



**FMEQ**

Fédération médicale  
étudiante du Québec

# SANTÉ AUTOCHTONE, SÉCURISATION CULTURELLE ET REPRÉSENTATION: PERSPECTIVE DE LA RELÈVE MÉDICALE

Mémoire présenté dans le cadre de la  
Journée d'action politique 2022 de la  
Fédération médicale étudiante du  
Québec



Publié le 14 mars 2022  
Fédération médicale étudiante du Québec  
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510  
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant: [politique@fmeq.ca](mailto:politique@fmeq.ca)

## Sous la direction de

**Vanessa Bisson-Gervais**, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec  
**Élise Girouard-Chantal**, étudiante en médecine, Université McGill

## Rédigé par

Sara Abdessamie, étudiante en médecine, Université McGill  
Marie Bastin, représentante aux affaires externes de l'Association des étudiants et étudiantes en médecine de l'Université de Montréal au campus Trois-Rivières  
Adam Benabdesselam, représentant aux affaires externes de l'Association des étudiants et étudiantes en médecine de l'Université de Montréal au campus Montréal  
Eugénie Cloutier, étudiante en médecine, Université Laval  
Liam Cooper-Brown, étudiant en médecine, Université McGill  
Shadi Hadj-Youssef, étudiant en médecine, Université McGill  
François-Pierre Marcoux, président d'IFMSA-Québec, délégué aux affaires internationales et communautaires, Fédération médicale étudiante du Québec  
Alexandru Panaitescu, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke  
Sophie-Anne Savard, étudiante en médecine, Université de Montréal  
Katherine Tanguay, représentante aux affaires externes du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

## Révision et mise en page

**Francine Auger**, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec  
**Vanessa Bisson-Gervais**, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec  
**Élise Girouard-Chantal**, étudiante en médecine, Université McGill

## Remerciements

**Dre. Anne-Sophie Thommeret-Carrière**, médecin de famille spécialisée en médecine des toxicomanies, Conseillère pédagogique pour l'Université de Montréal au Programme des Facultés de médecine pour les Premières Nations et Inuit du Québec, Responsable du cursus longitudinal en santé autochtone à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

**Dre. Marie-Noelle Caron**, médecin spécialiste en santé publique, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

**M. Alex McComber**, Professeur associé du département de médecine de famille à la faculté de Médecine de l'Université McGill

Un merci tout particulier aux étudiants et résidents autochtones en médecine pour leur participation au groupe de discussion focalisé ayant mené à l'étude qualitative sur la représentation autochtone en santé et les barrières d'accès aux études médicales.

<b>PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QC</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>RETOUR SUR L'ACTUALITÉ</b>	<b>7</b>
Commission de vérité et réconciliation du Canada	7
Commission Viens	8
Le Principe de Joyce	10
Déterminants de la santé	11
<b>COUVERTURE MÉDICALE</b>	<b>12</b>
<b>Soins et services</b>	<b>12</b>
Services pharmaceutiques	13
Fournitures et équipements médicaux	13
<b>DISPARITÉS EN SANTÉ</b>	<b>14</b>
Discrimination et racisme systémique	14
Accessibilité aux soins de santé	15
En communautés rurales	15
En centres urbains	16
Rôle de la télémédecine	18
Qualité des soins	18
<b>REPRÉSENTATION AUTOCHTONE DANS LES PROFESSIONS EN SANTÉ</b>	<b>20</b>
Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuit au Québec	20
Groupe de discussion focalisé portant sur les barrières d'accès aux études en médecine	20
<b>Formation des professionnels de la santé aux enjeux autochtones</b>	<b>23</b>
Résumé des programmes de médecine	23
Université McGill	23
Université de Montréal	23
Université de Sherbrooke	24
Université Laval	24
Sondage auprès des étudiants en médecine	24
Portrait de la satisfaction étudiante envers le contenu pédagogique et l'exposition clinique traitant d'enjeux de santé autochtone	24
<b>RECHERCHE EN SANTÉ AUTOCHTONE</b>	<b>26</b>
Financement des projets liés à la santé autochtone	26
Sous-représentation des communautés autochtones dans le domaine de la recherche	27
Priorités de recherche des communautés autochtones	28
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>30</b>
<b>Annexe 1 - Groupe de discussion focalisé (méthodologie et résultats)</b>	<b>32</b>
<b>Annexe 2 - Sondage satisfaction étudiante sur les cursus en santé autochtone des facultés de médecine</b>	<b>38</b>

## **PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QC**

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académique, social, politique et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organes et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les sept campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

## INTRODUCTION

L'équité au sein de notre système de santé est une valeur importante chez les étudiants en médecine du Québec. Depuis trop longtemps, nous sommes témoins de situations déplorables où le droit fondamental à la santé chez les différentes communautés autochtones du Québec est bafoué. La prise de conscience collective des dernières années et le militantisme de plusieurs regroupements autochtones ont contribué à une réflexion au sein des facultés de médecine, de notre gouvernement et de nos institutions de santé. La relève médicale tient à faire partie de la solution et le présent mémoire s'inscrit dans cet engagement continu envers la diversité, l'équité et l'inclusion.

La FMEQ ne prétend pas prendre parole pour les 11 nations autochtones du Québec. Nous souhaitons par ailleurs souligner le manque de représentation autochtone au sein de l'équipe de rédaction de ce mémoire, de même que sur le conseil exécutif de la FMEQ et des différents comités qui composent la fédération. Nous avons entrepris des initiatives pour corriger la situation, notamment avec la création d'un comité Équité, Diversité et Inclusion (EDI). Qui plus est, en janvier 2022, la FMEQ a adopté le Principe de Joyce à titre de position officielle. Cette adoption visait à ancrer le discours de notre fédération sur les enjeux autochtones dans le respect des revendications autochtones en matière de santé et de services sociaux. La relève médicale étudiante se donne la responsabilité de répondre aux appels à l'action émis par les communautés autochtones; le présent mémoire s'inscrit directement dans cette démarche.

Par ailleurs, bien que la FMEQ emploie le terme Autochtone pour désigner à la fois les Premières Nations et les Inuit, nous tenons à souligner d'emblée les particularités propres à chacune des 11 nations autochtones du Québec en termes de langue, de culture et d'histoire. L'usage du terme Autochtone a pour but d'uniformiser certains des problèmes vécus par nombres de communautés autochtones, de même que par les personnes vivant hors-communauté, afin de faciliter le travail de plaidoyer.

La représentation adéquate et respectueuse des points de vue autochtones sur les questions de santé et de services sociaux était primordiale à la rédaction de ce mémoire. Sans avoir fait une consultation exhaustive dans toutes les communautés et organisations autochtones du Québec, la FMEQ a interrogé plusieurs étudiants autochtones, professeurs en santé autochtones et travailleurs autochtones du milieu de la santé. Ce travail de recension et de recueil de témoignages avait pour but d'assurer l'authenticité et la validité des informations mises de l'avant par le mémoire.

Le présent mémoire traite des événements d'actualités autochtones les plus récents tel que la Commission Viens et la mort de Joyce Echaquan, discute des disparités en santé entre personnes allochtones et Autochtones, souligne les obstacles à la représentation autochtone dans les professions en santé, résume les différents cursus en santé autochtone offerts par les facultés de médecine du Québec et aborde les enjeux de recherche en santé autochtone. Le mémoire conclut sur une liste de plusieurs recommandations adressées aux élus de l'Assemblée nationale du Québec, de même qu'aux facultés de médecine du Québec.

L'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. De même, la FMEQ a fait le choix d'employer le mot Inuit/inuit avec un accord invariable en genre et en nombre dans ce texte afin de respecter l'emprunt de ce mot à l'Inuktitut et la préférence des organisations autochtones à cet effet. L'OQLF précise d'ailleurs que l'accord invariable peut être utilisé dans la documentation spécialisée, de même qu'à la préférence de l'interlocuteur<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Office québécois de la langue française, *Désignation de peuples autochtones*, (2021), [http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit\\_bdl.asp?id=5335](http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=5335).

## RETOUR SUR L'ACTUALITÉ

Le mémoire actuel s'inscrit dans un contexte où la prise de conscience entourant le racisme et la discrimination envers les Autochtones prend une place grandissante dans les médias québécois, dans les réseaux sociaux et à l'Assemblée nationale du Québec dans les dernières années<sup>2,3,4</sup>. Pour tenter de résumer cette introspection sociétale en ce qui concerne le système de santé et la santé des Autochtones au Québec, nous nous pencherons brièvement sur l'actualité ayant défini le climat législatif et politique actuel entourant cet enjeu.

### Commission de vérité et réconciliation du Canada

Depuis les années 1980, partout au Canada, d'anciens élèves victimes des violences et traumatismes des « pensionnats indiens » poursuivent le gouvernement canadien pour dédommagement<sup>5</sup>. Les recours se sont multipliés jusqu'en novembre 2005, au moment où un accord de principe a été négocié entre le Canada, l'Assemblée des Premières Nations, des représentants inuit, ainsi que des représentants du clergé. Cet accord est devenu la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (CRRPI) et est entré en vigueur en septembre 2007<sup>6</sup>. Entre autres, la CRRPI a réglé les recours collectifs et individuels par « paiement d'expérience commune »<sup>7</sup> et a lancé la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR), active de juin 2008 à décembre 2015, date de publication de son rapport final<sup>8</sup>. Les objectifs<sup>9</sup> auxquels a dû répondre la CVR comprenaient de témoigner de l'histoire des pensionnats autochtones, de produire un rapport incluant des recommandations au gouvernement canadien concernant les machinations des pensionnats et leurs conséquences, ainsi que de sensibiliser le public à la réalité et aux impacts du système de pensionnats.

La Commission a abouti sur 94 appels à l'action, dont sept se portant directement au domaine de la santé, que le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en œuvre<sup>10</sup>. Les recommandations en matière de santé touchent les deux paliers gouvernementaux, ainsi que les programmes d'enseignement en sciences de la santé. Ces recommandations incluent notamment l'adoption et la promotion de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, l'abolition des inégalités en santé entre les Autochtones et les personnes allochtones, la valorisation et l'utilisation des pratiques de guérison autochtones, l'augmentation du nombre de professionnels de la santé autochtones et la formation de tous les professionnels de la santé en matière de compétences culturelles<sup>11</sup>.

---

<sup>2</sup> Nazila Bettache et Samir Shaheen-Hussain, *Le racisme systémique a tué Joyce Echaquan*, *La Presse*, 3 octobre, 2020. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-10-03/le-racisme-systemique-a-tue-joyce-echaquan.php>.

<sup>3</sup> Québec. Assemblée nationale du Québec, *Conférence de presse de M. Benoit Charette, ministre responsable de la Lutte contre le racisme, M. Ian Lafrenière, ministre responsable des Affaires autochtones, et M. Christopher Skeete, adjoint parlementaire du ministre responsable de la Lutte contre le racisme*, 9 décembre 2021, 13 h (2021). <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-80311.html>.

<sup>4</sup> Québec. Assemblée nationale du Québec, *Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre*, 5 octobre 2021, 13 h 15 (2021). <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-77251.html>.

<sup>5</sup> Tabitha Marshall, *Convention de règlement relative aux pensionnats indiens*, dans « L'Encyclopédie canadienne », dir. Eli Yarhi (Historica Canada, 2013), consulté le 27 décembre, 2021. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/convention-de-reglement-relative-aux-pensionnats-indien>.

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> Canada c. National Consortium, Merchant Law Group, Conseil indépendant, Assemblée des Premières Nations, Représentants Inuit, Synode général de l'Église anglicane du Canada, Église presbytérienne du Canada, Église unie du Canada et Entités catholiques romaines, N.A., *Convention de règlement relative aux pensionnats indiens*, 43 (2006).

<sup>8</sup> Gouvernement du Canada, *Commission de vérité et réconciliation du Canada*. (Ottawa : Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. 2021). <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525>.

<sup>9</sup> *Mandate for the Truth and Reconciliation Commission*, dans « Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. [https://www.residentialschoolsettlement.ca/SCHEDULE\\_N.pdf](https://www.residentialschoolsettlement.ca/SCHEDULE_N.pdf)

<sup>10</sup> Gouvernement du Canada, *Donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation*. (Ottawa : Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. 2021). <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1524494530110/1557511412801>.

<sup>11</sup> Gouvernement du Canada, *Donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation*.

## Commission Viens

Au Québec, cette période a aussi été marquée par le lancement de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (CERP), aussi connue sous le nom de Commission Viens. Cette Commission trouve ses origines<sup>12</sup> dans le « phénomène de la disparition des femmes autochtones au Québec »<sup>13</sup>, ainsi que dans l'Enquête nationale sur les femmes et les filles Autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) annoncée par le nouveau gouvernement fédéral en 2015<sup>14</sup>. En effet, dans le contexte d'une attention médiatique croissante portée aux relations entre les Autochtones et les forces de l'ordre du Québec, d'abord suscitée par la disparition de Sindy Ruperthouse à Val-d'Or en 2014, une série de reportages publiés entre 2015 et 2016<sup>15,16</sup> met en relief des témoignages d'abus par des membres de services publics. Les appels à une enquête indépendante, se penchant notamment sur les événements rapportés à Val-d'Or, se sont multipliés, notamment de la part de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, du Grand Conseil des Cris (Eeyou Istchee), du conseil municipal de Val-d'Or et de plusieurs Conseils de Premières Nations, dont les nations anishinabek de Kitcisakik et du Lac Simon. Aux prises avec une pression publique et médiatique montante, le premier ministre et le ministre de la Sécurité publique du Québec ont rencontré les chefs desdits organismes autochtones le 1<sup>er</sup> décembre 2016. De concert, la directrice générale de l'ENFFADA avait annoncé que les événements alors scrutés à la loupe au Québec ne seraient « pas traités par la commission fédérale, puisqu'il s'agissait de cas particuliers »<sup>17</sup>. C'est ainsi que l'honorable Jacques Viens a été mandaté de mener une enquête et de formuler des recommandations portant sur les services policiers, correctionnels, de justice, de protection de la jeunesse, sociaux et de santé afin de « prévenir ou d'éliminer [...] toute forme de violence et de pratiques discriminatoires, de traitements différents dans la prestation [de ces services publics] aux Autochtones du Québec »<sup>18</sup>.

À l'issue des travaux en recherche et en enquête, y compris la cueillette de plus de 1000 témoignages<sup>19</sup>, le rapport de la CERP a été publié le 30 septembre 2019 avec ses 142 appels à l'action démontrant, selon son commissaire, « la discrimination systémique dont sont victimes les membres des Premières Nations et les Inuit dans leurs relations avec les services publics » et « la faillite du système public à répondre à leurs besoins »<sup>20</sup>. Brièvement, les données recueillies concernant la santé physique et mentale des Premières Nations du Québec et Inuit du Nunavik montrent des écarts marquants entre les personnes autochtones

---

<sup>12</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Final*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), 11-21, [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf).

<sup>13</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Final*, 11.

<sup>14</sup> Radio-Canada, *Justin Trudeau exige une enquête sur la disparition et le meurtre de femmes autochtones*, ICI Manitoba, 12 février, 2015. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/706584/justin-trudeau-enquete-federale-femmes-autochtones>.

<sup>15</sup> Josée Dupuis, *Enquête : Abus de la SQ : les femmes brisent le silence*, ICI Télé, 43:12, 22 octobre, 2015,

<https://ici.radio-canada.ca/tele/enquete/2015-2016/episodes/360817/femmes-autochtones-surete-du-quebec-sq>.

<sup>16</sup> Josée Dupuis et Anna Panasuk, *Enquête : Le silence est brisé*, ICI Télé, 43:12, 31 mars, 2016,

<https://ici.radio-canada.ca/tele/enquete/2015-2016/segments/reportage/6143/enquete-femmes-autochtones-surete-du-quebec-police>.

<sup>17</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Final*, 18.

<sup>18</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Final*, 21.

<sup>19</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Final*, 23-26.

<sup>20</sup> Thomas Deshaies, *Commission Viens : l'État perpétue des pratiques discriminatoires*, ICI Abitibi-Témiscamingue, 30 septembre, 2019. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1323302/commission-viens-rapport-recommandations-conclusions-autochtones>.

et allochtones en ce qui concerne le diabète de type 2<sup>21</sup>, l'alimentation<sup>22,23</sup>, les dépendances<sup>24,25</sup>, le suicide<sup>26,27</sup> et la violence<sup>28</sup>, ainsi que les contaminants environnementaux<sup>29</sup> et la tuberculose<sup>30</sup> dans le cas du Nunavik. Par ailleurs, on y retrouve que les approches en santé mentale « ne répondent pas aux besoins des Autochtones [...] et ne permettent pas aux instances autochtones de mettre de l'avant des initiatives culturellement pertinentes et sécurisantes », ce qui, avec les instances de discrimination et de racisme institutionnel envers les Autochtones, contribuent à leur sous-utilisation des services de santé et sociaux globalement<sup>31</sup>. Visant la correction de ces inégalités et des cas de discrimination rapportés par l'enquête de la CERP, des appels à l'action en matière de santé ont été formulés, notamment<sup>32</sup> :

- Une sécurisation culturelle généralisée du réseau de la santé et services sociaux ;
- L'amélioration de la couverture des Autochtones par l'assurance-médicaments et le Programme de services de santé non assurés ;
- L'application du principe de Jordan, qui assure l'accès des enfants Premières Nations du Canada aux produits et services dont ils ont besoin<sup>33</sup> ;
- Le développement de services pour personnes Autochtones culturellement appropriés ;
- Le soutien financier et l'expansion de plusieurs initiatives existantes ;
- La révision des modalités de transport médical en collaboration avec les autorités autochtones pour répondre aux besoins des usagers ;
- La modification de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones cris* « pour y enchâsser la notion de sécurisation culturelle et ce, en collaboration avec les autorités autochtones »<sup>34</sup>.

