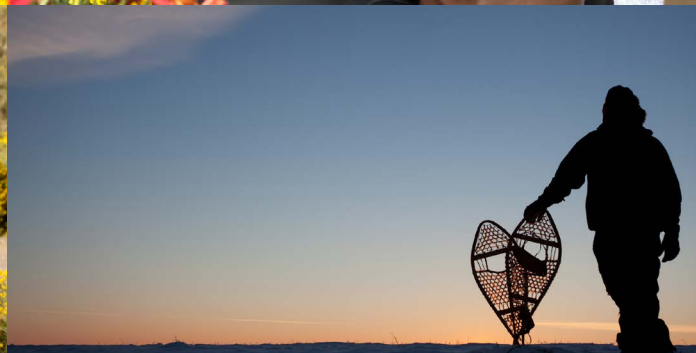


THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts

Groupe de travail sur la santé autochtone

DOCUMENT D'INFORMATION

Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts

Préparé par le Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des médecins indigènes du Canada.

Auteurs principaux : Andrew Leyland, Janet Smylie, Madeleine Cole, Darlene Kitty, Lindsay Crowshoe, Veronica McKinney, Michael Green, Sarah Funnell, Simon Brascoupé, Joanne Dallaire, Artem Safarov.



Février 2016



Table des matières

Introduction	1
Le cas de Brian Sinclair	1
Clarification des termes	1
Qu'est-ce que le racisme systémique?	2
Comment le racisme systémique influence-t-il la santé des patients et des populations?	3
Ce que vous pouvez faire à ce sujet.....	4
Dans votre pratique clinique	4
Dans votre communauté	5
En matière d'éducation et de développement professionnel continu (DPC)	5
Pour la défense des droits des Autochtones en collaboration avec d'autres organismes autochtones	5
Références	6



Les médecins de famille savent que pour promouvoir la santé, ils doivent avoir avec leurs patients une relation empreinte de confiance, de compassion et de respect mutuel. Cet objectif n'est pas toujours atteint avec les patients autochtones et leurs proches. Le racisme systémique a été reconnu comme un obstacle majeur aux bonnes relations entre les médecins et les patients autochtones, et à la prestation des meilleurs soins aux populations autochtones.¹ Ce guide concis à l'intention des médecins vous aide à mieux comprendre le rôle que joue le racisme systémique dans la détermination de l'expérience clinique d'un patient autochtone, et ce que vous pouvez faire à ce sujet. En tant que patients autochtones, médecins autochtones et alliés, nous vous interpellons pour nous aider à résoudre ce problème omniprésent et préjudiciable.

