

Le Projet de loi 32 sur la sécurisation culturelle

Un projet de loi préjudiciable

Mémoire de la Coalition Professionnelle pour
la Santé Autochtone au Québec (CPSAQ),
déposé le 12 septembre 2023 dans le Cadre
des consultations de la Commission des
institutions

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
<i>TWO-EYED SEEING</i> ET CRÉATION DU PL32	4
UN PROJET DE LOI PRÉJUDICIALE	5
Une loi qui ne répond pas au besoin des communautés autochtones	5
Un manque de cohérence pour l'inclusion des familles autochtones dans les soins de santé.....	9
Des formations qui risquent d'augmenter les préjugés.....	10
Au-delà de la sécurisation culturelle, la nécessité de déterminer des moyens pour améliorer la sécurité culturelle (résultats)	12
Exemples concrets de pratiques reconnues pour contrer le racisme systémique et créer le sentiment de sécurité culturelle.....	13
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	15
Nos recommandations :.....	15
Références.....	16
QUI NOUS SOMMES.....	19
Membres actuels de CPSAQ :	19

INTRODUCTION

Le décès tragique de Joyce Echaquan, survenu en septembre 2020 à l'hôpital de Joliette, a forcé l'État québécois et la population autochtone à confronter un enjeu déjà bien connu dans les milieux autochtones, soit celui d'un racisme systémique qui gangrène le système de santé et des services sociaux et impacte négativement la qualité et l'équité des soins reçus par les Autochtones dans le réseau. En réaction à cet événement, des groupes autochtones et des alliés au sein de la société québécoise ont entrepris un travail sans précédent pour proposer des solutions à ces problèmes profondément enracinés, d'où la formulation du Principe de Joyce (Bureau du Principe de Joyce, 2020). Ce concept novateur vise à garantir l'équité des soins de santé en mettant à profit la notion de sécurité culturelle des peuples autochtones. Il souligne la nécessité pour les différents paliers de gouvernement de reconnaître le droit à l'autonomie et à l'autodétermination des peuples autochtones dans le domaine de la santé et des services sociaux, insiste sur l'importance de reconnaître le racisme systémique auquel sont confrontés les Autochtones, en particulier en ce qui concerne l'accès équitable aux services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Cette reconnaissance doit également s'accompagner du respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé.

Depuis, différents acteurs du milieu de la santé, le Collège des médecins, l'OIIQ et plusieurs syndicats ont adopté des positions de reconnaissance du racisme systémique et proposé des mesures concrètes pour mieux desservir une population autochtone vulnérable.

Du côté du gouvernement du Québec, plutôt que d'adopter le Principe de Joyce et de reconnaître le racisme systémique, on promet une loi sur la sécurisation culturelle, attendue au printemps 2022. Présenté avec un an de retard, le projet de loi 32, *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*, se révèle cependant particulièrement décevant, en décalage complet avec les attentes et les besoins des autochtones.

Les critiques à l'égard de ce projet de loi sont convergentes, émanant tant des groupes autochtones que des acteurs non autochtones du milieu de la santé, des chercheurs allochtones, ainsi que des ordres professionnels. La notion même de sécurisation culturelle au sein du projet de loi s'avère ambiguë, négligeant apparemment ses fondements conceptuels essentiels, tels que la reconnaissance du racisme systémique, l'influence profonde du colonialisme médical, et le droit fondamental à l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé. Le projet de loi 32 continue d'entretenir l'idée selon laquelle le racisme est un problème individuel en ne proposant que des solutions axées sur la communication interculturelle et la sensibilité culturelle plutôt que sur une authentique sécurité culturelle. De plus, les formations obligatoires envisagées par la loi suscitent des préoccupations légitimes, d'autant plus que les programmes de formation existants ont déjà été critiqués pour leur inefficacité et leur teinte paternaliste, voire leur propension à renforcer des stéréotypes négatifs. En outre, la Loi 32 n'accorde aucune autonomie significative aux Autochtones en ce qui concerne leurs besoins en matière de santé et de services sociaux.

Du côté de la Coalition professionnelle pour la santé autochtone au Québec (CPSAQ), **nous rejetons cette idée que le projet de loi 32 pourrait représenter malgré tout un pas dans la bonne direction : il risque au contraire de porter atteinte aux populations autochtones, de renforcer les stéréotypes à leur égard, et d'accroître la méfiance et l'insécurité envers le système de santé.** En mettant à profit l'expérience du terrain et l'expertise des membres de notre Coalition, ce mémoire s'applique à analyser le projet de loi 32 et ses potentiels impacts négatifs sur les membres de communautés autochtones en regard de la notion

du *Two-eyed seeing*, une approche visant à percevoir le monde à travers les savoirs et perspectives occidentaux et autochtones. Il sera finalement question de la notion de sécurité culturelle, que nous estimons primordiale lorsque l'on veut répondre aux besoins des populations autochtones.

TWO-EYED SEEING ET CRÉATION DU PL32

Comme le suggèrent plusieurs auteurs s'intéressant à la sécurisation culturelle des soins (Sheppard, 2020 ; Tremblay & Echaquan, 2022 ; Vorobyova et al., 2022), nous croyons que l'élaboration du projet de loi 32 sur la sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec devrait être guidée par l'approche à double perspective (*Two-eyed seeing* ou *Etuaptmumk*). La double perspective, c'est « apprendre à voir d'un œil ce qu'il y a de mieux dans les modes de connaissance autochtones, et de l'autre œil ce qu'il y a de mieux dans les modes de connaissance occidentaux (ou dominants) et apprendre à utiliser ces deux yeux ensemble pour le bénéfice de tous » (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012, p. 335). Cette approche soutient qu'il existe différentes compréhensions du monde et qu'il est nécessaire de reconnaître, de respecter et d'intégrer cette diversité de perspectives sans perpétuer la domination de l'une sur l'autre (Hovey et al., 2017 ; Iwama et al., 2009 ; Martin, 2012). Il s'agit d'un cadre de recherche holistique et réflexif où tous les points de vue sont valorisés pour faciliter l'intégration des différentes perspectives et ainsi élargir la compréhension d'un phénomène (Bartlett et al., 2012). Cette approche met l'emphasis sur la nécessité d'intégrer pleinement les perspectives autochtones et la complémentarité des perspectives autochtones et occidentales (Martin, 2012).

