

L'insécurité culturelle est l'obstacle le plus important à l'accès aux soins et services de première ligne pour les personnes des Premières Nations et Inuit au Québec

Marie-Claude Tremblay, professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

Jennifer Petiquay-Dufresne, directrice, Bureau du principe de Joyce

FAITS SAILLANTS

- L'insécurité culturelle qui existe dans le réseau de soins et de services de première ligne contribue à alourdir un fardeau de maladie et de souffrance évitable pour les personnes des Premières Nations et Inuit (PNI).
- Au niveau individuel, des interactions entre prestataires et usagés marquées par le racisme et la discrimination sont des menaces à l'accès équitable, la qualité des soins et l'intégrité physique des personnes des PNI.
- Au niveau structurel, les orientations fondamentalement occidentales du système de santé et de services sociaux font en sorte que les mécanismes institutionnels, les pratiques organisationnelles ou les approches de soins dans le réseau sont inadéquats ou ne prennent pas en compte les besoins de ces peuples.
- Des soins culturellement sécuritaires, pensés par et pour les personnes des PNI, constituent la solution plaidée par les principaux acteurs de ce domaine pour lutter contre le racisme et les discriminations, ainsi que pour répondre aux besoins de ces groupes et assurer l'équité en santé.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Au Québec, les personnes issues des PNI expérimentent des iniquités¹ de santé importantes en comparaison avec le reste de la population. Celles-ci se traduisent notamment par des espérances de vie plus courtes, des taux de suicide plus élevés et de plus grandes prévalences de maladies mentales, de maladies chroniques et de maladies infectieuses (1,2). Les causes de ces iniquités de santé sont complexes et ancrées dans le contexte sociohistorique et politique du colonialisme et de son impact persistant sur les déterminants structurels de la santé² pour les PNI (p. ex. politiques assimilationnistes, dépossession territoriale, racisme systémique, accès limité aux ressources économiques, sociales et symboliques de la société). Ces conditions structurelles se

¹ Une iniquité est une différence de santé (inégalité) qui est produite socialement, systématique dans sa distribution et injuste, parce qu'évitable.

² Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé des populations. Les déterminants structurels représentent les forces et les systèmes plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne.

répercutent à leur tour sur des déterminants de la santé plus proximaux, tels que la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'accès au logement ou aux soins (3).

Le réseau de soins et de services de première ligne joue un rôle important dans la reproduction des iniquités de santé qui touchent les PNI, parce que certains aspects des soins, dans leur conception et leur fonctionnement, sont un reflet des structures coloniales et des relations de pouvoirs inéquitables qui en découlent (4,5). En 2019, la Commission d'enquête publique sur les relations entre les peuples autochtones et certains services publics au Québec faisait un état des lieux assez complet sur la question, concluant à une forme de « discrimination systémique » dans l'accès et l'utilisation des services pour les personnes des PNI dans la province (6). Ainsi, au manque de continuité dans les services et au sous-financement chronique des services aux PNI, s'ajoutent un manque de services culturellement appropriés et des interactions avec les prestataires de soins marquées par le racisme et la discrimination. Cette situation complexe contribue à alimenter une forme **d'insécurité culturelle** en lien avec les soins et les services de première ligne, qui participe à réduire et nier les droits, les besoins et le bien-être des personnes des PNI.

Cet avis vise à fournir un bref portrait des enjeux d'insécurité culturelle des soins et des services de première ligne vécus par les personnes des PNI au Québec.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Des interactions entre prestataires et usagés teintées par le racisme et la discrimination

Notre réseau de soins et de services sociaux perpétue les processus d'exclusion sociale existant plus largement dans la société, tel que le racisme dont sont l'objet les personnes des PNI (6, 7). Selon une enquête du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) menée en 2018 auprès des personnes autochtones habitant en milieu urbain, 57 % des répondants mentionnaient avoir été victimes de racisme au sein du réseau de la santé et des services publics (8). Une revue de littérature récente (9) recense ainsi plusieurs types de racisme anti-autochtone dans les soins de santé au Canada : le racisme caché (être ignoré, traité différemment des autres personnes), le racisme manifeste (faire l'objet de mots et d'insultes racistes), les stéréotypes (croyances généralisées visant les membres de ces groupes), ainsi que les biais inconscients (préjugés ou stéréotypes qui affectent les décisions des professionnels de manière inconsciente ou involontaire). Plusieurs études ont identifié les biais et les stéréotypes qui touchent les personnes des PNI dans le système de santé au Canada : celles-ci sont injustement perçues comme des cas plus lourds, des patients difficiles, non-coopératifs, négligents, incapables de prendre soin d'eux ou de leur(s) enfant(s), enclins aux comportements pathologiques ou d'abus de substance (5,9-11). Ces stéréotypes sont souvent utilisés par les professionnels de santé comme des justifications pour dévier des protocoles de soins standards et pour offrir des soins sous-optimaux, conduisant à la discrimination dans les soins et les services (10). Celle-ci prend des formes multiples, telles que des temps d'attente plus longs, des interactions cliniques abusives, un sous-référencement, des diagnostics erronés ou manqués et une gestion inappropriée de la douleur (5,10).

En outre, mentionnons qu'en raison de la superposition des structures de vulnérabilité sociale et d'un continuum de violence coloniale qui touche particulièrement les femmes des PNI, celles-ci sont impactées de manière très spécifique par le racisme dans les soins et les services sociaux (11). Ainsi, les femmes des PNI sont l'objet de stéréotypes et biais inconscients très spécifiques en contexte clinique, étant plus susceptibles d'être perçues comme irresponsables, ayant des mœurs légères, des dépendances aux drogues ou à l'alcool, ou présumées travailleuses du sexe (12). Sur la base de ces stéréotypes, les femmes des PNI sont ciblées par des pratiques non éthiques, telles que des tests de dépistage de drogues effectués sans consentement auprès de femmes venues accoucher, ou de la violence obstétricale, y compris des stérilisations imposées (6,11).

Les traitements préjudiciables ou discriminatoires, les micro-agressions et le racisme ont donc des conséquences tout à fait catastrophiques pour les personnes issues des PNI. Ils entraînent notamment une sous-déclaration par ces personnes de leurs symptômes aux professionnels de la santé (menant à des traitements sous-optimaux), une sous-utilisation des services de santé et des besoins de santé non comblés (13,14). Au-delà des effets directs pour la personne qui expérimente le racisme, les expériences personnelles et familiales non sécurisantes entraînent une sous-utilisation des services par l'ensemble de la population autochtone (6). Dans ce contexte, il n'est pas difficile de concevoir que plusieurs personnes des PNI perdent confiance, se désaffilient des institutions et préfèrent ne pas consulter plutôt que de recevoir un traitement préjudiciable ou de vivre une humiliation dans le réseau de la santé et des services sociaux (5).

Des soins et services inadéquats et non-culturellement appropriés

Force est de reconnaître que les services et les soins de première ligne sont principalement ancrés dans une vision occidentale, biomédicale et réductionniste de la santé et des soins, qui s'oppose à celle des personnes des PNI (6). Cette vision, qui met l'accent sur une représentation essentiellement physique de la santé et la maladie, est incompatible avec la représentation de la santé holistique partagée par plusieurs nations autochtones, qui prend en compte des dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle du bien-être, soutenu par la famille et la communauté (15).

Pour plusieurs personnes des PNI, la reconnexion avec la culture et les traditions, qui leur ont été enlevées de force à travers les politiques coloniales, est intégrale à leur processus de guérison (16). De même, les pratiques de santé traditionnelles et l'utilisation de la médecine ou de la pharmacopée traditionnelle font office d'outils essentiels dans la recherche de leur santé et leur bien-être. Dans une étude récente menée avec des personnes Atikamekw (17), les participants ont exprimé le souhait que leur médecine traditionnelle soit reconnue et valorisée au sein du système de santé et que leur choix de l'utiliser, parfois en complément de la médecine occidentale, soit davantage respecté, dans un esprit d'ouverture et de collaboration. D'ailleurs, suivant le Principe de Joyce (18), la sécurité culturelle est indissociable de « la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé ». En outre, une revue de littérature sur le racisme anti-autochtone dans les soins au Canada (9) souligne que le rejet de la médecine, des savoirs ou des cérémonies traditionnelles est une manifestation fréquente de racisme structurel dans les soins et services de santé au Canada.

Par ailleurs, la langue dans laquelle est offerte les soins et les services peut être problématique pour plusieurs personnes des PNI qui ne maîtrisent pas le français ou l'anglais. Si l'accès aux services en langue autochtone est quelques fois possible en milieu autochtone lorsque les programmes d'accès régionaux le permettent, ce n'est toutefois pas la norme (6). Or, des services sécuritaires exigent une communication sécuritaire, ce qui implique non seulement de favoriser la langue du patient dans les interactions par de l'interprétariat médical, mais aussi d'utiliser un langage accessible pour communiquer, permettant de remplir les obligations professionnelles, notamment en lien avec le consentement libre et éclairé.

Étant donné ces constats, il n'est pas étonnant que plusieurs personnes des PNI estiment que les approches de soins et les interventions préconisées dans le réseau de la santé ne répondent pas à leurs besoins (6,8). Plusieurs répondants à l'enquête du RCAAQ ont ainsi affirmé « ne pas avoir tenté d'obtenir des services pour des raisons culturelles ou linguistiques », alors que d'autres estiment que leur besoin n'a pas été adéquatement répondu pour « des motifs liés à leur réalité en tant qu'Autochtones » (8).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Des soins culturellement sécuritaires, pensés par et pour les personnes des PNI, constituent la solution plaidée par les principaux acteurs de ce domaine pour lutter contre le racisme, les discriminations et les relations de pouvoir inéquitables dans le système de santé (18). **Des soins culturellement sécuritaires désignent des soins qui sont prodigués dans le respect des droits, avec équité et en sécurité en fonction des normes culturelles et des valeurs de la personne.** Afin de parvenir à des soins culturellement sécuritaires, l'élément central réside dans le contrôle exercé par les peuples autochtones sur la conception et l'administration des soins et des services de première ligne, permettant de développer des interventions en concordance avec les modes de guérison, les visions du bien-être et les besoins des communautés (8). Ceci met en évidence la nécessité de changements systémiques profonds, capables de transformer les politiques et les pratiques institutionnelles en place, ainsi que l'importance de soutenir l'autodétermination et la résurgence autochtones. Ainsi, la sécurité culturelle ne pourra se réaliser sans l'établissement de liens de confiance et de partenariats égaux entre les institutions sociales et les PNI, misant sur la reconnaissance des droits et de l'expertise des PNI en cette matière.

Récemment, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) déclarait le droit collectif de ces groupes à accéder de manière culturellement sécurisante à tous les services publics (19). Selon l'APNQL, ce droit nécessite : « (a) le droit à des services publics culturellement appropriés; (b) le droit à l'autonomie personnelle et au respect du consentement libre et éclairé; (c) le droit à l'égalité réelle, à la non-discrimination et à la continuité des services; et (d) le droit à un partage équitable de l'assiette fiscale et à un financement adéquat des mesures en matière de sécurisation culturelle. » (19). Nous pensons que la reconnaissance de ces droits constitue une première feuille de route pour adresser cette problématique, qui interpelle directement les valeurs fondatrices de notre réseau de services et de notre société.

RÉFÉRENCES

1. Centre national de collaboration de la santé autochtone, *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : examen de la santé publique autochtone au Canada*. 2012, Centre national de collaboration de la santé autochtone: Prince George, C.B.
2. Gracey, M. and M. King, *Indigenous health part 1: determinants and disease patterns*. The Lancet 2009. **374**(9683): p. 65-75.
3. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. *Social Determinants of Health*. 2015 [cited 2020 May 11th]; Available from: http://www.nccah-cnnsa.ca/28/Social_Determinants.nccah.
4. Turpel-Lafond, M.E. and H. Johnson, *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. BC Studies: The British Columbian Quarterly, 2021(209): p. 7-17.
5. National Collaborating Centre for Aboriginal Health, *Indigenous experiences with racism and its impacts*. 2014, Authors: Prince Georges,.
6. Viens, J., Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final. 2019, Gouvernement du Québec: Québec. p. 520.
7. Kamel, G., Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan. 2021, Bureau du coroner: Québec, CA. p. 28.
8. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : Portrait de la situation au Québec*. 2018, RCAAQ: Wendake,.
9. Cooke, M. and T. Shields, *Anti-Indigenous racism in Canadian healthcare: A scoping review of the literature*. International Journal for Quality in Health Care, 2024. **36**(3): p. mzae089.
10. Harding, L., What's the harm? Examining the stereotyping of Indigenous Peoples in health systems, in Faculty of Education. 2018, Simon Fraser University: Burnaby, B.C. p. 150.
11. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec [rapport de recherche]*. 2022, CSSSPNQL,: Wendake. p. 76.
12. Boyer, Y. and J. Bartlett, External review: Tubal ligation in the Saskatoon health region: The lived experience of Aboriginal women. Saskatoon: Saskatoon Health Region, 2017.
13. Allan, B. and J. Smylie, *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. 2015, The Wellesley Institute: Toronto, ON.
14. Kitching, G.T., et al., Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. Canadian Journal of Public Health, 2020. **111**(1): p. 40-49.
15. Tanner, B.C., *Assessing Wellness Using a Medicine Wheel Framework: a Cross-Sectional Study of Stress and Resilience in a First Nation Community in Ontario, Canada*. 2020, The University of Western Ontario (Canada).

16. Gone, J.P., Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for indigenous culture as mental health treatment. *Transcultural psychiatry*, 2013. **50**(5): p. 683-706.
17. Tremblay, M.C., et al., Uncovering Atikamekw Health-Care Needs and Perspectives on Cultural Safety. *Canadian Journal of Public Health*, Submitted.
18. Conseil des Atikamekw de Manawan and Conseil de la Nation Atikamekw, Principe de Joyce : Mémoire présenté par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw. 2020, CDAM, CNA,: Manawan, QC.
19. Assemblée des Premières Nations du Québec-Labrador, Déclaration sur les droits des Premières Nations à l'autodétermination et à la sécurisation culturelle. 2023, APNQL,: Wendake.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics :
https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97224
- Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : Portrait de la situation au Québec :
https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Montreal_FR.pdf
- Rapport d'enquête publique concernant le décès de Joyce Echaquan :
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4645546>
- Consentement libre et éclairé : Stérilisations imposées des femmes des Premières Nations et Inuit au Québec : <https://cssspnql.com/produit/consentement-libre-et-eclairer-et-les-sterilisations-imposees-de-femmes-des-premieres-nations-et-inuit-au-quebec/>

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.