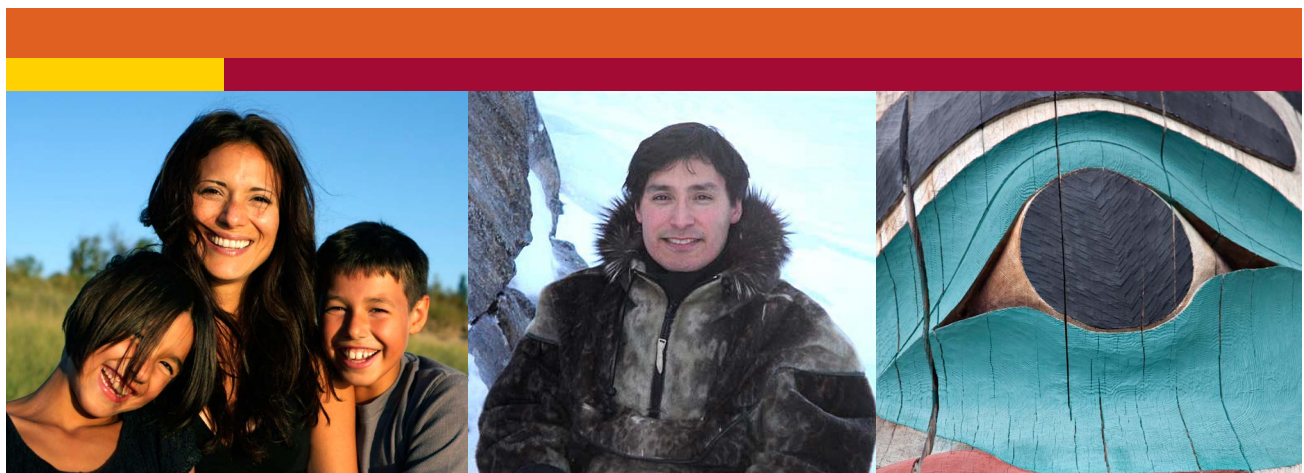
Le cas de Brian Sinclair

Tiré de Grandmother Madeleine Ktskwew Dion Stout of the Well Living House Grandparents Counsel; in Allan B, Smylie J. *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada*. Toronto, ON: Wellesley Institute; 2015.

Le racisme dans le système de soins de santé canadien peut être fatal. Cette réalité est très claire dans le cas de Brian Sinclair, un homme autochtone de 45 ans qui s'est présenté à l'urgence du *Health Sciences Centre* de Winnipeg en 2008. M. Sinclair avait été envoyé à l'urgence par un médecin de sa communauté pour une infection de la vessie. Pendant qu'il attendait, M. Sinclair a vomi sur lui-même à plusieurs reprises, et d'autres patients de l'urgence ont demandé aux infirmières et aux gardes de sécurité de s'occuper de lui.²³ Après une attente de 34 heures, M. Sinclair est décédé de l'infection de la vessie dans la salle d'attente sans jamais avoir reçu de traitement. La famille Sinclair, leur conseiller juridique et les chefs autochtones locaux ont réclamé une enquête provinciale sur cette affaire afin d'examiner sérieusement de quelles façons l'origine ethnique de M. Sinclair, son handicap (M. Sinclair était un double amputé et souffrait de troubles cognitifs) et son statut social ont influencé l'absence de traitement et son décès subséquent.⁴ En février 2014, la famille Sinclair s'est retirée de l'enquête provinciale parce qu'elle était frustrée que la question du rôle du racisme systémique n'ait jamais été examinée et abordée relativement au décès, ainsi qu'au traitement des populations autochtones dans les établissements de soins de santé à une échelle plus globale.⁵

Clarification des termes

Autochtone est un terme constitutionnel créé par le gouvernement canadien qui désigne collectivement trois groupes : les Amérindiens (que l'on appelle couramment les Premières nations), les Métis et les Inuits.⁶ Dans ce document, nous employons le terme **Autochtone** de façon inclusive pour décrire les premiers peuples, ou les peuples dont les ancêtres ont vécu pendant des millénaires sur les terres maintenant connues comme sous le nom de Canada avant la colonisation européenne. Notre utilisation de ce terme permet aux individus et collectifs d'exercer leur droit à l'autodétermination dans leur identité en fonction de leurs expériences, de leurs liens de parenté et de leurs liens à la terre. Cette approche d'autodétermination en matière d'identité est plus utile dans un contexte clinique, étant donné qu'elle est plus susceptible d'inclure et de représenter les patients qui ont été touchés par la colonisation et le racisme systémique.



Qu'est-ce que le racisme systémique?

Quand on pense au racisme, on fait souvent référence au racisme interpersonnel ou relationnel — quand des personnes vivent une forme quelconque de discrimination à un niveau personnel dans leur vie de tous les jours. Cela peut signifier être traité différemment ou moins bien que d'autres et aller jusqu'à des formes manifestes de violence. Cela peut être intentionnel ou non intentionnel. Nous nous attendons à ce que les médecins et les autres professionnels de la santé conservent une attitude professionnelle et dénoncent la discrimination flagrante dont ils sont témoins dans leur milieu de travail. Malgré ces attentes, le racisme interpersonnel non intentionnel est un problème répandu dans les établissements de soins de santé. Il peut être difficile à régler et à prendre en charge parce qu'il arrive souvent qu'on ne soit pas au courant qu'il existe. Les études ont montré que la vaste majorité des médecins aux États-Unis, par exemple, effectuent des associations positives implicites significativement plus élevées avec les patients qu'ils perçoivent comme étant de race blanche comparativement à ceux qu'ils considèrent de race noire.⁷ Ce type de parti pris ou de préférence raciale a été associé à un traitement différent par les médecins, même quand le médecin est explicitement moralement opposé au racisme. Pour les peuples autochtones au Canada, le racisme non intentionnel se manifeste couramment sous forme d'hypothèses erronées (basées sur des stéréotypes négatifs) concernant les comportements liés à la santé des patients ou les diagnostics. Dans le cas de M. Brian Sinclair, les hypothèses erronées selon lesquelles il était en état d'ébriété et/ou itinérant se sont avérées mortelles.