Pour ce faire, dans une approche à double perspective, il est nécessaire d'être sensible à différents modes de connaissances, de se remettre constamment en question et de réfléchir à la partialité de sa propre perspective (Martin, 2012). Grâce à un processus dynamique, changeant, interactif et relationnel, l'approche à double perspective peut permettre de générer de nouvelles idées, compréhensions et concepts (Bartlett et al., 2012) et de tendre vers une compréhension commune entre autochtones et allochtones (Hovey et al., 2017).

Or, loin de cet idéal, le processus par lequel le projet de loi a été produit confirme plutôt la préséance des expertises allochtones sur l'expertise autochtone en n'accordant pas à cette dernière la place qui lui revient. Si le libellé témoigne d'une connaissance minimale des revendications autochtones en matière d'accès aux soins de santé et aux services sociaux, il procède aussi d'une mauvaise compréhension des demandes et des savoirs autochtones. En refusant de mettre les autochtones au cœur de l'élaboration du projet de loi, l'État confirme son paternalisme à l'endroit des usagers et usagères du réseau de la santé, ce qui nuit d'emblée à un sentiment de sécurité culturelle. De plus, nous soutenons que ce projet de loi n'a pas non plus intégré le meilleur des savoirs allochtones puisqu'il y a plusieurs études scientifiques qui n'ont pas été considérées dans son élaboration.

L'approche Two-eyed seeing a été utilisée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec afin d'élaborer leur énoncé de position *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique* (OIIQ, 2021). Nous soutenons fermement la position de chercheurs universitaires selon laquelle **l'approche à double perspectives ne devrait pas seulement être utilisée en recherche, mais également pour l'élaboration de politiques visant les communautés autochtones** (Black & McBean, 2016 ; Macfarlane et al., 2022 ; Martin et al., 2017 ; McKibbin, 2023), **tel que le présent projet de loi visant la sécurisation culturelle**. L'utilisation d'une approche à double perspective permettrait le développement de partenariat plus égalitaire entre les autochtones et les gouvernements non autochtones (Black & McBean, 2016 ; Martin et al., 2017).

UN PROJET DE LOI PRÉJUDICIALE

Dans sa forme actuelle, la loi sur la sécurisation culturelle risque de porter préjudice aux usagers et usagères autochtones du réseau de la santé et des services sociaux. Elle ne s'attaque pas aux bonnes cibles, ne répond pas aux besoins et risque de miner les recours aux plaintes. De plus, l'absence de mesures visant à assurer l'application des principes de sécurisation culturelle laisse planer le doute sur l'aspect performatif de la loi.

Une loi qui ne répond pas au besoin des communautés autochtones

Plusieurs acteurs et actrices autochtones et allochtones (Femmes autochtones du Québec et Bureau du Principe de Joyce, 2023 ; APNQL et CSSSPNLQ, 2023 ; Shaheen-Hussain, 2023 ; Tremblay, McComber et Limniatis, 2023 ; Collège des médecins, 2023) ont déjà dénoncé le projet de loi 32 pour son refus d'adopter le Principe de Joyce et son omission d'un de ses principes fondamentaux, soit la reconnaissance du racisme systémique. Bien que le Principe de Joyce et la justice sociale soient nommés dans le préambule, ces notions ne sont pas récupérées dans le contenu du projet de loi. En effet, cette reconnaissance est remplacée par un libellé maladroit selon lequel « les autochtones doivent être distingués des autres usagers puisqu'ils forment des nations ayant une histoire et une culture distinctes ». Cette substitution ne peut être considérée comme une ouverture de la part du gouvernement du Québec en matière de reconnaissance des difficultés vécues par les Autochtones puisqu'elle néglige de rappeler que cette distinction a été créée par le système colonial.

Or, ce ne sont pas les Autochtones ni leur histoire ni leur culture distincte qui posent problème, c'est le colonialisme médical et l'incapacité du système de santé et des services sociaux à offrir des soins adéquats et équitables aux Autochtones. En effet, **il n'est pas du devoir des usagers et usagères de s'adapter aux services publics, mais plutôt aux services de s'adapter aux besoins de l'ensemble de la population** dans toute sa diversité. Pourtant, à l'heure actuelle, tous les Autochtones doivent composer avec les conséquences du racisme du réseau, soit parce qu'ils en ont été victimes directement ou parce que l'expérience de leurs proches mine leur confiance envers le système jusqu'à les empêcher de chercher de l'aide dans le système de santé. Cette incapacité chronique et historique du réseau à remplir son mandat à l'endroit des Autochtones doit être envisagée comme le cœur du problème, doit être reconnue, pour que les solutions soient mises en place.

Une loi sur la sécurisation culturelle qui occulte le racisme et le colonialisme (refuse même de les nommer une seule fois) rate nécessairement sa cible, voire révèle une très mauvaise compréhension du concept qu'elle cherche à promouvoir. La notion de « sécurisation culturelle » telle qu'elle se décline dans le projet de loi, dépouillée de son fondement antiraciste et anticolonialiste, perd tout son sens. Elle devient un mot-clé, un *buzz word*, plutôt qu'un véritable engagement envers les peuples autochtones. **Le projet de loi aurait dû inclure une définition de la « sécurisation culturelle » qui soit en accord avec celle entendue par les communautés autochtones et par les différents groupes qui ont promu le concept**, dont le bureau du Principe de Joyce, et qui inclut une reconnaissance du racisme systémique.