En septembre 2021, le gouvernement du Québec a publié un résumé de ses réponses aux appels à l'action de la CERP<sup>35</sup>, des actions effectuées depuis la publication du rapport et de ses promesses pour des actions

---

<sup>21</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Le diabète chez les Premières Nations*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Diabete\\_chez\\_les\\_Premieres\\_Nations.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Diabete_chez_les_Premieres_Nations.pdf).

<sup>22</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *L'alimentation chez les Premières Nations*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Alimentation\\_chez\\_les\\_Premieres\\_Nations.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Alimentation_chez_les_Premieres_Nations.pdf)

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Les dépendances chez les Premières Nations*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Dependances\\_chez\\_les\\_Premieres\\_Nations.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Dependances_chez_les_Premieres_Nations.pdf).

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Le suicide chez les Inuit du Nunavik*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Suicide\\_chez\\_les\\_Inuit\\_du\\_Nunavik.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Suicide_chez_les_Inuit_du_Nunavik.pdf).

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *La violence en contexte autochtone*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Violence\\_en\\_contexte\\_autochtone.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Violence_en_contexte_autochtone.pdf).

<sup>29</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Les contaminants et leurs impacts sur la santé au Nunavik*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Contaminants\\_et\\_leurs\\_impacts\\_sur\\_la\\_sante\\_au\\_Nunavik.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Contaminants_et_leurs_impacts_sur_la_sante_au_Nunavik.pdf).

<sup>30</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *La tuberculose au Nunavik*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Tuberculose\\_au\\_Nunavik.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Tuberculose_au_Nunavik.pdf).

<sup>31</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *De la santé mentale au mieux-être chez les Premières Nations et les Inuit*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Fiches\\_synthese/Sante\\_mentale\\_au\\_mieux-etre\\_chez\\_les\\_Premieres\\_Nations\\_et\\_les\\_I\\_nuit.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Sante_mentale_au_mieux-etre_chez_les_Premieres_Nations_et_les_I_nuit.pdf).

<sup>32</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Synthèse*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), 113-116, [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_Synthese.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_Synthese.pdf).

<sup>33</sup> Gouvernement du Canada, *Principe de Jordan*. (Ottawa : Services aux Autochtones Canada, 2021), <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396042341/1568396159824>.

<sup>34</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport Synthèse*. p. 113.

<sup>35</sup> Gouvernement du Québec, *Suivi de la commission Viens*. (Québec : Portrait du Québec, 2021), <https://www.quebec.ca/gouv/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/commission-viens#c113728>.

futures. Celles-ci sont planifiées dans le contexte du plan “*J’ai espoir*”, auquel a été octroyé un budget de 200 M\$ en 2020, dont 125 M\$ ont été dépensés. Selon son tableau de suivi, le gouvernement a pris des actions sur la moitié des appels à l’action, soit 17 des 34, en lien avec les services de santé et sociaux, l’autre moitié étant « en cours d’analyse »<sup>36</sup>. Le Comité de suivi des appels à l’action de la CERP, qui est formé de professionnels de recherche, professeurs et avocats et se dote de « documenter et rapporter publiquement la mise en œuvre des appels de la Commission de façon transparente et non partisane »<sup>37</sup>, a jugé plus sévèrement le bilan dans son premier rapport, aussi publié en septembre 2021<sup>38</sup>. En ce qui concerne les services de santé et les services sociaux, le Comité estime qu’aucun des appels n’a été réalisé, 12 ont été amorcés et 22 sont non réalisés ou impossibles d’accès<sup>39</sup>. Reconnaissant que le processus de réalisation des appels à l’action devrait s’étaler sur plusieurs années, le Comité déplore néanmoins ce qu’il juge être un manque de transparence et l’absence d’avancées dans l’adoption d’une loi sur les principes de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones<sup>40</sup>.

## Le Principe de Joyce

Ayant remis à l’avant-scène les conséquences du racisme anti-autochtone dans les services publics<sup>41</sup>, la mort de Joyce Echaquan, femme de 37 ans, Atikamekw de Manawan, est survenue deux jours avant l’anniversaire du dépôt du rapport de la CERP, le 28 septembre 2020. Depuis, à la suite d’audiences publiques de mai à juin 2021, le Bureau de la coroner a déposé un rapport d’enquête sur son hospitalisation et son décès<sup>42</sup>. La coroner y a détaillé les faits de l’hospitalisation, son analyse et ses recommandations au gouvernement du Québec. Joyce Echaquan a été admise au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRD), aussi appelé Hôpital de Joliette, le 26 septembre 2020 avec des douleurs abdominales et de l’anémie. Le 28 septembre, Joyce Echaquan a diffusé sur Facebook une vidéo de 7 minutes, rapidement devenue virale, montrant sa détresse et les propos discriminatoires du personnel à son égard. Elle est décédée un peu plus de deux heures plus tard, son autopsie démontrant la contribution des contentions qui lui ont été posées et le manque de surveillance adéquate par le personnel.

Le 6 octobre 2020, après l’observation d’une minute de silence à l’Assemblée nationale, le premier ministre François Legault et les chefs d’opposition ont qualifié les gestes du personnel du CHRD de racistes et d’inacceptables<sup>43</sup>. Le mois suivant, en novembre 2020, le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw ont publié un mémoire élaborant le « Principe de Joyce », inspiré de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples Autochtones<sup>44</sup>. Ce principe « vise à garantir à tous les Autochtones un droit d’accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle », ce qui est conditionnel à « la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances

<sup>36</sup> Gouvernement du Québec, *Tableau de suivi des réponses aux Appels à l’action de la Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics*. (Québec : Secrétariat aux affaires autochtones, 2021), [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/commission\\_viens/CommissionViens\\_2ans.pdf?1631887087](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/commission_viens/CommissionViens_2ans.pdf?1631887087).

<sup>37</sup> Comité de suivi des appels à l’action de la Commission Viens, *Rapport 2021 : État de la mise en œuvre du rapport de la Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*, (consulté le 28 décembre, 2021), [https://www.uqat.ca/telechargements/commission-viens/Rapport\\_suivi\\_CERP2021.pdf](https://www.uqat.ca/telechargements/commission-viens/Rapport_suivi_CERP2021.pdf).

<sup>38</sup> Marie-Laure Josselin, *Commission Viens : de maigres avancées deux ans après le dépôt du rapport*, ICI Radio-Canada, 30 septembre, 2021. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1828182/commission-viens-rapport-appel-uqat>.

<sup>39</sup> Comité de suivi des appels à l’action de la Commission Viens, *Rapport 2021*, 14.

<sup>40</sup> Comité de suivi des appels à l’action de la Commission Viens, *Rapport 2021*, 11.

<sup>41</sup> Nazila Bettache et Samir Shaheen-Hussain, *Le racisme systémique a tué Joyce Echaquan*, *La Presse*, 3 octobre, 2020. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-10-03/le-racisme-systemique-a-tue-joyce-echaquan.php>.

<sup>42</sup> Bureau du coroner, *Décès de Mme Joyce Echaquan : La coroner Gélane Kamel dépose son rapport d’enquête*, (Québec : Bureau du coroner. Communiqués, 2021), <https://www.coroner.gouv.qc.ca/medias/communiqués/détail-dun-communicé/466.html>.

<sup>43</sup> Valérie Boisclair, *Legault présente ses excuses à la famille Echaquan au nom du gouvernement*, ICI Radio-Canada, 6 octobre, 2020, <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1739107/francois-legault-excuses-gouvernement-famille-joyce-echaquan>.

<sup>44</sup> Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, *Principe de Joyce* » (*Mémoire présenté au gouvernement du Canada et au gouvernement du Québec*, 7, [https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc\\_Principe-de-Joyce.pdf](https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf)).

traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé »<sup>45</sup>. Le mémoire offre des pistes de mise en application aux différentes instances ayant un impact sur la relation entre les Autochtones et les services de santé et sociaux, y compris le gouvernement du Québec, les établissements d'enseignement et les ordres professionnels du domaine de la santé. Notamment, le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw y demandent la collaboration du gouvernement dans la mise en œuvre du principe, l'établissement d'un bureau d'Ombudsman à la santé des Autochtones, la nomination de personnes autochtones aux instances décisionnelles en santé et services sociaux, incluant les conseils d'administration des ordres professionnels, et la modification du Code des professions pour former les professionnels sur le Principe de Joyce<sup>46</sup>.

À la FMEQ, le soutien et la promotion du Principe de Joyce a été adopté comme position officielle en janvier 2022 par le Conseil général.

## Déterminants de la santé

Reconnus depuis 2005 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme des facteurs essentiels à l'état de santé des populations, les déterminants sociaux de la santé se définissent comme « les facteurs structurels et les conditions de vie quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en santé entre pays et dans les pays<sup>47</sup> ». Le gouvernement du Canada dénombre douze principaux déterminants de la santé<sup>48</sup>, soit le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation et la littératie, les expériences vécues pendant l'enfance, l'environnement physique, le soutien social et la capacité d'adaptation, les comportements sains, l'accès aux services de santé, la biologie et le patrimoine génétique, le genre, la culture ainsi que la race et le racisme. En 2022, les inégalités entre Autochtones et personnes allochtones se manifestent à travers presque tous les déterminants précédemment mentionnés.

Dans son document de réflexion sur la santé publique chez les Premières Nations au Québec<sup>49</sup>, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador met en évidence d'importantes disparités entre les Premières Nations et la population allochtone du Québec. De même, une enquête de santé publiée en 2020 par l'INSPQ et la Régie de la santé et des services sociaux du Nunavik se penche sur les conditions de vie et de santé des Inuit du Nunavik. Ces deux études nous permettent par exemple d'observer que, du point de vue du revenu, 34 % des ménages des Premières Nations et 46% des ménages inuit ont un faible revenu annuel (<20 000 \$), alors qu'ils ne représentent que 10 % de la population allochtone du Québec. De même, le taux d'emploi chez les Premières Nations et les Inuit est de 45 %, contre 60 % chez la population allochtone<sup>50</sup>. En ce qui concerne l'éducation, 52 % des adultes des Premières Nations et 71 % des Inuit ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires, contre 17 % des adultes allochtones. Finalement, 9 % des individus des Premières Nations et 33 % des Inuit vivent dans un logement surpeuplé contre moins d'un pourcent (<1 %) de la population allochtone québécoise.

Ajoutons à ces problématiques celles de l'insécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable, de l'isolement et de l'exclusion sociale causés par les systèmes de réserves, des traumatismes intergénérationnels nés des pensionnats, et du déracinement culturel et spirituel qui découle du colonialisme dont ont été victimes les

---

<sup>45</sup> *Ibid*, 10.

<sup>46</sup> *Ibid*, 11-14.

<sup>47</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS). *Déterminants sociaux de la santé: Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la santé, 2013.

<sup>48</sup> Gouvernement du Canada, *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*, 10 octobre 2020.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.

<sup>49</sup> Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSPNQL). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec. Une responsabilité partagée pour une action concertée*. (CSSPNQL, 2018), p. 20.

<sup>50</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). *Qanuürpitaq? 2017. Comment allons-nous maintenant? Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik*. RRSSSN et INSPQ, Kuujuaq, 2020.

Premières Nations et les Inuit<sup>51</sup>. Il va sans dire que les peuples autochtones du Québec sont désavantagés de façon accablante et disproportionnée en ce qui concerne les déterminants sociaux, pierres d'assises de la santé.

---

<sup>51</sup> IFMSA-Québec. *Prise de position d'IFMSA-Québec. Santé des populations autochtones* (IFMSA-Québec, 2021), 10-12.

## COUVERTURE MÉDICALE

### Soins et services

La prestation et le financement des services de santé et des services sociaux destinés aux peuples autochtones sont complexes au Canada. Ils impliquent différents paliers de gouvernements selon la nature des services offerts (soin de la vue, soins dentaires, thérapie en santé mentale, équipement médical et fournitures médicales, prescriptions et médicaments en vente libre, transport pour raison médicale) et le lieu de résidence de cette clientèle (dans les communautés conventionnées, dans les communautés non conventionnées et hors communauté). En somme, il existe trois grandes divisions de prestation/financement:

1. Les **communautés conventionnées** (Cris, Inuit et Naskapis). Celles-ci assurent le déploiement et la gestion des services de santé et des services sociaux sur leurs territoires respectifs. Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Centre local de services communautaires (CLSC) Naskapi reçoivent du financement de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour assurer la prestation des services.
2. Les **communautés non conventionnées** (Abénaquis, Algonquins, Attikameks, Hurons-Wendats, Innus, Malécites, Micmacs et Mohawks). C'est le gouvernement fédéral qui finance les services sociaux et de santé de manière exclusive. Le gouvernement provincial n'offre alors pas de services dans ces territoires, puisqu'ils sont déjà assurés par le fédéral, à l'exception du Centre hospitalier Kateri Memorial, situé à Kahnawake, qui est financé par le MSSS. Les soins médicaux offerts dans cette communauté sont également couverts par la RAMQ.
3. Les membres des Premières Nations et les Inuits établis **hors communauté**. Ces membres peuvent demander d'obtenir la carte d'assurance maladie du Québec et ainsi bénéficier de tous les services de santé et les services sociaux offerts dans le réseau québécois<sup>52</sup>.

Toutefois, il existe quelques exceptions où les services peuvent être assurés par le système provincial si une entente particulière est signée avec les instances locales (conseil de bande). Cependant, ces ententes doivent en tout temps être validées et entérinées par le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné ou non visé par la Loi, de même que le MSSS afin de s'assurer du respect des responsabilités partagées entre la communauté, le provincial et le fédéral.

Finalement, tous les membres inscrits des Premières Nations et des Inuit et qui résident au Canada et qui ne sont pas couverts en vertu d'un accord distinct avec le gouvernement fédéral ou provincial ou en vertu d'une entente distincte d'autonomie gouvernementale ont droit au Programme des services de santé non assurés (SSNA) quel que soit leur lieu de résidence en sol canadien ou leur niveau de revenu<sup>53</sup>. Les personnes admissibles au SSNA doivent appartenir à l'un des groupes suivants :

- Un **membre des Premières Nations** inscrit conformément à la *Loi sur les Indiens* (détenir un *statut d'Indien*) ;
- Un Inuit reconnu par une **organisation inuit de revendication territoriale** ;

---

<sup>52</sup> Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuits*. s. d. Consulté le 27 décembre 2021.

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautés-autochtones/#non-conventionnees>.  
<sup>53</sup> Canada, Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones. *Programme des services de santé non assurés : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits : rapport annuel 2019 à 2020*. Rapport, 23 juin 2021. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1624462613080/1624462663098>.

- Un **enfant de moins de 18 ans** dont le parent est un membre inscrit des Premières Nations ou un Inuit reconnu<sup>54</sup>.

Au Canada, 887 518 Autochtones sont admissibles au programme, dont 74 345 au Québec<sup>55</sup>. Les produits et services de ce programme comprennent la couverture de médicaments précis, de soins dentaires, de soins de la vue, d'équipement médical et de fournitures médicales, de services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme, le transport vers des établissements de soins, et ce, afin de permettre l'accès à des biens et à des services médicaux nécessaires qui ne sont pas disponibles dans la communauté de résidence.

Quant à eux, les Inuit ont accès à trois programmes distincts de services de santé non assurés (SSNA) dont celui des *Services aux Autochtones Canada*, du *gouvernement de Nunatsiavut* ou de la *Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik*. Pour y être éligible, ils doivent être inscrits et reconnus par l'une des quatre organisations inuit de revendication territoriale.

### Services pharmaceutiques

Les membres des Premières Nations et les Inuit ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments, mais ils peuvent bénéficier d'une couverture particulière selon les services établis dans le territoire où ils résident ou par l'entremise du SSNA. Une liste des médicaments couverts est publiée par le SSNA afin de financer certains médicaments d'ordonnance ou en vente libre obtenus par ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé.

### Fournitures et équipements médicaux

Pour les membres des communautés non conventionnées, les fournitures et les équipements médicaux sont couverts par le programme fédéral SSNA. Le réseau québécois ne prête ni fourniture ni équipement médicaux (ex. : fourniture pour oxygénothérapie, déambulateur, etc.) à un patient qui est servi dans le réseau québécois et qui retourne dans sa communauté non conventionnée. Le professionnel de la santé du réseau québécois doit assurer la liaison avec les personnes responsables des services de santé de la communauté d'appartenance du patient afin que le patient ait accès à de l'équipement. C'est ensuite à la communauté de faire une demande de service aux instances fédérales concernées afin d'obtenir le financement nécessaire pour l'équipement.

En conclusion, la prestation et le financement des soins et services de santé des Autochtones du Québec est d'une complexité indéniable, pour les professionnels de santé comme pour les bénéficiaires. Ils sont constitués d'un emboîtement délicat entre le Fédéral et le Provincial, le tout permettant une couverture assez complète, mais difficile à naviguer pour les patients autochtones qui peuvent vivre avec l'incertitude que certains services qui leur sont essentiels ne leur seront pas remboursés ou du moins pas dans des délais raisonnables.

---

<sup>54</sup> Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones, *Qui est admissible au programme des services de santé non assurés*, 19 novembre 2019, <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1574187596083/1576511384063>.

<sup>55</sup> Canada, Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones, *Programme des services de santé non assurés : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits : rapport annuel 2019 à 2020*, 23 juin 2021. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1624462613080/1624462663098>.

# DISPARITÉS EN SANTÉ

## Discrimination et racisme systémique

D'abord, il est primordial de définir les termes *discrimination*, *discrimination systémique* et *racisme systémique*, puisqu'ils sont au cœur de la qualité (ou du manque de qualité) des soins de santé données aux Autochtones du Québec. Les deux premiers sont ainsi définis dans le rapport de la Commission Viens :

« La discrimination directe se définit par le traitement différencié d'une personne sur la base de son appartenance à un groupe particulier de la société et des biais, préjugés ou stéréotypes véhiculés, consciemment ou non, à l'égard de ce groupe. La discrimination indirecte fait référence pour sa part aux effets préjudiciables que peut avoir l'application de lois, de politiques, de normes ou de pratiques institutionnelles d'apparence neutre sur une personne ou un groupe de personnes. Cumul de ces deux types de discrimination, la discrimination systémique a pour caractéristique d'être largement répandue, voire institutionnalisée dans les pratiques, les politiques et les cultures ayant cours dans une société. La discrimination systémique peut entraver le parcours d'un individu tout au long de sa vie et même avoir des effets négatifs sur plusieurs générations. »<sup>56</sup>

En ce qui concerne le troisième terme, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse propose les éléments de définition suivants :

« Le racisme systémique désigne un rapport social inégalitaire constitué de dynamiques d'infériorisation, de subordination et d'exclusion issues de l'organisation sociale qui imposent aux groupes racisés, notamment aux communautés noires et aux peuples autochtones un cumul de désavantages dans différentes sphères de leur existence : éducation, travail, logement, santé, sécurité publique, système de justice, etc. [...] La perspective systémique pose son attention sur les dynamiques entre les niveaux individuels (attitudes, décisions, propos, gestes), institutionnels (normes, pratiques) et sociétaux (organisation politique, économique, représentations sociales) qui sont façonnés à des degrés divers par le racisme. »<sup>57</sup>

Comme le souligne le Collège des médecins de famille du Canada, la légitimité de l'entreprise coloniale sur les peuples autochtones reposait sur la croyance en une hiérarchie basée sur la race, entreprise s'étant construite et maintenue à travers « un accès disproportionné au pouvoir et aux ressources de la société »<sup>58</sup> qui, encore aujourd'hui, « se manifeste couramment dans des contextes d'exclusion sociale ou d'isolement 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 »<sup>59</sup>. C'est dans l'optique de mettre en lumière les origines racistes de cette discrimination que la première recommandation du rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan, adressée au gouvernement québécois est la suivante : « [Reconnaître] l'existence du racisme systémique au sein de nos institutions et [prendre] l'engagement de contribuer à son élimination ». <sup>60</sup>

<sup>56</sup> Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *Rapport final*. (Québec : Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019), [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)

<sup>57</sup> Jean-Sébastien Imbeault, *Document de réflexion sur la notion de racisme systémique*, Commission de protection des droits de la personne et de la jeunesse, 2021, [https://www.cdpcd.jc.ca/storage/app/media/publications/document\\_reflexion-racisme-systemique.pdf](https://www.cdpcd.jc.ca/storage/app/media/publications/document_reflexion-racisme-systemique.pdf)

<sup>58</sup> 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*, février 2016, [https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Santé-des-Autochtones/Communique\\_SystemicRacism\\_FRE.pdf](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Santé-des-Autochtones/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf)

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Bureau du coroner, *Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan*. (Québec : Bureau du coroner, 2021), [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes\\_publicques/2020-EP00275-9.pdf](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00275-9.pdf)

## Accessibilité aux soins de santé

Dans la publication du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), on définit l'accessibilité aux soins de santé comme « l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin »<sup>61</sup>. Le problème de l'accessibilité aux soins de santé est surtout présent chez les populations autochtones qui souffrent aussi de problèmes importants de sécurité alimentaire et de sécurité du logement, ce qui influence de façon déterminante leur état de santé<sup>62,63</sup>. Avec une incidence supérieure de maladies chroniques au sein des populations autochtones, l'accès aux services de santé demeure essentiel afin de répondre adéquatement aux besoins de la communauté<sup>64</sup>. Dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations du Québec (ERS) réalisée en 2015<sup>65</sup>, les principaux obstacles exprimés par les participants concernaient les listes d'attentes qui sont trop longues, la non-disponibilité d'infirmiers ou de médecins dans leur région et la non-couverture des services par le SSNA.

Selon l'ERS, c'est par la continuité relationnelle entre le patient et son médecin principal qu'on assure un suivi adéquat en santé pour éventuellement réduire le nombre de visites et d'hospitalisations. À cet effet, 14% des participants adultes habitant à moins de 50 km d'un centre de services (défini comme une zone urbaine ou zone 1 dans l'ERS) affirment avoir changé au moins une fois de dispensateur de soins principal au cours des 12 derniers mois, causant ainsi un bris dans la continuité et une interruption significative de la prestation des soins. Cette proportion s'élève jusqu'à 22% chez les personnes vivant dans les zones rurales, isolées ou difficiles d'accès, démontrant un manque d'accessibilité aux soins de santé particulièrement pour les communautés autochtones en région<sup>66</sup>.

### *En communautés rurales*

Les communautés autochtones rurales, éloignées et nordiques sont les plus affectées par les disparités en santé<sup>67</sup>. Le faible recrutement et le manque de rétention de professionnels de la santé qualifiés sont encore des problèmes fréquents dans les communautés situées en zones rurales et éloignées<sup>68</sup>. Plusieurs patients doivent avoir recours aux services de professionnels venant des zones urbaines qui effectuent de courts séjours dans les communautés rurales<sup>69</sup>. Cet enjeu affecte disproportionnellement les Inuit, puisque plus de 70% d'entre eux vivent dans la région de Nunangat<sup>70</sup>. Selon un sondage effectué en 2018 auprès de 84 communautés autochtones à travers le Canada, plus de 58% des services de santé ont été dirigés par une

---

<sup>61</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, (CCNSA, 2019), 3, <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>

<sup>62</sup> Julia Posca, *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec*, (IRIS, 2018), 9-11, [https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note\\_Ine\\_galite\\_s\\_4\\_WEB\\_02.pdf](https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf)

<sup>63</sup> Charlotte L. Reading, et Fred Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009), 7-8, <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>

<sup>64</sup> Julia Posca, *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec*, (IRIS, 2018), 9-11, [https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note\\_Ine\\_galite\\_s\\_4\\_WEB\\_02.pdf](https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf)

<sup>65</sup> Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSPNQL), *Enquête régionale sur la Santé des Premières Nations du Québec. Accessibilité et utilisation des services en santé*, (CSSPNQL, 2018), 6-7, <https://files.cssspnql.com/index.php/s/HWRKR1P8r5Ty0Gy#pdfviewer>

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, 2019, 16, <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>.

<sup>68</sup> *Ibid.*

<sup>69</sup> S. Huot et al., *Identifying Barriers to Healthcare Delivery and Access in the Circumpolar North: Important Insights for Health Professionals*, dans « *International Journal of Circumpolar Health* » 78, n° 1 (1 janvier 2019): 1571385, <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385>.

<sup>70</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, 2019, 16, <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>.

infirmière comparé à 32% par des médecins<sup>71</sup>. L'accès à des spécialistes tels que des endocrinologues ou des néphrologues, spécialistes dans la gestion du diabète de type 2 notamment, est également très difficile pour la plupart de ces communautés éloignées.

De plus, le manque de personnel contribue largement aux longues listes d'attentes pour accéder à des services de santé que l'on observe non seulement au sein de ces communautés éloignées, mais également dans les réserves. Ces délais peuvent retarder le diagnostic et par conséquent empirer le pronostic des patients. Le manque de médecins amène plusieurs personnes autochtones à avoir recours aux services de santé offerts dans les plus grandes villes, telle que Montréal. Pour plusieurs communautés autochtones au Canada, l'un des plus grands obstacles à l'accès aux soins de santé est l'éloignement géographique. Près de 40% de la population autochtone au Canada habite en milieu rural<sup>72</sup> et seulement 8% des médecins au Canada pratique présentement dans ces régions<sup>73</sup>. Les voyages vers les grandes villes et les coûts exorbitants associés avec ces déplacements deviennent des barrières difficiles à surmonter pour bien des familles autochtones. Les Inuit, quant à eux, font face à des barrières très similaires. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, seulement 23% possédaient un médecin de famille permanent<sup>74</sup>.

### *En centres urbains*

Lors du recensement de 2016, Statistique Canada a défini les personnes avec une identité autochtone vivant dans les régions métropolitaines de recensement comme des Autochtones vivant en milieu urbain. Cette définition sera utilisée de façon uniforme au cours de cette section afin de décrire en détail les problèmes d'accessibilité en soins de santé aux Autochtones vivant dans les grands centres. En 2016, 51% des individus se considérant comme autochtone au Québec habitaient en milieu urbain<sup>75</sup>. Les écarts en santé entre les personnes allochtones et les personnes autochtones sont également prédominants en grands centres. En 2020, en réponse à la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR), la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a rédigé un rapport dans le but de sensibiliser la population aux « inégalités persistantes à Montréal, aux problèmes de logement, à la pauvreté et aux conditions sociales difficiles dans lesquelles les Autochtones vivent »<sup>76</sup>. En plus de recenser un revenu médian « plus faible chez les trois groupes d'identité autochtones »<sup>77</sup>, le rapport du DSP reprend les résultats d'une enquête effectuée en 2018 au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal affirmant que deux tiers (2/3) des répondants autochtones avaient un revenu inférieur à 750\$ par mois, rendant ainsi l'accès à un logement convenable difficile<sup>78</sup>.

De plus, tel que mentionné dans le rapport de la DSP de Montréal, « la détérioration de l'identité culturelle et des modes de vie traditionnels liée aux mesures d'assimilation qu'ils ont subie » représente

<sup>71</sup> FORGE AHEAD Program Tea., *National Survey of Indigenous Primary Healthcare Capacity and Delivery Models in Canada: The TransFORMATION of IndiGENous Prim.Ary HEAlthcare Delivery (FORGE AHEAD) Community Profile Survey* dans « *BMC Health Services Research* », 18, n° 1 (décembre 2018): 828, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3578-8>.

<sup>72</sup> Statistique Canada, *Perspective géographique*, dans « Recensement de 2016 », 8 février 2017,

<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-can-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CAN&GC=01&TOPIC=9>.

<sup>73</sup> Guillaume Charbonneau, *Le recrutement de médecins pour la pratique en milieu rural* dans « Le Médecin de famille canadien », Message du président, 64 (Août 2018): 621, [https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Adh%03%09sion/CFP\\_MD\\_recruiting\\_Fr.pdf](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Adh%03%09sion/CFP_MD_recruiting_Fr.pdf).

<sup>74</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, 2019, 16, <https://www.censa.ca/docs/determinants/ES-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>.

<sup>75</sup> Statistique Canada. *Population ayant une identité autochtone selon les deux sexes, total - âge, chiffres de 2016, Canada et régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Recensement de 2016 - Données-échantillon (25 %)* (Ottawa : Statistique Canada. Programme du recensement, 2017), <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=102&SR=1&S=88&O=A&RPP=25&PR=0&D1=1&D2=1&D3=1>

<sup>76</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de la santé publique de Montréal, *La santé des populations autochtones à Montréal : Un portrait réalisé par la Direction régionale de santé publique de Montréal*, (Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux., 2020), 3, [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/Uploads/tx\\_assmpublications/pdf/publications/2020\\_Portrait-Populations-Autochtones.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/2020_Portrait-Populations-Autochtones.pdf)

<sup>77</sup> *Ibid.*, 22-24.

<sup>78</sup> *Ibid.*, 28.

une important facteur de risque à la pauvreté et l'exclusion sociale chez les Autochtones vivant en milieu urbain. En contrepartie, l'attachement à la culture et le sentiment d'appartenance représentent des facteurs de protection à l'abus de substance et aux symptômes liés au traumatisme intergénérationnel<sup>79</sup>. Le rapport a aussi identifié qu'il n'existe actuellement aucune source de données ou système de surveillance permettant d'évaluer adéquatement l'utilisation des services en santé par les Autochtones, ce qui ne permet qu'un portrait partiel de la situation actuelle. On y indique aussi que, selon l'évaluation des besoins en santé menée auprès d'Autochtones à Montréal en 2012, les services en santé mentale<sup>80</sup> ainsi que les services en santé maternelle restent particulièrement difficiles d'accès, dû à la difficulté d'avoir recours à des services de guérison traditionnelle. La crainte de discrimination au niveau de l'origine ethnique ou de la langue a aussi été identifiée comme obstacle potentiel chez les personnes autochtones ayant recours aux soins de santé, citant notamment le manque de sensibilité des services aux réalités autochtones<sup>81</sup>.

Afin de remédier aux problèmes décrits précédemment, la DSP a ainsi proposé une liste de recommandations afin de mieux cerner les besoins en santé. La première concerne l'instauration d'un système de surveillance en santé pour les Autochtones vivant à Montréal afin de mieux répertorier les données en santé globale et les iniquités présentes entre les communautés autochtones et allochtones, tout en respectant l'autodétermination des communautés concernées. Ce système de surveillance en santé permettrait aussi de ne pas sous-représenter les personnes se retrouvant en situation d'itinérance, permettant d'offrir un portrait plus réaliste des inégalités entre Autochtones et personnes allochtones. Une autre recommandation concerne surtout la mise en place de services culturellement sécurisants. Finalement, comme la culture, la langue et l'identité demeurent des composantes essentielles à la prestation de soins auprès des communautés autochtones, la DSP recommande surtout de faciliter l'accès et la mise en place de services de guérison traditionnelle, incorporant des éléments de la médecine holistique<sup>82</sup>.

Le RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal (ci-après appelé RÉSEAU) est une plateforme de collaboration élaborée suite au Forum socioéconomique des Premières Nations à Mashteuiatsh en 2006. Celui-ci réunit plusieurs organismes communautaires, des collaborateurs allochtones et des partenaires gouvernementaux et vise à élaborer une stratégie visant à améliorer la qualité de vie des communautés autochtones montréalaises. En 2012, le RÉSEAU a mené une enquête auprès de 89 utilisateurs autochtones de services de santé et 94 fournisseurs de santé afin de recueillir plus de données sur la perception de leurs besoins en santé, ainsi que des barrières d'accessibilité dans les services prodigués. Les fournisseurs et utilisateurs ont donc identifié le manque de services culturellement adaptés, la sous-représentativité des communautés autochtones dans le système de la santé (en tant que partenaires auprès des intervenants ou impliqués activement dans la gestion du système) ainsi que le manque de sensibilisation du personnel soignant aux réalités autochtones comme étant des facteurs problématiques touchant à l'accessibilité des soins. Les 19 fournisseurs de santé inclus dans le groupe de discussion de l'enquête ont aussi indiqué des manques d'accessibilité surtout aux soins de réhabilitation pour la dépendance aux drogues et à l'alcool et aux soins de santé mentale. Encore une fois, la

---

<sup>79</sup> *Ibid.*, 30.

<sup>80</sup> Brittany Collier, *Services destinés aux autochtones en milieu urbain*, 2020, (Ottawa : Bibliothèque du Parlement. Service d'information et de recherche parlementaires, 2020), 7, <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2020-66-f.pdf>

<sup>81</sup> Direction de la santé publique de Montréal, *La santé des populations autochtones à Montréal : Un portrait réalisé par la Direction régionale de santé publique de Montréal*, (Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux., 2020), 36, [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/Uploads/tx\\_ assmpublications/pdf/publications/2020\\_Portrait-Populations-Autochtones.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_ assmpublications/pdf/publications/2020_Portrait-Populations-Autochtones.pdf)

<sup>82</sup> *Ibid.*, 37.

discrimination a été identifiée comme une barrière importante. Le rapport du RÉSEAU affirme de nouveau l'importance de fournir des services de guérison adaptés à la médecine autochtone traditionnelle. Des exemples de médecine intégrée à la réalité autochtone, selon le RÉSEAU, seraient l'intégration des éléments de la roue médicinale, l'acte d'offrir des services dans la langue de l'utilisateur à travers un accès élargi à un interprète, l'offre d'activités de développement culturel, les programmes de logement ainsi que l'élargissement des services en santé mentale<sup>83</sup>. Le rapport suggère aussi l'intégration possible d'une formation spécialisée portant sur les enjeux en santé autochtone pour les intervenants appelés à travailler avec les individus provenant des communautés autochtones, ainsi que l'implantation de campagnes de sensibilisation auprès des fournisseurs en santé<sup>84</sup>.

### *Rôle de la télémédecine*

Bien avant la pandémie, la télémédecine a souvent été considérée comme étant un outil important pour connecter les communautés des Premières Nations du Québec et les Inuit avec les centres secondaires et tertiaires<sup>85</sup>. Basé sur quelques études, il existe des preuves que la télémédecine serait un outil efficace pour les professionnels de santé en dermatologie, psychiatrie, radiologie et les soins gériatriques<sup>86</sup>. Le pourcentage des populations autochtones qui ont eu recours à la télémédecine est inconnu. En général, d'un côté, la télémédecine permet entre autres de faciliter davantage l'accès aux soins de santé pour les patients autochtones en milieu rural, à mobilité réduite, atteints de maladies chroniques ou encore de troubles alimentaires<sup>87,88</sup>. D'un autre côté, il existe tout de même une inégalité dans l'accès à la télémédecine puisque quelques populations autochtones n'ont encore pas accès à l'internet à haute vitesse. En effet, seulement 31.1% des populations autochtones ont accès à un service internet adéquat comparativement à 85% pour les populations allochtones<sup>89</sup>. Offrir des services d'internet à haute vitesse est donc important afin de permettre aux populations autochtones de bénéficier de la télémédecine. La mise en place de services de télémédecine culturellement appropriés est également primordiale.

## **Qualité des soins**

En plus de l'accessibilité, il existe une disparité dans la qualité des soins reçus par les autochtones. Un élément important ayant un impact sur la qualité des soins reçus est l'acceptabilité de ceux-ci. L'acceptabilité des soins de santé passe par la perception des utilisateurs du système de santé des soins qu'ils reçoivent, de leur propension à rechercher ces services lorsqu'ils en ont besoin et des attitudes communes face aux services rendus. Un document produit par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)<sup>90</sup> décrit que l'acceptabilité des soins, pour les peuples autochtones, passe par une modification de la dynamique des pouvoirs entre les patients et les professionnels de la santé ainsi que par un ajustement dans la manière dont les soins sont prodigués. Les soins de santé, pour être considérés acceptables et de qualité, se doivent également d'être sensibles à la réalité culturelle des peuples

---

<sup>83</sup> RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal (RÉSEAU), *Évaluation des besoins en santé des autochtones en milieu urbain de Montréal*, (RÉSEAU, 2012), 32,

<http://reseauumtlnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-final-valuation-des-besoins-en-sant-.pdf>

<sup>84</sup> *Ibid.*, 10-12.

<sup>85</sup> FMEQ, *Virage télémédecine au Québec: comment optimiser son implantation post-pandémie*, Mémoire (Fédération médicale étudiante du Québec, 1er Avril 2021), <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2021/03/Memoiretelemedecine.pdf>.

<sup>86</sup> Craig Mitton et al., *Innovations in Health Service Organization and Delivery in Northern Rural and Remote Regions: A Review of the Literature*, dans « *International Journal of Circumpolar Health* », 70, n° 5 (18 février 2011): 460-72, <https://doi.org/10.3402/ijch.v70i5.17859>.

<sup>87</sup> FMEQ, *Virage télémédecine au Québec: comment optimiser son implantation post-pandémie*.

<sup>88</sup> Beaudry et Cliche *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique*.

<sup>89</sup> FMEQ, *Virage télémédecine au Québec: comment optimiser son implantation post-pandémie*.

<sup>90</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2019), *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. Prince George, C.- B. : Auteur.

autochtones. En ce sens, pour assurer la qualité des soins prodigués aux populations autochtones, le CCNSA décrit qu'il est essentiel que la pratique soit exempte de discrimination, de racisme ou de parti pris. L'organisme explique de plus qu'il faut s'assurer que les besoins propres aux peuples autochtones, telle qu'une prise en charge holistique des problématiques de santé, soit entendue et répondue. Afin que les soins soient de qualité, il est également primordial que les professionnels de la santé collaborent activement avec les peuples autochtones de manière à partager les décisions concernant leur santé. La vision autochtone de la santé implique aussi plusieurs concepts, qui se doivent d'être considérés lors de la prise en charge des patients autochtones dans le système de santé. Pensons notamment à la notion d'équilibre entre l'esprit et le corps et à la relation entre les humains, la nature et les autres organismes vivants, qui, dans une optique de qualité des soins, ont à être intégrés dans les modèles de soins actuels. À travers une approche holistique, l'autonomie des patients autochtones en termes de santé est préservée<sup>91</sup>.

La communication transparente est un autre des éléments clés à l'acceptabilité des soins de santé fournis aux peuples autochtones. En effet, toujours selon un document produit par le CCNSA, celle-ci contribue à la réduction du stress vécu par les patients autochtones, en plus de leur allouer du temps pour poser leurs questions, de sorte à ce que leurs inquiétudes soient entendues. Une communication transparente permet également aux professionnels de la santé de transmettre des informations essentielles concernant l'état de santé, la maladie, les traitements et les prises en charge.

Tel que mentionné dans les recommandations de la Commission Viens, l'acceptabilité des soins passe par la comptabilisation des plaintes portées par les patients autochtones dans les hôpitaux québécois. Le 12 mai 2021, *Le Devoir* publiait un article à ce sujet<sup>92</sup>. Les journalistes du *Devoir* avaient rapporté un manque important de processus institutionnels dans les CIUSSS et les CISSS du Québec. En effet, des 21 acteurs sondés, 14 avaient répondu ne pas avoir de données concernant les plaintes portées par les patients autochtones ou avaient exposé l'incapacité de leurs systèmes administratifs à retracer l'origine ethnoculturelle des patients ayant porté plainte. Sept CISSS et CIUSSS avaient été en mesure de répondre à la demande en révisant leurs plaintes manuellement. Ces établissements avaient recensé 32 plaintes formulées par des Autochtones dans la période allant de 2015 à 2021.

La problématique de l'évaluation de la qualité des soins réside dans la quantité trop petite de données, ne permettant pas l'évaluation exhaustive des causes et l'élaboration de pistes de solution aux problématiques vécues par les patients autochtones. Selon madame Jacynthe Poisson, professionnelle de recherche à l'Observatoire des profilages; « tant que les plaintes ne seront pas catégorisées, les biais et les problèmes continueront d'être largement ignorés<sup>93</sup> ». Il devient donc évident que l'évaluation de la qualité des soins offerts aux peuples autochtones demeure, en pratique, marginale et ne permet pas d'avoir une idée des embûches qui persistent dans le système de santé. Sans identifier clairement les problématiques rencontrées, il devient impossible de penser à appliquer les concepts d'acceptabilité des soins appropriés à la situation actuelle.

---

<sup>91</sup>*Ibid.*

<sup>92</sup> Nadeau, Jessica, and Marie-Michèle Sioui, *Autochtones Et Soins De Santé: Des Fautes Difficiles à Retracer*, dans « Le Devoir », . Le Devoir, May 13, 2021. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/600557/un-phenomene-que-quebec-ne-documente-toujours-pas>.

<sup>93</sup>*Ibid.*

# REPRÉSENTATION AUTOCHTONE DANS LES PROFESSIONS EN SANTÉ

## Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuit au Québec

Le Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuit au Québec (PFMPNIQ)<sup>94</sup> est un programme provincial auquel participent les quatre facultés de médecine du Québec, mais qui est principalement géré par la Faculté de médecine de l'Université Laval, en collaboration avec le CSSSPNQL. Depuis la création du PFMPNIQ en 2008, 64 étudiants membres des Premières Nations et des Inuit ont été admis en médecine par son entremise. En outre, le programme a mis sur pied des activités d'enseignement portant sur la vie et la sécurité culturelle des Premières Nations et des Inuit pour tous les étudiants en médecine. Le PFMPNIQ est soutenu par les ministères de l'Enseignement supérieur (MES) et de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) depuis sa création. Ainsi, depuis 2008, le MES finance les dépenses des quatre facultés de médecine (1.6 M\$) et le MSSS finance le CSSSPNQL en partie (1.7 M\$).

Voici quelles étaient les étapes du processus d'admission pour l'automne 2021 :

1. Validation du statut de Première Nation ou d'Inuit ;
2. Évaluation du dossier académique : cote de rendement au collégial (CRC) ou universitaire (CRU) minimale de 28, comme pour les années précédentes ;
3. Évaluation des notes autobiographiques standardisées pour les Premières Nations et Inuit (NAS-PNI) par un comité composé de représentants du milieu des Premières Nations et Inuit. Ce dernier les évalue et les rend sous pli confidentiel au responsable de l'admission de l'Université Laval s'occupant du processus de sélection pour le PFMPNIQ pour toutes les facultés de médecine au Québec ;
4. Entrevues individuelles virtuelles (compte tenu de la COVID-19) sur deux jours en avril 2021. Le comité d'évaluation est composé de deux représentants des universités et de deux représentants des Premières Nations et Inuit. Une séance d'information sur le programme et les quatre facultés de médecine a eu lieu virtuellement le second jour suites aux entrevues ;
5. Mini-entrevue multiple (MEM), prise en charge par l'Université McGill pour le PFMPNIQ à Wendake.

Depuis 2020, six étudiants plutôt que quatre peuvent être admis via le programme. Les places non comblées dans le contingent au cours d'une année doivent être comblées dans les trois années subséquentes.

Par ailleurs, la CSSSPNQL est en discussion avec le Conseil en éducation des Premières Nations (CEPN) pour analyser la possibilité de mettre en place un D.E.C. en sciences de la nature au collège Kiuna, ce qui faciliterait le cheminement scolaire de candidats souhaitant devenir médecins.

## Groupe de discussion focalisé portant sur les barrières d'accès aux études en médecine

Afin d'explorer les barrières d'accès aux études en médecine et de réfléchir à des pistes de solution pour augmenter la représentativité autochtone au sein des facultés de médecine du Québec, un groupe de discussion focalisé (*focus group*) de 90 minutes s'est tenu le 6 janvier 2022 avec des étudiants et résidents

---

<sup>94</sup> Les informations contenues dans la section suivante sont issues du rapport d'activité du PFMPNIQ 2020-2021 produit conjointement par les facultés de médecine du Québec et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et ne peut être cité vu la nature confidentielle de certains renseignements qu'il contient.

volontaires (N=5) issus de différentes Premières Nations. La méthodologie détaillée de ce groupe de discussion focalisé se trouve en Annexe 1. À partir de leur propre expérience et de celle des membres des Premières Nations qu'ils connaissent, quatre grands thèmes ont émergé de la discussion:

- 1) Les barrières d'accès en amont du processus d'admission ;
- 2) Les barrières d'accès durant celui-ci ;
- 3) Les barrières à l'épanouissement des étudiants pendant leurs études en médecine ;
- 4) Les stratégies tangibles afin d'augmenter le recrutement des étudiants autochtones.

D'abord, les participants ont mis en lumière des barrières faisant en sorte que les jeunes Autochtones, au secondaire et au cégep, n'envisagent tout simplement pas d'entrer en médecine, notamment en raison des contraintes financières. En effet, certains étudiants ont mentionné venir d'un milieu socio-économique défavorisé, rendant les études supérieures, tout particulièrement si elles exigent un rendement académique incompatible avec la nécessité de travailler pour subvenir à leurs besoins, parfois inaccessibles. D'autres étudiants ont témoigné de la difficulté à faire reconnaître leur diplôme d'études secondaires obtenu sur une réserve dans les cégeps du Québec. Ils ont aussi unanimement déploré le manque de modèles de rôle en sciences de la santé, ayant pour deux d'entre eux joué un rôle critique dans le développement et dans la légitimation de leur intérêt pour la médecine. Finalement, tous ces facteurs mis ensemble contribuent à diminuer la confiance des jeunes Autochtones en leur capacité à accéder aux études médicales.

Ensuite, les étudiants ont identifié plusieurs barrières d'accès durant le processus d'admission. La plus importante était sans équivoque la méconnaissance du PFMPNIQ. Les cinq étudiants ont entendu parler du PFMPNIQ seulement au moment de leur demande d'admission, c'est-à-dire lorsqu'ils pensaient déjà soumettre une demande d'admission dans le contingent régulier et avaient la plupart des prérequis nécessaires pour être admis. L'information sur le PFMPNIQ ne semble donc pas se rendre localement chez les jeunes Autochtones n'ayant pas encore considéré une carrière en médecine. Une autre barrière importante pour les participants était la complexité du processus d'admission à travers le PFMPNIQ et le manque de ressources financières pour se rendre aux entrevues en personne à Wendake. À ce sujet, une participante explique son vécu : *« Cela signifie que je devais trouver quelqu'un pour me remplacer au travail, me rendre d'une manière ou d'une autre à Québec, payer l'hôtel, me rendre sur place. Personne n'est là pour m'offrir de l'aide. [...] Une autre fille que je connais a passé son entrevue au même endroit, elle a dormi dans la voiture avec ses parents jusqu'à l'entrevue. Il faut trouver des fonds pour que les Autochtones puissent se rendre aux entrevues »*. Un autre étudiant mentionne les prix exorbitants du seul hôtel à Wendake.

À travers les nombreuses étapes de leur application, les participants rapportent qu'à plusieurs reprises, ils ont eu un sentiment d'imposteur par rapport à leurs liens avec leur communauté. Les étudiants n'ayant pas grandi sur une réserve, ayant un seul parent autochtone ou ne parlant pas la langue de leur communauté ont rapporté avoir eu, et avoir encore aujourd'hui, à faire la paix avec l'impression de ne pas mériter leur place en médecine. Un étudiant l'exprime ainsi: *« Moi aussi, j'ai fait le contingent autochtone et déjà l'impression qu'il faut que je prouve [mon statut d'autochtone]. Je n'ai pas grandi dans la culture, j'ai perdu la langue,... Là t'es accepté [en médecine], tu te sens imposteur. J'ai juste été accepté à cause de mon sang autochtone, je ne suis pas tant impliqué. Autant au niveau autochtone et médecine tu te sens un « fake » Autochtone et en même temps tu as l'impression d'avoir passé par une route plus facile que les autres, c'est sûr que ça grandit beaucoup et ça joue dans la tête »*.

Les étudiants expliquent qu'ils ont trouvé le fait de devoir justifier leur statut autochtone et leur lien avec leur communauté, à répétition, essoufflant, mais qu'en même temps, ils comprennent que le programme tente de recruter des étudiants qui pourront redonner à leur communauté et pratiquer une médecine culturellement sensible.

Les participants ont également mentionné plusieurs barrières à leur épanouissement durant leurs études. La plus importante selon eux demeure la complexité et les limites de l'aide financière à laquelle ils ont

droit. En effet, leur aide financière principale vient de leur Conseil de Bande. Souvent, elle n'est pas suffisante et parfois, inexistante si le Conseil de Bande a un bassin d'étudiants universitaires trop grand. Certains étudiants ont eu droit à d'autres prêts et bourses, mais n'ont pas su où et comment remplir une demande avant plusieurs mois. Ils rapportent unanimement que la complexité dans l'obtention du financement et parfois le manque de fonds de leur Conseil de Bande a exacerbé le stress qu'ils vivent. Ensuite, le passage d'une communauté solidaire et de plus petite taille aux universités dans des grandes villes a limité la réussite académique de certains. En effet, cette transition s'accompagnait pour eux d'une importante diminution du soutien académique et social. De plus, ils ont tous rapporté des enjeux liés au fait de divulguer leurs origines autochtones à leurs collègues. Parfois, cela s'accompagnait du poids de devoir être un représentant autochtone exemplaire, en étant notamment le leader de toutes les initiatives en santé autochtone, malgré les exigences élevées des études médicales. D'autres ont mentionné que cela leur mettait le poids constant de devoir éduquer leurs pairs quant à certaines réalités vécues par les Premières Nations et Inuit du Québec, entre autres en corrigeant des professeurs et préparant des présentations pour leurs collègues. Enfin, certains ont rapporté que leurs pairs étaient parfois étonnés qu'ils soient Autochtones, puisqu'ils « n'avaient pas l'air Autochtone », ce qui a exacerbé encore plus leur sentiment d'imposteur, devant continuellement prouver leur statut autochtone.

Enfin, les étudiants ont soulevé plusieurs pistes de solutions afin d'augmenter la représentativité autochtone en médecine. Il va sans dire que d'augmenter les ressources financières durant le processus d'admission (par exemple, payer pour le transport et l'hébergement à Wendake) et de faciliter l'accès à l'aide financière durant leurs études permettraient de pallier un désavantage socio-économique en amont des études en médecine. Ensuite, les étudiants ont mentionné unanimement que les initiatives de portée locale adressées aux jeunes étaient une avenue prometteuse. Ils ont mentionné les camps de jours pour les jeunes Autochtones, notamment le camp Eagle Spirit Science Futures de McGill et la Mini-école de professions de la santé de l'Université de Montréal. D'ailleurs, deux participants sur cinq rapportent avoir participé à ce genre d'initiatives lorsqu'ils étaient plus jeunes et que cela les a inspirés à poursuivre une carrière en sciences de la santé. Ils mentionnent que la portée est encore plus grande, plus les jeunes sont exposés tôt. À cet effet, une participante exprime: « *À Hawaï, où j'ai fait ma maîtrise, les Hawaïens ont commencé à essayer de faire entrer les gens [autochtones] en médecine il y a 30 ans, dès la maternelle. Il y avait un programme pour les maternelles, les médecins venaient souvent leur parler et les enfants qui voulaient faire des études scientifiques, ils sont restés en contact avec eux jusqu'à ce qu'ils y arrivent et les Hawaïens autochtones ont le plus grand nombre de médecins pour une communauté autochtone par rapport aux autres. Mais ils ont commencé très jeune, en maternelle,...Ce n'est pas seulement le secondaire, il faut planter la graine très jeune* ». Finalement, tous ont souligné que d'augmenter la représentativité en soi augmentera le nombre de modèles de rôle, ce qui engendrera une pérennité dans le recrutement.