Pour comprendre le **racisme systémique**, il faut examiner l'émergence d'une race comme un ensemble défini de catégories au même moment que les nations européennes ont commencé à coloniser d'autres continents.⁸ L'établissement de gouvernements coloniaux dépendait de la légitimité de l'idée que les peuples autochtones constituaient une race séparée et inférieure, et a renforcé cette idée.⁹

Mais pourquoi cela a-t-il encore de l'importance? L'histoire de notre pays est la somme des actions totales qui nous ont menés jusqu'au moment présent et elle a des répercussions sur tout le cadre autour duquel s'articule notre société. Dans le rapport final de vérité et réconciliation récemment publié, la Commission écrit :

Pendant plus d'un siècle, les objectifs centraux de la politique indienne du Canada étaient les suivants : éliminer les gouvernements autochtones, ignorer les droits des Autochtones, mettre fin aux traités conclus et, au moyen d'un processus d'assimilation, faire en sorte que les peuples autochtones cessent d'exister en tant qu'entités légales, sociales, culturelles, religieuses et raciales au Canada.¹⁰

Ces politiques ont eu pour conséquence de créer une société où un groupe social a un accès disproportionné au pouvoir et aux ressources de la société, ce qui entraîne des inégalités évitables et injustes entre ces groupes — ou du racisme systémique envers les peuples autochtones.¹ Ce déséquilibre de pouvoir et de ressources est maintenu à cause du traitement inéquitable en vertu de la loi et des politiques et règlements injustes. Il se manifeste couramment dans des contextes d'exclusion sociale ou d'isolation qui limitent ou empêchent la participation politique, économique et sociale, ou l'accès et la participation à d'autres systèmes sociaux, comme l'éducation et la santé.¹¹

Le racisme interpersonnel ou relationnel contribue à la perpétuation du racisme systémique. Par exemple, on a montré que les peuples autochtones en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande sont moins susceptibles que les groupes témoins non autochtones d'avoir un accès rapide à une coronarographie et/ou une revascularisation à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, malgré une prévalence élevée de maladie. Cet exemple de racisme systémique a été lié à une étude effectuée en Nouvelle-Zélande sur les lacunes sous-jacentes à la compréhension de l'expérience des patients maoris par les professionnels de la santé. Des problèmes d'accès aux soins de santé

et de mauvaise communication entre le professionnel de la santé et le patient faisaient en sorte que les patients n'obtenaient pas un traitement optimal.¹² Les professionnels de la santé posaient involontairement des hypothèses erronées qui jetaient le blâme sur leurs patients maoris, ce qui constitue un exemple de racisme interpersonnel ou relationnel. Quand les fournisseurs de soins de santé ont été informés des résultats de l'étude, ils ont voulu améliorer leurs compétences culturelles.

Comment le racisme systémique influence-t-il la santé des patients et des populations?

Les répercussions du racisme systémique sont omniprésentes au sein des collectivités autochtones. Nous avons donné des exemples de la façon dont fonctionne le racisme à des niveaux interpersonnels et systémiques. Les facteurs de causalité à l'origine du racisme et de ses conséquences négatives sont complexes, étroitement liés et profondément ancrés dans divers systèmes, notamment les systèmes économique, politique et psychosocial.¹³ Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de la façon dont le racisme systémique entraîne des inégalités en matière de santé qui reflètent l'important désavantage auquel sont confrontées les collectivités et personnes autochtones du Canada :