Le racisme systémique est indéniable, et se constate par des pratiques répétées en raison de règles et politiques qui gouvernent l'organisation des soins. Par exemple, les règles hospitalières qui limitent le nombre de membres de la famille qui peuvent visiter leur proche aux soins palliatifs ne tiennent pas compte de la manière dont les membres des communautés autochtones vivent leurs rituels. Une règle qui rend admissible une plainte seulement si elle est formulée par un usager ou un membre de sa famille

immédiate, ne tient pas compte de la définition que les usagers autochtones peuvent avoir de leur famille. Tant que ces règles demeurent en place, il n’y a pas de sécurité culturelle possible. Pourtant, il serait possible de respecter et d’appliquer tous les principes énoncés dans le projet de loi — inclusion, formation du personnel, présence de personnel autochtone — sans jamais remettre en doute les règlements qui impactent négativement les usagers autochtones. Voilà la dimension systémique du problème. Les communautés autochtones ont besoin que le gouvernement reconnaisse l’existence du racisme systémique, puis mettent en place des moyens pour le contrer, afin de se sentir en sécurité. **Par l’adoption de ce projet de loi, le gouvernement viendra réitérer la non-existence du racisme systémique, ce qui renforcera le sentiment d’exclusion vécu par des membres des communautés autochtones. Dans ce scénario, les professionnels de la santé travaillant auprès des communautés autochtones vont continuer à être témoins d’usagers autochtones qui préfèrent voir leur santé se détériorer ou même prendre le risque de mourir plutôt que d’aller chercher des services dans le système de santé et services sociaux colonial.**

« Si vous vous débarrassez de tous les racistes dans toutes les positions du gouvernement, dans les systèmes de justice et de la santé — vous allez encore avoir un problème. Parce que vous aurez un système qui fonctionne sur la base de politiques, priorités et décisions qui guident comment les choses doivent être faites, qui proviennent d’une époque où le racisme était très flagrant. »

— Sen. Murray Sinclair, traduction libre

Les communautés autochtones et la population québécoise sont en droit de s’attendre de la part des personnes élues à des créations de politiques courageuses, soit des politiques qui engagent non seulement la responsabilité de personnes soignantes et de gestionnaires d’établissements dans la mise en place de pratiques équitables, mais également leur propre responsabilité de personnes élues. La Commission Viens a déjà nommé les multiples discriminations vécues par les communautés autochtones en ce qui a trait à l’accès aux services sociaux et de santé, comme l’indisponibilité des services préhospitaliers d’urgence dans plusieurs communautés, le sous-financement de places en soins de longue durée et de fin de vie, des services de prévention et de traitement des violences sexuelles ou familiales et de dépendances, ainsi que le manque de services de répit pour les familles de clientèles avec besoins particuliers (Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019). Elles sont aussi victimes du partage complexe de compétences entre le palier provincial et le palier fédéral, des problèmes de recrutement et d’attraction du personnel soignant en territoires autochtones et du système de plaintes défaillant (Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019 ; Société de soutien à l’enfance et à la famille des Premières Nations du Canada [SSEFPNC], 2021). Ces lacunes d’équité dans les politiques provinciales et fédérales ainsi que dans la gouvernance en santé entraînent des conséquences sur la santé des communautés, par exemple des répercussions sur les plans émotif et social (Loppie, Reading et de Leeuw, 2020), des expériences de détresse pour les mères et les familles (Varcoe et al., 2013) ou encore des comportements résultant de traumatisme intergénérationnel, tels que la perte de confiance dans le système de santé entraînant une sous-utilisation des services (Loppie et al., 2020). Dans certains cas (Principe de Jordan, CSSSPNQL), de telles lacunes administratives ont mené à des décès. En proposant un projet de loi qui est censé porter sur la sécurisation culturelle, mais qui dans

les faits en omet les principaux jalons pour arriver à produire un sentiment de sécurité, **le gouvernement envoie le message à la population que la responsabilité de la sécurisation culturelle appartient seulement à des individus, en l'occurrence les personnes soignantes, excluant celle des gestionnaires et des personnes élues. Rien n'est plus faux.**

D'autres concepts auraient gagné à être définis dans le projet de loi, d'ailleurs, ne serait-ce que pour favoriser l'élaboration de cibles concrètes en matière de sécurité culturelle, absentes du libellé. Les moyens de favoriser la sécurisation culturelle, tels qu'ils sont listés dans le projet de loi, sont tout au plus des vœux pieux puisqu'ils prennent la forme de suggestions, plutôt que d'obligations, et qu'ils ne sont jamais explicites sur les résultats escomptés. La question de l'embauche du personnel autochtone telle que présentée dans la loi en est un bon exemple. Si l'embauche de personnel autochtone est encouragée « lorsque possible », il n'est pas spécifié dans quel objectif. Doit-on rappeler ici que la présence de personnel autochtone n'est pas en soi une garantie sur l'équité des soins ni sur l'absence de racisme dans l'environnement de travail d'ailleurs ? Ces embauches doivent-elles permettre aux usagers et usagères d'avoir accès aux services dans leur langue ? Doivent-elles faciliter la mise à profit de la médecine traditionnelle ? Doivent-elles assurer une participation d'acteurs et actrices autochtones aux discussions et instances décisionnelles dans chaque région ? Ou servent-elles simplement à donner une bonne image au réseau ?

Pire encore, **aucun des moyens proposés ne reconnaît l'expertise des Autochtones dans la mise en place des moyens à mettre en place pour améliorer le sentiment de sécurisation culturelle. Ceux dont l'embauche sera favorisée « lorsque possible » ne se verront donc pas nécessairement inclus au processus d'élaboration des politiques de sécurisation culturelle.** En d'autres termes, les Autochtones pourront toujours facilement être exclu.e.s des discussions et processus dont ils sont bénéficiaires. Cet élément est pourtant primordial : les Autochtones doivent avoir l'espace décisionnel nécessaire à l'élaboration des politiques de sécurisation culturelle dont ils seront les bénéficiaires.

