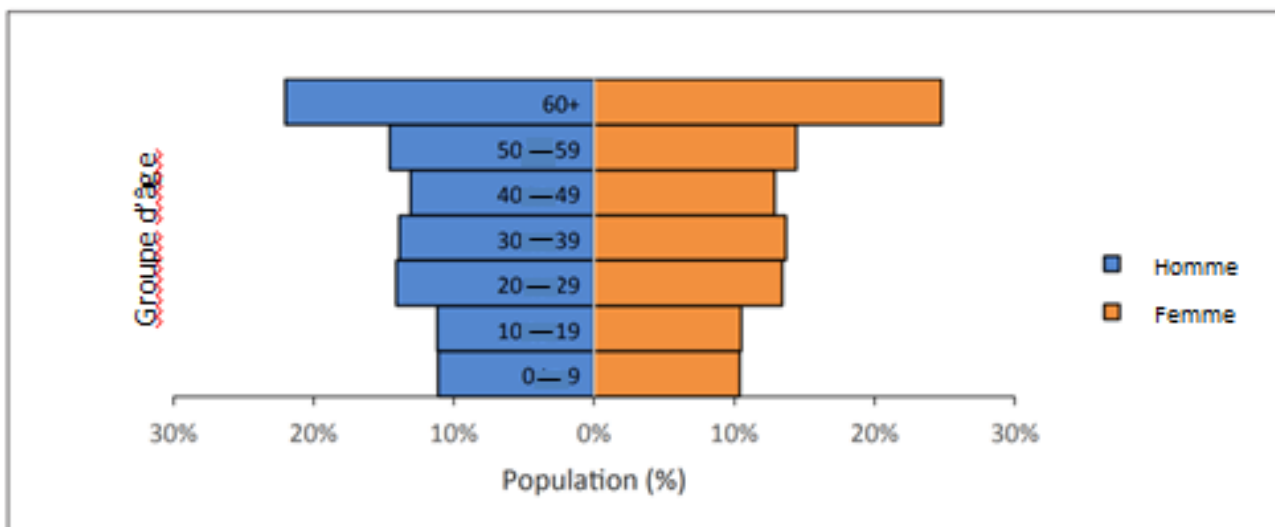
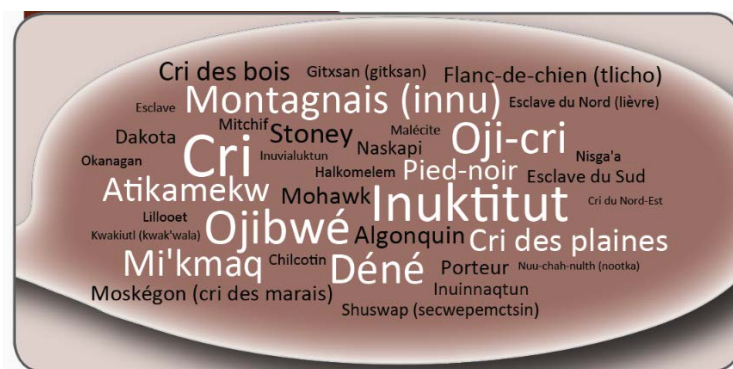


Figure 3 : Pyramide des âges dans la population générale du Canada, 2017 (CGIPN, 2018, p. 19)

Langues autochtones

Plus de 70 langues autochtones ont été déclarées en 2016 et 15,6 % des Autochtones ont déclaré être en mesure de soutenir une conversation dans une langue autochtone, en comparaison avec 21,4 % en 2006.



De ces personnes, 64 % étaient des Inuits et 21,3 % étaient des membres des Premières Nations. Les langues les plus souvent mentionnées sont les langues crie (96 575), l'oïbawé (28 130) et l'oï-cri (15 585) (Statistique Canada, 2017; 2018).

Maladies chroniques

En comparaison avec la population générale, les Autochtones portent un fardeau disproportionnellement lourd de maladies chroniques et de facteurs de risque associés (King, Smith et Gracey, 2009). En 2006, plus de la moitié des Métis de plus de 15 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie chronique. L'arthrite ou le rhumatisme venaient au premier rang, suivis de l'hypertension artérielle et de l'asthme; toutes étaient présentes à des taux plus élevés parmi les Métis que dans la population générale du Canada (Statistique Canada, 2010).

Dans l'Enquête régionale sur la santé (ERS) du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), 59,8 % des adultes des Premières Nations ont déclaré éprouver au moins un problème de santé chronique en 2016. Le diabète, l'arthrite, l'hypertension artérielle, les allergies et les douleurs chroniques au dos étaient les problèmes les plus souvent évoqués (CGIPN, 2018). En 2012, 43 % des Inuits ont déclaré avoir au moins une maladie chronique. Les maladies les plus souvent déclarées étaient l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'asthme et les troubles de l'humeur, comme la dépression et le trouble bipolaire (Wallace, 2015).

La prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et chez les adultes métis est respectivement 1,9 et 1,5 fois plus élevée que chez les adultes non autochtones (Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, 2018). Les taux de diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents autochtones sont aussi préoccupants (Earle, 2011). La prévalence de l'obésité chez les enfants des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et chez les Inuits est 1,6 fois plus élevée que chez les personnes non autochtones (Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, 2018). En outre, selon des estimations nationales, les Autochtones présentent un taux d'incidence du VIH 2,7 fois plus élevé que les membres d'autres groupes ethniques (Yang et coll., 2016).

Bien-être mental

Heureusement, des données récentes de l'ERS révèlent que la majorité des jeunes et des adultes des Premières Nations renoncent aux médicaments d'ordonnance et aux drogues illégales : 75,3 % des adolescents des Premières Nations déclarent s'abstenir de consommer de l'alcool et de 72,8 à 99,7 % d'entre eux déclarent n'avoir jamais consommé certains types de médicaments d'ordonnance et de drogues illégales. De plus, 42,6 % des adultes des Premières Nations ont déclaré n'avoir consommé aucune boisson alcoolisée au cours des 12 mois précédents, et la majorité d'entre eux (de 69,7 % à 99,7 %) ont affirmé ne pas avoir consommé une série de médicaments d'ordonnance et de drogues illégales au cours de cette période (CGIPN, 2018). Les données issues de l'ERS démontrent également que plus de la moitié des adultes et des jeunes des Premières Nations déclarent avoir une santé mentale très bonne ou excellente. Qui plus est, les données tenant compte des réalités culturelles pourraient expliquer pourquoi l'ERS rapporte des autoévaluations positives de la santé mentale et des taux élevés d'abstinence de la consommation de substances en

comparaison avec la littérature, qui fait état d'une forte prévalence des problèmes de consommation de substances (CGIPN, 2018).

En 2012, 24 % des membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, 23,5 % des Inuits et 19,6 % des Métis ont déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires (Statistique Canada, 2016). Selon l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (2018), les régions où de nombreuses personnes se décrivent comme membres des Premières Nations, inuites et métisses affichent des taux de suicide respectivement 3,7, 6,5 et 2,7 fois plus élevés que les régions où la concentration de personnes se décrivant comme Autochtones est faible. Ces chiffres se traduisent par des taux de suicide plus élevés par 100 000 personnes de 29,2, 61,0 et 18,6 respectivement que parmi la population non-autochtone.

Comprendre les inégalités sur le plan de la santé

Des problèmes liés à la qualité de données sur les personnes autochtones, y compris des erreurs de classification et le biais de non-réponse, contribuent de manière systématique à la sous-estimation d'inéquités dans les déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'accès aux soins de santé entre les personnes autochtones et non-autochtones au Canada (Smylie & Firestone, 2015: 1). Selon les données disponibles, des disparités sur le plan de la santé persistent parmi les Autochtones.

De nombreux Autochtones ont subi la perte de connexion avec leur terre, leur langue et leur mode de vie traditionnel par suite de politiques coloniales racistes. Les disparités entre Autochtones et non-Autochtones sur le plan de la santé sont ancrées dans des pratiques coloniales qui sont à l'origine des déplacements forcés, du système de réserves, des pensionnats autochtones, de l'enlèvement d'enfants et de la menace d'extinction de langues autochtones (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2013). Ces graves violations des droits de la personne avaient pour but d'éliminer les langues et les pratiques culturelles des Autochtones de même que leur identité comme peuples distincts. Les traumatismes qu'elles ont causés ont mené à la hausse des taux de suicide et des problèmes de santé mentale et de dépendance et entraîné des disparités criantes sur le plan de la santé (Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015).

Selon l'ERS, la majorité des adultes des Premières Nations qui ont déclaré avoir des maladies chroniques et qui ont fréquenté des pensionnats autochtones ont indiqué que les expériences qu'ils avaient vécues dans ces établissements avaient

porté atteinte à leur santé générale et à leur bien-être. En outre, une proportion plus élevée d'adultes et d'adolescents des Premières Nations dont au moins un parent a fréquenté un pensionnat a déclaré consommer des opioïdes, avoir déjà sérieusement songé au suicide et avoir des taux plus élevés de consommation excessive d'alcool, de consommation de cannabis et de consommation de médicaments sans ordonnance (excluant le cannabis) par rapport à ceux dont les parents n'ont pas fréquenté de pensionnat (CGIPN, 2018).

La colonisation a eu des effets sur la santé des Autochtones, laissant un héritage de dépossession environnementale, de conditions de vie médiocres et d'accès inadéquat aux services de santé (King, Smith et Gracey, 2009; CCNSA, 2013). Les profonds changements dans l'alimentation et le style de vie des Autochtones entraînés par la colonisation ont contribué à la hausse des taux d'obésité et à la forte prévalence de diabète dans ces populations (Haman et coll., 2010).

Répercussions liées aux systèmes et aux pratiques

Les iniquités systémiques persistantes, comme les enlèvements disproportionnés d'enfants autochtones, les problèmes d'accès à l'eau potable et l'insécurité alimentaire perturbent le processus de guérison (Tasker, 2017; CGIPN, 2018). Les moisissures dans les maisons demeurent également un problème de santé publique; en effet, la proportion de maladies chroniques est plus élevée chez les adultes des Premières Nations qui demeurent dans un logis contaminé par les moisissures que chez ceux vivant dans un environnement qui en est exempt (CGIPN, 2018). Davantage de politiques et de recherches sur ces problèmes de santé publique persistants sont requises afin de révéler les liens entre l'accès à l'eau potable, la qualité du logement et les maladies chroniques.

Les Autochtones doivent avoir accès en temps opportun au dépistage, au traitement et au suivi des maladies chroniques (CGIPN, 2018). De plus, un financement à long terme doit être mis en place pour assurer l'offre de programmes indépendants et communautaires faisant la promotion du bien-être (Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996) et pour revitaliser les langues et les traditions autochtones, qui jouent un rôle prépondérant dans le rétablissement de la santé et du bien-être (CCNSA, 2013; Hodge et Nandy, 2011; Oster et coll., 2014). Des recherches participatives menées dans les collectivités et favorisant l'élargissement des programmes de santé appropriés sur le plan culturel sont aussi requises, compte tenu des données probantes qui démontrent que la combinaison d'interventions occidentales et de programmes ancrés dans la

culture des Premières Nations pouvait améliorer les résultats de santé, par exemple la dépendance aux opioïdes (Kanate et coll., 2015).

Références et liens

Assembly of First Nations and Health Canada. (2015). First Nations Mental Wellness Continuum Framework. Ottawa: ON. Retrieved from: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf

Earle, L. (2011). Understanding chronic disease and the role for traditional approaches in Aboriginal communities. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Firestone, M., Tyndall, M. & Fischer, B. (2015). Substance use and related harms among Aboriginal people in Canada: A comprehensive review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(4), 1110–1131.

First Nations Information Governance Centre. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 1. Ottawa, ON: First Nations Information Governance Centre. Retrieved from: https://fnigc.ca/sites/default/files/docs/fnigc_rhs_phase_3_national_report_vol_1_en_final_web.pdf

Haman, F., Fontaine-Bisson, B., Batal, M., Imbeault, P., Blais, J., Robidoux, M. (2010). Obesity and type 2 diabetes in Northern Canada's remote First Nations communities: the dietary dilemma. *International Journal of Obesity*, 34(S2):S24.

Hodge, F.S., & Nandy, K. (2011). Predictors of wellness and American Indians. *Journal of health care for the poor and underserved*, 22(3), 791-803.

Kanate, D., Folk, D., Cirone, S., Gordon, J., Kirlew, M., Veale, T., Bocking, N., Rea, A., & Kelly, L. (2015). Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. *Canadian Family Physician*, 61(2), 160-165.

King, M., Smith, A. & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *Lancet*, 374(9683), 76–85.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2013). An Overview of Aboriginal Health in Canada. Prince George, BC: National Collaborating Centre for

Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-OverviewAboriginalHealth-EN.pdf>

Oster, R. T., Grier, A., Lightning, R., Mayan, M. J., & Toth, E. L. (2014). Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations: a mixed methods study. *International journal for equity in health*, 13, 92.

Pan-Canadian Health Inequities Reporting Initiative. (2018). Health Inequalities in Canada a national portrait. Public Health Agency of Canada. Retrieved from: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/hir-full-report-eng_Original_version.pdf

Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples (Vols. 1–5). Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.

Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31(1), 67-87.

Statistics Canada. (2010). Aboriginal peoples. Statistics Canada Catalogue no. 11-402-X. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2010000/chap/ap-pa/ap-pa-eng.htm>

Statistics Canada. (2016). Aboriginal Peoples Survey, 2012. Lifetime suicidal thoughts among First Nations living off reserve, Métis and Inuit aged 26 to 59: Prevalence and associated characteristics. Statistics Canada Catalogue no. 89-653-X. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016008-eng.htm>

Statistics Canada. (2017). Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census. *The Daily*. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm>

Statistics Canada. (2018). First Nations People, Métis and Inuit in Canada: Diverse and Growing Populations. Statistics Canada Catalogue no. 89-659-X. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.htm>.

Tasker, J.P. (2017, February 23). Federal government still shortchanging First Nations children a year after tribunal ruling, advocates say. *Canadian Broadcasting Corporation*. Retrieved from: <https://www.cbc.ca/news/politics/first-nations-children-tribunal-shortchanging-1.3996296>

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action. Winnipeg: Truth and Reconciliation Commission of Canada. Retrieved from: <http://www.trc.ca/>

Wallace, S. (2015). Inuit health: Selected findings from the 2012 Aboriginal Peoples Survey. Statistics Canada Catalogue no. 89-653-X. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2014003-eng.htm#n2>

Yang, Q., Ogunnaike-Cooke, S., Halverson, J., (2016, May 12-15). Estimated national HIV incidence rates among key sub-populations in Canada, 2014. Presentation at *25th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research*, Winnipeg, Canada.



Chapitre 9 : Glossaire

Étude de cas

Pourquoi la terminologie est-elle importante?

(Programme d'études autochtones et des Premières Nations, Université de la Colombie-Britannique, 2009)

« L'historique des relations entre l'État canadien et les peuples autochtones est complexe et a souvent été paternaliste et préjudiciable. Compte tenu de cet héritage, la terminologie peut représenter davantage que des mots. Elle peut incarner des histoires coloniales et des dynamiques de pouvoir. Les termes employés peuvent être déterminants pour les peuples autochtones, puisqu'une appellation donnée n'a pas nécessairement été choisie par la population désignée, mais imposée à celle-ci par les colonisateurs. Dans cette optique, on peut comprendre qu'un terme peut être lourd de sens et employé comme un puissant moyen de diviser les gens, d'en présenter une image faussée et de contrôler leur identité. C'est ce que reflètent encore aujourd'hui les termes d'Indiens inscrits et non inscrits, les catégories d'individus définies par la Loi sur les Indiens.

D'un autre côté, la terminologie peut donner du pouvoir aux populations lorsque ses membres sont en mesure de définir leur propre identité. Il est important de reconnaître le potentiel que revêtent les mots; cependant, il est aussi important et absolument possible de comprendre suffisamment bien ces termes pour les utiliser avec confiance et instaurer un dialogue. Plusieurs de ces termes généraux sont définis ci-dessous, bien que de nombreux Autochtones préfèrent se présenter par leur groupe culturel. Comme vous découvrirez, l'approche la plus respectueuse à adopter est souvent l'utilisation du terme qui désigne la population donnée le plus spécifiquement possible. »

Plusieurs ressources de haute qualité sur les peuples autochtones y sont présentées pour consultation.

Principes éditoriaux de la rédaction sur des sujets autochtones

Elements of Indigenous Style. (Younging, 2018)

- Travailler en collaboration avec des auteurs, des réviseur et des gardiens du savoir autochtones
- Éviter l'emploi d'un langage tendancieux et le paternalisme culturel (faire référence aux Autochtones comme des participants actifs dotés de forces plutôt que de participants passifs aux capacités réduites)
- Utiliser le terme « résilience » plutôt que « difficultés » en parlant des Autochtones
- Préférer le terme « affirmer » à « demander »
- Préconiser la majuscule pour certains termes comme Autochtone, Première Nation ou Aîné; la minuscule déshumanise la personne autochtone en lui retirant son identité et ses droits fondamentaux et constitue un manque de respect.

Termes courants et définitions

Autochtones

Dans le but d'assurer la cohérence terminologique en tenant compte des dimensions des diversités culturelles et des exactitudes historiques, de même qu'en veillant au respect des peuples dont ce document vise le mieux-être, on parlera ici d'« Autochtones », plutôt que d'« Amérindiens », de « Premières Nations », d'« Inuits » et de « Métis ». En effet, selon le glossaire et la terminologie qui ont cours au sein de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA, 2008), le terme « autochtone » signifie « natif de l'endroit ». En ce sens, selon la terminologie de l'ONSA, les Premières Nations sont véritablement des « Autochtones » de l'Amérique du Nord. Le terme « autochtone » reconnaît aussi la propriété du territoire avant la colonisation.

Colonisation

L'exploitation, la subjugation et le génocide des peuples autochtones et de leur culture au moyen d'instruments de pouvoir, dont les politiques gouvernementales, économiques et sociales, à des fins de déshumanisation, d'oppression et de contrôle.

Communautés menacées

Il convient de remplacer l'expression « populations défavorisées » par « communautés menacées » en faisant référence aux populations autochtones, car la première les situe comme victimes plutôt que de se centrer sur les facteurs en amont, comme le racisme et l'oppression, et d'autres déterminants de la santé.

Compétence culturelle

Même si plusieurs sont d'avis que la compétence culturelle est le remède contre tous les maux, elle a ses limites. Elle peut être définie comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques conformes au sein d'un système, d'un organisme ou chez des professionnels, qui permettent à ceux-ci de travailler de façon efficace lors de situations interculturelles (Département de la Santé et des Services sociaux des É.-U., 2001). Elle dénote l'atteinte ou l'application de connaissances et d'habiletés, mais ne mène pas nécessairement aux résultats souhaités dans la relation patient-fournisseurs de soins si une relation de confiance n'a pas été établie.

Décolonisation

Le processus qui vise à réparer les préjudices de la colonisation en rétablissant l'équilibre des pouvoirs, en misant sur la sécurité culturelle en ayant recours à des mesures pour contrer le racisme et en réformant les systèmes afin de considérer les peuples autochtones comme des égaux qui possèdent des atouts indéniables, plutôt que des insuffisances.

Disparités en santé

Indicateurs qui témoignent du fardeau démesuré de la maladie sur une population particulière.

Épistémologie

La branche de la philosophie qui analyse la nature et l'origine du savoir, y compris ses limites et sa validité; en santé autochtone, elle examine les racines des perspectives culturelles (coloniales) dominantes.

Humilité culturelle

L'humilité culturelle s'ajoute à la sécurité culturelle, donne lieu à la contrition sincère visant à réparer des préjudices, à faire preuve de respect et d'humilité

face à d'autres façons d'être. Elle reflète une relation basée sur le respect véritable, la confiance, et le démantèlement des inégalités de pouvoir.

Inégalités en santé

Les inégalités en santé soulignent les causes sous-jacentes des disparités en santé.

Lutte contre le racisme (antiracisme)

En présence d'enjeux liés au racisme, elle fait partie intégrante des soins adaptés à la culture. Cette expression s'est élargie et reflète une volonté de fournir des soins adaptés à la culture en ayant recours à des mesures pour contrer le racisme.

Racisme

Le racisme est fondé sur la croyance qu'une race est supérieure à une autre, une discrimination qui découle d'une politique ou carrément de la haine ou de l'intolérance. Le racisme est façonné par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé (Reading, 2013). Le racisme revêt diverses formes; toutes sont destructrices et ont des effets négatifs sur la santé des personnes, des familles et des communautés (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013).

Réconciliation

Il s'agit du mouvement visant à remédier aux séquelles laissées par les pensionnats indiens par des appels à l'action. Ce processus fait suite à la commission d'enquête dirigée par le juge Murray Sinclair sur le racisme historique à l'endroit des communautés autochtones, et a mené à 94 appels à l'action afin d'amorcer le processus de guérison.

Réflexivité

Il s'agit d'une croyance ou d'un préjugé qui se manifeste dans les activités ou le comportement d'une personne.

*Le terme est également employé par les Nations Unies, au sein de ses groupes de travail et dans l'appellation de sa Décennie internationale des peuples autochtones. Il est aussi couramment employé par l'Organisation mondiale de la santé : « Les populations autochtones sont des communautés qui vivent dans des habitats traditionnels géographiquement distincts ou des territoires ancestraux, ou qui en relèvent, qui s'identifient comme faisant partie d'un groupe culturel

distinct et comme descendants de groupes présents dans la région avant la création d'États modernes et l'établissement des frontières actuelles. Ils conservent habituellement une identité culturelle et sociale, ainsi que des institutions sociales, économiques, culturelles et politiques distinctes de celles de la culture majoritaire ou dominante [traduction] » (Organisation mondiale de la santé, s.d.).

Le Collège royal reconnaît et respecte également la diversité au sein des populations autochtones au Canada.

Science autochtone

La science autochtone accorde de l'importance à la sagesse autochtone et en reconnaît la légitimité, au même titre que les autres sciences; elle est une forme de respect et de reconnaissance qui élève la culture, l'histoire et les traditions autochtones au-delà de la subjugation.

Sécurité culturelle

La sécurité culturelle va au-delà de la compétence culturelle en améliorant la santé des Autochtones; elle analyse le déséquilibre des pouvoirs, la discrimination institutionnelle, la colonisation et les relations issues du colonialisme dans le domaine de la santé, des soins et de la formation en santé. Les pratiques adaptées aux réalités culturelles exigent une réflexion critique et une autoréflexion sur le pouvoir, les privilèges et le racisme dans les milieux éducatifs et cliniques. C'est le patient et l'étudiant qui déterminent si la sécurité culturelle est assurée dans le cadre d'une relation.

Références et liens

Bibliothèque et Archives Canada. <https://www.collectionscanada.gc.ca/>

Elements of Indigenous Style

First Nation and Indigenous Studies. The University of British Columbia. (2009). Terminology. Retrieved from: <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/terminology/>.

Guide terminologique autochtone

Laberge, J. (2006). Union des municipalités du Québec. <https://umq.qc.ca/wp-content/uploads/2016/03/guideterminologique.pdf>

Indigenous Corporate Training

This private sector group has produced a book called *Aboriginal Peoples: A guide to terminology*. Retrieved from:

<https://www.ictinc.ca/>

L'encyclopédie canadienne

<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/peuples-autochtones>

National Aboriginal Health Organization. (2008). *Glossary Terms. Information Centre on Aboriginal Health.*

National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2013). *An Overview of Aboriginal Health in Canada*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-OverviewAboriginalHealth-EN.pdf>

The Canadian Encyclopedia. Retrieved from:

<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-people>

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. Retrieved from:

<https://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>

Younging, G. (2018). *Elements of Indigenous Style: A Guide for Writing By and About Indigenous Peoples*. Brush Education.

World Health Organization (n.d.) Retrieved from:

https://www.who.int/topics/health_services_indigenous/en/

FIN