- **Politiques coloniales** : Les pensionnats obligatoires, la déclaration d'illégalité des rassemblements et cérémonies autochtones, le déplacement forcé des collectivités, et la législation discriminatoire sur la protection de l'enfance ont eu des répercussions durables et intergénérationnelles sur la santé mentale, les relations familiales, ainsi que sur la langue et la culture autochtone.²⁰ Le sommaire du rapport de la Commission de vérité et réconciliation fournit d'importants récits, une description détaillée des répercussions historiques et continues des politiques coloniales, et des recommandations de mesures à prendre.¹⁰
- **Choix limité d'aliments sains** : La dépossession de terres traditionnelles a eu pour effet de modifier l'économie traditionnelle et de limiter l'accès à des aliments traditionnels; les peuples autochtones qui vivent en milieu urbain, rural et dans les régions isolées ont souvent un manque d'accès à des aliments sains et nourrissants abordables.^{11,14}
- **Conditions de vie inadéquates** : Les peuples autochtones en milieu urbain, rural et dans des collectivités isolées vivent dans des conditions et des logements inappropriés. Par exemple, les peuples de l'Inuit Nunangat connaissent des problèmes de surpeuplement des logements et souffrent de troubles respiratoires à cause de la mauvaise qualité des logements, ce qui entraîne des taux élevés d'infection tuberculeuse comparativement à la population générale du Canada.²¹ Les membres des Premières nations qui habitent dans la ville d'Hamilton connaissent des problèmes de surpeuplement des logements 24 fois plus importants que la population canadienne générale.¹⁴
- **Soins de santé de qualité inférieure** : En plus de ne pas avoir le même accès à l'imagerie cardiaque en soins de courte durée et à l'intervention mentionnée ci-dessus, les études décrivent des taux élevés de racisme interpersonnel perçu envers les patients autochtones de la part des fournisseurs de soins de santé dans tous les établissements de soins de santé. Des expériences liées au racisme, notamment le traitement injuste, ont été rapportées dans plusieurs enquêtes menées auprès des Autochtones, dans plusieurs zones géographiques, avec des taux de prévalence allant de 39 % à 78 %.^{14, 15, 16, 17, 18} Dans une étude canadienne, cette situation était tellement grave que les patients autochtones élaboraient une stratégie sur la façon de gérer le racisme avant d'aller consulter à l'urgence.¹⁹



Ce que vous pouvez faire à ce sujet

Vous pouvez agir à plusieurs niveaux :

Dans votre pratique clinique

Une façon pour les médecins de famille d'établir une relation de confiance durable avec les patients autochtones est de s'engager à offrir des **soins culturellement appropriés**. Ceci fait ressortir l'importance de porter une attention particulière et d'adopter des mesures concrètes pour gérer les dynamiques de pouvoir entre les utilisateurs et les fournisseurs de services. La mise en place de soins culturellement appropriés exige que :

- la façon d'être et le « moyen de savoir » du patient soient respectés comme valables
- le patient est un partenaire dans le processus décisionnel relativement à ses soins
- le patient détermine si les soins reçus sont culturellement appropriés²²

On a démontré que la réflexion sur soi concernant ses propres préjugés et stéréotypes est une compétence de base qui peut être apprise et qui facilite la création de relations culturellement appropriées.²³ Une approche est de commencer à regarder d'un œil critique la généralisation dans la vie quotidienne (p. ex., dans les médias). Pour commencer, les cliniciens pourraient se poser les questions suivantes :

- Comment percevez-vous les personnes autochtones où vous travaillez/habitez actuellement?
- Où avez-vous obtenu cette information?
- Pouvez-vous cerner des préjugés ou stéréotypes potentiels dans cette source d'information?

Développer sa capacité à offrir des soins culturellement appropriés est un processus d'apprentissage à vie qui nécessite une réflexion sur soi et des changements de comportement positifs. Des années peuvent être nécessaires pour développer totalement la capacité d'avoir des interactions culturellement appropriées avec les patients autochtones.²⁴ Des cours de formation en sécurité culturelle, comme ceux offerts en ligne par **l'Autorité sanitaire provinciale de la Colombie-Britannique**, peuvent constituer un bon point de départ pour l'amélioration continue de vos habiletés cliniques dans ce domaine.