Dans l'état actuel des choses, cette clause sur l'embauche de personnel autochtone prend des airs de **tokénisation**, une pratique consistant à inclure un ou quelques membres d'une minorité dans un groupe, sans qu'ils aient une autorité ou un pouvoir égal à celui des autres membres du groupe (des *tokens*, ou jetons), est un geste qui peut faussement apparaître comme étant inclusif ou bien intentionné (Wiebe et Ho, 2014). En adoptant un tel projet de loi, **le gouvernement envoie le message qu'il est acceptable d'instrumentaliser les Autochtones pour leur identité, sans donner de réelle possibilité d'influencer les prises de décisions** qui touchent les politiques institutionnelles et l'organisation des soins. Pour une réelle lutte contre le racisme systémique, **il faudrait que les Autochtones embauchés dans le système de santé occupent des postes où des pouvoirs formels leur sont conférés afin de participer aux décisions organisationnelles** et mettre en place des pratiques permettant d'atteindre la sécurité culturelle. Il faudrait également **que les environnements de travail soient sécuritaires pour le personnel autochtone**, afin d'assurer leur rétention. En somme, en refusant d'identifier ses torts, le projet de loi sur la sécurisation culturelle ne donne au réseau de la santé ni les moyens ni les orientations nécessaires à la sécurisation culturelle des Autochtones.

Plusieurs demandes émanant de regroupements autochtones auraient dû être intégrées au projet de loi afin de garantir une authentique sécurité culturelle. Ces requêtes incluent, par exemple :

- l'accès à des services dans la langue maternelle
- des considérations familiales (discuté à la prochaine section)

- des processus de plainte adaptés aux besoins des communautés autochtones
- la possibilité de déclarer des accidents et incidents en lien avec le manque de sécurisation culturelle (associé à des ressources pour traiter ces déclarations et apporter des changements).
- des précisions sur les mécanismes pour le choix des Autochtones qui pourront exercer des activités professionnelles
- Étendre l'autodétermination dans les soins aux personnes autochtones par des non-professionnels aux soins auprès d'adultes
- la reconnaissance des savoirs traditionnels pour se soigner (laquelle fait pourtant partie de la *Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones*, ONU, 2007)

Un manque de cohérence pour l'inclusion des familles autochtones dans les soins de santé

Depuis quelques années, un discours clinique, scientifique et politique sur l'inclusion des proches aidants (et des familles) dans les soins de santé est présent dans le réseau de la santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Il en est une volonté de tous de créer un partenariat avec les clientèles qui reçoivent des services. Bien que le partenariat soit une pratique acceptée dans les milieux et les organisations de santé, ce projet de loi n'émet pas une volonté d'établir une pratique sécuritaire pour les familles autochtones pour autant. La sécurité culturelle au sein des pratiques auprès des familles doit offrir des occasions dans lesquelles les rapports inégaux de pouvoir doivent être exposés et gérés (Spence, 2001).

En fait, **les modèles de partenariat auxquels les pratiques professionnelles se basent en santé (Clavel et al., 2019) ont été élaborés selon une perspective occidentale, qui omet de tenir compte de la perspective de santé des familles autochtones.** Ainsi, cette perspective occidentale met à mal les familles de toutes les origines. Plusieurs travaux de recherche portant sur les familles font l'objet d'une problématisation des pratiques dans le réseau de la santé, notamment auprès des familles (occidentales) avec de jeunes enfants (Dubé et al., 2018 ; Foster et al., 2016 ; Lacharité, 2015 ; Lacharité et al., 2016 ; Lavoie et Fontaine, 2017). Plus précisément, les pratiques effectives qui dominent dans les établissements de santé semblent centrées généralement sur un discours biomédical et psychopathologique et non centrées sur un discours familial (d'empowerment). Ce qui réduit la famille à un simple contexte de vie des usagers, voire même la cause des problématiques, alors que la famille est déterminante dans les choix des comportements de santé des usagers. Ainsi, la relation de partenariat entre les familles et les professionnels est sans doute le premier espace où se jouent les rapports de pouvoir visant à définir ce en quoi l'utilisateur devrait être expert dans la gestion de sa maladie.

Les professionnels sont soumis à des directives et à une reddition de compte qui ne permettent pas d'implanter adéquatement les interventions de soutien aux familles dans le réseau de la santé. Par conséquent, si l'intervention et le soutien auprès des familles ne semblent pas adéquatement implantés, comment les professionnels pourront mettre en place une approche de partenariat sécuritaire auprès des familles autochtones ? Dans cette optique, les familles sont appelées à se conformer à la logique institutionnelle en place. Ce manque d'arrimage entre les pratiques et le discours familial met en lumière un manque d'équité pour les familles dont leurs ressources sont plus limitées (Gerlach et Varcoe, 2021). **Ce contexte ne fera que renforcer les iniquités chez les familles autochtones.** Les familles autochtones ont une structure de parenté complexe fondée sur des liens tissés entre les générations et la famille élargie qui orientent leurs pratiques de soins (Guay, 2015). Elle devrait donc être au centre des pratiques en partenariat et non une extension de l'utilisateur.

Au-delà de la simple volonté d'instaurer une culture de partenariat, **ce projet de loi 32, tel que décrit, ne permet pas d'instrumentaliser la mise en œuvre (sécuritaire) de ce partenariat au sein des pratiques professionnelles pour les familles autochtones, ce qui peut être préjudiciable.** Ce constat d'une réalité familiale peu comprise par les acteurs politiques justifie de poser un regard plus sensible à ces familles et ce projet de loi échappe à cette sensibilité. Le développement et la mise en œuvre d'une politique repose sur une idéologie qui ne prend sens que dans sa mise en œuvre, ce qui n'est pas le cas dans cette politique.

Des formations qui risquent d'augmenter les préjugés

Une des mesures concrètes qui émane du projet de loi 32 est l'introduction de « formation obligatoire de tous les employés sur les réalités culturelles et historiques des autochtones ». Bien que cette mesure puisse sembler pertinente, elle ne répond pas aux réels besoins en matière de sécurisation culturelle.

