



2022



Inconduites, disparitions et assassinats :

L'expérience du racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive chez les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre, et le génocide des femmes, des filles, des personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées

5 Cinq documents de recherche sur les politiques concernant les femmes, les filles et les personnes de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées

L'ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA



copyright



L'Association des
femmes autochtones
du Canada

Native Women's
Association of Canada

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION:	4
I : CONTEXTE	4
LES FFPBTADA+, L'AFAC ET LA SUITE À DONNER AUX APPELS À L'ACTION DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION	6
II : MÉTHODOLOGIE	8
SECTION I : RACISME DANS LES SYSTÈMES, RACISME STRUCTUREL ET INSTITUTIONNEL ENVERS LES AUTOCHTONES DANS LES SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE	15
SECTION II : RACISME SYSTÉMIQUE ET ÉTUDES DE CAS	21
SECTION III : OUTILS DE MESURE NÉCESSAIRES	33
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
RÉFÉRENCES	44
ANNEXE	52
LIGNES D'ÉCOUTE	57



INTRODUCTION:

I : CONTEXTE

Les populations autochtones de l'île de la Tortue et de l'Inuit Nunangat connaissent des taux plus élevés de pauvreté, de malnutrition, de diabète, de tuberculose, une espérance de vie réduite de vingt ans et présentent des niveaux de santé globalement plus faibles (Nations Unies). Statistique Canada affirme que l'espérance de vie des Canadiens est de 84 ans chez les femmes et de 79,9 ans chez les hommes (2019, non paginé); toutefois, les Autochtones sont exclus de cette série de données pour ne pas faire baisser la moyenne nationale en raison de leur faible espérance de vie. En 2011, l'espérance de vie des non-Autochtones était de 87,3 ans, comparativement aux hommes des Premières Nations, dont l'espérance de vie est de 72,5 ans et de 77,7 ans pour les femmes; pour les hommes métis, l'espérance de vie était de 76,9 ans et de 82,3 ans pour les femmes métisses; enfin, pour les hommes inuits, l'espérance de vie était de 70 ans et de 76,1 ans pour les femmes inuites¹ (Tjepkema et coll., 2019). Pour s'attaquer de manière adéquate aux problèmes complexes et systémiques, structurels et institutionnels qui contribuent aux résultats de soins de santé plus mauvais, il convient d'adopter des approches interculturelles de la santé qui intègrent et donnent la priorité aux voix, aux connaissances et aux perspectives autochtones (Nations Unies). Le racisme dans les systèmes de soins de santé « doit être compris sur le plan de l'injustice plutôt que de manque de respect »² pour fournir « un compte rendu plus complet de la façon dont les institutions sont liées aux croyances, aux actions et aux intentions des personnes et en conséquence de la façon dont ils peuvent en venir à incarner un certain type d'organisme » (Pierce, 2014, p. 23).

Dans le système de soins de santé canadien, les décès d'Autochtones entre les mains des professionnels et du personnel médicaux sont souvent le résultat de formes institutionnelles et systémiques de racisme envers les Autochtones (REA), contribuant à la violence extrême et disproportionnée que subissent les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre (FFPBTDIG+) autochtones. Plus précisément, les FFPBTDIG+ autochtones sont victimes de racisme systémique dans les soins de reproduction et « l'inégalité, l'injustice et le racisme sont généralisés dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs au Canada » (El Mowafi et coll., 2021, p. 1). Il est nécessaire s'attaquer immédiatement et en permanence aux causes, aux effets et aux interconnexions entre le génocide des femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées (FFPBTADA+) et formes de racisme envers les Autochtones dans les soins en matière de reproduction.

1 Veuillez noter que ces données sont fondées sur la disponibilité des Autochtones pour remplir les enquêtes de Statistique Canada. Certains Autochtones ne font pas confiance aux organismes gouvernementaux en raison de leur mauvaise représentation historique et continue des données démographiques et des renseignements sur les Autochtones.

2 Note du traducteur : toutes les citations entre guillemets du document sont des traductions.



L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) joue un rôle de chef de file en matière de recherche et de politiques pour les FFPBTDIG+ autochtones, particulièrement en ce qui concerne les enjeux systémiques, structurels et institutionnels, notamment dans les soins de santé, qui contribuent au génocide en cours des FFPBTADA+. Selon le plan d'appel à l'action (PAC) de l'AFAC, qui porte sur les enjeux systémiques liés aux FFPBTADA+, la reconnaissance des identités autochtones distinctes, la sécurité culturelle et une approche tenant compte des traumatismes doivent être maintenues et respectées afin d'atteindre l'égalité réelle et les droits de la personne, une approche décolonisée à l'égard des soins de santé, de l'inclusion des familles et des survivants, de l'autodétermination ainsi que des solutions et services dirigés par les Autochtones (AFAC, 2021).

En 2021, l'AFAC a formulé huit recommandations sur l'urgence d'enquêter et de mettre fin au racisme systémique dans les politiques de soins de santé et au racisme dans les soins de santé, un enjeu important lié au génocide des FFPBTADA+. Le présent document de recherche vise à accomplir les travaux sur les principes directeurs de l'AFAC et à consulter plus attentivement les recommandations issues de ces recherches antérieures. À cette fin, le présent document explore la santé sexuelle, la grossesse et les soins postnataux des FFPBTDIG+ autochtones à l'aide d'un cadre de données d'analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture plus (ACSAC+), afin de déterminer les pratiques exemplaires et les outils nécessaires pour mesurer la cause et les effets des FFPBTADA+ sur la qualité des soins de reproduction qu'elles reçoivent. Le présent document utilise un cadre de données de l'ACSAC+ en plus de ces trois exemples pour déterminer les pratiques exemplaires et les outils nécessaires pour mesurer les résultats du racisme systémique envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive pour les FFPBTDIG+ en ce qui concerne le génocide en cours des FFPBTADA+. Enfin, le document portera sur ces trois cas afin de déterminer la façon de mesurer le REA dans le système de l'éducation, la formation dispensée et la pratique médicale.

Ce projet de recherche visait à :

1. Déterminer la cause et les effets que les FFPBTADA+ ont sur le racisme systémique dans les soins de reproduction;
2. Établir un outil de mesure qui peut servir à mesurer des données qualitatives et quantitatives concernant les FFPBTADA+ et le racisme systémique dans les soins de reproduction;
3. Examiner comment les stéréotypes dans les soins de santé de la reproduction continuent de perpétuer le génocide des FFPBTADA+;
4. Créer une trousse d'outils pour informer les professionnels de la santé, le personnel et les praticiens sur les pratiques exemplaires afin de mesurer et de réduire le racisme systémique dans trois domaines clés, dont l'éducation, la formation et la pratique.



LES FFPBTADA+, L'AFAC ET LA SUITE À DONNER AUX APPELS À L'ACTION DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'AFAC a une longue et fière histoire de recherches et de politiques qui visent à résoudre la crise actuelle des FFPBTADA+ et du REA sur l'île de la Tortue et dans le Nunangat inuit. Le plan « Nos appels, nos actions » de 2021 de l'AFAC a été une réponse directe au plan d'action peu reluisant visant à répondre aux 231 appels à l'action du gouvernement canadien. L'AFAC continue d'axer ses efforts sur la nécessité de reconnaître les identités autochtones distinctes et la sécurité culturelle, et il faut maintenir et respecter une approche tenant compte des traumatismes pour parvenir à une égalité et aux droits de la personne véritables, une approche décolonisée à l'égard des soins de santé, de l'inclusion des familles et des survivants, de l'autodétermination et des solutions et services dirigés par les Autochtones (AFAC, 2021). De plus, l'AFAC a élaboré 65 mesures concrètes qui répondent aux besoins particuliers et uniques des collectivités autochtones du Canada, qui sont « holistiques », « décolonisatrices » et « tenant compte des traumatismes » (AFAC, 2021, p. 9). L'analyse et les recommandations de l'AFAC dans le cadre de ce projet de recherche répondent aux appels à la justice de la Commission nationale d'enquête et à notre plan d'appel à l'action. Ce projet de recherche porte sur la poursuite de la démarche vers la vérité et la réconciliation ainsi que sur la nécessité d'un soutien supplémentaire aux survivantes du génocide des FFPBTADA+. Ce projet de recherche porte sur les appels à la justice de la Commission nationale d'enquête suivants :

- 3.2 Fournir un financement aux services de santé et de bien-être communautaires axés sur les Autochtones dans le cadre de l'appel à l'action pour les femmes et filles autochtones disparues et assassinées (FFADA).
- 4.1 Veiller à ce que les Autochtones disposent des services et des infrastructures nécessaires pour répondre à leurs besoins sociaux et économiques;
- 4.4 Offrir de l'aide et accorder des ressources aux programmes d'éducation, de formation et d'emploi destinés aux femmes;
- 7.3 Appuyer les initiatives axées sur la prévention qui sont dirigées par des peuples autochtones.

Ce projet répond aux recommandations suivantes formulées dans le plan d'appel à l'action de l'AFAC :

- le dévouement de l'AFAC en vue de maintenir les politiques, la recherche, la formation et les programmes en matière de santé pour soutenir des initiatives de



santé menées par des Autochtones, y compris mettre fin à la stérilisation forcée et la santé mentale et le bien être;

- établir des pavillons de résilience axés sur le territoire à travers le Canada à des fins de guérison holistique;
- élaborer et administrer un programme de santé financière et de richesse à l'intention des femmes autochtones;
- conserver la base de données sur les FFADA de l'AFAC;
- affirmer et promouvoir notre droit reconnu par la loi à l'autodétermination.

Non seulement la vérité et la réconciliation (VR) englobent les appels à l'action à mettre en place par le gouvernement canadien, mais elles peuvent incorporer les principes établis par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) qui précise le droit des peuples autochtones d'utiliser la médecine traditionnelle auprès de leurs professionnels de la santé (PS), leur droit d'accès à tous les services sociaux sans discrimination, leur droit d'obtenir le plus haut niveau de soins pour leur santé physique et mentale, le droit à la conservation des plantes, des animaux et des minerais sacrés (Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, 2020). Les personnes interrogées ont toutes insisté sur le fait que, malgré les appels à l'action lancés par les collectivités autochtones, peu de mesures avaient été prises. Mercredi affirme : « Que n'avons-nous pas fait?... c'est l'autre point qui doit être clairement précisé ici. Que n'avons-nous pas fait? Nous avons tout fait. Nous avons créé ces organismes. Il n'y a pas grand-chose que nous, les personnes de la base, n'avons pas fait à l'un quelconque des organismes créés par des femmes, des femmes autochtones, métisses, inuites et bispirituelles, à un moment donné... On n'a pas donné suite aux recommandations. Cela ne veut pas dire que le travail n'est pas fait » (2022). Bien que les personnes interrogées aient souligné le manque d'actions concernant les promesses faites par l'entremise de la VR, Rickard s'interroge également sur la responsabilité et la crédibilité du PAC, déclarant que « beaucoup de personnes font des déclarations pour demander le recours à l'appel aux actions. Ils mettent en place des programmes, mais personne n'évalue ces appels à l'action au sein de l'organisme. Oui, cela semble joli sur papier, mais cela n'a pas été évalué. Et ils ne savent toujours pas comment et je suis persuadée que vous avez aussi entendu cette déclaration » (2022). Rickard fait remarquer que « le cœur » du PS ne souhaite que fournir des soins. Malgré les impressions des Canadiens, Rickard prétend que la qualité des soins n'est pas là pour toutes les personnes. Elle affirme que « nous sommes là pour prendre soin des personnes, mais nous ne le faisons pourtant pas » (2022). La VR et les PAC du gouvernement du Canada doivent non seulement être mis en place, mais aussi rendre compte des projets réalisés avec un organe directeur, s'assurant que les appels sont mis en œuvre avec prévenance et bienveillance.



Pour Browne et coll. (2021), le plus récent document intitulé *Réclamer notre pouvoir et notre place* : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019)) a « renforcé la nécessité urgente pour les Autochtones et non-Autochtones de travailler ensemble pour atténuer les effets permanents du contexte colonial du Canada » (p. 1). La collaboration renforce la VR et souligne la nécessité de pratiques de décolonisation. Le présent document cherche à donner des exemples structuraux et institutionnels de la façon dont la formation, l'éducation et la pratique peuvent être rendues pertinentes sur le plan culturel et tenir compte des traumatismes dans le cadre des efforts des PS non autochtones.

Sommaire

Ce projet de recherche a permis de déterminer le lien distinct et complexe entre le REA et les FFPBTADA+ en explorant les études de cas sur la santé sexuelle, la grossesse et les soins de santé reproductive après la naissance. Il porte sur trois milieux de soins de santé précis où les soins de santé peuvent être décolonisés, y compris l'éducation, la formation et la pratique, à l'aide d'entrevues approfondies et semi-structurées, de données de sources secondaires, d'une analyse thématique et d'un cadre intégrant l'analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture plus (ACSAC+), l'intersectionnalité, le consentement libre, préalable et éclairé (CLPE), les soins tenant compte des traumatismes (STCT) et l'approche à double perspective (Etuaptmumk). Des entrevues ont été menées, codées et envoyées à chaque personne interrogée pour s'assurer que les modèles de CLPE et de STCT ont été utilisés. Trois entrevues ont été réalisées auprès de chercheurs, d'artistes, de conteurs et de PS autochtones. Les thèmes suivants ont été relevés : les besoins en soins de santé des personnes 2ELGBTQQIA+; la reddition de comptes et la production de rapports; la VR et reconnaissance; l'accès; les outils de mesure recommandés et les méthodes; la création d'espaces sûrs; les préjugés, les stéréotypes et le colonialisme; l'éducation et la formation, les besoins en financement; ce dont les organismes ont besoin. Des extraits d'entrevues ont été utilisés textuellement dans le document de recherche.

II : MÉTHODOLOGIE

La présente section décrit le cadre méthodologique de ce projet de recherche, dont l'utilisation d'entrevues approfondies, semi-structurées, de données de sources secondaires, d'une analyse thématique et d'un cadre intégrant l'ACSAC+, l'intersectionnalité, le CLPE, les STCT et l'approche à double perspective (Etuaptmumk). Des entrevues ont été menées, codées et envoyées à chaque personne interrogée pour s'assurer que les modèles de CLPE et de STCT ont été utilisés.



En dépit de la nécessité de traiter le REA dans l'ensemble des différents systèmes, structures et institutions, ce document étudie le lien complexe entre les FFPBTADA+ et le REA dans les soins de santé. Le lien entre les FFPBTADA+ et le REA est un aspect important et essentiel qui présente des formes systémiques, structurelles, institutionnelles et interpersonnelles de violence à l'encontre des FFPBTADIG+ autochtones. Le problème des FFPBTADA+ est aggravé dans le système de soins de santé par son inaccessibilité géographique ou générale, ses obstacles et son REA, qui ont conduit à l'assassinat et à la disparition de nombreuses FFPBTADIG+ autochtones. La stérilisation contrainte et forcée, la disparition pendant les déplacements médicaux établis par des politiques telles que la politique d'évacuation pour les naissances, et l'utilisation forcée de méthodes contraceptives ne sont que quelques exemples de ce lien. Pour explorer ce lien, le présent article utilise des exemples de santé sexuelle, de grossesse et de soins postnataux pour démontrer comment les FFPBTADIG+ autochtones sont particulièrement vulnérables au REA et aux formes de violence coloniale qui ont été vécues dans le système de soins de santé, en particulier pendant les périodes de besoins médicaux. Pour situer ces cas, le présent document souligne également comment l'éducation, la formation et la pratique sont trois domaines où les méthodes de décolonisation peuvent contribuer à mettre fin au génocide en cours des FFPBTADA+. À l'aide des soins de reproduction en tant qu'étude de cas, le présent document explore la façon dont le REA existe dans les soins de santé, en fournissant des recommandations et des outils de mesure pour démontrer la manière dont les PS non autochtones peuvent faire partie de la solution.

Pour réaliser le but et l'objet de ce projet de recherche, trois entrevues semi-structurées de deux heures ont été effectuées, en plus de réaliser une revue de la littérature de source secondaire sur le racisme dans les soins de santé, le REA dans les soins de santé, les FFPBTADA+ et les soins de reproduction, et le REA dans les soins de reproduction. Les personnes interrogées ont été choisies en fonction de leur expertise en tant qu'activistes, auteurs, artistes, universitaires et professionnels de la santé (PS) autochtones qui se spécialisent dans les soins de reproduction et la justice autochtones. Les entrevues avaient pour but de mieux comprendre la façon de créer une boîte à outils de mesure et de pratiques exemplaires permettant de mesurer le racisme systémique dans les soins de santé ainsi que les causes et les effets du génocide des FFPBTADA+. Les entrevues se sont tenues sur Zoom en juillet et en août 2022, et on a posé aux personnes interrogées un ensemble de questions prédéterminées (voir l'annexe A) sur les outils de mesure actuellement utilisés pour lutter contre le REA dans les soins de santé.

Conformément au modèle de CLPE de la DNUDPA et au dévouement de l'AFAC à l'égard du consentement tenant compte des traumatismes, les personnes interrogées ont reçu les dix questions d'entrevue et une lettre de consentement éclairé au moins 24 heures avant leur entrevue (voir l'annexe B). La durée des entrevues a varié entre 45 et 90 minutes, et celles-ci ont été menées par l'un des agents de projet autochtones principaux de l'AFAC. Tous les participants ont donné au préalable leur consentement pour que leur entrevue soit enregistrée.



À la suite de chaque entrevue, les transcriptions ont été complétées à l'aide de l'outil de transcription Otter.ai. Une fois la transcription terminée, les membres du projet lisent conjointement la transcription. Une fois que la transcription a été mise en forme, l'intervieweur a envoyé la transcription par courriel au participant pour qu'il l'approuve afin qu'il continue d'utiliser les cadres méthodologiques de CLPE tenant compte des traumatismes de la DNUDPA. Certaines personnes interrogées désiraient demeurer anonymes, d'autres voulaient être nommées. Compte tenu de la nature délicate du contenu de l'entrevue, l'anonymat incluait l'exclusion de leur nom et de tout identifiant, y compris leur profession ou leurs antécédents de recherche. Un seul participant a souhaité rester anonyme et sera traité comme le participant A. Tous les participants ont consenti à être cités textuellement dans le projet de recherche.

Les entrevues ont été codées à l'aide de l'analyse thématique (AT). L'AT est une méthode d'analyse des données « accessible et théoriquement souple » utilisée pour relever, explorer des modèles dans les ensembles de données qualitatives et démontrer leur existence (Braun et Clarke, 2006, p.79). Elle a permis d'établir les expériences quotidiennes et les réalités vécues des personnes qui travaillent avec le chercheur (Braun et Clarke, 2006). Elle a été utilisée pour déterminer le corpus ou les personnes interrogées qui seraient bénéfiques pour ce projet de recherche. Pour Braun et Clarke, « un thème saisit quelque chose d'important sur les données par rapport à la question de recherche et représente un certain niveau de réponse ou de signification dans l'ensemble de données » (p. 99). Les questions d'entrevue ont été créées dans le but de déterminer des outils méthodologiques pour mesurer le REA dans les soins de santé reproductive, et le codage a été établi en fonction des réponses des personnes interrogées. Par conséquent, les thèmes l'ont souvent abordé. L'élaboration de thèmes a été effectuée par le chercheur principal-responsable principal de projet et le responsable principal de projet. Les codes suivants ont été créés en fonction des thèmes de l'ensemble de données :

Soins de santé aux 2SLGBTQIA+	Reddition de comptes et production de rapports	VR et reconnaissance	Accès	Outils de mesure recommandés et méthodes
Création d'espaces sûrs	Préjugés, stéréotypes et colonialisme	Méthodes de décolonisation	Études et formation	Ce qui est demandé aux organismes
Besoins en financement	Exemples et recommandations			



Ces thèmes ont été créés au cours du processus de codage initial et ont été confirmés en deuxième lecture. Les thèmes ont été créés par le bureau responsable de projet et le chercheur principal-responsable principal de projet au cours de l'examen initial de la transcription de l'entrevue. Les thèmes créés au cours de cette transcription ont ensuite été utilisés dans les deux autres entrevues suivantes. Au cours de la lecture des deuxième et troisième transcriptions des entrevues, un autre thème a été créé, soit la VR et la reconnaissance. Une fois que les thèmes ont été établis, les transcriptions ont été codées, et les codes ont été placés dans une feuille de calcul Microsoft Office Excel par le chercheur principal responsable principal de projet.

Des transcriptions ont été envoyées à toutes les personnes interrogées pour approbation. Deux des trois personnes interrogées ont répondu en approuvant leur transcription, et la dernière personne interrogée n'a pas répondu. Après la rédaction du document, toutes les personnes interrogées ont reçu la version préliminaire, et leurs contributions ont été soulignées. Toutes les citations et les contributions ont été approuvées par la personne interrogée pour figurer dans le document final.

Les cadres méthodologiques suivants ont servi de base à ce projet de recherche :

Analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture

Jusqu'en 2011, moment où l'AFAC a recommandé le cadre d'ACSAC+, de nombreux outils de recherche et de politique n'avaient pas adéquatement rendu justice aux subtilités complexes du colonialisme et à ses conséquences sur les FFPBTDIG+ autochtones (Sanchez-Pimienta et coll., 2021). En revanche, une analyse comparative entre les sexes auprès des Autochtones reconnaît « les histoires patriarcales, les structures et les normes sociales importées d'Europe qui ont été imposées aux collectivités autochtones depuis le premier contact et qui ont eu des conséquences dévastatrices sur leur gouvernance, leurs relations communautaires et familiales, avec des répercussions directes sur la santé et le bien-être », tout en comprenant également « les contextes et les forces culturels, géographiques, historiques et spirituels propres à diverses collectivités autochtones qui ont survécu et qui ont résisté à l'imposition des visions patriarcales » (Sanchez-Pimienta et coll., 2021, p. 11 575). L'AFAC demande une analyse comparative entre les sexes qui reconnaisse le caractère unique des Métis, des Premières Nations et des Inuits, tout en notant leurs expériences communes de la CRV au Canada (AFAC, 2020), qui reconnaît les impacts et les expériences « avant la colonisation, du début de la colonisation et la tentative d'assimilation, les réalités sociopolitiques actuelles, ainsi que les stratégies et les réponses se tournant vers l'avenir » (Sanchez-Pimienta et coll., 2021, p. 11 577). L'ACSAC+ intègre une perspective de réflexion qui souligne l'importance du colonialisme dans les expériences actuelles de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé.

Un cadre d'ACSAC+ fournit une structure essentielle pour s'assurer que les enquêtes sur



les soins de santé tiennent compte de l'importance du colonialisme sur les collectivités autochtones et de son héritage constant au sein des structures, des systèmes et des institutions du Canada. Afin de déterminer les meilleurs outils pour mesurer le REA dans les soins de santé, il faut créer une fondation pour établir le lien entre le REA et les soins de santé et établir des stratégies de changement structurel, systémique et institutionnel.

Consentement libre, préalable et éclairé

Conformément aux directives de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), ce projet visait à inclure un modèle de consentement libre, préalable et éclairé (CLPE). Le processus de CLPE est centré sur l'autodétermination des peuples autochtones, leur donne l'espace de « donner ou de refuser leur consentement à un projet qui peut les toucher ou à leurs territoires » et de « mener leurs propres discussions et décisions indépendantes et collectives » dans un environnement qui soit culturellement sûr, et de « discuter dans leur propre langue, et de manière culturellement appropriée, sur des questions touchant leurs droits, terres, ressources naturelles, territoires, moyens de subsistance, connaissances, tissu social, traditions, systèmes de gouvernance et culture ou patrimoine (tangibles et intangible) » (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2016, p. 13). Le CLPE a été mise en œuvre dans ce projet en fournissant une lettre de consentement avant chaque entrevue (annexe B), en fournissant les questions d'entrevue avant l'entrevue (annexe A), en envoyant pour approbation la transcription finale aux participants et en permettant aux participants de voir comment leur entrevue a été utilisée dans le document.

Intersectionnalité

Une approche intersectorielle a été utilisée à l'époque pour l'élaboration du projet de recherche. Créée initialement en 1991, l'intersectionnalité est définie par Kimberlé Crenshaw comme « une lentille, un prisme, pour voir comment les diverses formes d'inégalité fonctionnent souvent ensemble et s'exacerbent les unes les autres », soulignant que « ce qui manque souvent, c'est la façon dont certaines personnes sont soumises à tout cela, et l'expérience n'est pas seulement la somme de ses parties » (Crenshaw, cité dans Steinmetz 2018). Dans le contexte de la recherche sur les FFPBTADA+, l'intersectionnalité reconnaît l'expérience unique vécue de chaque Autochtone, notant son point de vue en fonction de son genre, de son statut économique, de son lieu géographique et d'autres facteurs. Pour Audre Lord (2007), « il n'y a pas de lutte pour une seule cause parce que nous ne vivons pas des vies pour une seule cause » (p. 138). L'utilisation de l'intersectionnalité permet d'explorer l'hétéropatriarcat, et le colonialisme contribue à une forte corrélation entre la violence fondée sur la race et le genre (Tuck, Yang et Morril, 2013). Cela peut être révélé par des pratiques familiales et parentales malsaines, y compris la violence et la négligence



chez les FFPBTDIG+ autochtones (Parsloe et Campbell, 2021). Ce projet de recherche utilise l'intersectionnalité pour explorer comment des facteurs tels que le revenu, le lieu géographique, la langue et le genre contribuent à l'expérience des FFPBTDIG+ autochtones dans le système de soins de santé.

Consentement tenant compte des traumatismes

L'AFAC définit le traumatisme comme « un événement traumatique pouvant s'être produit une seule fois, récemment, dans le passé, ou une expérience à long terme et chronique » (AFAC, 2022). Par conséquent, les soins tenant compte des traumatismes (STCT) « sont un cadre fondé sur les forces, qui est ancré dans une compréhension de l'impact du traumatisme et de sa capacité de réagir à celui-ci », qui vise à mettre l'accent sur « la sécurité physique, psychologique et émotionnelle des fournisseurs et des survivants, et qui offre aux survivants la possibilité de recréer un sentiment de contrôle et d'autonomisation » (Center for Health Strategies, 2006). Les STCT devraient également « avoir pour but de s'assurer que les environnements et les services sont accueillants pour les bénéficiaires de services et le personnel » (Trauma Informed Oregon, 2016).

Selon le Center for Health Strategies (CHCS), les dix étapes suivantes sont nécessaires pour les STCT : diriger et communiquer, faire participer les clients à la planification, former tout le personnel, créer un environnement sécuritaire, prévenir les traumatismes secondaires, former un effectif averti, faire participer les clients au traitement, dépister les traumatismes, utiliser un traitement propre aux traumatismes et mobiliser les partenaires (Center for Health Strategies, non daté). Les STCT ont été intégrés à ce projet de par le dévouement de la section II à enseigner comment le REA se produit pendant les niveaux d'éducation, de formation et de pratique. Les STCT constituent un outil crucial dont les PS ont besoin pour fournir les soins les plus aimables, les plus éclairés et les plus attentionnés aux Autochtones. En appliquant ces critères aux soins et au soutien des Autochtones, on permet aux Autochtones de parler pour eux-mêmes et de les centrer en tant qu'experts sur leurs propres besoins. En outre, il faut reconnaître que les traumatismes intergénérationnels ou les expériences traumatisantes influent sur la santé et le bien-être des peuples autochtones et ne pas tenter de traumatiser à nouveau les personnes qui demandent du soutien. Votre milieu de travail et votre personnel devraient être inclusifs et compétents sur le plan culturel pour répondre aux besoins de tous les clients. L'AFAC recommande également d'intégrer la compassion et d'éviter d'épuiser le patient pour avoir à revivre des expériences traumatisantes (2022). Les personnes qui travaillent avec les Autochtones « intègrent ces pratiques dans leur soutien pour s'assurer qu'elles sont attentionnées et bien informées sur la façon dont les soins sont inclusifs et productifs » (Trauma Informed Oregon, 2016).



Approche à double perspective (Etuaptmumk)

L'approche à double perspective (Etuaptmumk) intègre les méthodes occidentales et la guérison traditionnelle dans un cadre axé sur les programmes (McKendrick et coll., 2017); Waldram et coll., 2018; Wright et coll., 2019). Il s'agit d'un « principe directeur général de notre travail collaboratif qui a été repris par divers autres intervenants dans tout le Canada » (Bartlett et coll., 2012, p. 332). Ce projet comprend les connaissances traditionnelles, les méthodes autochtones et les pratiques occidentales de la méthode scientifique. Dans le cadre de ce projet, des travailleurs de la santé autochtones, des activistes et des artistes autochtones, ainsi que des universitaires autochtones ont été interrogés afin de soutenir l'importance de l'intégration du savoir autochtone dont nous avons tant besoin dans les formes occidentales de pratique médicale. La fusion des pratiques occidentales avec le bien-être, la médecine et les approches autochtones profite aux collectivités autochtones et non autochtones et décolonise les soins de santé en reconnaissant les préjugés au sein du système de santé occidental. Enfin, l'approche à double perspective est un moyen d'offrir la vérité et la réconciliation en offrant aux Autochtones la possibilité d'accoucher dans leurs collectivités, en utilisant le savoir traditionnel, les cérémonies et les doulas autochtones.

Cette section a décrit les outils méthodologiques et les approches utilisés dans le cadre de ce projet de recherche.

Participants à ce projet de recherche

LE PARTICIPANT A souhaite que son nom et ses renseignements professionnels demeurent anonymes.

MORNINGSTAR MERCREDI (ELLE)

Morningstar Mercredi est une auteure, poète, artiste, chercheuse, militante sociale, productrice et actrice. Elle a écrit les livres « Morningstar : A Warrior's Spirit » et « Fort Chipewyan Homecoming », ainsi que divers articles écrits. Son expérience se situe dans les communications multimédias. Elle a produit et animé une émission radiophonique d'une demi-heure à la station de radio CKUA à Edmonton, en Alberta. L'émission radiophonique « First Voices » portait sur les artistes autochtones de toute l'île de la Tortue et les célébrait. Son documentaire intitulé « Sacred Spirit of Water » a été présenté pour la première fois à l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies, à New York, en 2013.

Dans « The Unforget », un film en cinq parties explorant la santé et le bien-être des peuples autochtones vivant au Canada, Morningstar s'est sentie honorée de faire la voix hors champ dans le segment « Birth » de la première partie du film. Le film « The Unforget



» a été présenté pour la première fois au Canada le 22 juin 2021.

JUANITA RICKARD, IA, B.SC.INF. (ELLE)

La vice-présidente de la Canadian Indigenous Nurses Association, Juanita Rickard, est infirmière autorisée depuis 28 ans et travaille dans les collectivités des Premières Nations dans le Nord de l'Ontario et au Manitoba. Au cours des cinq dernières années, elle se consacre à sa recherche pour comprendre la dépendance aux opiacés depuis qu'elle a été témoin des effets dévastateurs sur les clients, les familles et les collectivités pendant sa pratique de soins infirmiers. Elle a organisé plusieurs ateliers sur les pratiques exemplaires par l'intermédiaire de L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), dont le plus récent portait sur la santé mentale et les accoutumances. Elle aime adopter des approches novatrices pour planifier, mettre en œuvre, évaluer et gérer les accoutumances et les services de santé. Avec son travail avec l'AIIAO, elle est membre d'un groupe d'experts qui contribue à l'élaboration de sites d'injection sécuritaires.

SECTION I : RACISME DANS LES SYSTÈMES, RACISME STRUCTUREL ET INSTITUTIONNEL ENVERS LES AUTOCHTONES DANS LES SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

1a : Définir le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé canadiens

En vertu de l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés (1985), toutes les personnes vivant au Canada méritent l'égalité et l'accès égal à des soins de santé appropriés, sans discrimination. Le REA est la discrimination et la maltraitance des Autochtones fondées sur l'indignité, ce qui peut inclure « les stéréotypes, la stigmatisation et la violence, et cela se produit dans de nombreuses structures de la société canadienne » (Loppie et coll., 2020). Malgré les droits des peuples autochtones, le REA existe aux niveaux systémique, structurel, institutionnel et interpersonnel. Le racisme systémique illustre comment les systèmes juridiques, politiques, de soins de santé, d'éducation et de justice pénale profitent à certains tout en discriminant les autres (Braveman et coll., 2022). Le racisme structurel est l'« échafaudage » qui maintient le racisme systémique, qui soutient le système en place pour assurer la mise en place du statu quo (Bourke et coll., 2019) et qui s'inscrit dans les politiques et les pratiques du système de santé canadien (Gunn, non daté). Pour Bourke et coll. (2019), le racisme institutionnel agit « comme moyen détourné qui est exploité par des forces sociales établies et respectées dans le but de subordonner et de maintenir le contrôle sur un groupe racial; en fait, ils considéraient le racisme institutionnel comme une forme de colonialisme » (p. 611). Quelle que soit la définition, le racisme institutionnel, entre autres, peut être « indirect et peut ou non être



intentionnel » (Bourke et coll., 2019, p. 612). Les trois sont couramment utilisés de manière interchangeable, car ils ont simultanément une profonde influence sur les expériences des personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC), en particulier dans des milieux tels que la santé. Ces formes de racisme systémique sont « tellement intégrées dans des systèmes qu'on suppose souvent qu'elles reflètent l'ordre naturel et inévitable des choses » (Braveman et coll., 2022, p. 173). Cette naturalisation permet que la marginalisation de certains groupes passe inaperçue, non reconnue ou ignorée. L'attitude d'aveuglement volontaire du Canada à l'égard des inégalités fondées sur la race persiste (Idriss-Wheeler et coll., 2021), surtout dans les milieux les plus vulnérables.

Un dernier aspect du racisme qui est essentiel à comprendre concerne les formes interpersonnelles de racisme que l'on voit couramment dans le milieu de la santé. Pour Krieger (2014), le racisme interpersonnel renvoie aux « interactions directement perçues comme discriminatoires entre les personnes, que ce soit dans leur rôle institutionnel (p. ex., employeur-employé) ou comme personnes publiques ou privées (p. ex., commerçant-acheteur) » (Krieger, 2014, p. 650). Les formes de racisme interpersonnel ont fait l'objet de discussions approfondies de la part de nos personnes interrogées, qui ont démontré comment les Autochtones subissent différentes formes de discrimination verbale fondées sur des notions préconçues et des stéréotypes. Le racisme interpersonnel dans les soins de santé semble souvent présumer la consommation de drogues et d'alcool et les besoins des patients en fonction d'autres stéréotypes. Des conteurs tels que Lombard (2021) et Mercredi (2022, entrevue) désavouent l'humiliation et la détresse vécues par les Autochtones parce qu'on présume que les femmes autochtones consomment de l'alcool pendant leur grossesse ou que les Autochtones ont des problèmes de santé en raison de la consommation d'alcool. Le racisme interpersonnel est abordé dans le présent document en explorant les façons de rendre la formation, l'éducation et la pratique plus affirmatives, culturellement pertinentes et tenant compte des traumatismes.

Malgré la reconnaissance par des institutions et des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de l'absence de données sur la santé fondées sur la race, certains soutiennent que « le manque de données désagrégées renforce la culture de l'aveuglement volontaire » (Idriss-Wheeler et coll., 2021). Les PANDC continuent d'être « dévalorisées, démunies et soumises à un traitement différencié dans divers établissements, notamment les établissements de santé, ce qui a des conséquences négatives importantes sur les conditions de vie des personnes, leur vie quotidienne, y compris l'accès aux soins de santé et aux résultats de soins de santé » (Hamed et coll., 2022, p. 989). Les mauvais soins de santé sont un exemple de la façon dont le racisme systémique demeure une crise au Canada. La discrimination envers les Autochtones du Canada et l'absence d'utilisation des médicaments traditionnels dans les soins de santé occidentaux se poursuivent en raison des influences continues du colonialisme. Ainsi, les Autochtones ne peuvent



pas utiliser leurs connaissances, leurs enseignements ou leur médecine de manière significative lorsqu'ils participent actuellement au système de santé occidental. Dans le cadre de la VR, les PS non autochtones doivent encourager les pratiques autochtones dans l'éducation, la formation et les pratiques en matière de soins de santé.

Les peuples autochtones subissent certaines formes de racisme fondées sur le colonialisme et sur l'héritage constant au sein des systèmes, des structures et des institutions canadiens. Le REA est défini comme « La discrimination raciale, les stéréotypes négatifs et l'injustice dont sont toujours victimes les Autochtones du Canada ». Il comprend « des idées et des pratiques qui établissent, maintiennent et perpétuent les déséquilibres de pouvoir, des obstacles systémiques et des résultats inévitables qui découlent de l'héritage des politiques et pratiques coloniales au Canada » (gouvernement de l'Ontario, 2022, non paginé). Les peuples et les collectivités autochtones sont confrontés à d'importants obstacles à la prestation de soins de santé adéquats, ce qui rend généralement les soins adéquats inaccessibles en raison du lieu géographique, des lacunes du Programme des services de santé non assurés (SSNA), des longs délais d'attente et des coûts connexes élevés des soins de santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019). En dépit de la couverture financière des régimes provinciaux et du Programme des SSNA, de nombreuses dépenses doivent être assumées par le patient au départ, y compris les frais de transport qui rendent inaccessibles les déplacements pour les soins de santé. Le REA peut amener les collectivités et les personnes à non seulement éviter l'aide médicale lorsqu'elle est nécessaire (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019), mais cela peut aussi entraîner des déplacements inutiles aux personnes, contribuant ainsi au génocide en cours des FFPBTDIG+ autochtones disparues et assassinées. Lorsque les femmes autochtones se déplacent pour donner naissance à un enfant, elles ne peuvent amener qu'une seule autre personne en laissant derrière elles des membres importants de la collectivité, comme les mères, les doulas et d'autres personnes qui apportent leur soutien. En outre, le REA dans les soins de santé contribue à la médiocrité générale des soins, à un diagnostic erroné fondé sur la stigmatisation ou les stéréotypes (Wiley et McConkey, 2019), et à des décès horribles attribuables à des causes évitables. Les stéréotypes attribués aux Autochtones continuent de contribuer à cette épidémie qui contribue au génocide des FFPBTADA+.

En fonction des expériences antérieures, de nombreuses populations autochtones éprouvent de la peur et de la méfiance à l'égard des PS. Selon le juge Murray Sinclair, les soins de santé faisaient partie des outils du colonialisme utilisés pour opprimer les peuples autochtones parce que le « système médical est souvent le service des urgences » utilisé seulement lorsque les Autochtones n'ont « pas d'autres choix que de s'y engager » (Vogel, 2015, p. E10). Non seulement les Autochtones n'ont pas un accès adéquat aux services de santé, mais lorsqu'ils y ont accès, les Autochtones se heurtent généralement



à des obstacles importants, notamment le manque de reconnaissance de la question fondée sur les stéréotypes, le manque d'empathie et le manque de soins. Quelques jours seulement après la mort de Joyce Echaquan, Georges-Hervé Awashish, un Obedjiway de 53 ans, est passé à l'hôpital après avoir écrit à son cousin que le personnel de santé émettait des commentaires racistes et discriminatoires (Feith, 2020). Ces expériences ne font qu'ajouter au scepticisme préexistant du système de santé déjà éprouvé par de nombreuses collectivités autochtones, qui ont subi des stérilisations contraintes et forcées, qui ont subi des violences par expérimentation scientifique (Mercredi, 2022) et qui ont été stéréotypées en fonction de préjugés mal fondés.

Morningstar Mercredi, qui a été interrogée, a raconté comment ses proches ont subi un accès indigne et inadéquat aux soins médicaux, tant pour son père que pour un aîné. Pour son père, Mercredi se souvient :

« Je l'ai littéralement amené là-bas à temps. Toutefois, le problème était que les chirurgiens cardiaques ne voulaient pas l'opérer. Donc, j'ai consulté cinq médecins jusqu'à ce que j'aie enfin été présenté au directeur de la chirurgie cardiaque à cet étage. En gros, j'ai dit que, si je parlais d'ici sans que mon père ait l'opération dont il avait besoin et s'il décédait, je reviendrais ici et j'intenterais des poursuites en justice. Dans l'heure, mon père s'est fait opérer pour se faire retirer le blocage dans son artère principale et, par conséquent, il a pu être avec nous pendant quatre autres années » (2022).

Mercredi démontre comment la qualité des soins peut être une question de vie ou de mort pour de nombreux Autochtones qui ont de la difficulté à recevoir une attention adéquate. Avec le pouvoir d'affirmer et de soigner, le FS réduit généralement les Autochtones à des stéréotypes en utilisant cette excuse pour ne pas fournir de soins ou pour prodiguer des soins inadéquats. Mercredi le fait remarquer dans une autre histoire d'un ami qui est un aîné, conteur, acteur et chanteur en Saskatchewan. Mercredi indique qu'il est allé à la clinique parce qu'il ne se sentait pas bien.

« Le médecin ne l'a même pas examiné. Le médecin l'a regardé et lui a dit qu'il ne devrait pas boire. Mon cher ami, qui est un aîné, était tellement sous le choc et abasourdi par ce commentaire, ce mépris avant l'examen, qu'il s'est senti humilié. Toute cette violence racialisée, la projection de stéréotypes l'a mis hors de lui, et il est parti. Heureusement, il est retourné à l'hôpital le lendemain, parce que, évidemment, ses symptômes ne s'étaient pas améliorés. Il a été immédiatement diagnostiqué par une infirmière très aimable pendant l'admission et il a finalement obtenu le médicament dont il avait besoin. » (2022).



Ces expériences de REA dans le domaine des soins de santé demeurent familières, de nombreuses collectivités éprouvant les mêmes stéréotypes et le même manque d'accès à des soins de santé appropriés en raison de préjugés. Ces exemples nous rappellent pourquoi les Autochtones se sentent aliénés et méfiants à l'égard du système de soins de santé au Canada. Bien que les soins de santé soient offerts au Canada par les provinces, les systèmes coloniaux peuvent exister au niveau provincial ou fédéral. Ainsi, certaines provinces comme le Québec se livrent à des formes plus directes de REA, ce qui entraîne la mort inutile et tragique de FFPBTDIG+ autochtones comme Joyce Echaquan, et d'autres provinces et territoires ont une approche plus centrée sur les Autochtones à l'égard de la formation et de l'éducation en santé comme le Yukon.

1 b. Racisme envers les Autochtones dans les soins de santé et génocide des FFPBTADA+

Bien que les appels demandant l'attention, l'action et la reconnaissance en ce qui concerne le génocide des FFPBTADA+ qui se poursuit, les formes systémiques, structurelles et institutionnelles du REA imprègnent le système de santé comme des facteurs déterminants clés. Le génocide des FFPBTADA+ est directement lié aux expériences de REA dans les soins de santé reproductive, comme la stérilisation contrainte et forcée et les alertes à la naissance. Le génocide des FFPBTADA+ démontre la nécessité pour les FFPBTDIG+ autochtones de demeurer en sécurité dans tous les aspects de leur vie. Le REA dans les soins de santé se produit et est souvent attendu (**participant A, entrevue, 2022**) à cause des obstacles auxquels les FFPBTDIG+ autochtones se heurtent aux soins de reproduction, et des piètres expériences et résultats en matière de soins de santé, et d'autres préjudices à leur bien-être. Le REA dans les soins de santé reproductive démontre la structure colonialiste qui continue d'accorder la priorité à la justice reproductive de certains, tout en négligeant les besoins en reproduction d'autres.

Le cadre de justice reproductive (CJR) énonce les droits spécifiques dont toute personne qui peut donner naissance à un enfant a besoin, y compris le droit de se reproduire, le droit de choisir de ne pas se reproduire et le droit d'être parent. En 1994, SisterSong a élaboré le CJR en réponse à l'immense besoin de droits reproductifs et de justice reproductive chez les PANDC (Sister Song, s. p.). Le CFR combine les droits reproductifs, qui est le « modèle juridique et de plaidoyer qui vise à protéger le droit juridique des femmes à avoir accès aux services de santé reproductive », et la justice reproductive, qui est « le cadre organisationnel de l'établissement de mouvements qui identifie comment l'oppression en matière de reproduction est le résultat de l'intersection de multiples oppressions et est intrinsèquement lié à la lutte pour la justice sociale et aux droits de la personne » (Ross et Solinger, 2017, p. 65). Le CJR est un cadre conçu pour explorer et éliminer les inégalités en matière de reproduction et les obstacles à l'accès auxquels sont confrontées les personnes marginalisées partout dans le monde. Le CJR souligne les droits de tous ceux qui peuvent



concevoir méritent et exigent en tant que droits fondamentaux de la personne. Les FFPBTADA+ concernent non seulement celles qui ont disparu et qui sont assassinées, mais aussi les droits reproductifs des FFPBTDIG+ autochtones dans leur ensemble. Cette section décrit comment les FFPBTADA+ et le REA dans les soins de reproduction sont intrinsèquement liés. Ce faisant, elle démontrera comment l'élimination du REA dans les soins de reproduction permettra de résoudre la crise actuelle des FFPBTADA+ en établissant une alliance entre la médecine et les FS et en mettant en lumière certaines des façons dont le colonialisme peut être démantelé dans les soins de santé pour les FFPBTDIG+ autochtones.

Le génocide en cours des FFPBTADA+ est lié à tous les aspects de la violence fondée sur le genre et de la violence coloniale à l'égard des FFPBTDIG+ autochtones; toutefois, le REA démontre une institution précise où les PS sont généralement influencés par les stéréotypes et la pensée raciste de l'ensemble de la société. Lorsqu'on discute des liens directs entre les FFPBTADA+ et le REA dans le domaine des soins de santé, il faut tenir compte de nombreux aspects, dont le transport, le manque d'accès aux besoins médicaux dans leurs collectivités et la façon dont les FFPBTDIG+ autochtones sont traitées lorsqu'elles demandent de l'aide pour leurs besoins reproductifs. Bien que cette question soit examinée plus en détail à l'aide d'études de cas sur la santé sexuelle, la grossesse et les expériences postnatales, les expériences globales du REA dans les soins de reproduction démontrent un cas précis de la façon dont les FFPBTADA+ ne concernent pas seulement les personnes portées disparues et assassinées. Au contraire, la coercition en matière de reproduction, la stérilisation, les politiques d'évacuation des naissances, le manque d'accès aux services dans leur langue préférée et l'absence de la collectivité pendant la naissance sont des aspects pour lesquels les FFPBTDIG+ autochtones n'ont pas le même niveau de dignité et de respect que leurs homologues non autochtones.

En raison de l'histoire coloniale et de l'héritage comme la Loi sur les Indiens (1985) et les politiques du Programme des SSNA, de nombreuses FFPBTDIG+ autochtones n'ont pas les moyens nécessaires de se déplacer pour obtenir des soins de santé adéquats, surtout dans les régions éloignées et du Nord. Pour cette raison, les collectivités autochtones isolées sont plus à risque, et leurs membres doivent se déplacer pour des soins de santé même mineurs. Les déplacements ne sont qu'un exemple de la façon dont les sentiments anti-Autochtones se manifestent dans les idées fausses relativement au génocide des FFPBTADA+. Pour certains, les comportements « risqués » (Morgan, 2016) tels que l'autostop sont parmi les seules options pour obtenir des soins puisque le Programme des SSNA n'offre pas un allègement financier immédiat et nécessaire, ce qui conduit certaines personnes, en particulier les FFPBTDIG+, à faire de l'autostop pour se rendre à un établissement médical. Dans ce cas-ci, ces personnes sont devenues de plus en plus vulnérables à cause des politiques et de l'histoire coloniales. Les FFPBTADA+ ne portent



pas seulement sur la destination des soins de santé reproductive, mais aussi sur la façon dont les FFPBTDIG+ autochtones sont mis en danger en raison des obstacles qu'elles rencontrent avant d'avoir posé les pieds près d'un établissement de santé. Le présent document de recherche a cherché à illustrer le fonctionnement interne complexe de la façon dont le REA dans les soins de santé et la politique de soins de santé hostile envers les Autochtones contribuent au génocide en cours des FFPBTADA+ de manière complexe et invisible.

Il est essentiel de noter que les PS dans tous les postes demeurent surchargés, sous-payés, sous financés et sous-estimés pour leurs efforts pour prodiguer des soins de santé. La COVID-19 a non seulement modifié le paysage des exigences en soins de santé au Canada, mais a également offert des conditions de travail de plus en plus épuisantes sur les plans émotionnel, physique, spirituel et mental, car 78 % des infirmières ont signalé des sentiments d'épuisement professionnel (Pelley, 2021) et l'épuisement sévère a été constaté dans 20 % de l'ensemble des PS (Maunder et coll., 2021, p. 1). Il faut donner davantage de ressources à ces PS pour s'assurer que ceux-ci disposent des outils, de la formation et de l'éducation nécessaires afin de s'assurer de l'adoption du projet de loi C-15, Loi concernant la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2021), garantissant ainsi l'équité dans la prise en charge des Autochtones et des non-Autochtones. Les PS doivent reconnaître leur responsabilité à l'égard de la recirculation du colonialisme et du REA dans le système de santé. Toutefois, beaucoup ne savent pas comment accéder aux outils, aux méthodes et aux ressources nécessaires pour atteindre cet objectif. Ce projet de recherche vise à explorer et à fournir des outils qui permettent d'assurer les soins de santé éthiques, bienveillants et adaptés aux besoins des peuples autochtones, tout en fournissant les ressources dont les PS ont tant besoin pour offrir les soins les plus culturellement adaptés.

SECTION II : RACISME SYSTÉMIQUE ET ÉTUDES DE CAS

À l'aide d'exemples de santé sexuelle, de grossesse et de soins après la naissance, la présente section présentera les liens entre les FFPBTADA+ et le racisme systémique dans les soins de santé reproductive. En outre, elle présentera trois sites aspects, l'éducation, la formation et la pratique, pour illustrer ce que le REA cause et la mesure dans laquelle il nuit à la qualité des soins de santé reproductive des femmes, des filles, des personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre, et mettre en lumière la façon dont cela rapporte aux FFPBTADA+. Ce faisant, nous montrerons comment les fondements de la justice reproductive ne sont pas atteints pour les FFPBTDIG+ autochtones³ vivant

3 Le sigle FFPBTPDIG est utilisé tout au long du document pour traiter de la santé sexuelle, de la santé reproductive, de la grossesse et de la santé postnatale des Autochtones. Nous l'utilisons intentionnellement pour reconnaître les besoins en reproduction des jeunes qui deviennent enceintes. De plus, il s'agit d'un signe de solidarité et de reconnaissance envers les FFPBTPDIG autochtones qui subissent des formes de violence sexuelle à un jeune âge.



au Canada. Dans cette section, nous utilisons également la sagesse et les mots de nos personnes interrogées, Morningstar Mercredi (elle), Junita Rickard (elle) et le participant A, un chercheur qui réalise des travaux sur les méthodologies concernant les Autochtones et le génocide des FFPBTADA+.

Étude de cas I : Santé sexuelle

Bien qu'il n'y ait pas d'expérience universelle des soins de santé parmi les FFPBTDIG+ autochtones, le racisme systémique, la violence et le sexisme, surtout dans des domaines comme les soins de santé, continuent d'être monnaie courante (Mercredi et Fire Keepers, 2021). Non seulement les FFPBTDIG+ autochtones subissent le REA dans les soins de reproduction, mais les Autochtones s'y attendent aussi lorsqu'ils sollicitent des soins médicaux (le participant A). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle « est une question de bien-être, pas simplement de l'absence de maladie. La santé sexuelle suppose le respect, la sécurité et l'absence de discrimination et de violence » (2022, non paginé). La santé sexuelle est une question à multiples facettes, englobant nos droits légaux, corps, sexualité, spiritualité, expérience vécue, expériences des autres, cultures, religions, valeurs et croyances, ainsi que l'endroit où nous avons grandi (Options for Sexual Health, 2022). L'accès aux ressources en santé reproductive et sexuelle pour les FFPBTDIG+ autochtones peut être précaire en raison de leur lieu géographique; toutefois, même pour ceux qui ont accès aux ressources de santé, la qualité des soins de reproduction demeure saturée dans le discours colonialiste.

Les PS peuvent pratiquer en se fondant sur leurs conceptions erronées des Autochtones qui sont enracinées dans le colonialisme. Les FFPBTDIG+ autochtones sont généralement placées dans des situations de violence potentielle et sont ensuite critiquées pour leurs choix « à haut risque » (Morton, 2016). De nombreux stéréotypes attribués aux FFPBTDIG+ autochtones comprennent la représentation erronée d'elles : l'hypersexualité et le lien de leur moralité et de leurs actions avec ces stéréotypes injustes. Par exemple, lorsque les FFPBTDIG+ autochtones disparaissent, celles-ci peuvent être accusées de se livrer au travail du sexe, de faire de l'autostop, de consommer de l'alcool ou d'être des fugueuses (Hunt, 2015). Les FFPBTDIG+ autochtones systématiquement, structurellement et institutionnellement sont considérées comme jetables après des relations sexuelles (Razack, 2016), contribuant au manque de conséquences ou de considération lorsqu'elles sont assassinées ou portées disparues.

Ces idées fausses amènent les FFPBTDIG+ autochtones à être traitées comme des personnes inférieures dans le système de soins de santé. Ces stéréotypes mènent à l'opinion injuste et mal informée que de nombreux PS perpétuent au sujet des Autochtones, relayant ces préjugés dans leur travail de santé.

Des activistes autochtones, comme Morningstar Mercredi, avancent que les PS doivent «



éliminer les stéréotypes et préjugés raciaux endoctrinés à l'égard des Autochtones, et les traiter comme des patients et des êtres humains » (entrevue, 2021). Mercredi affirme que les PS ne « vont pas travailler en pensant « oh, je veux m'assurer qu'ils sont sécuritaires sur le plan culturel, quoi que cela veuille dire... Je suis comme un chien avec un os. Je ne vais pas le laisser aller... C'est inacceptable, et c'est inapproprié » (entrevue, 2021). D'autres, comme le participant A, font part de leurs préoccupations quant à certains lieux médicaux, comme la salle d'urgence, où l'on accorde moins d'attention et où il faut faire plus de travail. Plus précisément, en ce qui concerne la santé sexuelle, le manque de soins appropriés fournis aux FFPBTDIG+ autochtones est non seulement ancré, mais fait également partie des soins fournis à tous les égards. Les organismes comme l'AFAC encouragent le recours au consentement libre, préalable et éclairé prévu dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) comme moyen d'assurer que la santé sexuelle des FFPBTDIG+ autochtones est éthique, adaptée à la culture et donne la priorité aux besoins de chacun. L'une des façons dont le colonialisme persiste dans les soins de santé sexuelle est l'utilisation contrainte et forcée des contraceptifs, en particulier chez les jeunes filles autochtones.

Tout comme les FFPBTDIG+ autochtones continuent de subir des stérilisations contraintes et forcées entre les mains de FS, elles subissent également des méthodes contraceptives forcées. L'héritage historique et les efforts permanents du mouvement de libération des femmes ont donné la priorité aux droits reproductifs des femmes blanches de la classe moyenne, négligeant la lutte des femmes noires, autochtones et de couleur contraintes et forcées d'utiliser des méthodes de contraception. En 2021, un militant et avocat métis de la Colombie-Britannique a affirmé qu'on oblige des jeunes filles autochtones, qui n'ont que neuf ans, à avoir des dispositifs intra-utérins pour les empêcher de tomber enceintes à cause de la violence sexuelle dans le réseau des foyers d'accueil (Basu, 2021). Une autre Autochtone a anonymement raconté qu'en 2021, elle avait reçu une injection du contraceptif Depo Provera, prescrit fallacieusement lors d'un rendez-vous de vaccination de voyage et qu'elle avait évité un traitement forcé uniquement parce qu'elle avait reconnu le nom du médicament. Les méthodes contraintes et forcées de contraception et de régulation des naissances illustrent deux enjeux fondamentaux concernant la conception des FFPBTDIG+ autochtones. Premièrement, les filles autochtones méritent la protection nécessaire pour prévenir les cas de violence sexuelle dans le réseau des foyers d'accueil; deuxièmement les FFPBTDIG+ autochtones ne sont pas en mesure de prendre leurs propres décisions concernant leur santé sexuelle et leur reproduction. L'AFAC et d'autres organisations affirment que l'utilisation contrainte et forcée des dispositifs intra-utérins et de la contraception est non seulement contraire au modèle de consentement libre, préalable et éclairé, mais renforce également la dépréciation des FFPBTDIG+ autochtones..



Étude de cas II : Grossesse

Les FFPBTDIG+ autochtones sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues non autochtones d'être atteints d'infections transmissibles sexuellement et transmises par le sang (ITSTS), d'avoir une grossesse à risque ou une grossesse au cours de leur adolescence, de subir de la violence sexuelle et de contracter le VIH ou le SIDA, et ont un taux de mortalité maternelle et infantile plus élevé (Yee et Coll., 2011). En dépit de ces préoccupations, il demeure nécessaire de donner une éducation et une formation, d'apporter des changements aux politiques et aux pratiques lorsqu'on aide les FFPBTDIG+ autochtones à se déplacer pendant leur grossesse et leur parentage. La grossesse peut être un moment emballant et stimulant pour de nombreuses femmes enceintes en attente de leurs petits êtres sacrés. Toutefois, des témoignages de femmes autochtones enceintes continuent d'illustrer comment le colonialisme et le REA polluent la qualité des soins dispensés, et beaucoup d'entre elles racontent qu'on leur a posé des questions sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse (Mercredi, 2021; Lombard, 2021) et d'autres infractions qui amènent les Autochtones enceintes à éviter les centres de santé publique canadiens, ce qui entraîne des problèmes non diagnostiqués (Burns-Pieper, 2020). Quelles que soient les mesures prises par la VR et du PAC du gouvernement, les femmes autochtones enceintes doivent composer avec les obstacles qui les empêchent de prendre soin de leurs enfants sur le plan personnel et des politiques. Des politiques telles que la politique d'évacuation pour les naissances décrite dans le Programme des services de santé non assurés (SSNA) augmentent radicalement les cas où les femmes autochtones enceintes peuvent être victimes de violence, contribuant ainsi au génocide en cours des FFPBTADA+.

La politique d'évacuation pour les naissances est une disposition du Programme des SSNA qui exige que les femmes qui vivent dans des collectivités éloignées, qui ont entre 36 et 38 semaines de grossesse, se déplacent pour donner naissance à leurs enfants. Pour les FFPBTDIG+ autochtones, la politique d'évacuation pour les naissances du Programme des SSNA est un enjeu important et dangereux. Une évacuation pour les naissances se produit lorsqu'« une intersection complexe des politiques de compétence fédérale et provinciale ordonne l'évacuation des femmes des collectivités rurales et éloignées pour accoucher dans les hôpitaux situés dans les grandes villes du Sud » (Ciadro et coll., 2022, p.1). Pour cette raison, de nombreuses Autochtones enceintes évitent de divulguer leur grossesse (Vang et coll., 2018). Bien que cette politique ait été bénéfique pour certaines grossesses à haut risque, surtout parce que les Autochtones enceintes ont tendance à subir des résultats de naissance « moins favorables » (Statistique Canada, 2017), les grossesses non risquées ne devraient pas être soumises à des évacuations pour une naissance (Cerigo et Quesnel-Vallée, 2019). Les Autochtones doivent être en mesure de maintenir leurs pratiques traditionnelles d'accouchement pour les grossesses à haut risque et à faible



risque, car elles ont une signification culturelle et spirituelle sacrée. Pour de nombreuses collectivités autochtones, la naissance « est un processus de don et non d'expulsion » (Finestone et Stirbys, 2016).

La politique d'évacuation pour les naissances est directement liée aux FFPBTADA+. Selon l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées au Canada, « les survivantes se rappellent que, depuis leur naissance, elles ne se sentaient pas en sécurité » (Cidro et coll., 2022, 1). En effet, la politique d'évacuation pour les naissances se rapporte aux FFPBTADA+ précisément parce que les Autochtones enceintes doivent se déplacer inutilement, et ce, avec très peu de soutien. Les femmes enceintes doivent se déplacer avec une seule personne, qui apporte un soutien minimal à l'accouchement, et sont souvent obligées de laisser à la maison leurs proches, y compris les enfants. Les déplacements inutiles hors des collectivités, surtout lorsqu'elles se trouvent dans des états physiques et économiques vulnérables, peuvent amener les Autochtones enceintes à utiliser d'autres modes de transport, les mettant potentiellement dans des situations de violence et les faisant éprouver des formes « d'isolement, de bouleversements familiaux et de racisme » (Smylie et coll., 2021, p. E948). Enfin, le fait de laisser derrière ses enfants lorsqu'une Autochtone enceinte doit se déplacer pour accoucher met les enfants et les parents dans une position précaire parce qu'elle doit trouver quelqu'un pour s'occuper de ses enfants pendant son absence. Ainsi, les enfants sont dans des situations potentiellement vulnérables lorsque la femme qui donne naissance n'a pas de personne de confiance pour confier ses autres enfants.

Non seulement les femmes autochtones enceintes doivent se déplacer, mais la couverture financière pour les voyages d'accouchement est assurée en fonction des moyens de transport les plus économiques, ce qui signifie que les personnes qui peuvent utiliser leur véhicule privé doivent payer de leur poche toute différence entre l'utilisation de leur véhicule et ce que le gouvernement considère comme « un mode de transport plus pratique et plus économique » (gouvernement du Canada, 2019). On reproche souvent aux FFPBTADA+ autochtones d'avoir accès aux besoins de base par d'autres modes de transport comme l'autostop (Morton, 2016). En outre, les longs déplacements importants vers différentes destinations augmentent le risque de préjudice à la personne enceinte ou à son nouveau bébé. Les personnes enceintes et les fœtus en développement courent un risque supplémentaire de violence lorsqu'elles doivent rester dans des villes non familières avec peu de soutien communautaire. Par exemple, les femmes autochtones qui ont participé au projet de recherche du Thunder Woman Lodge (2016) ont parlé de l'élaboration de services solides qui mettraient l'accent sur le rôle parental traditionnel, la grossesse positive et les expériences familiales, les considérations de garde d'enfants et les cérémonies traditionnelles (Tabobondung, 2016).



Étude de cas III : Soins postnataux

Les soins postnataux sont essentiels pour assurer la santé et la sécurité des parents et des nourrissons. Pendant l'accouchement, les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent plus élevés chez les FFPBTDIG+ autochtones. Les politiques coloniales comme la Loi sur les Indiens (1876) mettent en œuvre des règlements et des pratiques qui peuvent aggraver le génocide des FFPBTADA+. La vie et la reproduction des Autochtones sont effacées et découragées par des méthodes de communication de données nocives, la stérilisation contrainte et forcée, et jusqu'à récemment, le système de signalement des naissances. Pour les FFPBTADA+, ce sont entre autres les préjudices intentionnels infligés aux FFPBTDIG+ autochtones qui continuent de survivre aux agressions de systèmes patriarcaux, coloniaux et sexistes.

Les taux de mortalité infantile continuent d'être sous-déclarés et sous-reconnus. En 2017, « relativement peu d'informations... disponibles au niveau national pour les populations autochtones dans leur ensemble ou pour des groupes d'identité autochtone précis » sur les résultats de la naissance auprès des FFPBTDIG+ autochtones (Sheppard et coll., 2017). Toutefois, cette recherche a révélé que, dans les collectivités inuites et des Premières Nations, les nourrissons étaient sept fois plus susceptibles d'être atteints du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), qui compte pour 24 % des décès de nourrissons chez les Premières Nations et 21 % chez les Inuits comparativement au taux de 7 % chez les bébés non autochtones (Sheppard et coll., 2017, non paginé). Pour les nourrissons admissibles au « statut », Feir et Akee (2019) soutiennent que le nombre de nourrissons décédés avant l'enregistrement de leur naissance dans le Registre des Indiens pourrait être sous-déclaré. Les naissances et les décès d'enfants peuvent ne pas être inscrits dans le Registre des Indiens, sans qu'ils soient reconnus. Le Registre des Indiens, qui fait partie du colonialisme, est mis en application par la Loi sur les Indiens et exige que les Autochtones qui demandent le « statut » s'enregistrent eux-mêmes ainsi que leur progéniture. En ne reconnaissant pas le décès de nourrissons autochtones avant l'enregistrement, le Registre des Indiens contribue au nombre d'enfants autochtones disparus et assassinés en refusant d'accepter la vie de nourrissons autochtones non inscrits et en annulant une grande partie des données sur les peuples autochtones. Comme nous l'avons abordé avec la politique d'évacuation pour les naissances, les Autochtones qui sont sur le point d'accoucher peuvent être tenus dans le cadre du Programme des SSNA de donner naissance à leurs enfants dans un endroit inconnu et éloigné de leur collectivité. Hormis le système de déclaration du Registre des Indiens, un nourrisson autochtone pourrait naître, périr et disparaître sans préavis, ce qui ajoute aux horreurs des FFPBTADA+.

Un autre moyen par lequel le REA dans les soins postnataux est directement lié au génocide des FFPBTADA+ est la stérilisation contrainte et forcée des FFPBTDIG+ autochtones. Bien que la stérilisation des Autochtones puisse se produire à n'importe quel stade de la vie, les



cas élevés de césariennes et de stérilisation avec ou sans stérilisation demeurent une réalité terrifiante pour de nombreuses Autochtones qui accouchent. La ligature des trompes après l'accouchement constitue une procédure qui empêche définitivement la femme de redevenir enceinte par la suite. La stérilisation se produit lorsqu'une personne reçoit une ligature des trompes après l'accouchement « malgré le refus explicite du consentement, tandis que d'autres femmes sont soumises à des pressions indues ou qu'on ne le demande tout simplement pas à d'autres » (INJRC, non daté, non paginé). La stérilisation forcée d'une personne sans consentement libre, préalable et éclairé est un génocide dans l'intention de lui enlever la capacité de reproduction à l'avenir. Les stéréotypes qui conduisent à la stérilisation des FFPBTDIG+ autochtones sont généralement associés à des représentations inexacts et biaisées comme parents pauvres et des êtres hypersexualisés se livrant à des comportements à haut risque (Fricklin et coll., 2022). Au lieu de cela, « ces représentations servent à dévaloriser les femmes autochtones, soutenant des récits qui tolèrent la violence et qui laissent entendre que la violence n'est pas la faute de la personne qui l'a infligée, mais, du moins en partie, la faute de la victime » (Fricklin et coll., 2022, p. 61).

La stérilisation contrainte et forcée a un héritage fort et indéniable du colonialisme qui contribue au génocide en cours des FFPBTADA+. La stérilisation contrainte et forcée peut être définie comme l'élimination de la capacité de reproduction de la personne sans son « consentement libre, préalable, complet et éclairé » (INJRC, non daté, non paginé). La stérilisation était légale en vertu de certaines lois provinciales, comme l'Alberta Sexual Sterilization Act (de 1928 à 1972) et la British Columbia Sterilization Act (de 1933 à 1973). Pendant cette période, 25 % des personnes stérilisées étaient autochtones (Leeson et Ryan, 2019). Dans les années 1960 et 1970, plus de 70 stérilisations ont eu lieu à Chesterfield Inlet, Naujaat, à Kugaaruk, à Gjoa Haven, à Igloodik et à Rankin Inlet, au Nunavut (Zingel, 2018), avec un total possible de 1 145 stérilisations dans tout le Canada (Leeson et Ryan, 2019). Aujourd'hui, les professionnels de la santé pratiquent toujours la stérilisation même si la ligature des trompes « est une procédure facultative » et ne constitue jamais un cas d'urgence ou de risque médical (Lombard, 2020, p. 70).

La stérilisation contrainte et forcée des Autochtones est un acte de génocide (Carranza Ko, 2020) et continue d'être utilisée comme un outil à l'encontre des FFPBTDIG+ autochtones. Le participant A a indiqué comment la stérilisation par ligature des trompes après l'accouchement est couramment pratiquée à la suite d'une césarienne non nécessaire faite à une Autochtone qui vient d'accoucher. Il est possible que les PS n'effectuent pas eux-mêmes la stérilisation des FFPBTDIG+ autochtones, mais beaucoup connaissent d'autres personnes qui le font, en se soustrayant à leur responsabilité, donnent à de nombreux PS le sentiment qu'ils ne sont pas coupables du génocide en cours. (Participant A). Le participant A aborde les effets des stéréotypes et de la discrimination à l'égard des Autochtones; ils prétendent : « en ce qui concerne la partie du système de soins de santé



portant sur l'accouchement, je pense que ce sont tous des résultats très importants à examiner. Combien de fois les femmes accouchent-elles par césarienne? Par exemple, s'il y a une césarienne d'urgence qui se produit, les femmes sont-elles stérilisées en même temps? Et comment se passe cette procédure? » (2022). Pour Mercredi, le gouvernement doit « criminaliser la stérilisation forcée, commençons par cela. Pour faire en sorte que les praticiens soient tenus responsables des décès de nos personnes qui sont négligées à mort » (2022). Non seulement la criminalisation peut faire partie de la VR, mais elle maintient le droit des FFPBTDIG+ autochtones à des soins de santé appropriés et sûrs, sans discrimination.

Les FFPBTDIG+ autochtones éprouvent une peur stupéfiante de voir leurs enfants retirés de leurs soins et de leur corps. Alors que certaines FFPBTDIG+ autochtones subissent la stérilisation contrainte et forcée, d'autres vivent aussi les horreurs de se voir retirer de force leurs enfants. En tant que survivante qui a été stérilisée à 14 ans, Mercredi a également subi un avortement forcé aux mains de PS (Dyck, 2018). Non seulement les Autochtones enceintes s'inquiètent de leur corps et de leur reproduction future, mais elles s'inquiètent aussi vivement de ce qui va se passer à l'avenir, se demande si elles pourront donner naissance à des enfants, si elles pourront élever cet enfant ou si leurs enfants ne leur seront pas retirés? Même si les alertes à la naissance ont été interdites en 2020 au Canada, un nombre impressionnant de 339 bébés autochtones ont été appréhendés en 2021 (Malone, 2022, non paginé). Les alertes à la naissance sont « le signalement d'un travailleur social au personnel de l'hôpital d'un futur parent – sans le consentement du parent – parce qu'il croit que le bébé à naître est à risque » (Morgan, 2021, non paginé). Selon IndigiNews, au moins 444 alertes à la naissance ont été émises entre janvier 2018 et septembre 2019 seulement en Colombie-Britannique. En particulier, 58 % de ces alertes à la naissance émises ciblaient des parents autochtones (Marelj, 2021, non paginé). Malgré l'élimination du système d'alerte à la naissance, les femmes autochtones enceintes et celles qui viennent d'accoucher craignent qu'une alerte à la naissance ne soit lancée, et une femme autochtone a déclaré : « J'étais impatiente de sortir de l'hôpital. J'avais tellement peur d'être ici » (Morgan, 2022, non paginé). La séparation forcée du parent et du nourrisson à la naissance a des effets néfastes sur la santé mentale du parent, ce qui contribue à des problèmes plus profonds de traumatisme intergénérationnel vécus par les FFPBTDIG+ autochtones.

Pour les survivants autochtones du système de protection de l'enfance, comme Nikida Steel, les alertes à la naissance n'ont fait que renforcer l'expérience traumatisante de son passé et a fait de même pour son nouveau-né (CBC News, 2021). Cette situation ne fait pas seulement reprendre les formes de traumatismes intergénérationnels, mais démontre aussi comment la société occidentale décrit et voit les FFPBTDIG+ autochtones. Turpel-Lafond soutient que, « lorsqu'une fille ou une femme fait l'objet d'une alerte à la naissance,



se fait enlever son bébé à la naissance, se fait stériliser en raison de suppositions relatives à sa capacité d'être parent ou d'une multitude d'autres jugements sur sa santé, son identité, son sexe et ses comportements, le système de soins de santé assure effectivement la surveillance des femmes autochtones (2021, p. 3). Les FFPBTDIG+ autochtones qui ont accouché sont particulièrement vulnérables en dehors de leur collectivité, surtout lorsqu'elles sont contraintes de se déplacer en raison de la politique d'évacuation pour les naissances. Bien que la fin des alertes à la naissance dans la plupart des provinces et des territoires ait été un pas vers la vérité et la réconciliation (Cooke, 2001), elles n'ont pourtant pas encore pris fin.

La stérilisation et les alertes à la naissance concernent spécifiquement le génocide en cours des FFPBTADA+ parce qu'elles renforcent non seulement les systèmes, les structures et les institutions, ce qui renforce aussi l'idée que les FFPBTDIG+ autochtones ne peuvent pas élever leurs enfants, mais elles favorisent également le REA dans les milieux de soins de santé où les peuples autochtones peuvent se sentir les plus vulnérables. Même si les alertes à la naissance et la stérilisation ne sont pas autorisées au Canada, elles continuent de causer aux FFPBTDIG+ autochtones la perte de leurs droits conformément au CJR qui fait la promotion de leur droit d'avoir des enfants, de ne pas en avoir et d'élever leurs enfants. Pour cette raison, il faut étudier les pratiques de décolonisation dans la façon dont les PS non autochtones s'engagent dans l'éducation, la formation et la pratique.

LIEUX DE CHANGEMENT

I : Éducation

Selon El-Mowafi et coll. (2021), les inégalités dans l'éducation concernant les besoins en soins de reproduction des personnes de PNAC conduisent non seulement à des disparités dans les soins de santé en général, mais renforcent également le système préexistant, colonial, centré sur les blancs déjà en place. Cela se fait en faisant la promotion de la santé auprès des blancs et de la classe moyenne, et de la criminalisation de la reproduction pour d'autres. L'éducation aux soins de santé ne fournit pas les outils, les ressources ou l'éducation nécessaires aux PS pour assurer des soins de santé intersectionnels, adaptés à la culture et prenant en compte les traumatismes des Autochtones. En se fondant sur les appels à l'action de l'AFAC, il est essentiel de fournir les outils, les ressources et l'éducation nécessaires pour améliorer les expériences des soins de santé et de la santé globale des Autochtones afin de mettre en œuvre « des mesures liées à la santé, des politiques, la recherche, la formation et les programmes en cours pour soutenir les initiatives de santé menées par les Autochtones, y compris la fin de la stérilisation forcée et la santé mentale et le bien-être » (2022). En outre, le recours à des méthodes de décolonisation ne porte



pas seulement sur la VR, mais démontre la nécessité pour les PS d'en apprendre sur leur rôle dans la prestation de soins adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes.

La décolonisation de l'éducation dans le domaine des soins de santé commence par une formation fondamentale sur la façon dont le colonialisme façonne l'expérience des Autochtones dans le système de santé. Comme nous l'avons vu, les stéréotypes, les préjugés et d'autres formes d'ignorance polluent les représentations des Autochtones et sont à l'esprit des PS non autochtones. Wiley et McConkey (2019) soutiennent que non seulement l'éducation est un fondement pour commencer à réparer le système de santé défaillant, mais qu'elle établit également la façon dont les structures, les systèmes et les institutions peuvent prendre la VR au sérieux et donner la priorité à la déstigmatisation et au réapprentissage des besoins en soins de santé des Autochtones. La mise en œuvre d'une approche décolonisatrice à l'égard des soins de santé et de l'éducation à ce sujet comporterait l'intégration de méthodes décolonisatrices à tous les niveaux de cette éducation fournirait les bases nécessaires à l'éducation, permettant aux nouveaux professionnels de la santé de souligner une représentation positive des Autochtones et de s'interroger sur leurs besoins particuliers en soins de santé sans instrumentaliser les stéréotypes. En outre, l'intégration des méthodes de décolonisation dans le système éducatif des PS contribue à leurs efforts permanents pour établir un lien de confiance avec les peuples autochtones du Canada.

Au cours des entrevues, les personnes interrogées ont fourni des moyens précis pour que les PS puissent apprendre comment le colonialisme a une incidence sur les soins de santé des Autochtones, en recommandant que les PS soient tenus de lire des textes comme *Sacred Bundles Unborn* (Mercredi et Firekeepers, 2021), d'intégrer et d'encourager le savoir autochtone dans les soins de santé (Mercredi, 2022). Le participant A fait valoir qu'une façon d'améliorer l'éducation des FS consiste à offrir une bourse de recherche spécialisée ou un programme axé sur les Autochtones qui met véritablement en évidence les besoins diversifiés des Autochtones. Au Canada, l'Université de l'Alberta offre un cours gratuit que les étudiants suivent à leur propre rythme sur l'histoire du Canada, les peuples autochtones du Canada et les répercussions du colonialisme sur les systèmes juridiques, de soins de santé et autres. S'engager dans de multiples formes de mobilisation des connaissances où des listes de lecture, des cours et des ateliers sont nécessaires pour s'assurer que les étudiants reçoivent les outils, les ressources et les méthodes nécessaires pour décoloniser les soins de santé à tous les niveaux.

II : Formation aux PS

Dans les appels à l'action de la Commission de la vérité et réconciliation, l'action 23 porte sur le manque de formation adéquate et l'incorporation de professionnels de la santé autochtones. Dans cet appel, on a déclaré qu'il était nécessaire « de voir à l'accroissement



du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé » afin d'intégrer les méthodes, les pratiques et les médicaments traditionnels autochtones à la formation en soins de santé, en fournissant « une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé » (Commission de vérité et réconciliation, 2015, p. 3). En dépit de ce plaidoyer à une formation adéquate tenant compte des traumatismes, adaptée à la culture et inclusive, les peuples autochtones continuent de subir le REA en raison de préjugés, de stéréotypes et d'une piètre éducation. Des études qualitatives ont montré que les Autochtones au Canada estiment que leurs besoins en soins de santé sont de la banalisation (Hamad, 2022). Toutefois, l'expérience de travail avec les communautés autochtones peut fournir une compréhension plus nuancée des réalités des Autochtones pour les PS non autochtones (Silvestre et coll., 2019). Pour Silvestre et coll. (2019), la Commission de vérité et réconciliation a été un outil essentiel pour appeler à une plus grande attention sur les soins de santé pour les peuples autochtones. Toutefois, les PS sont limités par « le degré auquel ces recommandations, ainsi que le succès des initiatives de santé menées par les Autochtones, sont intervenues ou ont façonné la manière dont nous formons les futurs praticiens de la santé dans les États coloniaux », montrant « les défis importants que représente la lutte contre les hiérarchies raciales et coloniales socialement enracinées » (p. 112 363). L'une des façons de décoloniser les soins de santé au niveau de la formation est de fournir des formations et des guides à multiples facettes afin de s'assurer que les structures coloniales présentes dans les institutions de soins de santé soient éliminées. Pour ce faire, il faut intégrer les connaissances autochtones et la médecine traditionnelle dans les milieux de soins de santé et les pratiques de formation. Pour ceux qui ne peuvent pas recevoir d'éducation décolonisée ou apprendre comment assurer l'éducation sur les pratiques de soins de santé autochtones, la formation en milieu de soins de santé offre une occasion supplémentaire de démystifier les stéréotypes et les préjugés qui influent sur la qualité des soins que reçoivent les Autochtones.

On peut y parvenir en intégrant la formation pertinente adaptée à la culture, comme le programme de formation sur la sécurité culturelle autochtone de San'yas, qui est offert en Colombie-Britannique depuis 2010, en Ontario depuis 2013 et au Manitoba depuis 2016 (Browne et coll., 2022, p. 1). Ce programme de formation est « une intervention éducative au niveau des systèmes, dirigée par des autochtones et axée sur les politiques, qui vise à favoriser l'équité en matière de santé et à atténuer les formes intersectionnelles de racisme interpersonnel et structurel dont sont victimes les Autochtones dans le système de soins de santé au Canada » (Browne et coll., 2022, p. 1). Ce programme intègre l'information de base sur les besoins en santé physique et mentale, en bien-être des enfants et en justice des Autochtones, montrant comment tous les aspects sont interconnectés. Même si certaines provinces et certains territoires ont une formation complète sur les besoins des FFPBTDIG+ autochtones, les recommandations et les lignes directrices fédérales en matière de formation doivent être mises en œuvre malgré la compétence provinciale des soins de santé au Canada.



III : Pratique

Les expériences vécues par les femmes autochtones enceintes témoignent de la valeur accordée à la santé reproductive des Autochtones au Canada. Dans les entrevues, non seulement les personnes interrogées ont indiqué que les Autochtones anticipaient des expériences de REA (participant A, 2022), montrant que le REA est « très évident dans le système de soins de santé » (Rickard, 2022). Mercredi affirme qu'« il est préférable d'éliminer les stéréotypes et préjugés raciaux endoctrinés à l'égard des Autochtones et qu'il faut traiter les Autochtones comme des patients et des êtres humains. Il n'y a pas de manuel qui fournit cette information » (entrevue, 2022). En tant qu'infirmière, Rickard affirme que d'autres doivent « intervenir » dans la communauté des soins de santé (2022). Rickard fait remarquer que les PS minimisent les besoins des patients autochtones « en essayant de les séparer ou de les faire sortir du système le plus tôt possible sans vraiment les examiner entièrement ou même leur donner des soins de santé de qualité concernant son trouble de santé » (2022).

Les morts horribles et injustes des Autochtones au Canada ont démontré la nécessité pour les PS non autochtones de réfléchir sur leurs pratiques discriminatoires pour améliorer le traitement des patients autochtones. Des cas tels que les décès tragiques en 2021 de sœur Joyce Echaquan, qui était une mère Atikamekw de 37 ans (page, 2021) et de l'homme des Premières Nations de 45 ans Brian Sinclair en 2008 mettent en évidence les mauvais traitements infligés aux FFPBTDIG+ autochtones dans le milieu hospitalier. En tant qu'infirmière, Richard soutient :

« tout le monde veut commencer avec la consommation d'alcool et de drogues, tout le monde veut commencer avec cela. Et puis ils oublient tout le reste; ça semble être un domaine spécifique sur lequel ils se concentrent. Et c'est là que commence toute la discrimination. Et si nous devons commencer par un autre domaine d'évaluation, cela donnerait une approche différente de la façon dont nous interprétons la personne qui accède aux services de santé. Cela pourrait être un domaine, qui serait certainement utile. Et dans certains des domaines auxquels j'ai travaillé sont cette campagne de stigmatisation des dépendances, l'élaboration de politiques, dans ce qu'ils appellent les nouvelles pratiques exemplaires, on a essayé de commencer par une approche plus holistique au lieu de se concentrer sur les substances et la violence » (entrevue, 2022).

Les cas de REA dans les soins de reproduction sont innombrables. Pendant sa grossesse, Lombard raconte qu'on lui a demandé, lors d'un rendez-vous, « Quelle est votre nationalité » et lui a dit « Vous savez que vous n'êtes pas censé boire pendant la grossesse, n'est-ce pas? » quand elle et son mari ont répondu qu'ils étaient autochtones



(2021, p. 45). Ces formes de REA interpersonnel sont courantes et montrent comment les PS ont besoin d'une éducation et d'une formation adaptées à la culture et tenant compte des traumatismes. La décolonisation des soins médicaux est « un processus de réclamation de l'autodétermination politique, culturelle, économique et sociale, y compris le réaménagement d'identités positives individuelles, familiales, communautaires et nationales » (Eni et coll., 2021, p. 2). Rickard fait remarquer que des services comme l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario envisagent d'« explorer » des changements en matière de reproduction et de faire des soins adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes une « pratique normale » (entrevue 2022). Richard fait remarquer que la meilleure façon d'y parvenir est par « un discernement et des connaissances accrues de la part du fournisseur », ce qui peut se traduire par une pratique plus éclairée. Certaines des façons dont les PS non autochtones peuvent participer à la décolonisation des soins de santé sont de se sensibiliser aux pratiques médicales qui sont adaptées à la culture et qui tiennent compte des traumatismes. Les PS devraient s'informer sur les besoins uniques des patients autochtones, s'entretenir avec d'autres PS qui soutiennent les Autochtones et utiliser des trousseaux d'outils pour comprendre comment offrir de meilleurs soins.

SECTION III : OUTILS DE MESURE NÉCESSAIRES

3a. Outils de mesure

Peu d'outils de mesure ont été utilisés pour mesurer les cas de REA dans les soins de santé reproductive, sans parler des soins de santé en général. Ces outils de mesure sont essentiels pour fournir des moyens significatifs de transformer et de décoloniser les soins de santé. Pour Ficklin et coll. (2022), la décolonisation peut être vue « comme l'annulation d'un tel récit dans la récupération de la souveraineté » et, ce faisant, « elle démantèle ces structures omniprésentes et les hiérarchies déséquilibrées de pouvoirs inhérents et ancrés dans ce système occidental. Elle revitalise, revendique et honore les connaissances autochtones et façons de faire autochtones » (p. 54). La décolonisation des soins de reproduction a été l'une des recommandations, renforcées par les universitaires et les personnes que nous avons interrogées, comme moyen de changement positif. Les FFPBTADA+ et les soins de reproduction sont intrinsèquement liés; par conséquent, le parcours vers l'élimination du REA peut produire des résultats en deux volets, en réduisant également les cas de mauvaise qualité des soins liés à la santé sexuelle, à la grossesse et aux soins postnataux. La mise en œuvre d'outils de mesure, tel qu'il est indiqué dans la présente section, montrera comment les praticiens médicaux, les travailleurs de la santé et d'autres peuvent fournir des soins aux FFPBTADIG+ autochtones en reconnaissant les besoins spécifiques en soins de reproduction tout en éliminant les mécanismes racistes et colonialistes qui se traduisent par des décisions mal éclairées sur leur corps. Ces outils de mesure constituent un point de départ fondamental pour démontrer comment la collecte de données sur le REA dans le domaine des soins de reproduction contribue à la



crise permanente pour les FFPBTADA+. Cette section présente un tableau complet qui décrit certains des outils de mesure qui peuvent être utilisés pour mesurer le REA dans les soins de reproduction.

3 b. Outils de mesure et leurs utilisations

Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Étude de cas	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Donne un exemple concret • Est couramment utilisé. • Peut montrer plusieurs thèmes dans un seul exemple. • Est détaillée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un seul exemple singulier. • Les PS pourraient prendre leurs distances si cela ne s'est jamais produit tout au long de leur expérience. • Explication et contexte requis. • Prend du temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des études de cas sur la façon dont une situation a été mal traitée dans le passé pour montrer comment l'amélioration peut être apportée. • Peut être un excellent outil d'enseignement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous d'être attentif lors de la création d'études de cas, car elles peuvent être déshumanisantes et faire remonter des traumatismes. • Incorporez une section sur la façon d'améliorer et donnez des exemples à la suite de l'étude de cas, ce qui aidera à effectuer une recontextualisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas de REA. • Montrer les obstacles aux soins de santé reproductive et sexuelle. • Montrer où les erreurs ont été commises par le passé, et formuler des recommandations.
Graphiques	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> • Transmettent facilement et efficacement l'information. • Faciles à reproduire et à mettre en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne contiennent pas d'expérience vécue du point de vue d'une personne. • Peuvent être vastes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent servir à écrire les expériences d'une personne. • Peuvent être utilisés pour catégoriser différentes expériences. • Peuvent servir à transmettre de grandes quantités d'informations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veillez à ce que les graphiques soient complets et accessibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de visites. • Motifs des visites. • Le problème a-t-il été résolu? • Un suivi était-il nécessaire? • La personne est-elle revenue pour son suivi?



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Analyse comparative	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Montre la différence entre les résultats des soins de santé et la qualité des soins de santé dans l'ensemble des groupes démographiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut essentialiser et généraliser des groupes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être utile pour déterminer les vastes aspects des soins de santé à améliorer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puisque les identités sont complexes, assurez-vous de demander aux personnes de s'identifier elles mêmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer le nombre de visites entre les Autochtones et les non-Autochtones et la raison de leur visite. • Comparer la qualité des soins obtenus par chacun. • Comparer le traitement des populations. • Comparer les types de questions posées aux patients autochtones par rapport aux patients non autochtones en ce qui concerne leur santé reproductive et sexuelle.
Entrevues personnelles directes	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Permettent d'écouter les opinions des personnes, qui s'expriment avec leurs propres mots. • Individuelles et peuvent être intimes. • Privées. • Personnelles et il est facile d'établir un lien. • Peuvent être données en personne ou virtuellement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prennent du temps. • Nécessitent un niveau élevé d'éthique. • Il est plus difficile de trouver des participants en raison du temps à consacrer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poser de questions sur les expériences directement avec certains PS et ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunérez les personnes pour leur temps. • Assurez-vous d'obtenir l'approbation éthique au besoin. • Envoyez les questions et la lettre de consentement avant l'entrevue 	<ul style="list-style-type: none"> • Expériences du REA. • Réflexions et sentiments sur les expériences. • Qualité des soins. • Recommandations.



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Groupes de discussion	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> Permettent de parler avec plus de personnes à la fois. Peuvent permettre aux participants de profiter de l'énergie et de l'expérience des uns des autres. Peuvent fournir un espace pour parler pour ceux qui sont timides. Peuvent être faites en personne ou virtuellement. 	<ul style="list-style-type: none"> Il peut être difficile de trouver des participants. Plus difficile d'incorporer un modèle de soins tenant compte des traumatismes. Il peut y avoir trop d'opinions à la fois. Manque de respect parmi les participants. 	<ul style="list-style-type: none"> Tenir des groupes de discussion avec les personnes qui recherchent de meilleurs soins de santé, soit les professionnels de la santé et les patients. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous d'une animation prudente. Fournissez des codes de conduite avant la séance du groupe de discussion. Ayez une connaissance du public avec lequel vous voulez parler et le but des groupes. Les séances des groupes de discussion en personne connaissent beaucoup plus de succès puisque les participants se sentent plus proches les uns des autres 	<ul style="list-style-type: none"> Expériences collectives du REA. Créer collectivement des recommandations. Analyser si les expériences au sujet de certaines personnes ou plusieurs employés. Moyens d'encourager les patients autochtones à s'engager dans la pratique. Poser des questions sur des cas précis de REA et examiner comment ils reflètent les expériences possibles d'autres personnes. Expériences dont ils ont entendu parler concernant le système de soins de santé.
Entrevues personnelles indirectes	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> Peut être répondu quand ils ont le temps. Peut être fait en ligne ou par courriel. Plus d'anonymat. 	<ul style="list-style-type: none"> Moins personnel. Moins facile d'établir des liens. Réponses moins concrètes. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être envoyé par courriel en enregistrant l'expérience d'un patient. Un courriel de plainte ou de grief peut être surveillé par un seul employé. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurez une façon personnelle à la personne pour communiquer. Parfois, les différentes modes de communication peuvent être plus difficiles ou moins accessibles, p. ex., le courriel par rapport à la lettre écrite. 	<ul style="list-style-type: none"> Demander des recommandations pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients autochtones. Poser des questions sur certaines expériences de REA.



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Tableau médical	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> • Fournit des informations médicales claires. • Peut servir à démontrer les niveaux de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient qui ne peut pas s'exprimer. • Manque de contexte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un système dans lequel les PS peuvent indiquer les niveaux de détresse ou l'inconfort potentiel du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrez un espace pour écrire des notes sur la façon de fournir des soins tenant compte des traumatismes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux, y compris les visites, les raisons, les ordonnances antérieures. • Information démographique, à savoir les tendances dans les tranches d'âge qui se profilent.
Observation	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être fait par n'importe qui. • Facilement mis en place. • Facilement mené. • Permet aux autres de remarquer les interactions entre eux. • Rend les personnes responsables de leurs actes 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être subjectif. • Peut demander beaucoup de temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter un agent de liaison autochtone pour observer les façons dont le milieu pourrait être plus inclusif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les liaisons autochtones dans tous les milieux de soins médicaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • La manière dont on parle aux patients. • Interactions entre le patient et le PS. • Langage corporel.



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Questionnaire:	Les deux.	<ul style="list-style-type: none"> Fournit des données anonymes. Rapide pour les utilisateurs. Obtenir de grandes quantités de données. 	<ul style="list-style-type: none"> Il peut être difficile d'amener les personnes à le terminer. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être utilisé à la suite de rendez-vous pour poser des questions sur les expériences 	<ul style="list-style-type: none"> Voir le sondage. 	<ul style="list-style-type: none"> Voir le sondage.
Rapports	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> Utiles pour la mise en place de changements. Peut être considéré comme plus officiel. 	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent déshumaniser les patients. Ne contient pas d'expériences vécues. 	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent fournir des informations générales à un grand nombre de PS. Peut fournir des recommandations. Peut montrer les tendances. 	<ul style="list-style-type: none"> Leur utilisation dans le cadre d'une politique officielle et d'autres forums plus formels. Peuvent afficher les résultats des soins de santé. Utilisez-les en même temps que d'autres outils de mesure pour signaler les résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> Les recommandations doivent mettre fin au REA dans chaque milieu. La réponse de l'autre outil de mesure utilisé : que montrent les sondages et les données du questionnaire? Qu'avez-vous appris du groupe de discussion?
Jeu de rôle	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> Utile pour connaître la qualité des soins fournis et ce qui peut être amélioré. 	<ul style="list-style-type: none"> Beaucoup n'aiment pas utiliser cette technique. Peut être long. Certains seront peu disposés à le faire. 	<ul style="list-style-type: none"> On peut demander aux PS de poser des questions et de jouer des rôles dans différents scénarios. Peut aider à pratiquer des conversations difficiles sur des sujets sensibles pour être plus empathique et plus à l'aise. 	<ul style="list-style-type: none"> Tentez de le garder léger, mais éducatif. Observez certains modes d'interaction entre le PS et les patients au bureau, puis utilisez-le dans le scénario de jeu de rôles suivant. 	<ul style="list-style-type: none"> Scénarios de jeu de rôle précis qui se produisent au bureau et l'utiliser comme un outil d'enseignement pour montrer comment les PS peuvent améliorer leur qualité de soins.



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Échelle	Quantitatif	<ul style="list-style-type: none"> Peut fournir un moyen facile d'exprimer une valeur. Facile d'utilisation et de mise en place. Ce n'est pas très long. Utilisation facile pour les participants. Facile à comprendre. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être vague et sans contexte. Offre moins d'options lors de la réponse. 	<ul style="list-style-type: none"> Demander aux patients de raconter leur expérience. Évaluer la qualité des soins. Évaluer la vigueur. Évaluer l'expérience précédente. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut servir à évaluer l'expérience d'un patient, ses sentiments de positivité ou ses réflexions sur la prestation des PS. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer leur qualité de soins. Évaluer le professionnalisme du PS. Mesurer le niveau auquel, selon eux, on a répondu à leurs préoccupations. Reviendraient-ils pour la même raison? Viendraient-ils pour une autre raison?
Scénario	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> Peut fournir un moyen facile d'exprimer le REA et la façon de corriger les erreurs. Une façon amusante d'explorer ce qui peut être mieux fait à l'avenir. Peut se faire en personne, par écrit ou par une présentation. Peut être privé. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut prendre du temps à créer. Peut être répétitif pour certains. Les PS ne peuvent pas reconnaître les actes qui contribuent au REA qu'ils commettent actuellement. 	<ul style="list-style-type: none"> Créer des scénarios dans lesquels le PS doit trouver différentes façons dont le REA peut influencer sur une expérience. Leur demander comment ils auraient résolu une situation. 	<ul style="list-style-type: none"> Commencez par des formes de REA évidentes qui peuvent être vues dans les environnements de soins de santé et passer à des formes plus discrètes. Demandez-leur de lire la situation et mettez-la en scène avec un autre PS. 	<ul style="list-style-type: none"> Demander au PS d'indiquer le moment où il aurait souhaité qu'il fasse mieux et d'y réfléchir.



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Statistiques	Quantitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Fournissent des chiffres concrets. • Montrent les tendances générales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas répondre aux questions sur le pourquoi et le comment. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent servir à comparer les taux de violence contre les FFPBTDIG+ autochtones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiles lorsque lorsqu'on a besoin de données quantitatives pour les recommandations et les politiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démographie par tranche d'âge. • Nombre de visites. • Nombre de visites concernant la question liée à la santé sexuelle ou la reproduction. • Distance parcourue par la personne. • Nombre de patients ayant subi une stérilisation contrainte ou forcée.
Sondage	Les deux	<ul style="list-style-type: none"> • Répond à une question précise. • Peut être qualitatif et quantitatif. • Peut obtenir des informations significatives de plusieurs sources. • Peut utiliser plusieurs méthodes : échelle, rédaction, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut être difficile d'amener les personnes à le terminer. • Peut permettre d'obtenir des données étendues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible d'obtenir trop de données si le sondage n'est pas effectué correctement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous que les questions portent sur la directive du sondage. À quelle question voulez-vous répondre? Comment chaque question du sondage aide-t-elle à répondre à cette question? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de l'expérience. • Ont-ils subi du REA? • Comment se sentent-ils quant à la qualité des soins? • Reviendraient-ils pour le même problème?



Outil de mesure	Qualitatif ou quantitatif	Avantages	Inconvénients	Façon dont il peut être utilisé dans les soins de santé reproductive	Conseils d'utilisation	Que peut-on utiliser pour effectuer la mesure?
Test:	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Peut se faire n'importe quand. • Peut être facilement mis en place. • Peut être réutilisé. • Moyen simple de transmettre l'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les PS peuvent prétendre ne pas avoir le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poser des questions éclairés à chacun sur les connaissances autochtones et la médecine traditionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandez au PS de démontrer ses connaissances à l'aide d'activités amusantes et de jeux de rôles afin de s'assurer qu'ils sont préparés aux besoins des patients autochtones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des besoins en STCT, en CLPE et en soins de santé uniques. • Examen des connaissances en médecine traditionnelle.
Suivi	Quantitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Facilement fait. • N'importe qui peut le mettre en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de données démographiques. • Ne pas discuter pourquoi ils pourraient ne pas revenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut servir à voir des personnes qui reviennent ou qui ne viennent plus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-le en combinaison avec un autre outil pour voir pourquoi les personnes ne retournent pas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être utilisé pour suivre le nombre de visites. • Suivre les raisons de la visite. • Suivre tout suivi nécessaire pour que cela se concrétise.
Bouche-à-oreille	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Facilement relayé. • Peut communiquer rapidement avec les personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être inexact. • Peut sembler être du commérage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'une personne commet une erreur, un autre PS peut « appeler » et le faire savoir au PS. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en commun d'expériences entre les PS peut aider à montrer comment fournir des soins d'affirmation et comment ne pas le faire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut diffuser l'information rapidement : si l'on pense qu'un professionnel de la santé a besoin d'un soutien pour un patient autochtone, on peut demander à quelqu'un de vérifier ou d'aider en le demandant en personne.



3 c. Méthodes de décolonisation et résilience des Autochtones

Les approches autochtones à l'égard de la recherche sont aussi « complexes et multiples que les peuples autochtones eux-mêmes » (Miller et coll., 2014, p. 179). Par conséquent, ce projet de recherche a été consacré à des méthodes autochtones et décolonisatrices intégrant une pensée holistique, culturellement sûre et intersectionnelle. En fournissant des méthodes de décolonisation, nous avons « dû reconnaître les peuples autochtones comme les auteurs de théories importantes sur le monde dans lequel nous vivons tous » (Arvin, Tuck, et Morrill, 2013, p. 21). Malgré les obstacles aux soins de santé et aux soins de reproduction auxquels font face les FFPBTDIG+ autochtones, les collectivités autochtones continuent de se développer. Les collectivités autochtones demeurent fortes, spirituelles et fidèles à elles-mêmes malgré les efforts colonialistes. Dans leur recherche, Eni et coll. (2021) ont constaté que le « travail que les collectivités faisaient était de fournir un fondement réel sur lequel créer un programme de décolonisation et, par conséquent, de transformation » (p. 5). Les collectivités peuvent non seulement reconstruire le système de santé et décoloniser le système, les structures et les institutions actuels, mais elles le font tout en revitalisant l'importance de la médecine traditionnelle, des savoirs traditionnels et des pratiques. Mercredi, lors de son entrevue, affirme l'importance du savoir autochtone dans les soins de santé et le bien-être des Autochtones. Non seulement les connaissances autochtones et la médecine traditionnelle ont été utilisées par les communautés autochtones, mais Mercredi poursuit en disant qu'il faut « reconnaître que la médecine traditionnelle a toujours été là, reconnaître notre connaissance de cette médecine, ce que notre Terre mère a toujours fourni pour nous. Et vous savez, et la façon dont nous avons acquis ce savoir et la médecine traditionnelle, avec le protocole de la manière la plus respectueuse, a toujours existé et est toujours là » (2022). En travaillant avec des Premières Nations, Eni et coll. ont conclu que la décolonisation « équivalait à des pensées et à des comportements compris et respectés dans une perspective qui reconnaît les valeurs et l'existence significative, ce que signifie être un membre des Premières Nations » (2021, p. 6). La dépréciation de la médecine traditionnelle est un acte de colonisation imposé aux peuples autochtones; par conséquent, le retour de la médecine traditionnelle aux soins de santé autochtones constitue une méthode de décolonisation tout en permettant aux non-Autochtones d'offrir leur allégeance et de rester vrais à l'égard de la VR.

Sage-femmerie autochtone

De 2009 à 2015, le recours aux sages-femmes dans les Premières Nations est passé de 4,9 % à 12,9 % seulement en Colombie-Britannique (First Nation Health Authority, 2021). Aux côtés d'organismes autochtones comme la Nova Scotia Women's Association, des sages-femmes telles que Julien Reid, de la Première Nation de Millbrook, cherchent à rétablir la cérémonie dans les pratiques d'accouchement des Mi'kmaw afin de mieux soutenir les Autochtones enceintes et de décoloniser la grossesse et la naissance (vendredi, 2022). Pour



d'autres sages-femmes autochtones comme Ellen Blais, directrice de la sage femmerie autochtone à l'Association des sages-femmes de l'Ontario (ASFO), les sages-femmes autochtones peuvent agir contre l'enlèvement d'enfants autochtones en « réclamant des espaces pour que les mères puissent avoir les naissances qu'elles veulent » (Baker III, 2022, non paginé). La sage femmerie autochtone n'est qu'un exemple de la façon dont les FFPBTDIG+ autochtones défendent leurs droits en vertu des articles 23 de la DNUDPA, qui prévoit leur droit d'élaborer leurs propres programmes sur la santé, les logements et les aspects socioéconomiques leur permettant d'exercer leurs droits d'utiliser la médecine traditionnelle en vertu de l'article 24.1 (2007).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Après avoir écouté l'expérience, les besoins et les préoccupations de nos experts interrogés et avoir utilisé une analyse comparative entre les sexes et fondée sur les distinctions, nous avons dressé une liste de recommandations pour les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux (FSSSC) de première ligne, les universitaires et les organismes de réglementation. Il est nécessaire de reconnaître les inégalités systématiques qui créent des défis en milieu de travail pour les FSSSC. De nombreux FSSSC sont surchargés de travail et manquent de ressources; ces conditions ont été exacerbées pendant la pandémie de COVID-19. Tenant compte de ces réalités, les recommandations offrent des considérations réfléchies pour les FSSSC, leurs institutions de formation et leurs organismes de réglementation.

1. **S'attaquer aux formes de violence latérale au sein des organismes de formation et des employeurs des FSSSC et créer des possibilités équitables pour les FSSSC autochtones.**
2. **Améliorer l'accès des FFPBTDIG+ autochtones aux soins primaires à toutes les étapes du cycle de vie sexuelle et reproductive et améliorer les résultats des soins de santé.**
3. **Faire place aux modalités traditionnelles de guérison dans les établissements de soins de santé primaires et de santé de la reproduction en éduquant les FSSSC sur l'affirmation et la pertinence culturelle des soins, en particulier en aidant les femmes enceintes et leurs familles à pratiquer des cérémonies traditionnelles.**
4. **S'attaquer aux problèmes de sécurité qu'éprouvent les Autochtones qui demandent des soins primaires et d'urgence, en mettant en place des agents de liaison autochtones dans les hôpitaux en tant que travailleurs de soutien tiers.**



En conclusion, ce projet de recherche visait à déterminer la cause et les effets des FFPBTADA+ et leur incidence sur le REA, à établir un outil de mesure, à examiner les stéréotypes vécus par les FFPBTDIG+ autochtones concernant leurs soins de santé reproductive et à fournir une trousse d'outils adaptée aux fournisseurs de soins médicaux, au personnel et aux praticiens sur les pratiques exemplaires. À l'aide d'exemples de santé sexuelle, de grossesse et de soins postnataux, ce document a démontré les liens complexes entre la santé reproductive et le génocide en cours des FFPBTADA+. Ce faisant, il a également fourni trois domaines où la décolonisation de la santé reproductive peut être mise en œuvre : l'éducation, la formation et la pratique. En indiquant comment ces domaines peuvent mettre en œuvre un cadre adapté à la culture et tenant compte des traumatismes, ce document a également illustré dans quelle mesure le REA, en particulier dans les soins de santé, est contraire aux promesses des efforts de VR. Enfin, ce document a servi de base aux différentes méthodes qualitatives et quantitatives qui peuvent être utilisées pour mesurer le REA dans le milieu des soins de santé.

RÉFÉRENCES

- Arvin, Maile, Eve Tuck et Angie Morrill. Decolonizing Feminism: Challenging Connections Between Settler Colonialism and Heteropatriarchy. *Feminist Formations* 25, n° 1 (2013) : pp. 8-34. <https://doi.org/10.1353/ff.2013.0006>
- Ataullahjan, Salma. La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada. Sénat du Canada, 2021.
- Baker III, Oscar. Indigenous midwives vital to revitalizing Indigenous birthing practices, says advocate. Canadian Broadcasting Company (mai 2022). <https://www.cbc.ca/news/indigenous/indigenous-midwifery-moms-babies-1.6444679>
- Basu, Brishti. Social Workers Forced Indigenous Girls Under 10 to Get IUDs, Canadian Lawyer Alleges. *Vice* (28 mai 2021). <https://www.vice.com/en/article/bvzj8z/social-workers-forced-indigenous-girls-under-10-to-get-iuds-canadian-lawyer-alleges>
- Projet de loi C-15 : Loi concernant la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, 2^e session, 43^e législature, 2021, LC 2000. <https://parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-15/troisieme-lecture>
- Bourke, Christopher John., Henrietta Marrie et Adrian Marrie. Transforming Institutional Racism at an Australian Hospital. *Australian Health Review* 43, n° 6 (2019) : pp. 611 à 618



- Braun, Virginia et Victoria Clarke. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, n° 2 (2006) : pp. 77 à 101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Browne, Annette J, Josée G Lavoie, Mary Jane Logan McCallum et Christa Big Canoe. Addressing Anti-Indigenous Racism in Canadian Health Systems: Multi-Tiered Approaches Are Required. *Revue Canadienne de santé publique* 113, n° 2 (2022) : pp. 222 à 226. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00598-1>
- Burns-Pieper, Annie. Indigenous women report racism and neglect in COVID-19 Canada childbirth. *openDemocracy* (10 octobre 2020). <https://www.opendemocracy.net/en/5050/indigenous-women-racism-covid-19-canada-childbirth/>
- Charte canadienne des droits et libertés, article 7, partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c 11.
- Carranza Ko, Ñusta P. Making the Case for Genocide, the Forced Sterilization of Indigenous Peoples of Peru. *Genocide Studies and Prevention* 14, no. 2 (2020) : 90 à 103. <https://doi.org/10.5038/1911-9933.14.2.1740>.
- Cerigo, Helen et Amélie Quesnel-Vallée. A Failure of Access?: The Birth Evacuation Policy in Canada's North. *Health Science Inquiry* 10, n° 1 (2019) : pp. 70 à 71.
- Cénat, Jude Mary. How to Provide Anti-Racist Mental Health Care. *The Lancet. Psychiatry* 7, n° 11 (2020) : pp. 929 à 931. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30309-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30309-6).
- Cidro, Jaime et Hannah Tait Neufeld. *Indigenous Experiences of Pregnancy and Birth*. Édité par Jaime Cidro et Hannah Tait Neufeld. Bradford, Ontario : Demeter Press, 2017.
- Coen-Sanchez, Karine, Dina Idriss-Wheeler, Xaand Bancroft, Ieman M El-Mowafi, Abdiasis Yalahow, Josephine Etowa et Sanni Yaya. Reproductive Justice in Patient Care: Tackling Systemic Racism and Health Inequities in Sexual and Reproductive Health and Rights in Canada. *Reproductive Health* 19, no. 1 (2022) : pp. 44 à 44. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01328-7>.
- Cooke, Alex. N.B. one of last Canadian provinces to end controversial birth alert practice. *Global News* (29 octobre 2021). <https://globalnews.ca/news/8335469/nb-ends-birth-alerts/>
- El-Mowafi, Ieman M, Abdiasis Yalahow, Dina Idriss-Wheeler et Sanni Yaya. The Politest Form of Racism: Sexual and Reproductive Health and Rights Paradigm in Canada. *Reproductive Health* 18, n° 1 (2021) : pp. 59 à 59. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01117-8>.



- Feir, Donna et Randall Akee. First Peoples Lost: Determining the State of Status First Nations Mortality in Canada Using Administrative Data. *Revue canadienne d'économique* 52, n° 2 (2019) : pp. 490 à 525. <https://doi.org/10.1111/caje.12387>.
- Feith, Jesse. Indigenous man dies in Chicoutimi hospital after complaints of racist remarks. *The Montreal Gazette* (14 octobre 2020). <https://montrealgazette.com/news/local-news/indigenous-man-dies-in-chicoutimi-hospital-after-complaints-of-racist-remarks>
- Ficklin, Erica, Melissa Tehee, Racheal M Killgore, Devon Isaacs, Sallie Mack et Tammie Ellington. Fighting for Our Sisters: Community Advocacy and Action for Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. *Journal of Social Issues* 78, n° 1 (2022) : pp. 53 à 78. <https://doi.org/10.1111/josi.12478>
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Action contre la faim, Action Aid, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Vision mondiale internationale et Agence espagnole de coopération internationale pour le développement. Free Prior and Informed Consent: An Indigenous Peoples' Right and a Good Practice for Local Communities: Manual for Project Practitioners. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2016.
- Fryday, Amber. Mi'kmaw women hoping to revitalize Indigenous midwifery in N.S. *Canadian Broadcasting Company* (17 août 2022). <https://globalnews.ca/news/9067075/mikmaw-women-revitalize-indigenous-midwifery/>
- Gouvernement de l'Ontario. Glossaire (12 avril 2022). <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique/glossaire>
- Le gouvernement du Canada annonce des refuges pour les Autochtones victimes de violence fondée sur le sexe. *Services aux Autochtones Canada*. 23 juillet 2021. <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2021/07/le-gouvernement-du-canada-annonce-des-refuges-pour-les-autochtones-victimes-de-violence-fondee-sur-le-sexe.html>
- Gunn, Brenda. Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System. Mémoire au Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones pour l'étude sur la santé (non daté). <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/UniversityManitoba.pdf>
- Hamed, Sarah, Hannah Bradby, Beth Maina Ahlberg et Suruchi Thapar-Björkert. Racism in Healthcare: a Scoping Review. *BMC Public Health* 22, n° 1 (2022): p. 988. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>.



Santé, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Peuples autochtones, consulté le 22 avril 2022.

<https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-fr/thematiques/la-sante.html>

Hunt, Sarah. Representing colonial violence: Trafficking, sex work et the violence of law. *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice* 37, n° 2 (2015) : pp. 25 à 39.

Idriss-Wheeler, Dina, Ieman M. El-Mowafi, Karine Coen-Sanchez, Abdiasis Yalahow et Sanni Yaya. Looking through the Lens of Reproductive Justice: The Need for a Paradigm Shift in Sexual and Reproductive Health and Rights Research in Canada. *Reproductive Health* 18, n° 1 (2021) : pp. 1 à 129. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01169-w>.

Indigenous families disproportionately affected by 'birth alerts'; B.C. lawsuit seeks damages. *Canadian Broadcast Company* (31 octobre 2021). <https://www.ctvnews.ca/canada/indigenous-families-disproportionately-affected-by-birth-alerts-b-c-lawsuit-seeks-damages-1.5646384>

International Justice Resource Center (non daté). Forced and Coerced Sterilization of Women in Canada. <https://ijrcenter.org/forced-sterilization-of-indigenous-women-in-canada/>

Krieger, Nancy. Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44 n° 4 (2014) : pp. 643 à 710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>

Leason, Jennifer et Ryan, Chaneesa. Forced and Coerced Sterilization of Indigenous Women: Expert Meeting, L'Association des femmes autochtones du Canada (25 mars 2019). <https://nwac.ca/assets-knowledge-centre/NWAC-Expert-Forum-Forced-Sterilization-Summary-Report-March-25-2019-FINAL.pdf>

Lombard, Alisa. Jijaqemij (Spirit of Shadow Women) dans *Sacred Bundles Unborn*, eds. Morningstar Mercredi et Fire Keepers (Manitoba : Friesen Press, 2021) : pp. 44 à 84.

Loppie, Samantha., Reading, Charlotte et de Leeuw, Sarah. L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2020). <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-Racism2-Racism-Impacts-FR.pdf>

Lorde, Audre. *Sister Outsider : Essays and Speeches*. Berkeley, Calif : Crossing Press, 2007.

Malone, Kelly Geraldine. Staggering numbers' of babies still being apprehended after Manitoba ended birth alerts, advocate says. *La Presse canadienne* (4 juin 2022). <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/birth-alerts-manitoba-data-1.6477872>



Marelj, Bayleigh. Several Canadian provinces still issue birth alerts, deemed 'unconstitutional and illegal' dans IndigiNews de la Colombie-Britannique (15 janvier 2021).

<https://indiginews.com/vancouver-island/status-of-birth-alerts-across-canada>

Maunder RG, Heeney ND, Strudwick G, et coll. Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19, Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table 2 n° 46 (2021): pp. 1 à 24. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.1.0>.

Moeke-Pickering, Taima, Julia Rowat, Sheila Cote-Meek et Ann Pegoraro. 7. Indigenous Social Activism Using Twitter: Amplifying Voices Using# MMIWG. Dans Indigenous Peoples Rise Up, pp. 112 à 124. Rutgers University Press, 2021.

Morgan, Brielle. Birth alerts follow you 'for the rest of your life' says Indigenous mom who had newborn taken. The Discourse (22 septembre 2021). <https://www.aptnnews.ca/national-news/birth-alerts-follow-you-for-the-rest-of-your-life-says-indigenous-mom-who-had-newborn-taken/>

Morton, Katherine A. Hitchhiking and Missing and Murdered Indigenous Women: A Critical Discourse Analysis of Billboards on the Highway of Tears. Canadian Journal of Sociology 41, n° 3 (2016) : pp. 299 à 326. <https://doi.org/10.29173/cjs28261>

Association des femmes autochtones du Canada. A Culturally Relevant Gender-Based Analysis (CRG BA+) Starter Kit: Introduction, Incorporation et Illustrations of Use (juin 2021). <https://nwac.ca/assets--%E2%80%99knowledge-centre/A-Culturally-Relevant-Gender-Based-Analysis.pdf>

Le plan d'action de l'AFAC, nos appels, nos actions, Association des femmes autochtones du Canada (2021).

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). <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>

National Human Genome Research Institute. Eugenics and Scientific Racism (18 mai 2022). <https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Eugenics-and-Scientific-Racism#:~:text=Eugenics%20is%20the%20scientifically%20erroneous,ills%20through%20genetics%20and%20heredity>

Page, Julia. Hospital orderly, caught on video mocking Joyce Echaquan before she died, tells inquest she meant no harm. Canadian Broadcasting Corporation (19 mai 2021). <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/joyce-echaquan-coroner-in-quest-may-19-1.6032387>



- Parsloe, Sarah and Rashaunna C. Campbell. Folks Don't Understand What It's Like to Be a Native Woman': Framing Trauma via #MMIW. *Howard Journal of Communications* 32, n°3 (2021) : pp. 197 à 212.
- Pelley, Lauren. Health-care workers battled burnout before COVID-19 – now it's even worse, experts warn.' *Canadian Broadcasting Company* (21 janvier 2021).
<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/health-care-workers-burnout-covid-19-1.5869072>
- Pierce, Andrew J. Structural Racism, Institutional Agency et Disrespect. *Journal of Philosophical Research* 39 (2014) : pp. 23 à 42. <https://doi.org/10.5840/jpr20147218>.
- Razack, Sharene. Sexualized Violence and Colonialism: Reflections on the Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women. *Canadian Journal of Women and the Law* 28 n°2 (2016) : i-iv.
<https://doi.org/10.3138/cjwl.28.2.i>
- Ross, L. et R. Solinger. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. California: University of California Press.
- Sanchez-Pimienta, Masuda, Jeffrey. R., Doucette, Mary B., Lewis, Diana., Rotz, Sarah., Neufeld, Tait Neufeld, Hannah et Castleden, Heather au nom de l'Association des femmes autochtones du Canada. Implementing Indigenous Gender-Based Analysis dans *Research : Principles, Practices and Lessons Learned*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 n° 21 (2021) : p. 1572. <https://doi.org/10.3390/ijerph18211572>.
- Sheppard, Amanda J., Gabriel D. Shapiro, Tracey Bushnik, Russell Wilkins, Serenity Perry, Jay S. Kaufman, Michael S. Kramer et Seungmi Yang. *Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Statistique Canada, 2017.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-003-X201701154886>
- Sexual Health Options (2022). What is sexual health?
<https://www.optionsforsexualhealth.org/facts/sex/what-is-sexual-health/>
- Sister Song. *Reproductive Justice* (non daté) <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>
- Smylie, Janet, Kristen O'Brien, Emily Beaudoin, Nihaya Daoud, Cheryllee Bourgeois, Evelyn Harney George, Kerry Bebee et Chaneesa Ryan. Long-Distance Travel for Birthing Among Indigenous and Non-Indigenous Pregnant People in Canada. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 193, no 25 (2021) : E948–E955. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201903>.



- Statistique Canada. Variation de l'espérance de vie selon certaines causes de décès, 2017 (30 mai 2019). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190530/dq190530d-fra.htm>
- Steinmetz, Katy. She Coined the Term 'Intersectionality' Over 30 Years Ago. Here's What It Means to Her Today. Time (Chicago, Ill.) 195, n° 7 (2020). Extrait de : <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- Stote, Karen. Reflections on the Coerced Sterilization of Indigenous Women: Toward Seeing the Humanity of Indigenous Peoples. Dans Sacred Bundles Unborn, eds. Morningstar Mercredi et Fire Keepers (Manitoba : Friesen Press, 2021), pp. 111 à 125.
- Tabobondung, Rebeka. S.81 Thunder Woman Healing Lodge Research Project: Interim Report/ Outline. 2016.
- Tuck, Eve et K. Wayne Yang. Toward what justice: Describing diverse dreams of justice in education. Abingdon. Routledge (2018).
- Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Adoptée par l'Assemblée générale, résolution 61/295. New York : Nations Unies; 2007. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
- Vogel, Lauren. Broken trust drives native health disparities. Canadian Medical Association Journal, 187, n° 1 (2015) : E9-E10. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4950>
- What is Trauma-Informed Care? Center for Health Strategies (2006). <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/>
- What is Trauma Informed Care, Trauma Informed Oregon. Consulté à l'adresse <https://traumainformedoregon.org/wp-content/uploads/2016/01/What-is-Trauma-Informed-Care.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (2022). « Santé sexuelle ». https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Wylie, Lloy et Stephanie McConkey. Insiders' Insight : Discrimination Against Indigenous Peoples through the Eyes of Health Care Professionals. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities 6, n° 1 (2018) : pp. 37 à 45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9>.



Yee, Apale, A. N., Deleary, M., Wilson, D., Ronde, S. de la, Lalonde, A. B., Lessard, P., Lessard, P., Senikas, V., Bailey, G., Ferrante, J., Gauthier, J. et Stevens, V. (2011). Sexual and Reproductive Health, Rights et Realities and Access to Services for First Nations, Inuit et Métis in Canada. *Journal d'obstétrique et de gynecologie du Canada*, 33(6), pp. 633 à 637.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34914-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34914-3)

Sigles

REA	RACISME ENVERS LES AUTOCHTONES
PANDC	PERSONNES AUTOCHTONES, NOIRES ET DE COULEUR
PAC	PLAN D'APPEL À L'ACTION
ACSAC+	ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LES SEXES ADAPTÉE À LA CULTURE PLUS
CLPE	CONSENTEMENT LIBRE, PRÉALABLE ET ÉCLAIRÉ
FSSSC	FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
FFPBTADA+	FEMMES, FILLES, PERSONNES BISPIRITUELLES, TRANSGENRES ET DE DIVERSES IDENTITÉS DE GENRE AUTOCHTONES DISPARUES ET ASSASSINÉES
CJR	CADRE DE JUSTICE REPRODUCTIVE
ITSTS	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET TRANSMISES PAR LE SANG
AT	ANALYSE THÉMATIQUE
STCT	CONSENTEMENT TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES
VR	VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION
DNUDPA	DÉCLARATION DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DES PEUPLES AUTOCHTONES
FFPBDIG+	FEMMES, FILLES, PERSONNES BISPIRITUELLES, TRANSGENRES ET DE DIVERSES IDENTITÉS DE GENRE
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

QUESTIONS D'ENTREVUE

1. Connaissez-vous des outils de mesure actuellement utilisés pour mesurer les formes de racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive?
 - a. Selon vous, quels types d'outils de mesure seraient bénéfiques à l'avenir?
 - b. Comment mesurer les causes et les effets des FFPBTADA+ sur le racisme envers les Autochtones dans les soins de reproduction?
2. Quelle est la manière la plus avantageuse de discuter de l'interrelation entre les FFPBTADA+ et le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive?
3. Pourquoi pensez-vous qu'il est important de mesurer le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive?
 - a. À votre avis, quel en est le but et de quelle façon est-ce bénéfique?
4. Comment utilisons-nous les outils de mesure des FFPBTADA+?
 - a. Quels types de données croyez-vous qu'il produira?
 - b. Comment ces données peuvent-elles être les mieux utilisées pour assurer à l'avenir des soins éthiques tenant compte des traumatismes?
5. Comment un outil de mesure qui indique les niveaux de racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive aura-t-il une incidence sur les FFPBTADA+?
6. Selon vous, que peut accomplir un outil destiné à mesurer le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé?
 - a. Comment pensez-vous que cela peut être le mieux placé dans le dialogue avec les projets sur les FFPBTADA+?
7. Quels sont les meilleurs moyens de décoloniser les soins de santé reproductive?
8. Croyez-vous que l'intégration des connaissances autochtones et de la médecine traditionnelle permettra de mettre fin au génocide des FFPBTADA+?
9. Quelles seraient les méthodes les plus adaptées pour découvrir le meilleur outil de mesure pour mesurer le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive?
10. Comment croyez-vous que le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé est lié au génocide des FFPBTADA+?
 - a. Comment pouvons-nous sensibiliser les personnes à ce lien?

LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

TITRE DU PROJET :

Cinq documents de recherche sur les politiques concernant les femmes, les filles et les personnes bispirituelles autochtones disparues et assassinées

Noms, titres et coordonnées des chercheurs

SUPERVISEURES	CHERCHEURS PRINCIPAUX	BÉNÉVOLE
<p>Lee Allison Clark (elle) Directrice de la santé Association des femmes autochtones du Canada 120, promenade du Portage Gatineau (Québec) J8X 2K1 Téléphone : 343-996-4852 lclark@nwac.ca</p>	<p>Marisa Blake (elle) Agente de projet principale Association des femmes autochtones du Canada 120, promenade du Portage Gatineau (Québec) J8X 2K1 mblake@nwac.ca</p>	<p>Talitha MacIntyre (elle) Bénévole Association des femmes autochtones du Canada 120, promenade du Portage Gatineau (Québec) J8X 2K1 tmacintyre@nwac.ca</p>
<p>Elisha Corbett (elle) Gestionnaire, FFADA Association des femmes autochtones du Canada 120, promenade du Portage Gatineau (Québec) J8X 2K1 ecorbett@nwac.ca</p>	<p>Elgin Pecjak (il) Chercheur principal- responsable principal de projet Association des femmes autochtones du Canada 120, promenade du Portage Gatineau (Québec) J8X 2K1 epecjak@nwac.ca</p>	

INTRODUCTION:

Nous vous invitons à participer à une entrevue de deux heures pour aider à la collecte de données sur le projet Le racisme systémique dans les soins de santé et les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées (FFPBTADA+). Ce projet est financé par Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC). Le projet Le racisme systémique dans les soins de santé et les FFPBTADA+ est l'un des cinq projets entrepris par l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC), en plus de son dévouement et de son engagement envers le Plan d'appel à l'action (PAC) de l'Association. L'AFAC continue de diriger la tâche de la collecte de données sur la crise actuelle des FFPBTADA+ afin de mettre fin à la violence contre les Autochtones et la violence fondées sur le sexe contre les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre (FFPBTDIG+) autochtones. Nous vous remercions de nous honorer avec votre temps, vos connaissances et votre solidarité.

L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) joue un rôle de chef de file dans la recherche et la politique pour les FFPBTDIG+ autochtones, particulièrement en ce qui concerne les enjeux systémiques, que l'on retrouve dans les soins de santé, qui contribuent au génocide en cours des FFPBTADA+. Selon le plan d'appel à l'action (PAC) de l'AFAC, qui porte sur les enjeux systémiques liés aux FFPBTADA+, la reconnaissance des identités autochtones distinctes, la sécurité culturelle et une approche tenant compte des traumatismes doivent être maintenues et respectées afin d'atteindre l'égalité réelle et les droits de la personne, une approche décolonisée à l'égard des soins de santé, de l'inclusion des familles et des survivants, de l'autodétermination ainsi que des solutions et services dirigés par les Autochtones (AFAC, 2021).

CONTEXTE

En 2021, l'AFAC a formulé huit recommandations sur l'urgence d'enquêter et de mettre fin au racisme systémique dans les politiques de soins de santé et au racisme dans les soins de santé, un enjeu important se rapportant au génocide des FFPBTADA+. Ce projet de recherche vise à accomplir les travaux sur les principes directeurs de l'AFAC et à consulter plus attentivement les recommandations issues de ces recherches antérieures. À cette fin, dans ce document, nous utiliserons des exemples de santé sexuelle, la grossesse et de soins postnataux à l'aide d'un cadre de données d'une analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture (ACSAC+), afin de déterminer les pratiques exemplaires et les outils nécessaires pour mesurer la cause et les effets des FFPBTADA+ sur la qualité des soins de reproduction reçus par les FFPBTDIG+ autochtones. Ce document utilisera un cadre de données de l'ACSAC+ en plus de

ces trois exemples pour déterminer les pratiques exemplaires et les outils nécessaires afin de mesurer les résultats du racisme systémique contre les Autochtones dans les soins de santé reproductive en ce qui concerne le génocide en cours des FFPBTADA+. Enfin, le document portera sur ces trois cas afin de déterminer la façon de mesurer le racisme systémique dans le système de l'éducation, la formation dispensée et la pratique médicale.

VOTRE PARTICIPATION

Aucune approbation officielle de la part d'un comité d'éthique de la recherche n'a été requise pour cette recherche, conformément à RCAANC. Toutefois, l'AFAC reconnaît que la participation à ce type de recherche peut être difficile en raison de la nature des sujets abordés. Toutes les entrevues seront virtuelles et d'une durée maximale de deux heures. Les participants à cette entrevue peuvent demeurer anonymes s'ils le souhaitent. Avec l'autorisation explicite préalable des personnes interrogées, les entrevues seront enregistrées à des fins de transcription et d'exactitude. Toutes les personnes interrogées peuvent participer sans être enregistrées. Les personnes interrogées peuvent choisir de retirer leur participation à tout moment pour quelque raison que ce soit, ou demander que leur contribution soit retirée et/ou que leur transcription et leur enregistrement audio soient détruits. Tous les participants seront rémunérés pour leur temps sous forme d'honoraires de 480 \$ pour leur temps. Elle sera accordée même à ceux qui retirent leur consentement après l'entrevue. L'AFAC s'engage à ce que les personnes interrogées se sentent en sécurité, à l'aise et soient libres de faire part de leurs expériences et réflexions sans jugement. Si l'équipe de recherche peut fournir une aide supplémentaire pour assurer ces paramètres, veuillez nous le faire savoir.

AVERTISSEMENT

Le contenu des entrevues portera sur le génocide des FFPBTADA+ en cours et peut contenir des questions délicates sur les meilleurs moyens d'explorer, de recueillir des données et de les distribuer. Les sujets peuvent être difficiles ou délicats. Vous trouverez ci-dessous quelques ressources si vous souhaitez parler à une grand-mère ou avoir recours à la ligne de soutien après l'entrevue.



LIGNES D'ÉCOUTE :

Métis Crisis Line est un service de la nation métisse en Colombie-Britannique. Composez le **1-833-MétisBC (1-833-638-4722)**.

La **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être** apporte une aide immédiate en offrant des services de counseling et d'intervention en cas de crise en santé mentale par téléphone ou clavardage en ligne. Appelez sans frais au **1-855-242-3310**, ou commencez à clavarder de façon confidentielle avec un conseiller à espoirpourlemieuxetre.ca

La **ligne d'écoute téléphonique de Résolution des questions des pensionnats indiens** est un service national destiné à toute personne éprouvant de la douleur ou de la détresse en raison de son expérience dans les pensionnats indiens. Appelez sans frais au **1-866-925-4419**.

La **Kuu-Us Crisis Line Society** offre des services de crise aux Autochtones de la Colombie-Britannique. Appelez à la ligne des adultes et des aînés au **1-250-723-4050** ou à www.kuu-uscrisisline.com.

RESSOURCES DE NATIONAL WOMEN'S ASSOCIATION OF CANADA

Pavillons de résilience de la National Women's Association of Canada

GRAND-MÈRES

Disponible du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 13 h à 16 h (HNE). Tous les numéros sont sans frais.



Esther Ward

Grand-mère

1-833-652-1381



Isabelle Meawasige

Grand-mère

1-833-652-1382



Inconduites, disparitions et assassinats :

L'expérience du racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive chez les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre, et le génocide des femmes, des filles, des personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées

Cinq documents de recherche sur les politiques concernant les femmes, les filles et les personnes de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées

L'ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA

nwac.ca