Dans votre communauté

Les médecins de famille peuvent établir des contacts et créer des partenariats durables avec les organismes autochtones locaux, qui se trouvent non seulement dans les collectivités principalement autochtones en milieu rural ou en régions éloignées, mais aussi dans presque toutes les grandes villes du pays. Les médecins peuvent réfléchir au rôle de leur pouvoir professionnel et institutionnel en contribuant à la prestation de soins culturellement appropriés ou en modifiant des soins qui ne sont pas culturellement appropriés au sein de leur collectivité.

Cerner les besoins de votre communauté peut aussi avoir une incidence sur la composition de votre équipe de soins primaires. En fonction des caractéristiques de la population que dessert votre pratique, l'ajout dans l'équipe de travailleurs sociaux, de nutritionnistes et d'autres professionnels de la santé pourrait améliorer votre capacité à répondre aux besoins de la communauté.

En matière d'éducation et de développement professionnel continu (DPC)

Les médecins de famille du milieu universitaire et les éducateurs peuvent introduire la notion **des soins de santé qui tiennent compte des traumatismes** en expliquant les conséquences des politiques coloniales sur les Autochtones et la façon dont elles sont liées aux services médicaux offerts aujourd'hui et par le passé aux personnes autochtones. Il existe aussi un besoin pour un cursus médical préconisant une approche dénuée de racisme et d'oppression, et qui traite des inégalités en matière de santé, des déterminants sociaux de la santé et des pensionnats dans un environnement clinique.

Défense des droits des Autochtones et collaboration avec d'autres organismes autochtones

Si vous souhaitez revendiquer une plus grande équité en matière de santé pour les Autochtones, vous pouvez prêter main-forte à l'un des nombreux organismes gérés par des Autochtones qui militent avec les collectivités touchées et en leur nom. Des groupes comme **l'Association des médecins indigènes du Canada**, **l'Assemblée des Premières nations**, **Le Ralliement national des Métis**, et **l'Inuit Tapiriit Kanatami** pourraient grandement bénéficier de votre expertise et de votre coup de main pour appuyer leur travail continu. En tant que médecins, vous pouvez aussi revendiquer une plus grande attention et un meilleur financement de la recherche sur la santé des Autochtones. Les médecins de famille peuvent aussi collaborer avec les conseils tribaux régionaux et les zones touchées par les traités afin de s'assurer que les intérêts des collectivités et patients autochtones sont respectés et satisfaits.



Exemples d'organisations autochtones locales, régionales et nationales

Anishnawbe Health Toronto

www.aht.ca

Autorité sanitaire des Premières nations

(Vancouver)

www.fnha.ca

Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (Ontario)

Exemples : Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre, Anishnawbe Mushkiki, Gizhewaadizwin Health Access Centre
<http://www.aohc.org/fr/CASSA>

Vancouver Native Health Society

www.vnhs.net/home

Wabano Centre for Aboriginal Health (Ottawa)

www.wabano.com

Pauktuutit Inuit Women of Canada

pauktuutit.ca

Inuit Tapiriit Kanatami

www.itk.ca

Akausivik Inuit Family Health Team (Ottawa)