Notre groupe de discussion focalisé comporte plusieurs limitations. Premièrement, notre échantillon de cinq étudiants demeure petit et donc, pas nécessairement généralisable. Qui plus est, tous les participants étaient issus de différentes Premières Nations. Nous n'avons pas réussi à recueillir la perception d'un étudiant en médecine Inuit, puisque le PFMPNIQ n'a pas recruté un seul étudiant Inuit depuis sa création. Les barrières d'accès aux études en médecine chez les Inuit sont donc possiblement très différentes de celles des Premières Nations au Québec. À la lumière des discussions informelles tenues avec des représentants de la jeunesse Inuit, il semble que ces barrières soient principalement en amont de l'accès aux études secondaires et ancrées plus loin dans les déterminants sociaux de la santé. Une analyse plus approfondie des réalités des jeunes Inuit serait essentielle à la compréhension des barrières uniques vécues par ceux-ci.

## Formation des professionnels de la santé aux enjeux autochtones

En plus des efforts pour former plus de professionnels de la santé autochtones, il est primordial que tous les étudiants, allochtones ou autres, dans les professions de la santé reçoivent une formation adéquate aux enjeux liés à la santé autochtone. Le décès de Joyce Echaquan démontre qu'une formation inadéquate peut mener à des discriminations ayant des conséquences tragiques.

Pour examiner cet aspect, les prochaines lignes se pencheront sur le cursus en santé autochtone des programmes de médecine de chacune des quatre facultés de médecine au Québec. Le mémoire abordera ensuite les initiatives des quatre facultés dans les dernières années pour renforcer l'éducation de ces étudiants sur les enjeux autochtones. Pour terminer, il sera question des résultats d'un sondage effectué auprès d'étudiants en médecine au Québec explorant leur expérience avec le cursus en santé autochtone de leur programme de médecine.

## Résumé des programmes de médecine

### *Université McGill*

Depuis 2009, l'Université McGill enseigne des sujets liés à la santé autochtone à tous les étudiants au cours des deux premières années de médecine et de médecine dentaire. Avec l'introduction d'un nouveau programme en 2013, la santé autochtone est devenue l'un des thèmes longitudinaux du programme de médecine de l'université McGill. Ce thème est supervisé par le Comité du Programme de Santé Autochtone. Les étudiants en phase préclinique reçoivent environ 18 heures d'enseignement sur la santé autochtone au cours des deux premières années de leur formation. Les sujets comprennent un aperçu de la santé des Autochtones, de la santé respiratoire, des maladies infectieuses, de la santé mentale et de la sécurisation culturelle, entre autres. Dans la phase de transition vers l'externat, tous les étudiants en médecine participent à des séances sur les sujets suivants: exercice de couverture, santé traditionnelle, table ronde avec des fournisseurs de soins de santé travaillant avec des communautés autochtones, présentation et discussion avec les survivants des pensionnats indiens. Durant l'externat, McGill offre aux étudiants intéressés la possibilité de compléter leur stage de médecine familiale en milieu rural dans l'une des communautés suivantes – les communautés cries de Chisasibi et de Mistissini, les communautés inuit de Puvirnituq et Kuujuaq et la communauté mohawk d'Akwesasne. Dans leur dernière année du programme, il existe aussi des stages à option visant à explorer plus en détail les sujets liés à la santé autochtone et de visiter plusieurs organisations autochtones de la région de Montréal.

### *Université de Montréal*

Un cursus longitudinal en santé autochtone existe aussi à l'Université de Montréal. En année préparatoire jusqu'en deuxième année du programme, les étudiants reçoivent une formation théorique de près de 25 heures sur divers enjeux en santé autochtone, notamment sur l'histoire des Premières Nations et Inuit du Québec (PNIQ), la sécurisation culturelle, la tuberculose chez les communautés nordiques, la pédiatrie chez les Premières Nations, et plus. Durant les étés de ces années pré-cliniques, la Faculté offre aussi cinq places de stage en communauté autochtone, en collaboration avec le PFMPNIQ. Durant l'externat, un cours en santé mentale autochtone a lieu ainsi qu'une offre de quatre à six places pour un stage à option dans la communauté Atikamekw de Wemotaci à différents moments de l'année.

### *Université de Sherbrooke*

Le cursus en santé autochtone de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke est supervisé par le pôle en santé autochtone du Bureau de la responsabilité sociale. Les étudiants en médecine de première année ont quelques heures de discussions sur la Santé autochtone dans le cadre des cours d'apprentissage par service dans la communauté (ASC) et dans le cours Répondre aux défis de sa pratique professionnelle (RDPP) intitulé Vivre avec la diversité. En deuxième année, dans le cadre du cours Promotion de la santé dans la pratique publique, une exploration des enjeux en santé autochtone est effectuée, en abordant les pratiques actuelles en santé publique. L'UdeS offre aussi la possibilité de poursuivre un stage d'été facultatif en milieu autochtone pour ses étudiants en médecine. L'information quant au cursus sur la santé autochtone à l'Université de Sherbrooke a été significativement plus difficile à trouver qu'à l'Université de Montréal ou l'Université McGill. Nous nous questionnons si ce manque de données est causé par un manque d'accessibilité à celles-ci ou bel et bien d'un cursus moins étoffé.

### *Université Laval*

Les étudiants en médecine de l'Université Laval reçoivent une éducation théorique durant les années pré-clinique au sein du cours Médecin, médecine et société III. Les sujets abordés sont notamment l'histoire des Autochtones au Québec et au Canada, les inégalités en santé entre la population québécoise allochtone et les Autochtones, les déterminants de la santé en lien avec la santé autochtone, et plus. Il existe aussi quelques places attribuées à des étudiants en phase préclinique pour compléter un stage d'observation en milieu autochtone en collaboration avec quatre Premières Nations et ainsi qu'une communauté Inuit. À travers leur formation à l'externat, les étudiants sont exposés à des situations cliniques tenant compte des aspects culturels propres aux peuples autochtones. Encore une fois, l'information quant au cursus sur la santé autochtone a été significativement plus difficile à trouver qu'à l'Université de Montréal ou l'Université McGill. Nous nous questionnons encore si ce manque de données est causé par un manque d'accessibilité de celles-ci ou bel et bien d'un cursus moins étoffé.

## **Sondage auprès des étudiants en médecine**

### *Portrait de la satisfaction étudiante envers le contenu pédagogique et l'exposition clinique traitant d'enjeux de santé autochtone*

Un sondage visant à recenser la satisfaction et le niveau d'aisance en santé autochtone des étudiants en médecine a été lancé auprès de toutes les universités du Québec offrant le programme de médecine en décembre 2021. Les grandes lignes des résultats de ce recensement seront présentées ici, mais des graphiques détaillés se trouvent en Annexe 2. Au total, 162 étudiants de l'année préparatoire jusqu'à la résidence ont répondu à l'appel.

La majorité des étudiants ayant participé à ce sondage proviennent de l'Université de Montréal avec 59,2% des répondants dont 50,6% du Campus de Montréal et 8,6% du Campus délocalisé en Mauricie. Le reste des participants étant répartis en trois parts semblables entre l'Université Laval avec 15,4%, l'Université Sherbrooke avec 11,7% et l'Université McGill avec 13,6% des répondants. Cette surreprésentation des étudiants de l'Université de Montréal représente une importante limite de ce sondage.

D'entrée de jeux, la majorité des étudiants en médecine considèrent que leurs connaissances actuelles de la culture et de l'histoire (33,3%), ainsi que des enjeux de santé (38,9%) des Premières Nations et des Inuit comme étant insuffisantes. D'ailleurs, c'est plus de la moitié des répondants (51,2%) qui considèrent la

qualité de leur formation actuelle visant à répondre aux besoins des patients Premières Nations et Inuit dans le cadre de leur pratique comme étant peu satisfaisante ou non satisfaisante.

En termes d'exposition théorique et pratique à des patients Premières Nations et Inuit, 41,3% des répondants sont peu satisfaits ou non satisfaits de leur exposition théorique et 64,2% sont peu satisfaits ou non satisfaits par leur exposition pratique. Les étudiants ont démontré un intérêt particulier à augmenter leur exposition clinique à des patients autochtones à la fois au préclinique et à l'externat. Ce sont d'ailleurs 63,5% des répondants qui sont peu satisfaits ou non satisfaits par leur exposition à des collègues étudiants autochtones.

Plus du tiers (34,9%) des externes ont été exposés à au moins une situation de racisme ou de discrimination envers un patient Premières Nations ou Inuit par un membre du personnel de la santé. Nous pensons donc qu'une meilleure formation continue dans les milieux de stage, ainsi que de meilleurs systèmes de gestion du signalement de ces situations devraient être mise en place afin de créer des environnements cliniques plus inclusifs et sécuritaires pour les patients et les étudiants autochtones.

En avril 2021, pour donner suite à divers appels à l'action émis par la Commission de vérité et de réconciliation (CVR), aux appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, ainsi que dans le cadre d'autres commissions et enquêtes pertinentes, le Collège médical du Canada (CMC) a adopté une mise à jour afin d'inclure plusieurs objectifs en lien avec la santé autochtone. Nous avons donc sondé les étudiants externes junior et senior sur leur degré de confiance à répondre à ces nouveaux objectifs. Parmi les 43 externes sondés, 34,9% se sentent peu confiants ou non confiants à répondre aux nouveaux objectifs du Collège médical du Canada (CMC) en lien avec la santé autochtone de manière générale. Voici un tableau détaillé énumérant certains de ces nouveaux objectifs du CMC, ainsi que le niveau de confiance des étudiants à y répondre:

**Tableau 1: Tableau représentant le niveau de confiance des externes en médecine en fonction du nouvel objectif du Conseil médical du Canada sur la santé autochtone.**

Objectifs du Conseil médical du Canada (en ordre croissant de confiance)	Étudiants se sentant peu confiants ou non confiants (%)	Étudiants se sentant très confiants (%)
Objectif #3 - Décrire les divers services de santé offerts aux peuples autochtones et la façon dont les systèmes de soins de santé plurigouvernementaux (fédéral, provinciaux et régionaux) peuvent augmenter le risque d'incidents critiques, d'événements indésirables, d'erreurs de médication, d'entraves administratives et/ou d'interruption des soins.	57,2%	26,2%
Objectif #7 - Décrire précisément le droit équitable des Autochtones au meilleur état de santé possible, à leur pharmacopée traditionnelle et au maintien de leurs pratiques médicales, ainsi que le droit d'accéder à tous les services sociaux et de santé sans discrimination.	35,8%	35,7%
Objectif #14 - Montrer une compréhension de l'intersectionnalité dans la mesure où elle se rapporte à diverses identités autochtones (p. ex., 2ELGBTQQIA+, personnes handicapées, femmes).	35,7%	35,7%
Objectif #12 - Relever les obstacles à l'égalité des soins de santé pour les peuples autochtones et promouvoir le changement à l'échelle des systèmes (p. ex., politique organisationnelle, politique publique saine).	26,2%	35,7%
Objectif #5 - Définir et montrer en quoi consiste : les soins de santé antiracistes, les soins de santé adaptés à la culture, l'humilité culturelle, les soins tenant compte des traumatismes et de la violence.	33,4%	40,5%
Objectif #2 - Décrire le lien entre la perturbation continue des déterminants sociaux, culturels et spirituels attribuables à la colonisation et la situation actuelle sur le plan de la santé des Mises à jour aux objectifs des examens d'aptitude du CMC – avril 2021 4 Autochtones (p. ex., interdiction par le passé des pratiques traditionnelles de guérison, perte des langues dans les pensionnats, perte d'accès aux territoires traditionnels).	28,6%	50%
Objectif #10 - Se renseigner au sujet des cultures autochtones afin d'apprécier leurs traditions, leur vision du monde, leurs normes, leurs valeurs et leurs croyances.	14,3%	57,1%

En ce qui a trait aux nouveaux objectifs du CMC en lien avec la santé autochtone, il est à noter que plus du tiers des étudiants complétant leur externat se sentent peu ou pas compétents à répondre aux objectifs en général. Nous pouvons notamment remarquer une insécurité particulière (57,2% des étudiants peu ou non confiants) à répondre à l'objectif trois (#3) du CMC en lien avec l'offre de services de santé offerts par les différents niveaux gouvernementaux et institutionnels. Il aurait été intéressant d'avoir ce genre de données, plusieurs années auparavant, afin de voir l'évolution dans la confiance et les connaissances des étudiants depuis les changements importants dans le cursus et dans l'augmentation du nombre d'étudiants autochtones.

## RECHERCHE EN SANTÉ AUTOCHTONE

### Financement des projets liés à la santé autochtone

Au niveau fédéral, il importe de souligner que le gouvernement canadien a investi une somme de 100,8 millions de dollars sur une période de 16 ans, instauré via le programme Environnement réseau pour la recherche sur la santé des Autochtones (ERRSA), à des fins de financement de recherche en santé autochtone à travers le pays<sup>95</sup>. Dirigé par l'Institut de la santé des Autochtones (ISA), co-dirigé par l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire (ISCR) et supporté financièrement par les 13 instituts, ce soutien financier servira à « répondre aux besoins en matière de développement des capacités, de recherche et d'application des connaissances<sup>96</sup> ».

Parmi les mesures concrètes et les engagements établis au sein de ce plan d'action datant de 2016 figure une garantie d'investissement d'au minimum 4,6% du budget alloué annuellement destiné à la recherche en santé autochtone afin de respecter la représentativité proportionnelle des Premières Nations et Inuit (soit 4,9% au Canada en 2016 selon Statistiques Canada). Un rapport d'étape de ce plan d'action a d'ailleurs été publié en septembre dernier, attestant un maintien des investissements à 4,1% pour 2020-2021 (soit 4,5% si les fonds alloués au soutien de la recherche émergente et reliée à la COVID-19 prévus pour 2021-2022 y sont inclus). Une augmentation de 18,9 M\$ depuis 2019-2020 y est également dévoilée<sup>97</sup>.

### Sous-représentation des communautés autochtones dans le domaine de la recherche

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) évoque, parmi ses 94 appels à l'action et recommandations, l'importance de colliger des rapports compilant des données et indicateurs de santé des populations autochtones afin de parvenir à l'équité en santé. Pourtant, la « recherche en santé autochtone au Canada a été négligée dans le passé et qualifiée de problématique, notamment en raison du manque de collaboration avec les peuples autochtones<sup>98</sup>. » En effet, des abus survenus lors de projets de recherche, ayant entre autres mené à la malnutrition d'enfants autochtones dans les années 1940, perpétuent la méfiance des Premières Nations et Inuit à l'égard des scientifiques allochtones<sup>99,100</sup>.

Sur la décennie s'étalant de 1995 à 2005, seulement 96 articles scientifiques et médicaux adressant la santé autochtone, principalement de nature descriptive, ont été publiés au Canada<sup>101</sup>. Des professionnels de la santé provenant de six organisations de santé autochtones ontariennes émettent l'hypothèse que, en raison des méthodes inappropriées au niveau culturel employées au sein d'études épidémiologiques, de

<sup>95</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. *Le gouvernement du Canada investit près de 101 millions de dollars dans la recherche en santé autochtone à l'échelle du pays. Communiqué de presse* (Victoria : Gouvernement du Canada, 2019), <https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2019/07/le-gouvernement-du-canada-investit-pres-de-101-millions-de-dollars-dans-la-recherche-en-sante-autochtone-a-lechelle-du-pays.html>.

<sup>96</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. *Environnement réseau pour la recherche sur la santé des Autochtones (ERRSA). Initiatives* (Ottawa : Gouvernement du Canada, 2021), <https://cihr-irsc.gc.ca/f/51161.html>.

<sup>97</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. *Plan d'action : Créer un avenir plus sain pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Instituts, Santé des autochtones* (Ottawa : Gouvernement du Canada, 2016), <https://cihr-irsc.gc.ca/f/50372.html>.

<sup>98</sup> Sarah Funnell et al., *Nothing About Us, without Us: How Community-Based Participatory Research Methods Were Adapted in an Indigenous End-of-Life Study Using Previously Collected Data*, dans « *La Revue canadienne du vieillissement* », no 39 (2) (2020) : 144-155, doi:10.1017/S0714980819000291.

<sup>99</sup> *Ibid.*

<sup>100</sup> Angela Mashford-Pringle et Kira Pavaghadi, *Using OCAP and IQ as Frameworks to Address a History of Trauma in Indigenous Health Research*, dans « *AMA Journals of Ethics* », no 10 (2020) : volume 22, doi:10.1001/amajethics.2020.868.

<sup>101</sup> Tara White et al., *How has Indigenous Health Research changed in Atlantic Canada over two decades? A scoping review from 2001 to 2020*, dans « *Social Science & Medicine* », no 279 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113947>.

l'épuisement communautaire issu d'un recrutement incessant des communautés pour ces projets de recherches et des échecs antérieurs, les autochtones étaient sous-représentés dans la recherche en santé au Canada en 2010<sup>102</sup>. En fait, le consentement éclairé était, jusqu'à tout récemment, parfois omis tandis que les perspectives des communautés autochtones concernant les priorités en recherche et les résultats en découlant étaient fréquemment ignorées ou marginalisées<sup>103</sup>. Une sous-représentation des communautés autochtones vivant en milieu urbain de même que des aînés autochtones et des Métis était également remarquée<sup>104</sup>.

La littérature scientifique en la matière s'est par ailleurs étoffée avec le temps, dénombrant une quantité grandissante de publications concernant les autochtones jusqu'en 2020<sup>105</sup>. En ce sens, certains chercheurs (dont Bailey et al., Castellano et Tuhiwai Smith) sont plutôt d'avis que les communautés autochtones sont surreprésentées (ou du moins représentées équitablement) en recherche médicale depuis des décennies - un sentiment partagé par les membres des communautés autochtones - sans toutefois entraîner des bénéfices pour elles<sup>106</sup>. En guise d'exemple, 252 articles ayant trait à la santé et au bien-être des communautés autochtones<sup>107</sup> (sur un total de 2572 articles portant sur la santé globale de tous les Canadiens<sup>108</sup>) se retrouvent sur le site web de Statistiques Canada, correspondant à 9,8% des articles soumis, alors que 4,9% des Canadiens s'identifient en tant qu'autochtone<sup>109</sup>. Cependant, les iniquités en matière de santé persistent au sein des communautés.

## Priorités de recherche des communautés autochtones

De façon unanime, le manque d'études conçues, construites et développées longitudinalement en véritable partenariat avec les Premières Nations et Inuit, et ce, de manière culturellement sécuritaire, est flagrant. À ce titre, même si le taux d'approbation éthique chez les communautés s'est décuplé entre 2001 et 2020 au Canada Atlantique, il va sans dire que la nécessité de recourir à une réelle collaboration en recherche médicale se fait ressentir<sup>110</sup>. L'étalon d'or en recherche portant sur la santé autochtone constitue de ce fait une participation impliquant activement et directement l'engagement des divers membres des communautés des Premières Nations et Inuit, allant de pair avec la réclamation de leur droit à l'autogestion ainsi qu'à la reconnaissance de leur souveraineté identitaire et territoriale. Malheureusement, peu d'articles rapportent à ce jour un engagement communautaire pour tous les aspects du processus de recherche, du début à la fin. Une étude canadienne soulève en outre un besoin accru de financement, de comités d'éthique et de procédés avec évaluations par les pairs afin de mieux faciliter la participation et la mise en œuvre de projets de recherche en santé autochtone<sup>111</sup>.

Des tensions au sein même des peuples des Premières Nations et Inuit existent, par exemple des chercheurs autochtones canadiens anticipant la collecte de données chez les autres membres des communautés peuvent être perçus par ceux-ci comme « collaborant avec l'ennemi ». Des tensions existent

<sup>102</sup> M.A. Maar et al, *Thinking outside the box: Aboriginal people's suggestions for conducting health studies with Aboriginal communities*, dans « The Royal Society of Public Health », no 125 (2011), doi:10.1016/j.puhe.2011.08.006 .

<sup>103</sup> Melody E. Morton Ninomiya et Nathaniel J. Potluck, *Reconciling community-based Indigenous research and academic practices: Knowing principles is not always enough*, dans « Social Science & Medicine », vol 172 (2017) : 28-36, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.007>.

<sup>104</sup> Kathi Wilson et T. Kue Young, *An Overview Of Aboriginal Health Research In The Social Sciences: Current Trends And Future Directions*, dans « International Journal of Circumpolar Health », no 67(2-3) (2008) : 179-189. doi:10.3402/ijch.v67i2-3.18260.

<sup>105</sup> Tara White et al., *Using OCAP and IQ as Frameworks to Address a History of Trauma in Indigenous Health Research*.

<sup>106</sup> M.A. Maar et al, *Thinking outside the box: Aboriginal people's suggestions for conducting health studies with Aboriginal communities*.

<sup>107</sup> Statistique Canada, *Sujets Peuples autochtones. Santé et bien-être*, (Ottawa : Statistique Canada, 2021), [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/sujets/peuples\\_autochtones/sante\\_et\\_bienetre](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/sujets/peuples_autochtones/sante_et_bienetre).

<sup>108</sup> *Ibid.*

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> Tara White et al., *Using OCAP and IQ as Frameworks to Address a History of Trauma in Indigenous Health Research*.

<sup>111</sup> Kathleen Murphy et al., *Are we walking the talk of participatory Indigenous health research? A scoping review of the literature in Atlantic Canada*, dans « PLoS ONE », no 16(7) (2021), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255265>.

également entre les personnes autochtones et allochtones travaillant sur un projet commun, notamment sur la manière dont la recherche en santé autochtone est régie ainsi que la façon dont les résultats sont utilisés et distribués<sup>112 113</sup>. Jones et ses collègues sont d'avis que cette dernière entretient la marginalisation du savoir des peuples issus des Premières Nations et Inuit via la perpétuation de principes colonialistes<sup>114</sup>. Entre 2000 et 2015, 19% des articles publiés issus de la littérature médicale scientifique revue par les pairs faisaient mention de la manière dont les personnes autochtones étaient engagées dans le processus de recherche en santé. Au fil des ans, la quantité de publications faisant écho aux principes établis par la communauté et à la participation autochtone, quoique variable selon le sujet à l'étude (notamment moins fréquente en cas de recherches dites quantitatives), s'est vue multipliée. La vaste majorité de ces articles n'abordent toutefois aucunement la diffusion ultérieure des résultats obtenus. La présence d'auteurs autochtones en l'absence d'auteurs allochtones y était rare, tout comme l'identification transparente du consentement de la communauté à participer à l'étude, nuisant à l'autodétermination des Premières Nations et Inuit et renforçant la perspective colonialiste de la recherche en santé autochtone selon laquelle les chercheurs allochtones détiennent le véritable pouvoir (ou la connaissance) alors que les peuples autochtones représentent les sujets de recherche<sup>115</sup>.

Le Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador, émis en 2014 par l'APNQL, vise, dans cette optique, à décoloniser la recherche afin d'en assurer l'appropriation par les peuples autochtones lorsqu'applicable, tout en militant pour l'obtention d'une relation de confiance avec la communauté scientifique allochtone. Divers thèmes entourant la conduite d'une recherche en santé autochtone s'y retrouvent, dont la recherche menée en collaboration, le principe de consultation, la reconnaissance des savoirs des Premières Nations, le partage des bénéfices, l'imputabilité, le patrimoine sacré et l'usage approprié des données recueillies. Se voulant un guide autant auprès des chercheurs que des communautés autochtones, ce protocole inclut les étapes à suivre avant, pendant et après la recherche<sup>116</sup>. Afin de limiter les barrières à l'accès aux soins et à la recherche en santé autochtone<sup>117</sup>, « les principes PCAP® des Premières Nations (propriété, contrôle, accès et possession) soulignent l'importance majeure de l'engagement et de la gouvernance autochtones<sup>118</sup>. » Le plan stratégique 2019-2024 de l'Institut de la santé des Autochtones (ISA) (également supporté par les Instituts de recherche en santé du Canada ou IRSC) a de même été implanté, visant « à favoriser la recherche communautaire et à renforcer les capacités de manière culturellement adaptée au sein des communautés autochtones », et ce, partout au Canada.

Il ne s'agit donc pas de la quantité, mais bien de la qualité des recherches en santé autochtone, c'est-à-dire de la manière dont elles sont réfléchies, menées et mises à profit, qui se doit d'être revue de prime abord. À cet égard, des solutions ont pu être relevées par quelques chercheurs. Par exemple, il pourrait être pertinent que les journaux scientifiques publiant des articles de recherche quantitative aient systématiquement recours à des méthodologies nécessitant, encourageant et/ou récompensant les chercheurs ayant développé une réelle et sincère collaboration avec les communautés autochtones dans le cadre de leur étude. Une lacune pouvant également être adressée réside en le fait d'implanter une méthode unique et simplifiée permettant aux chercheurs de communiquer adéquatement quelles sont les

---

<sup>112</sup> Jessica Ball et Pauline Janyst, *Enacting Research Ethics in Partnerships with Indigenous Communities in Canada: "Do it in a good way"*, dans « Journal of Empirical Research on Human Research Ethics », vol 3 (2) (2008) : 33-51, <https://doi.org/10.1525/jer.2008.3.2.33>.

<sup>113</sup> Melody E. Morton Ninomiya et Nathaniel J. Potluck, *Reconciling community-based Indigenous research and academic practices: Knowing principles is not always enough*.

<sup>114</sup> Jen Jones, Ashley Consolo et Sherilee L. Harper, *Who is research serving? A systematic realist review of circumpolar environment-related Indigenous health literature*, dans « PLoS ONE », no 13(5) (2018), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196090>.

<sup>115</sup> *Ibid.*

<sup>116</sup> Suzy Basile et al. *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. (Wendake : Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2014), <https://files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhjfc7hTl>.

<sup>117</sup> Carrie Bourassa et al., *Ethical research engagement with Indigenous communities*, dans « Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering », volume 7(1-8) (2020), doi: 10.1177/2055668320922706.

<sup>118</sup> Sarah Funnell et al., *Nothing About Us, without Us*.

problématiques de santé ciblées au sein de leurs projets de recherche et en quoi ceux-ci pourraient directement être bénéfiques pour les communautés, tout en détaillant leur procédé et usage des données. Le fait d'identifier un regroupement d'individus autochtones en tant que co-auteurs d'un article, par opposition à un seul représentant de la communauté, est de même une pratique qui sur papier favoriserait la reconnaissance de la participation des Premières Nations et Inuit en tant que communauté ou organisation<sup>119</sup>.

---

<sup>119</sup> Jen Jones, Ashley Consolo et Sherilee L. Harper, *Who is research serving? A systematic realist review of circumpolar environment-related Indigenous health literature*.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La mort de Joyce Echaquan en septembre 2020 à l'Hôpital de Joliette a secoué l'ensemble de la population du Québec de même que toute la classe politique. La mobilisation des communautés autochtones à la suite de cette mort tragique témoigne de l'impatience justifiée de ces communautés qui tardent à avoir accès à des soins de santé de qualité, holistiques et culturellement adaptés.

La Commission de vérité et réconciliation, la Commission Viens et le rapport d'enquête Kamel en sont tous arrivés à la même conclusion: le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans le système de santé existent bel et bien et contribuent aux inégalités en santé entre Autochtones et personnes allochtones. Selon le Comité de suivi des appels à l'action de la CERP, seuls 12 des 34 appels à l'action ont été amorcés et aucun des appels n'a été dûment rempli. Les ressources financières, humaines et techniques se doivent d'être déployées pour répondre aux besoins des communautés.

Par ailleurs, les inégalités en santé entre Autochtones et personnes allochtones se manifestent à la fois dans l'accès et la qualité des soins prodigués. La continuité des soins pour les patients autochtones reste problématique en raison de l'éloignement géographique de certaines communautés et de la difficulté de recruter des travailleurs de la santé dans ces milieux, les Inuit étant particulièrement affectés par cet enjeu. Le manque de services culturellement adaptés et la sous-représentativité des communautés autochtones dans le système de santé contribuent également aux problèmes d'accès. La qualité des soins prodigués dépend de l'acceptabilité des soins par les Autochtones, d'où l'importance de former adéquatement le personnel de la santé aux réalités autochtones afin de rebâtir la confiance envers le système de santé.

Notre groupe de discussion focalisé réalisé auprès de cinq étudiants et résidents autochtones a démontré plusieurs barrières d'accès aux études en médecine, notamment en lien avec le manque de modèles de rôles autochtones dans le domaine de la santé, les déterminants de la santé dont les barrières financières aux études en médecine et la méconnaissance importante du PFMPNIQ chez les jeunes Autochtones. Durant leurs études, les étudiants rapportent que les barrières à leur épanouissement comportent principalement le sentiment d'imposteur qu'ils vivent, le poids d'être un représentant autochtone engagé et la difficulté à accéder à de l'aide financière. Ils ont proposé plusieurs solutions qui seront abordées à la fin du mémoire.

Les étudiants allochtones quant à eux, à la lumière de notre sondage, semblent ne pas se sentir adéquatement préparés et en confiance à prendre en charge des patients autochtones. Bien que les cursus en santé autochtone se soient bonifiés et que l'exposition clinique aux patients autochtones ait augmenté durant les dernières années, il reste du chemin à faire. Plus particulièrement, les cursus des Universités Sherbrooke et Laval sont difficiles à évaluer et à quantifier. En général, les étudiants allochtones aimeraient avoir plus d'exposition clinique.

Bien que les initiatives de recherche en santé autochtone soient financées adéquatement par le gouvernement fédéral, la pratique culturellement sensible plaçant les communautés autochtones au cœur de l'élaboration de la recherche demeure lacunaire. Bien que la quantité d'études portant sur la santé autochtone soit représentative, la qualité se doit être améliorée. Il faut également que le fruit de ses recherches s'accompagne avec la mise en application des solutions et leviers de changements par nos gouvernements.

Afin de soutenir les revendications des Premières nations et des Inuit du Québec en matière de santé et de services sociaux, la FMEQ aimerait formuler les recommandations suivantes au Gouvernement du Québec :

- **Reconnaître l'existence du racisme systémique** envers les Autochtones tel que suggéré dans le rapport Kamel ;
- Accélérer la **formation du personnel de la santé** sur les enjeux de sécurisation culturelle ;
- **Réaliser les 34 appels à l'action du CERP** en matière de santé et de services sociaux;
- Soutenir les communautés dans leurs efforts de **réention des travailleurs de la santé dans les communautés éloignées** afin de favoriser la continuité des soins ;
- Soutenir la **création d'un programme de sciences de la nature au cégep de Kiuna**, tremplin pour les étudiants autochtones voulant poursuivre une carrière dans le domaine de la santé ;
- Soutenir la **création d'un système de collecte de données** par le DSP de Montréal sur **l'utilisation des services de santé par les Autochtones en milieu urbain** en collaboration avec le RCAAQ ;
- **Augmenter le financement des organisations communautaires autochtones** en région comme en centre urbain ;
- **Augmenter le nombre de places dans les programmes de médecine pour le contingent Premières nations et Inuit** afin de refléter le pourcentage de la population ;
- Assurer l'internet haute vitesse dans toutes les régions du Québec afin de **faciliter le déploiement de la télémédecine dans les communautés autochtones** ;
- Fournir rapidement un soutien politique, législatif, financier et matériel pour déployer judicieusement la télémédecine dans le réseau public, en **priorisant les communautés autochtones isolées et semi-isolées.**

Aux facultés de médecine du Québec et au PFMPNIQ, la FMEQ suggère les recommandations suivantes:

- **Publiciser le PFMPNIQ** auprès des étudiants du primaire, du secondaire et du cégep ;
- **Réduire les coûts d'admission en médecine** pour les candidats du contingent Première nation et Inuit, notamment en payant les frais reliés au processus d'entrevue à Wendake ;
- **Centraliser et faciliter l'accès au financement des études en médecine** pour les étudiants autochtones admis en médecine ;
- **Bonifier et uniformiser les cursus de santé autochtone des facultés de médecine** afin de mieux préparer les étudiants aux objectifs du CMC ;
- Augmenter le **nombre de places de stages à l'externat et au préclinique** en communauté autochtone ;
- **Augmenter le nombre d'initiatives de portée locale adressées aux jeunes autochtones**, par exemple le camp Eagle Spirit Science Futures de McGill et la Mini-école de professions de la santé de l'Université de Montréal ;
- Collaborer avec les autres programmes universitaires de santé pour **élargir l'accès des Premières nations et Inuit aux professions en santé.**

## Annexe 1 - Groupe de discussion focalisé (méthodologie et résultats)

Un groupe de discussion focalisé (*focus group*) de 90 minutes s'est tenu le 6 janvier 2022 avec des étudiants et résidents autochtones volontaires (N=5). La session s'est déroulée par visioconférence Zoom étant donné les mesures sanitaires. Le consentement verbal à la participation a été obtenu en début de séance. La séance s'est tenue en français et en anglais, selon la langue de préférence de chaque participant. Après la séance, le script a été retranscrit et traduit en français. Une analyse des thèmes et sous-thèmes émergeant de la discussion a été réalisée par deux évaluateurs indépendants, puis comparée et catégorisée.

Les cinq (5) participants étaient tous étudiants ou résidents en médecine, issus de différentes Premières Nations. La majorité avaient des études antérieures (baccalauréat, maîtrise ou autre). La majorité sont allés au CÉGEP en contingent régulier; deux (2) participants n'ont pas fait le CÉGEP (ont fait leurs études antérieures hors province ou hors pays).

Les thèmes et sous-thèmes suivants y sont ressortis:

Thèmes (4)	Sous-thèmes	Citation	Participant (page)
<b>(1) Barrières en amont du processus d'admission</b>	Barrières financières	Les Premières Nations qui essaient d'aller à l'université, je pense, en parlant pour moi-même, que dans beaucoup de situations, la plupart des gens qui font une demande d'admission à l'université sont pauvres/dans la pauvreté. Quand j'étais en première année, j'avais mon financement de bande qui était de 600 \$ par mois et rien d'autre. Je devais avoir trois emplois et suivre tous mes cours. Ce sont des choses que l'on ne peut pas faire en médecine. [...] Les Premières nations ont besoin de plus de ressources pour entrer à l'université ou en école de médecine.	2 (page 4)
	Le diplôme d'études secondaires obtenu sur une réserve n'est pas toujours reconnu par tous les cégeps	Il y a beaucoup de contradictions parce que si vous êtes un étudiant autochtone, vous ne pouvez pas aller du secondaire au cégep, tous les cégeps ne reconnaissent pas le diplôme du secondaire Kahnawake. Tu ne peux t'inscrire qu'à un seul cégep, tu ne peux pas aller à Montréal. Le problème est là, ce n'est pas le contingent.	4 (page 10)
	Il y a un manque de modèles de rôle en sciences de la santé et en médecine particulièrement	<i>En réponse à « avez-vous d'autres idées sur la façon dont nous pourrions accroître l'accessibilité des populations autochtones à l'enseignement supérieur, comme la médecine ? »</i> Plus de modèles d'étudiants pour que les gens atteignent des domaines d'études plus élevés ou deviennent médecins, thérapeutes, psychologues ou scientifiques. Avoir ces modèles qui viennent de votre propre communauté, du même milieu et qui ont réussi à atteindre un certain niveau d'éducation. Pour inspirer les jeunes étudiants autochtones et leur montrer que c'est possible.	1 (page 10)
		Quand j'étais plus jeune, je suis allé à ces camps à l'UBC, [...] Ça donne confiance en soi de penser qu'on peut aller à l'université. À Hawaï, où j'ai fait ma maîtrise, les Hawaïens ont commencé à essayer de faire entrer les gens en médecine il y a 30 ans, dès la maternelle. Il y avait un programme pour les maternelles, les médecins venaient souvent leur parler et les enfants qui voulaient faire des études scientifiques, ils sont restés en contact	2 (pages 10-11)

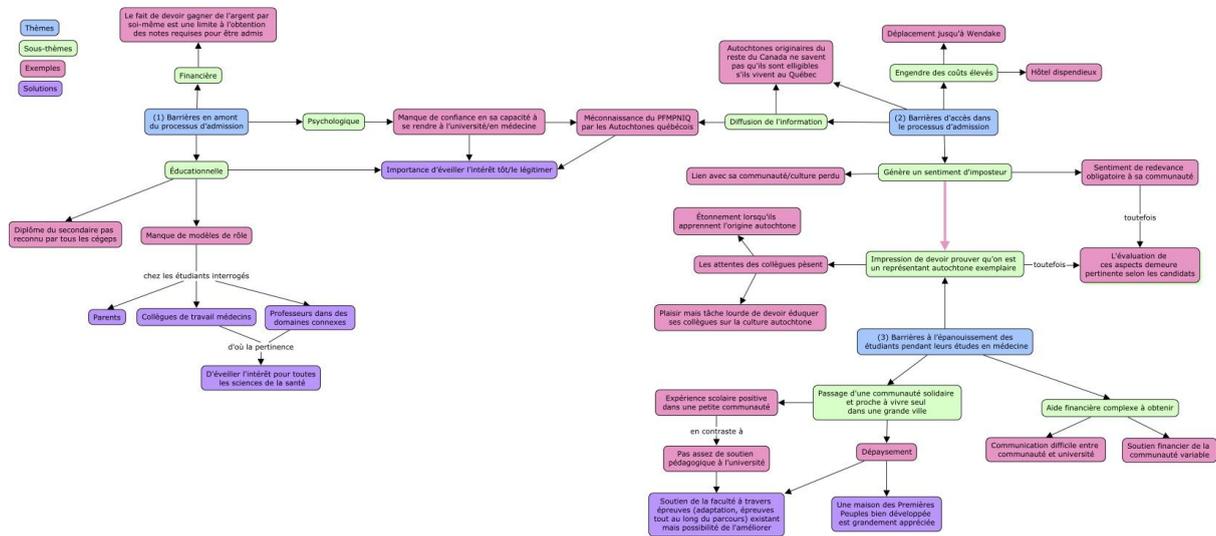
		avec eux jusqu'à ce qu'ils y arrivent et les Hawaïens autochtones ont le plus grand nombre de médecins pour une communauté autochtone par rapport aux autres. Mais ils ont commencé très jeunes, en maternelle, quand je suis allé voir comment ils faisaient. Ce n'est pas seulement le secondaire, il faut planter la graine très jeune.	
	Les jeunes autochtones manquent de confiance en leur capacité à se rendre à l'université/en médecine	On n'en parle jamais au secondaire. Ce qui est plate, c'est les jeunes autochtones, surtout ceux en réserve, ou n'importe où, ils ne pourraient jamais considérer aller en médecine parce qu'ils ne savent même pas qu'il y a ce programme. Beaucoup vont se dire qu'ils n'ont pas de bonnes notes, ce programme la cote R descend un peu et tu as des places spécifiques pour les Autochtones. C'est ça qui est plate, ce programme est pour les Autochtones, mais les Autochtones ne savent pas que ça existe la plupart du temps.	3 (page 7)
		Je ne suis pas sûr que dans ma réserve, il n'y a pas beaucoup de jeunes qui, lorsque je leur parle, pensent à l'école parce que c'est une communauté minière proche, tout le monde va à la mine ou tout le monde reste sur l'aide sociale.	2 (page 10)
<b>(2) Barrières d'accès dans le processus d'admission</b>	Il existe une méconnaissance du PFMPNIQ par les jeunes Autochtones québécois	J'ai appliqué à travers le programme à la dernière minute. Je ne savais pas que ça existait. En regardant les statistiques, j'ai vu qu'il y avait une catégorie pour les étudiants autochtones au Québec et que ça facilitait l'accès.	1 (page 4)
		Je ne l'ai découvert qu'après avoir effectué des recherches sur le site Web de l'application McGill. Puis je l'ai trouvé, et même quand je l'ai trouvé, je n'ai pas vraiment compris tout le concept, comment c'était plus grand que McGill, je ne l'ai su qu'après avoir postulé. Même après l'avoir trouvé, je ne savais pas ce que c'était exactement.	5 (page 7)
	Les Autochtones originaires du reste du Canada ne savent pas qu'ils sont éligibles s'ils vivent au Québec	Quand j'ai regardé à McGill, par exemple, et qu'il y avait le programme des Premières Nations pour y entrer, j'étais en Colombie-Britannique à l'époque, alors je n'aurais pas été admissible même si j'étais d'une communauté des Premières Nations. C'était donc un obstacle et une voie que je n'aurais jamais pu emprunter, car seuls les membres des Premières nations du Québec pouvaient y accéder [...] Puis j'ai travaillé à Ottawa et j'ai décidé par hasard de vivre du côté du Québec, et quelqu'un m'a dit que j'étais admissible parce que j'étais du côté du Québec. C'est donc ce qui m'a poussé à faire une demande par le biais de la voie d'accès.	2 (pages 2-3-4)
	Le processus d'admission engendre des coûts élevés	<i>En parlant des entrevues à Wendake.</i> Cela signifie que je devais trouver quelqu'un pour me remplacer au travail, me rendre d'une manière ou d'une autre à Québec, payer l'hôtel, me rendre sur place. Personne n'est là pour m'offrir de l'aide. [...] Une autre fille que je connais a passé son entrevue au même endroit, elle a dormi dans la voiture avec ses parents jusqu'à l'entrevue. Il faut trouver des fonds pour que les Autochtones puissent se rendre aux entrevues. Certaines personnes peuvent être en mesure de s'y rendre parce qu'elles ont des parents qui peuvent les aider. Cette fille, son père l'a conduite et elle a dû dormir dans sa voiture juste pour se rendre à l'entrevue.	2 (page 4)
C'est vrai ce n'est pas donné à tout le monde, le Québec est grand, les communautés sont partout à travers le territoire.		1 (page 5)	

		Forcer le monde à se rendre à Wendake, ce n'est pas optimal.	
	Les lettres et les entrevues requises génèrent un sentiment d'imposteur de part le sentiment de redevance obligatoire à sa communauté	À chaque étape, nombreuses étapes du processus, cette question est revenue. Est-ce qu'on s'attend à ce que je réinvestisse envers la communauté? Ils sont très ouverts à dire qu'il n'y a aucun engagement, tu fais ce que tu veux. Reste qu'il y a quand même un sentiment, ce sont des sommes, dépendamment des personnes, des communautés, ça reste de l'argent qu'on te donne pour tes études: le sentiment de culpabilité qui s'installe peu importe.	1 (page 9)
		Il y a du bon et du mauvais [à ce processus]. D'un côté, vous ne voulez pas que les gens aient à prouver qu'ils sont autochtones pour postuler. D'un autre côté, les gens verront comment ils sont liés à leurs communautés, à leur nation et peut-être qu'au final, ils seront plus enclins à travailler avec ces communautés pour être plus sensibles à ces questions.	1 (page 6)
	Les lettres et les entrevues requises génèrent un sentiment d'imposteur de par le lien avec la communauté et la culture parfois éloigné	Donc quelqu'un qui n'a pas de base, parents hors réserve, de point d'attache avec la communauté, a peut-être un sentiment d'imposteur de passer à travers cette classe d'appliquant. Et devoir prouver et écrire la lettre, entrevues spéciales, son attachement et son implication dans la communauté, ça peut faire grandir le sentiment d'imposteur. Mais en même temps on cherche à avoir des personnes qui sont impliquées, qui veulent redonner à la communauté autochtone. C'est plein de variables qui s'entrecroise et qui ne sont pas évidentes à gérer. À devoir prouver son statut autochtone encore et encore, ça joue un peu dans la tête des applicant. Est-ce que je suis dans la bonne place, tu te bonifies pour que ça regarde bien? Est-ce que tu usurpes le statut autochtone en passant à travers ces lettres d'applications?	1 (page 5)
		Moi aussi j'ai fait le contingent autochtone et déjà l'impression qu'il faut que je prouve [mon statut d'autochtone]. Je n'ai pas grandi dans la culture, j'ai perdu la langue, Là j'arrive à l'entrevue et ils veulent voir de ce que tu connais de la communauté, si t'es impliqué. Tu te sens imposteur. Là t'es accepté, tu te sens imposteur. <i>J'ai juste été accepté à cause de mon sang autochtone</i> , je ne suis pas tant impliqué. Autant au niveau autochtone et médecine tu te sens un <i>fake</i> autochtone et en même temps tu as l'impression d'avoir passé par une route plus facile que les autres, c'est sûr que ça grandit beaucoup et ça joue dans la tête.	3 (page 5)
		C'est vraiment, écrire une lettre sur le fait d'avoir grandi à Montréal, c'est difficile de montrer que vous êtes proche de la Nation. Tout ce que vous voulez dire à ce sujet, vous aurez un impact à cause de la colonisation de votre communauté. C'est différent pour chaque candidat, c'est un défi d'écrire cette lettre.	4 (page 6)
<b>(3) Barrières à l'épanouissement des étudiants pendant leurs études en médecine</b>	Impression de devoir prouver qu'on est un représentant autochtone exemplaire : leurs collègues s'étonnent lorsqu'ils apprennent leur origine autochtone	Il y a encore un sentiment d'imposteur qui joue là-dedans. J'ai pas la face d'un autochtone, très stéréotypée, donc la réaction générale que j'ai quand je le dévoile, les gens sont surpris. Ils essayent d'être polis, c'est surprenant. Ils ne s'attendaient pas à cette nouvelle, ça renforce le sentiment d'est-ce que je mérite vraiment. Est-ce que je suis vraiment Autochtone?	1 (page 12)

Impression de devoir prouver qu'on est un représentant autochtone exemplaire : plaisir mais tâche lourde de devoir éduquer ses collègues sur la culture autochtone	C'est surtout au cours des dernières années d'études de médecine que l'on m'a constamment demandé de faire des déjeuners-conférences sur les questions autochtones. C'est vrai, dès que vous êtes la seule ressource connue, on vous demande d'en savoir plus. Personnellement, je me sentais un peu dépassé par tout ça [...] à l'école de médecine c'est épuisant. Vous ne voulez pas toujours commencer à expliquer aux gens l'histoire d'il y a quelques centaines d'années jusqu'à aujourd'hui pour qu'ils puissent comprendre le colonialisme et les politiques et leur contexte. Parfois, c'est accablant, mais je pense que c'est important si vous pouvez être une ressource.	2 (page 12)
	Si je commence la première année de médecine en disant que je suis Autochtone, les gens s'attendent à ce que je sois le chef du groupe des Autochtones et tout [...] même à l'école de médecine [où] on est très occupées et parfois ce n'est pas votre rôle d'éduquer.	4 (page 12)
	Dans une conversation [avec un élève], j'ai dit que j'étais Autochtone et il m'a dit que « tout le monde est Autochtone ». Il a fallu lui expliquer, que toi t'es Autochtone, de quelle communauté, pis essayer de lui montrer qu'il y a une différence entre être de sixième génération et avoir une carte et sa ma mère qui est Autochtone. Prouver et justifier que tu es plus Autochtone qu'eux et que c'est eux qui prennent une identité qui ne leur appartient pas.	2 (page 13)
L'aide financière est complexe à obtenir	C'était vraiment difficile d'obtenir de l'argent. Vous pouvez obtenir une bourse d'entrée, pour la première fois, peut-être qu'elle ne sera pas renouvelée, donc c'est juste une fois. Sur votre année, ce sera compétitif pour vous. Ça ne devrait pas être compétitif.	4 (page 8)
	J'ai dû utiliser mes économies parce que mon groupe ne pouvait pas payer mes études pendant les deux premières années de ma formation. Il y a trop d'étudiants et pas assez d'argent pour mon groupe. Certaines bandes, c'est très... c'est la chose que beaucoup de gens ne comprennent pas, vous pouvez avoir quelqu'un qui est bien financé et qui a assez d'argent pour vivre et manger pendant qu'il est à l'école parce que sa bande a d'autres soutiens qu'elle a cultivés elle-même. D'autres personnes [...] comptent sur le financement du gouvernement qui passe par la bande, ce qui n'est pas beaucoup.	2 (page 8)
	Donc la communication, je dirais qu'entre mon groupe, les financements que je peux obtenir d'eux, toutes les ressources financières, c'est le bazar. C'est difficile de s'y retrouver. L'argent est là mais c'est difficile de l'obtenir parfois.	4 (page 8)
	Je pense qu'il serait important d'avoir quelqu'un du côté financier pour faire le lien entre le groupe et l'école. Nous sommes en janvier et je dois expliquer à mon groupe comment fonctionne le financement, puis revenir à McGill pour leur expliquer d'où vient l'argent et à quoi il sert, afin que tout soit réglé. Un autre stress supplémentaire dont je dois m'inquiéter, des mois après le début du semestre.	5 (page 9)
Ils ressentent un dépaysement suite au passage	C'est un gros choc. Tu passes d'une petite communauté à une grande ville à vivre seul loin de ta communauté, de ta culture. Arriver à l'université c'est différent, l'école dans une petite	3 (page 8)

	d'une communauté solidaire à la vie seul dans une grande ville	communauté versus une grande communauté c'est différent.	
		Il suffit d'avoir quelqu'un au début, parce qu'ils sont tellement habitués, nous venons tous d'une forte communauté chez nous, à venir ici et à se sentir un peu isolés, parce que vous êtes tellement habitués à avoir tout le monde ensemble.	5 (page 9)
	Ils éprouvent des difficultés à passer d'un enseignement personnalisé dans un petit cégep à un support moindre à l'université	J'étais dans un petit cégep, les profs apprennent à te connaître. Donc plus un enseignement, comment je pourrais dire, adapté à toi. Tu pouvais aller les voir à la salle des profs, ils t'accueillent et veulent vraiment t'aider. Une petite classe de <i>sciences nat</i> , on voulait tous s'entraider. Tout le monde essaie de se forcer, donc c'était vraiment une belle expérience [...] À Baie-Comeau, les profs te connaissent, ils te supportent et te prennent par la main et <i>paf</i> , t'es à l'université, il faut que tu t'organises, t'as rien appris tout seul. Ça serait bien d'avoir du support surtout pour ces personnes. [...] Juste des tuteurs justement aussi comme c'est [pour] eux qui sont habitués d'avoir une étude plus lente, plus personnalisée, ils n'ont pas appris comment bien étudier. Moi c'était mon cas, j'arrive à l'Université de Montréal, c'est complètement différent. Tu ne peux pas parler aux <i>profs</i> , ils ne peuvent pas t'aider.	3 (page 2 et 8)
<b>(4) Stratégies pour augmenter le recrutement des étudiants autochtones</b>	Augmenter le nombre d'initiatives de portée, adressées aux jeunes (le plus jeune possible)	Je pense que nous devons travailler sur la portée, la portée est importante. Je me souviens que lorsque j'étais à l'Université de Montréal, en biochimie, j'ai participé à un colloque sur la santé, j'ai eu une étincelle d'intérêt pour la santé et la science.	4 (page 10)
		Quand j'étais plus jeune, je suis allé à ces camps à l'UBC, [...] Ça donne confiance en soi de penser qu'on peut aller à l'université. À Hawaï, où j'ai fait ma maîtrise, les Hawaïens ont commencé à essayer de faire entrer les gens en médecine il y a 30 ans, dès la maternelle. Il y avait un programme pour les maternelles, les médecins venaient souvent leur parler et les enfants qui voulaient faire des études scientifiques, ils sont restés en contact avec eux jusqu'à ce qu'ils y arrivent et les Hawaïens autochtones ont le plus grand nombre de médecins pour une communauté autochtone par rapport aux autres. Mais ils ont commencé très jeunes, en maternelle, quand je suis allé voir comment ils faisaient. Ce n'est pas seulement le secondaire, il faut planter la graine très jeune.	2 (page 11)
	Augmenter le nombre de modèles de rôles	Plus de modèles d'étudiants pour que les gens atteignent des domaines d'études plus élevés ou deviennent médecins, thérapeutes, psychologues ou scientifiques. Avoir ces modèles qui viennent de votre propre communauté, du même milieu et qui a réussi à atteindre un certain niveau d'éducation. Pour inspirer les jeunes étudiants autochtones et leur montrer que c'est possible.	1 (page 10)

Les thèmes, sous-thèmes et pistes de solution ont été reliés dans une carte conceptuelle :



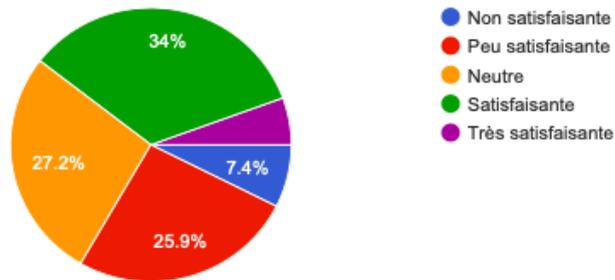
## **Annexe 2 - Sondage satisfaction étudiante sur les cursus en santé autochtone des facultés de médecine**

Le sondage sur la satisfaction étudiante sur les cursus en santé a été partagé à travers les canaux de communications de la FMEQ via les représentants externes des huit différents campus des 4 facultés de médecine québécoises (Université de Montréal (Montréal/Mauricie), Université McGill (Montréal/Outaouais), Université Laval, Université de Sherbrooke (Moncton/Saguenay/Sherbrooke)). Les réponses (N=162) ont été acceptées du 13 au 31 décembre 2021 à l'aide de la plateforme de sondage Google. Le sondage fait entre autres référence à une série d'objectifs du CMC concernant la santé autochtone mis à jour en avril 2021. Ceux-ci sont cités lorsque pertinents.

Le sondage est divisé en 3 différentes sections visant différentes populations médicales étudiantes selon l'état de leur parcours académique en cours (année préparatoire/préclinique N=117, externat N=43 et résidents N=2). Une première série de questions évaluant la satisfaction étudiante générale envers leur cursus en santé autochtone s'adressait à tous les étudiants. Puis, les externes étaient amenés à répondre à une série de questions se référant aux nouveaux objectifs du CMC sur la santé autochtone et sur leur exposition à la discrimination envers les Premières Nations et Inuit dans le cadre de leur exposition clinique. Finalement, les résidents étaient seulement amenés à se prononcer sur leur exposition à la discrimination envers les Premières Nations et Inuit dans le cadre de leur exposition clinique.

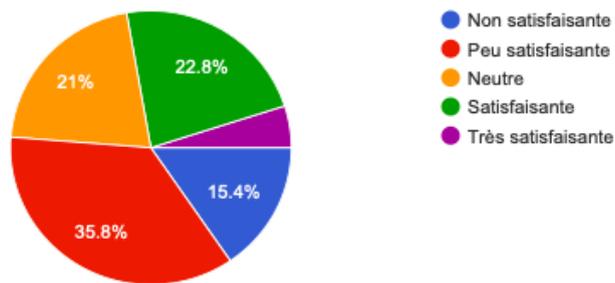
Comment évalueriez-vous vos connaissances générales au sujet de l'histoire et de la culture des Premières Nations et des Inuit?

162 réponses



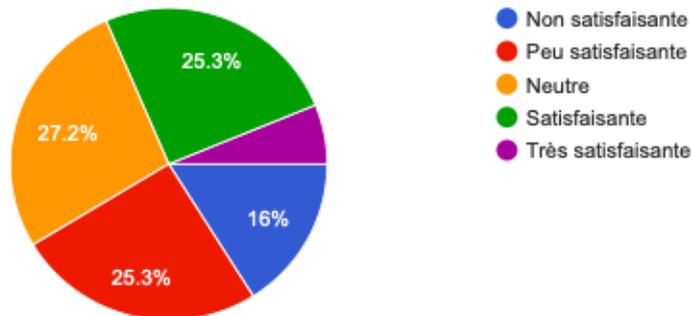
Comment qualifieriez-vous la qualité de votre formation actuelle en ce qui a trait au développement de vos compétences à répondre aux besoins de patients Premières Nations et Inuit dans le cadre de votre pratique?

162 réponses



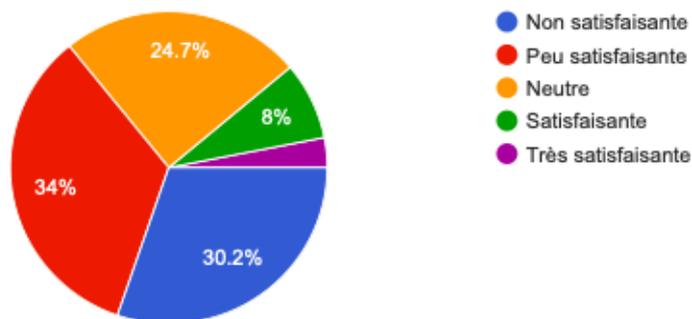
Comment qualifieriez-vous votre exposition théorique aux patients  
Premières Nations et Inuit dans le cadre de votre formation médicale?

162 responses



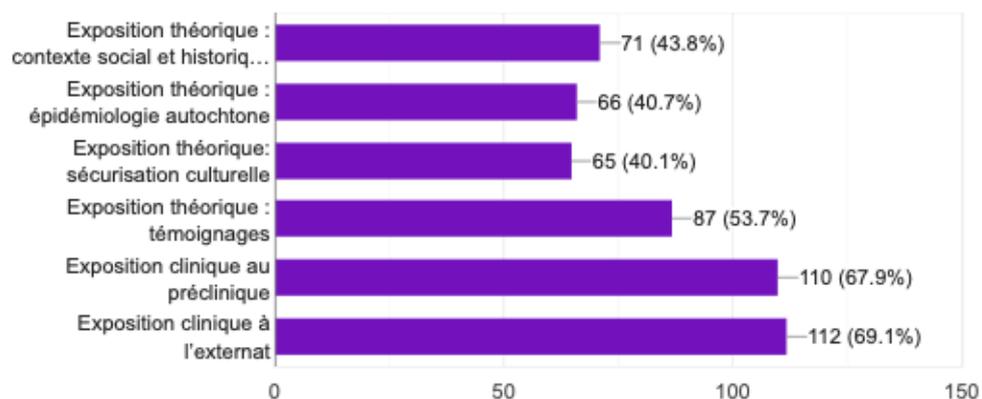
Comment qualifieriez-vous votre exposition clinique aux patients  
Premières Nations et Inuit dans le cadre de votre formation médicale?

162 responses



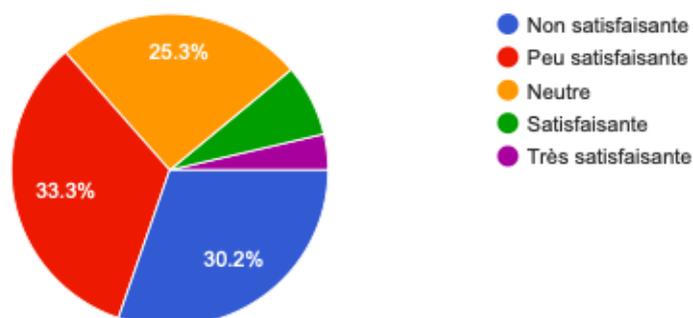
Si vous n'êtes pas complètement satisfaits de votre exposition à la réalité des populations des Premières Nations et des Inuit dans le cadre de votre formation médicale, quel type d'exposition aimeriez-vous davantage?

162 réponses



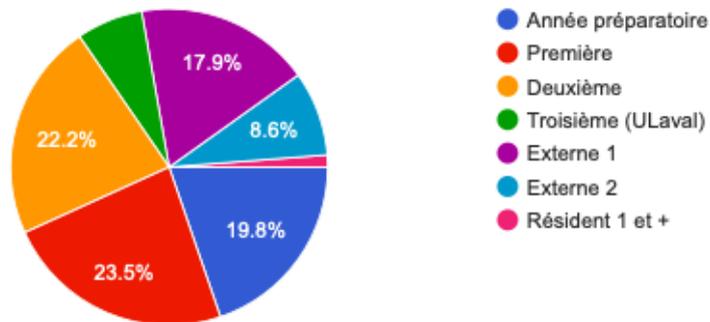
Comment qualifieriez-vous votre exposition à des collègues appartenants à des Premières Nations ou Inuit?

162 réponses



### En quelle année êtes-vous?

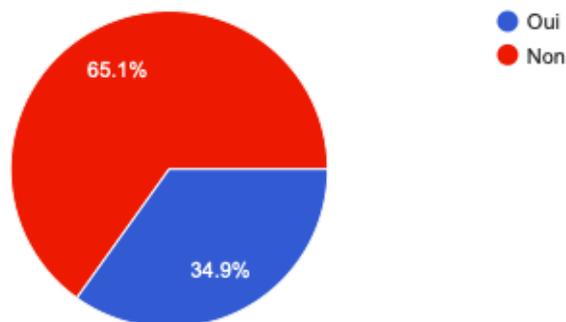
162 responses



### Questions pour les externes

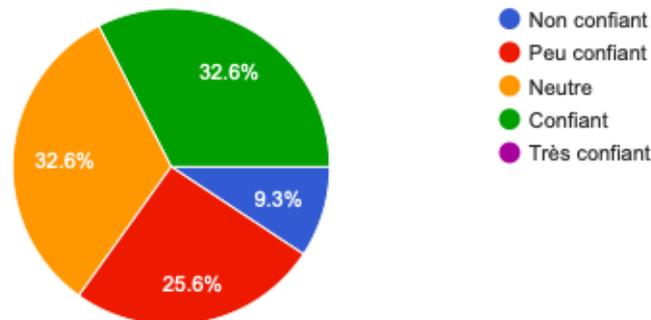
Dans le cadre de votre exposition clinique, avez-vous déjà été témoins de situations de discrimination ou de discours discriminatoires par le personnel de la santé à l'égard de patients Première Nation ou Inuit?

43 responses



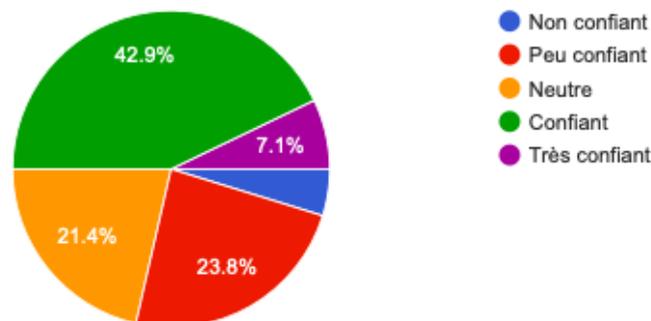
En lien avec les nouveaux objectifs du CMC concernant la santé autochtone, comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à ces objectifs en général?

43 responses



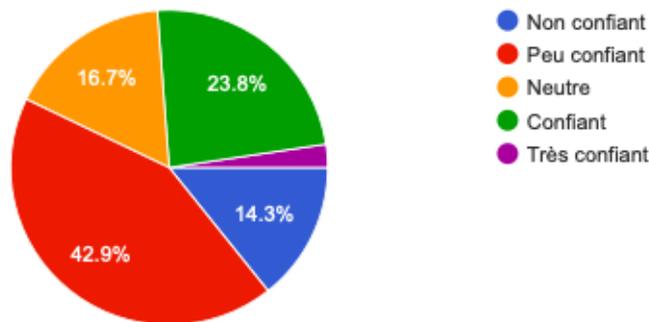
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 2: "Décrire le lien entre la perturbation continue des déterminants sociaux, culturels et spirituels attribuables à la colonisation et la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones (p. ex., interdiction par le passé des pratiques traditionnelles de guérison, perte des langues dans les pensionnats, perte d'accès aux territoires traditionnels)."

42 responses



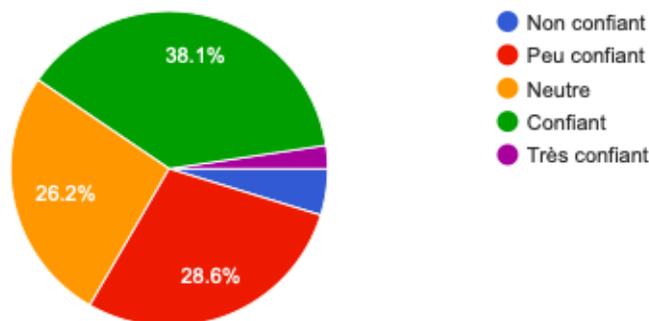
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 3: "Décrire les divers services de santé offerts aux peuples autochtones et la façon dont les systèmes de soins de santé plurigouvernementaux (fédéral, provinciaux et régionaux) peuvent augmenter le risque d'incidents critiques, d'événements indésirables, d'erreurs de médication, d'entraves administratives et/ou d'interruption des soins."

42 responses



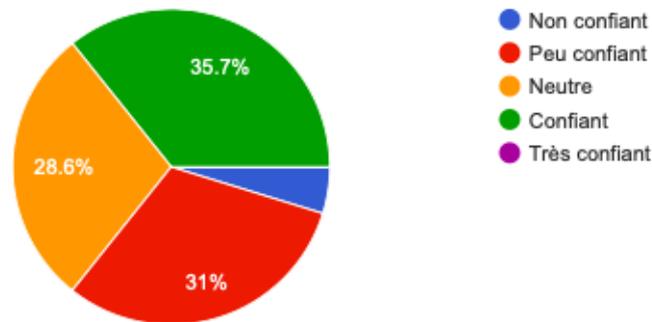
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 5: "Définir et montrer en quoi consiste: les soins de santé antiracistes, les soins de santé adaptés à la culture, l'humilité culturelle, les soins tenant compte des traumatismes et de la violence."

42 responses



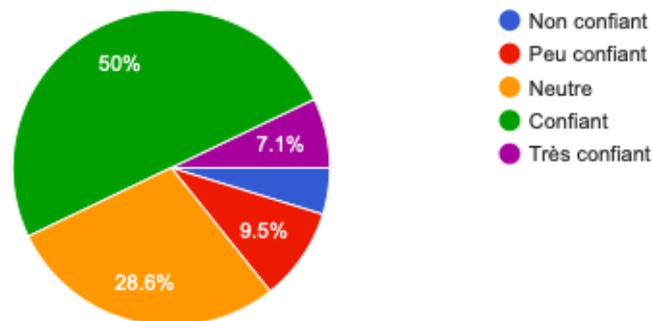
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 7: "Décrire précisément le droit équitable des Autochtones au meilleur état de santé possible, à leur pharmacopée traditionnelle et au maintien de leurs pratiques médicales, ainsi que le droit d'accéder à tous les services sociaux et de santé sans discrimination."

42 responses



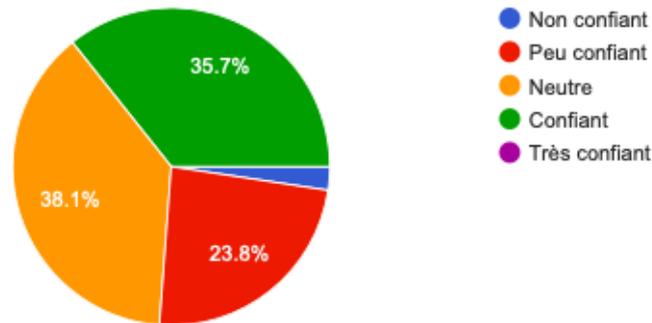
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 10: "Se renseigner au sujet des cultures autochtones afin d'apprécier leurs traditions, leur vision du monde, leurs normes, leurs valeurs et leurs croyances."

42 responses



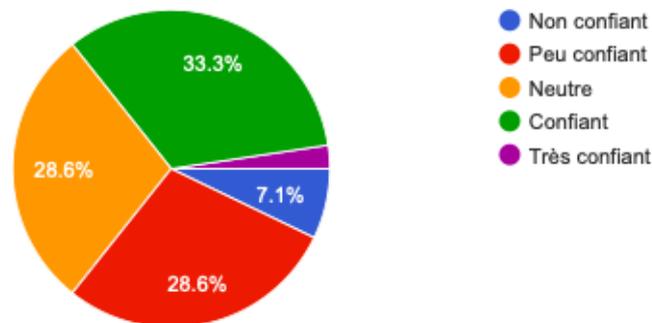
Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 12: "Relever les obstacles à l'égalité des soins de santé pour les peuples autochtones et promouvoir le changement à l'échelle des systèmes (p. ex., politique organisationnelle, politique publique saine)."

42 responses



Comment qualifieriez-vous votre niveau de confiance à répondre à l'objectif 14: "Montrer une compréhension de l'intersectionnalité dans la mesure où elle se rapporte à diverses identités autochtones (p. ex., 2ELGBTQQIA+, personnes handicapées, femmes)."

42 responses



Dans le cadre de votre exposition clinique, avez-vous déjà été témoins de situations de discrimination ou de discours discriminatoires par le personnel de la santé à l'égard de patients Première Nation ou Inuit?

2 responses