D'emblée, il est crucial de reconnaître que les formations qui existent déjà sont critiquées pour leur paternalisme, pour l'idéologie qu'elles promeuvent, souvent calquée sur celle du parti au pouvoir, pour les erreurs factuelles qu'elles contiennent et pour leur propension à renforcer plutôt qu'à contrer les stéréotypes et préjugés nuisibles envers les Autochtones (Shaheen-Hussain 2023 ; Tremblay, McComber et Limniatis 2023).

Ensuite, rappelons que ces formations ne reconnaissent pas de manière adéquate le racisme systémique, le colonialisme passé et présent, ni leur incidence profonde sur le système de santé. Le libellé de la loi ne fait rien pour répondre aux inquiétudes à ce propos puisqu'il n'apporte aucune information sur le contenu des formations. Le fait de négliger ces éléments historiques, politiques, économiques et sociaux laisse un vide dans la compréhension des employés, les privant ainsi des outils nécessaires pour prendre conscience de leurs biais personnels et remédier aux iniquités profondément enracinées dans le système de santé. Le libellé parle de « considérer les valeurs et les réalités culturelles et historiques des autochtones ».

Le docteur Samir Shaheen-Hussain met également en lumière l'absence de référence à la colonisation européenne, à ses conséquences et aux discriminations imbriquées dans le système de santé, notamment à travers le colonialisme médical (Shaheen Hussain 2023). Ignorer ces éléments cruciaux constitue une grave lacune, car ils sont au cœur de la sécurité culturelle. De plus, bien que les formations soient censées promouvoir la sécurisation culturelle, ce concept est étonnamment absent des modules obligatoires. Cela soulève des questions quant à la cohérence et à l'efficacité de ces formations, puisqu'elles ne semblent pas réellement se concentrer sur l'objectif déclaré. Au fond, ces formations sont plus axées sur des notions dépassées de communication interculturelle ou de sensibilité culturelle que sur une véritable sécurité culturelle (Shaheen-Hussain 2023 ; Tremblay, McComber et Limniatis 2023). Afin que les expériences de sécurité culturelle adviennent, il est essentiel de dépasser l'éducation des professionnels puisque **cette stratégie, misant sur l'apprentissage des coutumes culturelles des différents groupes ethniques, peut renforcer le phénomène de construction des différences et les stéréotypes, en particulier si elle est l'unique stratégie appliquée (Curtis et al., 2019). Afin de créer le sentiment de sécurité, les personnes blanches doivent apprendre non pas ce qu'elles doivent faire aux Autochtones, mais ce qu'elles doivent faire à elles-mêmes, soit d'identifier et déconstruire ses propres préjugés**, une pratique perpétuelle de transformation de soi en vue, éventuellement, d'agir adéquatement auprès d'autrui. Le concept de sécurité culturelle, lequel procède par un auto-examen des impacts de sa propre culture sur les processus de soins, permet alors d'atteindre l'équité en santé, pour autant que cet examen ait lieu par les personnes agissant à tous les niveaux (personnes soignantes, gestionnaires, fonctionnaires et élues).

De plus, l'emploi de formations obligatoires comme solution aux problèmes renvoie à une conception individuelle des enjeux liés au racisme qui déresponsabilise le système de santé et de services sociaux. En effet, il ne suffit pas que les employés du système de santé soient sensibilisés aux enjeux du racisme envers les Autochtones pour régler tous les enjeux liés au racisme, d'où l'importance, encore une fois, de reconnaître le racisme systémique. À titre d'exemple, les règlements internes aux établissements qui limitent par exemple les visites aux membres de la famille immédiats ont des impacts importants sur les membres des Premières Nations, à la fois en raison d'une conception différente de la famille, mais aussi

parce que l'éloignement des communautés implique souvent pour les personnes hospitalisées d'être isolées de leur famille dite immédiate. **Répondre aux enjeux du racisme systémique implique dès lors une remise en question de ses règlements discriminatoires qui participent au sentiment d'insécurité des Autochtones et nuit à la qualité des soins reçus. Or, rien dans le projet de loi actuel ne prévoit de remise en question de ces mesures institutionnelles, et les formations obligatoires ponctuelles ne font pas partie des moyens efficaces pour y parvenir.**

Au-delà de la sécurisation culturelle, la nécessité de déterminer des moyens pour améliorer la sécurité culturelle (résultats)

Le projet de loi 32, sous sa forme actuelle, suscite de vives inquiétudes quant à son efficacité dans la mise en place de mesures visant la sécurisation culturelle des Autochtones. Bien que le projet de loi contienne certaines dispositions visant à encourager les établissements à adopter ces mesures, il laisse place à des lacunes et à une possible normalisation de pratiques non sécurisantes puisqu'il n'établit pas d'obligations claires et ne prévoit pas de soutien financier ou logistique.

L'une des principales préoccupations réside dans le recours aux rapports et à la diffusion des pratiques adoptées à travers la province comme mécanismes incitatifs. Cette approche, bien que potentiellement informative, ne garantit pas une mise en œuvre uniforme et systématique des pratiques sécurisantes. En effet, elle repose largement sur la bonne volonté des établissements de santé, ce qui laisse la porte ouverte à des variations importantes dans l'adoption de ces pratiques. Pire encore, cette approche permet à l'État de se déresponsabiliser de l'application de sa propre loi. Le ministre Ian Lafrenière suggère que la pression entre les établissements servira de motivation pour les inciter à adhérer au principe de sécurisation culturelle (Rioux Soucy, 2023). Cependant, il est de notre avis que **la concurrence entre les établissements ne devrait pas être le principal moteur de la sécurisation culturelle, car elle risque de favoriser une approche superficielle axée sur les apparences plutôt que sur des actions concrètes.**

De plus, le projet de loi exige des établissements qu'ils informent le ministre des pratiques sécurisantes mises en œuvre dans les trois mois suivant la fin de leur exercice financier. Bien que cette exigence puisse sembler un pas dans la bonne direction, **elle ne garantit pas nécessairement l'efficacité des pratiques adoptées ni leur impact sur les soins de santé aux Autochtones.** Elle met l'accent sur la reddition de comptes a posteriori, ce qui peut permettre aux établissements de ne pas prendre des mesures proactives pour la sécurisation culturelle. C'est d'autant plus vrai que sans objectifs clairs, l'efficacité des mesures devient pratiquement impossible à évaluer.

Une autre lacune importante réside dans le fait que le projet de loi ne précise pas clairement les changements de pratique qui doivent être mis en œuvre. Il utilise le terme « lorsque possible », laissant ainsi une marge d'interprétation considérable quant à la portée de ces changements. Cette ambiguïté peut conduire à une normalisation des pratiques non sécurisantes, car elle ne contraint pas les établissements à effectuer les changements nécessaires de manière systématique. Il est difficile pour les membres des communautés autochtones de se sentir en sécurité lorsqu'il est proposé de faire différemment, sans impliquer les Autochtones dans les décisions quant aux changements à apporter, et avec les moyens actuellement disponibles (ce qui est suggéré par « lorsque possible »). Par exemple, il est clair que cette balise du possible rend tout processus de plainte entamé par un membre de communauté autochtone inutile. Il y a donc un **risque que l'adoption de ce projet de loi conduise à une diminution des recours au processus de plainte par les membres des communautés autochtones.** Nous pensons qu'un projet de loi sur la sécurisation culturelle devrait être plus audacieux pour créer un système de santé et services sociaux plus juste, plutôt que se contenter des possibles actuels.

Le projet de loi 32 ne prend pas non plus en compte la nécessité d'un financement sécurisé pour soutenir la mise en œuvre des mesures de sécurisation culturelle. Sans un financement adéquat, les établissements de santé peuvent se retrouver dans l'incapacité de mettre en place des pratiques sécurisantes de manière durable et efficace. Plusieurs interventions structurelles visant l'équité en santé peuvent être initiées par les gestionnaires en santé (Cleverland et al., 2020 ; Lavoie et al., 2018 ; Wong et al., 2014) (voir Tableau ci-

bas). Ces changements prédisent de meilleurs résultats de santé pour les personnes vivant en contexte de marginalisation (Ford-Gilboe, 2018). Le rôle du gouvernement est de placer ces interventions comme des attentes et de soutenir leur implantation et leur suivi en fournissant les ressources nécessaires pour le faire.

Pour véritablement progresser vers la sécurisation culturelle, il est impératif de mettre en place des mécanismes contraignants, un financement suffisant et un suivi rigoureux pour assurer l'efficacité et l'impact des mesures mises en œuvre. Sans ces éléments, le projet de loi 32 risque de demeurer insuffisant pour répondre aux besoins des Autochtones en matière de soins de santé et de services sociaux. **Tel qu'écrit actuellement, le gouvernement et le ministre de la Santé et des Services sociaux se déchargent de toute responsabilité dans la provision de ressources pour soutenir l'application des principes intentés par le projet de loi.**

Le manque de vision claire quant à la finalité du projet de loi 32 est étroitement lié à l'omission de parler de « sécurité culturelle ». Cette nuance linguistique reflète une approche qui met davantage l'accent sur le processus continu d'adaptation et d'évolution des pratiques, sans nécessairement définir des objectifs et des résultats concrets. En optant pour le terme « sécurisation culturelle », le projet de loi semble sous-entendre un cheminement sans fin vers une meilleure compréhension et prise en compte des réalités autochtones, sans pour autant préciser ce que signifie réellement une sécurité culturelle accomplie. Sans une vision précise, il devient difficile d'évaluer les progrès, de fixer des objectifs mesurables, et de garantir que les mesures adoptées auront un impact significatif sur la qualité des soins de santé et des services sociaux pour les Autochtones.

Exemples concrets de pratiques reconnues pour contrer le racisme systémique et créer le sentiment de sécurité culturelle

(à partir de l'étude de Wong et al., 2014)

- Offrir un accompagnement aux usagers autochtones, pour que leurs droits soient respectés
- Favoriser des pratiques de soins culturellement sécuritaires (ex. : remettre en question les idées préconçues, considérer les contextes sociopolitiques et historiques liés aux expériences de soins et de santé, adapter les soins aux contextes, etc.)
- Créer des processus pour identifier les patients à risque de vivre des obstacles à l'accès aux soins et faire le suivi auprès d'eux
- Adapter les services pour répondre aux besoins (services de proximité, accompagnement)
- Instaurer des procédures pour intégrer les contributions de tout le personnel afin de résoudre les problèmes complexes de santé et de soins de santé (ex. : prévoir du temps en rencontre d'équipe pour analyser avec tout le personnel concerné par une situation de santé complexe)

- Instaurer des mécanismes de coordination avec les services communautaires et les organisations gouvernementales et non gouvernementales dans la planification et la prestation des soins, en particulier pour connaître les besoins émergents
- Favoriser la collaboration avec d'autres organisations pour adapter les services afin de mieux répondre aux besoins des populations marginalisées
- Évaluer le niveau de confiance des patients envers le personnel
- Évaluer la qualité des interactions (verbales et non verbales) entre le personnel et les patients
- Évaluer les améliorations de la qualité de vie des patients à la suite de soins reçus
- Le niveau de confiance des patients dans la gestion de leur santé
- Évaluer la satisfaction des besoins en soins par les bénéficiaires eux-mêmes

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les solutions devraient être à la hauteur des problèmes à résoudre. Des personnes meurent en raison du manque de sécurité culturelle et du racisme systémique. Le projet de loi devrait donc proposer des mesures audacieuses de lutte au racisme et à la discrimination. La finalité du projet de loi devrait servir les communautés autochtones.

La sécurité culturelle est produite lorsqu'il y a remise en question des relations de pouvoir dans les relations, de même que dans les organisations, dans le but d'atteindre l'équité en santé : « L'équité en santé ne peut tout simplement pas être atteinte sans reconnaître et aborder le pouvoir différentiel, dans les soins de santé, dans les interactions, ainsi que dans le système de santé plus large et les structures (y compris dans la prise de décision et l'allocation des ressources) » (traduction libre Curtis et al., 2019, p. 13). Autrement dit, la remise en question des relations de pouvoir est une condition nécessaire à la lutte contre le racisme systémique (AIIC, 2018 ; McGuire-Adams, 2021). Nous savons que le gouvernement actuel ne reconnaît pas l'existence du racisme systémique. Il n'est pas trop tard pour s'informer, entrer en dialogue avec les membres des communautés autochtones et les organisations concernées, écouter, faire preuve d'humilité et réviser sa position.

Nos recommandations :

- Que les personnes élues s'engagent dans une démarche personnelle de développement de leur conscience critique et savoir-être et d'analyse de leurs préjugés
- Réécrire le Projet de loi en adoptant d'abord une démarche *Two-eyed seeing*
- Reconnaître l'existence du racisme systémique
- Adopter le principe de Joyce
- Déterminer des indicateurs d'équité pour les établissements de santé en lien avec l'atteinte de sécurité culturelle et fournir les ressources pour leur implantation

Références

APNLQ et CSSSPNLQ (2023). *Réaction au dépôt du projet de loi 32 : Les Premières Nations doivent être au cœur et guider l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux*. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/reaction-au-depot-du-projet-de-loi-32-les-premieres-nations-doivent-etre-au-coeur-et-guider-l-approche-de-securisation-culturelle-au-sein-du-reseau-quebecois-de-la-sante-et-des-services-sociaux-839287613.html>

Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331–340.

Black, K., & McBean, E. (2016). Increased Indigenous participation in environmental decision-making: A policy analysis for the improvement of Indigenous health. *The International Indigenous Policy Journal*, 7(4).

Bureau du Principe de Joyce, 2020, <https://principedejoyce.com/fr/index>

Clavel, N., Pomey, M. –P. et Ghadiri, D. P. (2019). Partnering with patients in quality improvement: towards renewed practices for healthcare organization managers? *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4618-8>

Cleverland J, Hanley J, Jaimes A, Wolofsky T. Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables. Montréal : Institut universitaire SHERPA, 2020.

Collège des médecins du Québec (2023). Un sondage pour nous guider, *Nouvelles*, [en ligne] <https://www.cmq.org/fr/actualites/un-sondage-pour-nous-guider>

CSSSPNLQ, Principe de Jordan, [en ligne] <https://cssspnql.com/principe-de-jordan/?fbclid=IwAR2KhQXKyB3qelHFkMmLtSy3X7sWp6yUqnzJcrFmezQ12Quh2aKdqP9bm4c>

Dubé, S., Lacharité, C. et Lacombe, M. (2018). Problématisation de la participation parentale aux soins de l'enfant hospitalisé : une compréhension écosystémique de la parentalité. *L'infirmière Clinicienne*, 15(1).

Femmes Autochtone du Québec et le Bureau du principe de Joyce (2023). *Projet de loi sur la sécurisation culturelle en santé : insuffisant et décevant pour le bureau du Principe de Joyce et Femmes autochtones du Québec*, <https://faq-qnw.org/wp-content/uploads/2023/06/FAQ-et-Bureau-Principe-Joyce-%E2%80%93-Projet-de-loi-sur-la-securisation-culturelle-en-sante-%E2%80%93-9-juin-2023.pdf>

Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, et al. How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank quarterly* 2018;96(4):635-71.

Foster, M., Whitehead, L. et Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research. *Journal of Family Nursing*, 22(1), 6-73. <https://doi.org/10.1177/1074840715618193>

Gerlach, A. et Varcoe, C. (2021). Orienting child- and family-centered care toward equity. *Journal of child health care*, 25(3), 457-467. <https://doi.org/10.1177/1367493520953354>

Guay, C. (2015). Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières. *Interventions*, 141 17-27

Hovey, R. B., Delormier, T., McComber, A. M., Lévesque, L., & Martin, D. (2017). Enhancing Indigenous health promotion research through Two-Eyed Seeing: A hermeneutic relational process. *Qualitative Health Research*, 27(9), 1278–1287.

Iwama, M., Marshall, M., Marshall, A., & Bartlett, C. (2009). Two-eyed seeing and the language of healing in community-based research. *Canadian Journal of Native Education*, 32(2), 3.

Lacharité, C. (2015). Participation des parents et services de protection de l'enfance. *Dans Les cahiers du CEIDEF* (vol. 1). CEIDEF/UQTR.

Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Bergeron, V., Lévesque-Dion, M. et Baker, M. (2016). *Le rapport aux services professionnels chez les mères et les pères de jeunes enfants*. CEIDEF Université du Québec à Trois-Rivières.

Lavoie JG, Varcoe C, Wathen CN, et al. Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Serv Res*, 2018;18(1):705.

Lavoie, A., et Fontaine, C. (2017). *L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans*. Institut de la statistique du Québec

Macfarlane, R., Charles-Norris, K. A., Warren, S. K., Mahendra, A., Butler, A. J., Hayes, K., Mitchell, R., & Armstrong, B. (2022). Two-Eyed Seeing: Seeking Indigenous Knowledge to strengthen climate change adaptation planning in public health. *Environmental Health Review*, 65(3), 77–82.

Martin, D. E., Thompson, S., Ballard, M., & Linton, J. (2017). Two-eyed seeing in research and its absence in policy: Little Saskatchewan First Nation Elders' experiences of the 2011 flood and forced displacement. *The International Indigenous Policy Journal*, 8(4), 6.

Martin, D. H. (2012). Two-Eyed Seeing: A framework for understanding Indigenous and non-Indigenous approaches to Indigenous health research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2), 20–42.

McKibbin, C. (2023). Decolonizing Canadian Water Policy: Lessons From Indigenous Case Studies. *UCL Open: Environment Preprint*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). 2021. *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique. Énoncé de position et pistes d'actions infirmières pour promouvoir des relations partenariales optimales et la sécurité culturelle auprès des Premières Nations et Inuit*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5537-enonce-position-premieres-nations-inuit-web.pdf>

Organisation des Nations Unies (ONU). (2007), *Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones*, 30 pages [en ligne] https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf

Rioux Soucy, L.M. (2023). Un préjudice gravissime, *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/opinion/editoriaux/796905/sterilisation-forceee-un-prejudice-gravissime>

Shaheen-Hussain, S. (2023). L'approche coloniale de la CAQ en matière de sécurisation culturelle, *Le Devoir*, samedi 17 juin, p.B12

Shaheen-Hussain, S. (2023). L'hypocrisie systémique de la CAQ. Le ministère de la Santé alimente la confusion entre sécurité culturelle et d'autres approches désuètes, *Le Devoir*, 29 juin, p.A7

Sheppard, D.-A. (2020). Getting to the Heart of Cultural Safety in Unama'ki: Considering Kesultulnej (love). *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(1), 51–65.

Spence, D. (2001). Hermeneutic notions illuminate cross cultural nursing experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 35(4) :624-630.

Tremblay M., M. McComber A., Limniatis G. (2023). Quebec's cultural awareness training makes flawed assumptions that do not prioritize the safety of Indigenous people », *The Conversation*. <https://theconversation.com/quebecs-cultural-awareness-training-makes-flawed-assumptions-that-do-not-prioritize-the-safety-of-indigenous-people-207973>

Tremblay, M.-C., & Echaquan, S. (2022). Fostering Cultural Safety in Health Care Through a Decolonizing Approach to Research with, for and by Indigenous Communities. In *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol. 1: Mapping Health Promotion Research* (pp. 115–126). Springer.

Viens J. (2019), *Rapport Synthèse. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*, Québec, 120 pages, https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_Synthese.pdf

Vorobyova, A., Marante, A., Cardinal, C., Magagula, P., Lyndon, S., Braley, M., Inglis, K., & Parashar, S. (2022). Finding the balance: Embracing the two-eyed seeing approach to understand what cultural safety in care means to older adults living with HIV. *Journal of Applied Gerontology*, 41(9), 2063–2073.

Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, et al. Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PloS one* 2014;9(12):e114563.

QUI NOUS SOMMES

La Coalition professionnelle pour la santé autochtone au Québec (CPSAQ) rassemble des professionnel.le.s de la santé et services sociaux qui a pour mission d'agir en faveur de la sécurisation culturelle. Nous posons des actions pour contrer la discrimination à l'endroit des personnes autochtones dans le système de santé et de services sociaux québécois, de manière à ce qu'elles se sentent en sécurité de consulter dans le système. La Coalition se veut un lieu fédérateur composé de membres autochtones et non-autochtones pour développer des personnes alliées compétentes.

La Coalition a été formée suite au décès de Joyce Echaquan en 2020, femme de la nation Attikamekw décédée dans des circonstances où le racisme a contribué à son décès. Depuis sa formation, les membres de la Coalition ont posé des actions pour assurer une meilleure représentation autochtone dans les instances de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, publié un article dans la revue *Perspective Infirmière* et présenté ses travaux lors du Congrès de l'ACFAS en mai 2023. Nous travaillons présentement à commenter des projets de loi du gouvernement québécois qui sont liés à notre mission.

The Coalition professionnelle pour la santé autochtone au Québec (CPSAQ) is a group of health and social services professionals whose mission is to promote cultural safety. We take action to counter discrimination against Indigenous people in Quebec's health and social services system, so that they feel safe to reach health and social services. The Coalition aims to be a federating body made up of Indigenous and non-Indigenous members, to develop competent allies.

*The Coalition was formed following the death of Joyce Echaquan in 2020, a woman from the Attikamekw Nation who died in circumstances where racism contributed to her death (1). Since its formation, members of the Coalition have taken action to ensure better Indigenous representation at Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, published an article in *Perspective Infirmière* journal (2), and presented its work at the ACFAS Congress in May 2023. We are currently working on commenting on Quebec government bills related to our mission.*

Current CPSAQ members:

Membres actuels de CPSAQ :

Glenda Sandy, Inf., B. N. Sc., M. Sc. (Community Health) Naskapi (Kawawachikamach, Québec) et Crie (Pimicikamak, Manitoba) Conseillère en soins infirmiers, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Geneviève McCready, Inf., Ph. D., allochtone, Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski. (auteure de correspondance : genevieve.mccready@uqar.ca)

Lucie-Catherine Ouimet, Inf., M. A. (Anthropologie), M. Sc., IPSPL (c) Anishinaabe (Barrière Lake) Infirmière communautaire, Médecin du Monde et Centre d'amitié autochtone de Montréal (CAAM) ; chargée d'enseignement à l'École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

Jolianne Ottawa, Inf., B. Sc. Atikamekw Nehirowisiw, Directrice des Services de santé MaskoSiwin – Manawan

Dave Bergeron, Inf., Ph. D., allochtone, Professeur, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

Nancy Shecapio-Blacksmith, Inf., B.N.I. Nation crie d'Oujé-Bougoumou, Directrice des services professionnels et de l'assurance qualité (DSI), Conseil cri de la santé et des services sociaux de la baie James

Sonia Dubé, Inf., Ph. D., allochtone, Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

Sandro Echaquan, Inf., M. Sc., IPSPL Atikamekw Nehirowisiw Responsable des soins infirmiers, Services de santé Masko-Siwin – Manawan, Professeur adjoint de clinique, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Emmanuelle Bédard, Ph. D., allochtone, Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

Amanda Ottawa, Inf., Atikamekw Nehirowisiw, Services de santé MaskoSiwin – Manawan

Rédaction de ce mémoire : **Marie-Ève Lajeunesse-Mousseau**, allochtone, candidate à la maîtrise en histoire à l'UQAR.