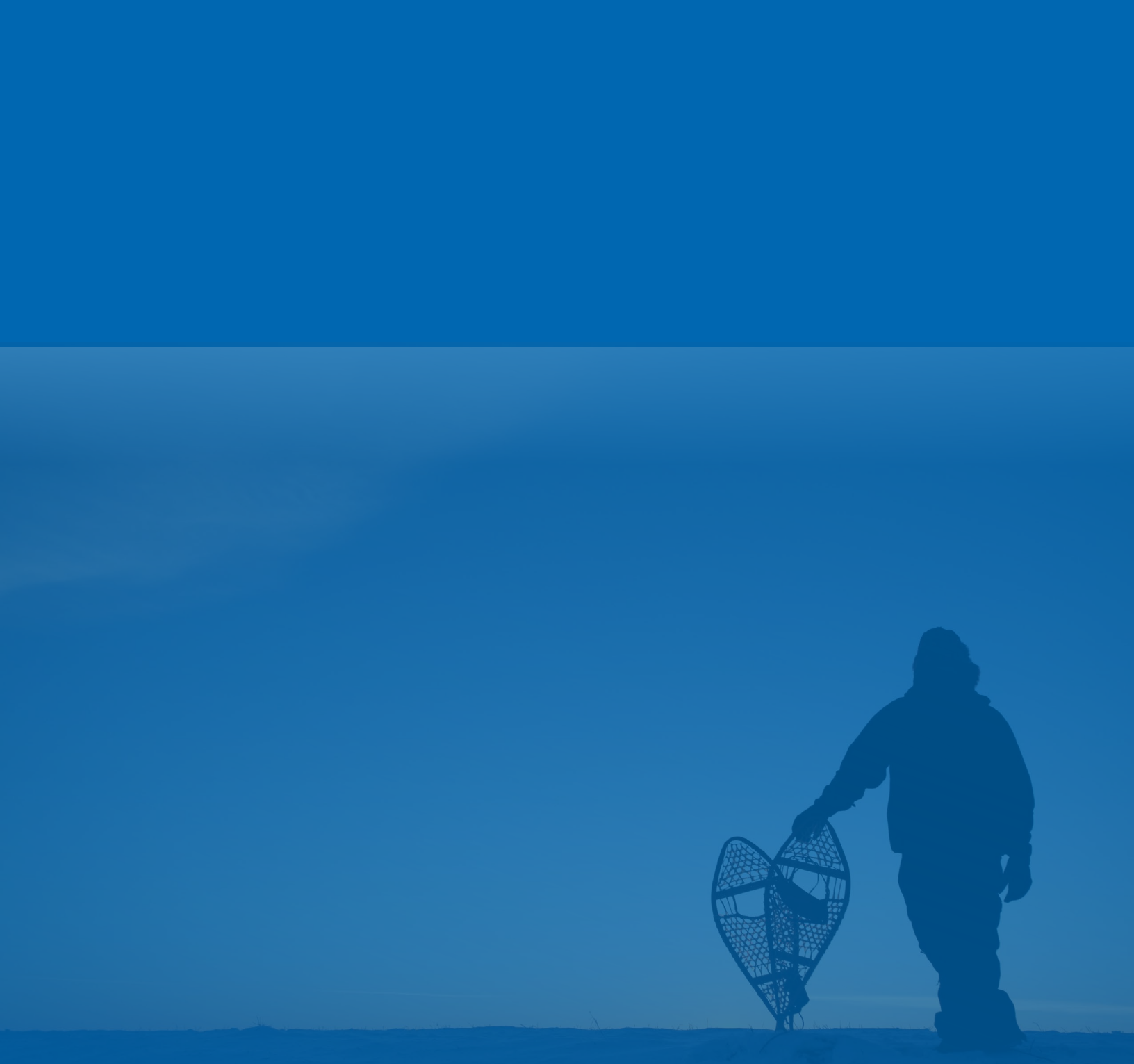
www.aifht.ca

Fédération des Métis du Manitoba

www.mmf.mb.ca

Références

1. Allan B, Smylie J. *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada*. Toronto (Ontario) : Institut Wellesley; 2015.
2. Puxley C. Woman in ER where man died after lengthy wait says it was obvious he needed help. *MacLean's* 2013 October. www.macleans.ca/general/woman-in-er-where-man-died-after-lengthy-wait-says-it-was-obvious-he-needed-help/. Date de consultation : le 18 août 2015.
3. Puxley C. Woman tells inquest she tried to get nurses to check on man in Winnipeg ER. *MacLean's* 2013 October. www.macleans.ca/general/woman-tells-inquest-she-tried-to-get-nurses-to-check-on-man-in-winnipeg-er/. Date de consultation : le 18 août 2015.
4. Puxley C. Brian Sinclair inquest to look at hospital backlogs; man died after 34-hour ER wait. *CTV News* 2014 January. www.ctvnews.ca/canada/brian-sinclair-inquest-to-look-at-hospital-backlogs-man-died-after-34-hour-er-wait-1.1618464. Date de consultation : le 18 août 2015.
5. Sinclair R. Statement of Robert Sinclair re: withdrawal of Sinclair Family from Phase 2 of the Brian Sinclair inquest. 2014 February. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/8827767/2014-12-12%20STATEMENT%20OF%20ROBERT%20SINCLAIR.pdf>.
6. Smylie J. Indigenous child health in Canada. In: Michalos AC, ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Vol Dodrecht, Netherlands: Springer Reference; 2014. www.researchgate.net/profile/Karen_Hamrick/publication/273447872_Time_Poverty_Thresholds_in_the_USA/links/5509eb0f0cf26198a639d508.pdf. Date de consultation : le 21 juillet 2015.
7. Blair IV, Steiner JF, Fairclough DL, et coll. Clinicians' implicit ethnic/racial bias and perceptions of care among black and Latino patients. *Ann Fam Med* 2013;11(1):43-52. doi:10.1370/afm.1442.
8. Loppie S, Reading C, de Leeuw S. L'effet du racisme sur les autochtones et les conséquences. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone* 2014. www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExperiencesImpacts_FR_Web.pdf. Date de consultation : le 21 juillet 2015.
9. Smedley A. *Race in North America: Origin and Evolution of a Worldview*. Vol 2. 2^e éd. Boulder, CO : Westview Press; 1999.
10. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. 2015. www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/French/French_Executive_Summary_Web.pdf. Date de consultation : le 21 juillet 2015.
11. Loppie Reading C, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone* 2009. www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_FR_web.pdf. Date de consultation : le 21 juillet 2015.
12. Kerr S, Penney L, Barnes HM, McCreanor T. Kaupapa Maori Action Research to improve heart disease services in Aotearoa, Nouvelle-Zélande. *Ethn Health* 2010;15(1):15-31. doi:10.1080/13557850903374476.
13. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, Institute of Medicine (US). Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
14. Bombay A, Matheson K, Anisman H. The intergenerational effects of Indian residential schools: implications for the concept of historical trauma. *Transcult Psychiatry* 2014;51(3):320-338.
15. Smylie J, Firestone F, Cochran L, et coll. *Our Health Counts: Urban Aboriginal Health Database Research Project. Community Report: First Nations Adults and Children*. Toronto, ON; 2011. www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/our-health-counts-report.pdf. Date de consultation : le 12 août 2015.
16. Kulmann K, Richmond C. Addressing the persistence of tuberculosis among the Canadian Inuit population: the need for a social determinants of health framework. *Int Indig Policy J* 2011;2(1). <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol2/iss1/1>.
17. McCaskill D, Fitzmaurice K. U *Commission d'étude sur les Autochtones vivant en milieu urbain, rapport final*. Commandé par les Ontario Federation of Indian Friendship Centres, l'Association des Métis autochtones de l'Ontario et la Ontario Native Women's Association. 2007. <http://oifc.org/sites/default/files/docs/UATFOntarioFinalReport.pdf>. Consulté le 13 octobre 2015.
18. First Nations Centre. *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*. Ottawa (Ontario) : auteur, 2003.
19. McCaskill D, Fitzmaurice K, Cidro J. *Toronto Aboriginal Research Project, Final Report*. Toronto (Ontario) : Toronto Aboriginal Support Services Council, 2011.
20. EKOS Research Associates, Inc. *Survey of First Nations People Living Off-reserve, Métis and Inuit –Final Report*. Ottawa (Ontario) : Affaires autochtones et du Nord Canada, 2006.
21. Brown AJ. Seeking health care at emergency departments: access issues affecting Aboriginal people. *Visions* 2008;5(1):24-25.
22. DeSouza R. Wellness for all: the possibilities of cultural safety and cultural competence in New Zealand. *J Res Nurs* 2008;13(2):125-135.
23. Devine PG, Forscher PS, Austin AJ, Cox WTL. Long-term reduction in implicit race bias: a prejudice habit-breaking intervention. *J Exp Soc Psychol* 2012;48:1267-1278.
24. Walker R, St. Pierre-Hansen N, Cromarty H, Kelly L, Minty B. Measuring cross-cultural patient safety: identifying barriers and developing performance indicators. *Healthc Q* 2010;13(1):64-71. doi:10.12927/hcq.2013.21617.



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA