

Université de Montréal

L'expérience des femmes autochtones avec les services hospitaliers à Montréal

Par Sidonie Laurier

École de travail social  
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.) en  
service social  
option mémoire

décembre 2019

© Sidonie Laurier, 2019

Université de Montréal

Mémoire en service social, École de service social

Ce mémoire intitulé L'expérience des femmes autochtones avec les services hospitaliers  
montréalais

par Sidonie Laurier

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Carolyne Grimard - Président-rapporteur  
Oscar Firbank - Directeur de recherche  
Rosemary Carlton - Membre du jury

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remerciements .....                                                             | i         |
| Liste des abréviations, des sigles et des acronymes .....                       | ii        |
| Résumé.....                                                                     | iii       |
| Liste des sigles et abréviations.....                                           | iv        |
| <b>Introduction et problématique.....</b>                                       | <b>1</b>  |
| <b>CHAPITRE 1 : Recension des écrits.....</b>                                   | <b>6</b>  |
| 1.1 Santé autochtone : dimension historique .....                               | 7         |
| 1.2 Les déterminants sociaux de la santé .....                                  | 11        |
| 1.3 Racisme, discrimination et exclusion .....                                  | 13        |
| 1.4 Santé autochtone : dimension culturelle .....                               | 16        |
| 1.5 Le concept de sécurité culturelle.....                                      | 19        |
| 1.6 Santé autochtone : enjeux en milieux urbains.....                           | 21        |
| 1.7 Santé autochtone : expériences des femmes avec les services de santé .....  | 24        |
| 1.8 Limites des études.....                                                     | 26        |
| <b>CHAPITRE 2 : Perspective théorique .....</b>                                 | <b>28</b> |
| 2.1 Le modèle écologique de Bronfenbrenner .....                                | 28        |
| 2.1.1 Présentation des systèmes .....                                           | 30        |
| 2.1.1.1 Concepts-clés .....                                                     | 32        |
| 2.1.1.1.1 Interactions .....                                                    | 32        |
| 2.1.1.1.2 Environnement.....                                                    | 33        |
| 2.1.1.1.3 Expérience .....                                                      | 34        |
| 2.2 Pertinence du modèle écologique dans la recherche auprès des autochtones... | 36        |
| 2.2.1 Lien avec le territoire .....                                             | 36        |
| 2.2.2 Place à la résilience .....                                               | 38        |
| 2.2.3 Le poids de l’histoire .....                                              | 39        |
| 2.3 Application du modèle écologique à notre projet de recherche.....           | 40        |
| 2.3.1 Élaboration de la grille d’entretien .....                                | 40        |
| 2.3.2 Présentation des résultats .....                                          | 40        |
| 2.3.3 Concepts transversaux .....                                               | 41        |
| <b>CHAPITRE 3 : Méthodologie.....</b>                                           | <b>41</b> |
| 3.1 Approche privilégiée.....                                                   | 42        |

|                                                      |                                                                                                               |           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2                                                  | Échantillonnage.....                                                                                          | 42        |
| 3.3                                                  | Outils de collecte de données.....                                                                            | 44        |
| 3.4                                                  | Recrutement .....                                                                                             | 45        |
| 3.5                                                  | Stratégie d'analyse .....                                                                                     | 47        |
| 3.6                                                  | Considérations éthiques .....                                                                                 | 48        |
| 3.7                                                  | Limites de notre recherche.....                                                                               | 50        |
| <b>CHAPITRE 4 : Présentation des résultats .....</b> |                                                                                                               | <b>52</b> |
| 4.1                                                  | Présentation des participantes et de l'épisode de soins.....                                                  | 52        |
| 4.1.1                                                | L. ....                                                                                                       | 53        |
| 4.1.2                                                | M. ....                                                                                                       | 53        |
| 4.1.3                                                | N.....                                                                                                        | 54        |
| 4.1.4                                                | A.....                                                                                                        | 54        |
| 4.1.5                                                | S. ....                                                                                                       | 55        |
| 4.1.6                                                | C.....                                                                                                        | 55        |
| 4.1.7                                                | Profils variés .....                                                                                          | 54        |
| 4.2                                                  | L'expérience de soins : les éléments relevant des interactions entre les femmes et le personnel soignant..... | 56        |
| 4.2.1                                                | La perception de préjugés dans le discours du personnel soignant .....                                        | 56        |
| 4.2.2                                                | La perception de discrimination dans les soins reçus .....                                                    | 58        |
| 4.2.3                                                | Les professionnels de la santé comme figures d'autorité .....                                                 | 60        |
| 4.2.4                                                | La présence de barrières communicationnelles .....                                                            | 62        |
| 4.2.5                                                | Le sentiment de ne pas être écouté .....                                                                      | 63        |
| 4.3                                                  | Éléments contextuels .....                                                                                    | 64        |
| 4.3.1                                                | Le manque de formation des professionnels de la santé sur les réalités autochtones .....                      | 64        |
| 4.3.2                                                | Influence du discours médiatique .....                                                                        | 67        |
| 4.3.3                                                | Différentes visions de la santé .....                                                                         | 69        |
| 4.3.4                                                | Le manque d'options.....                                                                                      | 71        |
| 4.4                                                  | Les moyens et stratégies mis en place par les femmes autochtones .....                                        | 72        |
| 4.4.1                                                | L'utilisation du rire .....                                                                                   | 72        |
| 4.4.2                                                | L'utilisation du « nous » .....                                                                               | 74        |

|                                              |                                                                                        |           |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4.3                                        | La mise de côté de certaines croyances .....                                           | 74        |
| 4.4.4                                        | L'utilisation différenciée des services de santé d'urgence .....                       | 75        |
| <b>CHAPITRE 5 : Discussion .....</b>         |                                                                                        | <b>78</b> |
| 5.1                                          | Synthèse des résultats .....                                                           | 78        |
| 5.2                                          | Discussion.....                                                                        | 80        |
| 5.2.1                                        | Liens avec la littérature.....                                                         | 80        |
| 5.2.1.1                                      | Les expériences négatives et l'utilisation différenciée des services de santé.....     | 81        |
| 5.2.1.2                                      | L'impact des stéréotypes sur les soins .....                                           | 82        |
| 5.2.1.3                                      | La reproduction d'un rapport de pouvoir entre les patients et les professionnels ..... | 83        |
| 5.2.1.4                                      | Une expérience qui s'inscrit dans un contexte global.....                              | 84        |
| 5.3                                          | Conclusions pouvant être tirées des résultats.....                                     | 85        |
| <b>Conclusion .....</b>                      |                                                                                        | <b>88</b> |
| <b>Bibliographie .....</b>                   |                                                                                        | <b>91</b> |
| Annexe 1 : Affiches de recrutement.....      |                                                                                        | 93        |
| Annexe 2 : Formulaires de consentements..... |                                                                                        | 95        |
| Annexe 3 : Grille d'entretien .....          |                                                                                        | 100       |

## Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui ont rendu possible la réalisation de ce mémoire, en commençant par mon directeur, Oscar Firbank, pour son temps et ses commentaires, tout au long de mon cheminement et sans qui le produit final n'aurait pas pu voir le jour.

À mon père et Josée, merci pour votre soutien, votre patience et vos encouragements. Merci également de m'avoir rappelée à l'ordre dans mes moments de découragements.

À ma mère, merci pour ta présence, ton réconfort et ton amour inconditionnel.

Je remercie également Kim, responsable du programme pour femmes autochtones de l'organisme Chez Doris, de m'avoir soutenue dans mon recrutement.

Finalement, je remercie tout spécialement les six femmes que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de ce projet et qui ont accepté de partager leur histoire avec moi. Je ne peux révéler vos vrais noms, mais sachez que je suis extrêmement reconnaissante pour votre confiance.

À L., S., A. : Nakurmiik!

À N., M. : Kinanâskomitin!

À C. : Sechanalyagh!

## **Résumé**

Ce mémoire présente les résultats d'une recherche qualitative menée auprès de six femmes autochtones montréalaises, ayant pour but de documenter leur expérience avec les services hospitaliers dans la ville de Montréal. En effectuant avec chacune un entretien semi-dirigé, nous avons été en mesure de dresser le tableau de ces expériences. Le modèle écologique de Bronfrenbrenner nous a permis de situer les expériences d'hospitalisation dans un contexte social et politique spécifique, en explorant certains éléments de cet ordre qui pourrait influencer la manière dont l'hospitalisation est vécue. L'expérience des femmes autochtones avec les services hospitaliers est analysée selon trois dimensions. Premièrement, les éléments relevant des interactions entre les patientes et les professionnels de la santé sont présentés. Cette section permet de faire état de l'impression partagée, parmi les femmes rencontrées, que les interactions avec les professionnels de la santé sont marquées par la présence de stéréotypes et de préjugés négatifs. Deuxièmement, les éléments relevant du contexte social et politique, qui exercent une influence sur la manière dont les femmes vivent l'expérience d'hospitalisation sont à leur tour présentés. Cette section aborde les lacunes dans la formation des professionnels, ainsi que l'influence du discours médiatique sur l'image des femmes autochtones. Troisièmement, nous présentons différents moyens et stratégies mis en place par les femmes autochtones pour faire face à leur expérience de soins, parmi lesquels on retrouve l'utilisation du rire et le recours à la communauté d'appartenance. Finalement, cette dernière section rend compte des conséquences de l'expérience d'hospitalisation des femmes sur l'utilisation qu'elles font des services de santé. Ce mémoire se conclut en présentant certains enseignements que nous pouvons tirer de l'expérience des femmes autochtones rencontrées afin d'améliorer la qualité des soins de santé qui leur sont destinés.

**Mots clés :** femmes autochtones, sécurité culturelle, soins de santé, milieu urbain, inégalités, rapport de pouvoir

## **Abstract**

This thesis presents the results of a qualitative study conducted with six indigenous women living in the city of Montreal. The goal of the study was to document their experience with the city's hospital services. A semi structured interview was held with each of the women in order to gain access to these experiences. Bronfrenbrenner's ecological model allows us to position the hospital experience within a social and political context by exploring external factors that might influence the way the hospitalization was experienced by the women. The women's experiences are analysed by exploring three dimensions. First, we present elements surrounding the interactions between the patients and the health professionals. This section reveals the women's shared perception of stereotypes being present. Second, we present elements belonging to the social and political context. This section shows the gap in the professionals' training on indigenous issues, as well as the influence of media representations on the way they perceive native women. Third, we present different ways and strategies the women have developed in order to confront their experience, such as the use of laughter and invoking the community they belong to. Finally, this section shows the repercussions of negative experiences on the way native women use health services. We conclude by exploring what can be learned from the women's experiences, with the goal of improving the quality of health services that are being offered.

**Keywords :** indigenous women, cultural safety, health services, urban setting, inequalities, power relationships

## **Liste des sigles et abréviations**

ASPC : Agence de santé publique du Canada

CCNSA : Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone

CRMCC : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

MQPR : Médecins québécois pour le régime public

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

## **Introduction et problématique**

Dans le domaine des sciences sociales, que ce soit en anthropologie ou en travail social, la recherche s'intéressant aux communautés autochtones est en constante effervescence. Cela est encore plus vrai récemment, avec la médiatisation à grande échelle de certaines problématiques entourant les communautés autochtones, ainsi qu'avec la tenue récente, au Canada, de deux Commissions d'enquête touchant cette population. La première, menée par le gouvernement canadien, portait sur les femmes autochtones disparues et assassinées, tandis que la deuxième, menée par le gouvernement québécois, portait sur les interactions entre les personnes autochtones et certains services publics.

Une grande préoccupation pour les chercheurs travaillant auprès des personnes issues d'une communauté autochtone concerne les diverses inégalités sociales qui les affectent, mises en lumière notamment dans le dernier recensement canadien (Statistiques Canada, 2016). En 2004, par exemple, la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies plaçait le Canada huitième dans son classement de développement humain. En s'attardant uniquement aux conditions de vie des autochtones canadiens, cependant, le Canada baissait soudainement au 48<sup>e</sup> rang (UN- Commission on Human rights, 2004). Or, presque la totalité de ces études ont été faites auprès de personnes autochtones habitant sur les réserves indiennes. De plus, presque la totalité des programmes gouvernementaux ou communautaires

agissant sur ces inégalités sont destinés aux personnes habitant sur les réserves indiennes.

Un phénomène de migration urbaine des populations autochtones est pourtant répandu actuellement à l'échelle internationale : en Nouvelle-Zélande, le pourcentage d'autochtones vivant en milieu urbain s'élève à environ 84% (Gouvernement de la Nouvelle Zélande, 2011), en Australie à environ 70%, puis aux États-Unis à environ 60% (UN-Habitat, 2010). Au Canada, les statistiques disponibles démontrent un accroissement incroyablement rapide de cette population, et ce, de manière constante depuis les années 1980 (Cardinal, 2006). En fait, selon le dernier recensement canadien, plus de 54% des autochtones canadiens vivent en milieu urbain. (Statistique Canada, 2016). Cette forte proportion, combinée à un taux de natalité particulièrement élevé au sein des communautés autochtones, n'est pas appelée à diminuer dans les prochaines années.

Dans une recension des écrits publiée en 2003, il a été révélé qu'à peine 2% de l'ensemble des articles ayant comme sujet la santé des personnes autochtones était consacré aux populations habitant en milieu urbain (Young, 2003). Pourtant, selon les données de 2002 produites par Statistique Canada, lorsqu'on regarde les trois problèmes de santé les plus présents chez les autochtones canadiens (haute tension, diabète et arthrite), on s'aperçoit qu'ils sont encore plus fréquents au sein de ceux qui habitent en milieu urbain (Tjepkema, 2012). Heureusement, depuis la parution de la recension des écrits de Young en 2003, quelques articles supplémentaires sont venus enrichir le domaine d'étude de la santé des personnes autochtones vivant en

milieu urbain, et mettre en lumière certains enjeux particuliers auxquels cette population fait face. Ces articles, cependant, font état de recherches menées dans l'Ouest canadien et ne permettent ainsi pas de rendre compte de la réalité dans la province de Québec.

Face à cette absence de données sur la population autochtone vivant en milieu urbain, notamment dans le domaine de la santé, nous avons commencé à nous intéresser à ce que peuvent vivre ces personnes autochtones qui habitent une grande ville. Quels sont les obstacles auxquels elles font face ? Comment vivent-elles leurs interactions avec les personnes et services allochtones ? Ont-elles des besoins spécifiques?

À partir de ces questions, et au fil de nos lectures, un intérêt particulier est apparu pour l'expérience des personnes autochtones vivant à Montréal. En même temps que nos réflexions avançaient, le gouvernement québécois a annoncé, en 2016, la tenue d'une commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics afin de potentiellement mettre en lumière l'existence de pratiques discriminatoires. Rapidement, les audiences de la Commission commencent à confirmer la présence de pratiques discriminatoires, et ce, dans plusieurs services publics : au sein des corps policiers, au sein des services correctionnels, au sein des services de protection de la jeunesse, puis au sein des services sociaux et de santé. L'ensemble de ces facteurs nous a ainsi amenés à nous questionner sur le lien qui existe entre l'état de santé des personnes autochtones

vivant en milieu urbain, et la présence de pratiques discriminatoires au sein des services de santé.

C'est finalement un article, paru dans *Le Devoir* en marge de la Commission d'enquête québécoise, qui nous a permis de préciser davantage l'objet de notre recherche. En effet, le quotidien publie en 2018 une entrevue avec la directrice des opérations nationales de *Médecins du monde Canada*, qui révèle que les personnes autochtones constituent plus de la moitié des patients rencontrés à la Clinique montréalaise de l'organisation (Gervais, 2018). Lors de leur passage en audience devant la Commission d'enquête, les représentants de la section montréalaise de *Médecins du monde* concluent en disant :

« À long terme, les échecs répétés de leurs interactions avec le système de santé pourront également mener à une perte de confiance progressive dans le système et renforcer le sentiment de méfiance déjà présent au sein d'une population ayant vécu les conséquences des politiques d'oppression, telles que le système des pensionnats. Ce bris de confiance se traduira nécessairement par une réduction de l'utilisation des services dont ils pourraient avoir besoin, et viendra ainsi exacerber les écarts de santé déjà présents. » (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019 : 447).

Ainsi, nous en sommes venus à nous demander ce qui caractérise l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones au sein de la ville de Montréal.

## **CHAPITRE 1 : Recension des écrits**

Ce premier chapitre vise à établir l'état des connaissances sur l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones en milieu urbain. Puisque le sujet reste actuellement peu exploré, particulièrement au Québec, nous passons en revue une littérature plus large concernant la santé des populations autochtones, dont celle des femmes, et différents enjeux sociohistoriques et culturels qui la sous-tendent. Cette littérature explore des enjeux pertinents pour notre compréhension de l'expérience des femmes autochtones hospitalisées en milieu urbain. Ce chapitre se divise en cinq thématiques : (i) la dimension historique de la santé autochtone, (ii) les dimensions sociales et politiques de la santé autochtone, (iii) la dimension culturelle de la santé autochtone, (iv) les enjeux spécifiques à la santé autochtone en milieu urbain, et enfin (v) les enjeux spécifiques à la santé des femmes autochtones. Pour chaque thématique, nous présenterons dans un premier temps quelques écrits permettant de mieux comprendre les principales dimensions, puis, dans un second temps, nous soulignerons les aspects de ces écrits susceptibles de contribuer à notre réflexion. Les écrits sont majoritairement constitués d'articles scientifiques, ainsi que de mémoires ou de rapports d'organismes autochtones et allochtones.

En plus d'établir l'état des connaissances, ce chapitre établit la pertinence sociale et scientifique de mener un projet de recherche sur l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones vivant en milieu urbain.

## **1.1 Santé autochtone : dimension historique**

Cette première section concerne des articles scientifiques traitant de la dimension historique de la santé autochtone et esquisse une brève histoire des relations coloniales entre les peuples autochtones et le gouvernement canadien. En prenant l'exemple des pensionnats autochtones, nous verrons que cette histoire demeure essentielle à notre compréhension de l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones en milieu urbain puisque, d'une part, cette expérience est un exemple de relation entre autochtones et services gouvernementaux, puis, d'autre part, la santé des femmes autochtones reflète encore actuellement les effets d'un passé colonial.

Un premier élément qui ressort de la littérature traitant des enjeux historiques et politiques de la santé autochtone est le problème du partage des responsabilités entre les paliers gouvernementaux. La création de la Confédération canadienne a été déterminante dans la mise sur pied de services socio-sanitaires spécifiques s'adressant aux populations autochtones. Tandis qu'elle établissait que les communautés autochtones seraient une responsabilité du palier fédéral, elle assignait également la responsabilité à l'égard de la santé de la population en général aux paliers provinciaux. Parallèlement, la Loi sur les Indiens, en vigueur depuis 1876, octroie au fédéral le droit de gérer les terres et les services destinés aux communautés autochtones. Parmi ces services, le gouvernement fédéral est responsable des services de santé pour tous les autochtones vivant sur une réserve. À l'époque, en pleine période de signature des traités menant à la création de

réerves, personne ne pouvait anticiper que près de la moitié de la population autochtone vivrait dans l'avenir hors réserve et donc, que la séparation des responsabilités entre les paliers gouvernementaux conduirait à tant de complications. Avec la migration des populations autochtones vers les centres urbains, *de facto* les gouvernements provinciaux sont graduellement devenus de plus en plus responsables de la prestation de services de santé auprès de cette population puisque la Loi sur les Indiens n'octroyait au fédéral que la responsabilité de desservir les personnes vivant sur les territoires indiens. De plus, bien que le fédéral soit en théorie responsable de financer la prestation de services de santé dans les réserves, une part importante des communautés autochtones doivent toutefois se déplacer vers les ressources provinciales pour avoir accès à des services en raison d'un manque de ressources humaines et financières (Lavoie, 2011). Pour ces raisons, de plus en plus de recherches portant sur la santé autochtone devraient se centrer sur les établissements provinciaux de santé publique.

Un autre élément qui ressort de la littérature, surtout lorsqu'on examine l'état de santé des populations autochtones, est l'importance de prendre en compte les traumatismes historiques vécus. Virtuellement absente des cours d'histoire québécoise et canadienne, l'histoire des communautés autochtones commence à peine à être racontée. Plusieurs articles s'attardent spécifiquement à un élément historique, à savoir la période des pensionnats autochtones, s'étalant de 1842 à 1996 (Dion et Kipling, 2003 et Chansonneuve, 2005). L'exemple des pensionnats sert souvent à illustrer les conséquences des politiques coloniales et de l'histoire de colonisation des communautés autochtones. Les pensionnats autochtones, qui sont

nés de la volonté assimilatrice du gouvernement fédéral, ont été de véritables mécanismes de colonisation. Au total, ce ne sont pas moins de 150 000 enfants qui ont été envoyés dans un des 150 pensionnats canadiens (Chansonneuve, 2005). Bien que des efforts de réconciliation aient été mis en place, leurs conséquences persistent. Parmi les conséquences, la plus flagrante est l'érosion de l'identité culturelle chez les anciens pensionnaires, qui fût ensuite transmise aux générations suivantes. Nous savons également aujourd'hui que des 150 000 anciens pensionnaires, au moins 80 000 furent victimes d'abus sexuels, physiques ou psychologiques (Chansonneuve, 2005). Ces traumatismes sont également devenus un bagage intergénérationnel, partagé par une majorité des autochtones canadiens

Les constats faits quant aux pensionnats autochtones amènent souvent à dire que ceux-ci seraient intimement liés aux écarts de santé que connaissent les communautés autochtones (Czyzewski, 2011, p.7 et De Leeuw, 2009). Ils nous amènent également à noter l'importance de prendre en compte l'histoire des peuples autochtones afin de réellement saisir leur réalité, ce qui est malheureusement encore trop peu fait. En lien avec notre objet de recherche, les pensionnats peuvent être considérés comme un exemple historique d'interactions qu'ont eues les communautés autochtones avec des instances gérées par le gouvernement.

Finalement, un troisième élément, bien qu'il en englobe plusieurs autres, est l'influence de l'héritage colonial sur les peuples autochtones. En terres

canadiennes, la colonisation a d'abord débuté avec l'arrivée des Français au seizième siècle. Cependant, on considère généralement que la première politique ayant affirmé une réelle volonté colonisatrice envers les peuples autochtones fût celle issue de la Commission Bagot, élaborée par les Anglais au dix-neuvième siècle (De Leeuw, 2009, p. 286). Suite à la conquête anglaise, les politiques de ce type se multiplieront, avant d'en arriver à l'élaboration de la Loi sur les Indiens, adoptée en 1876 (de Leeuw, 2009). La Loi sur les Indiens demeure, à l'heure actuelle, la principale ligne directrice de l'État canadien sur la question autochtone. Il s'agit d'une loi très vaste, dictant chacun des aspects de la vie des communautés autochtones, qui établit une relation de pouvoir asymétrique et paternaliste (Sale, 2005 et Czyzewski, 2011). Cela amène certains auteurs à affirmer que nous nous trouvons encore aujourd'hui dans une période où les rapports avec les autochtones sont assujettis à des dispositions et orientations à caractère colonialiste, puisque l'État continue de contrôler le contexte social, économique, culturel et politique des peuples autochtones (Czyzewski, 2011). Le colonialisme, considéré à titre d'idéologie, reste bien présent et continue à exercer des impacts néfastes. Les politiques coloniales qui persistent au Canada contribuent fortement à produire des inégalités dans les relations, mais également à produire et maintenir des écarts sur le plan de la santé. Actuellement, l'accès aux ressources naturelles et économiques, l'accès aux soins de santé ainsi que le milieu de vie sont, dans le cas des communautés autochtones, régis par le gouvernement fédéral, par l'entremise de la Loi sur les Indiens. Un accent sur la santé individuelle des personnes autochtones, par exemple dans le cas des programmes d'amélioration des habitudes de vie

(Affaires autochtones et du Nord Canada, 2010), ne permet donc pas de rendre compte pleinement de la dimension politique et historique des inégalités. En fait, De Leeuw avance que ce type de programmes s'inscrit dans un discours colonial de construction de la déviance autochtone, qui exclut les causes structurelles de la problématique (De Leeuw, 2009).

Dans le cadre de notre recherche, il sera donc important de considérer l'impact de l'héritage colonial dans l'interprétation de l'expérience d'hospitalisation faite par les femmes autochtones rencontrées, bien que ces impacts puissent ne pas être cités explicitement.

## **1.2 Les déterminants sociaux de la santé**

Dans cette deuxième section, nous nous intéressons aux déterminants sociaux de la santé en contexte autochtone. En santé publique, les déterminants sociaux de la santé sont considérés comme des facteurs influençant l'état de santé global d'une population. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il s'agit : « des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS, 2018). Ces facteurs sont à la base des écarts et des inégalités en matière de santé entre différentes populations, dont les autochtones. Dans un second temps, nous traiterons plus spécifiquement des enjeux de racisme, de discrimination et d'exclusion, qui sont tous des déterminants sociaux de la santé.

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a publié cette année un document relevant les principales inégalités en santé au pays qui se base sur le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et qui contient une section entière sur les inégalités entre les populations autochtones et le reste de la population canadienne (réf »). Le *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone* (CCNSA), créé en 2005 par le gouvernement du Canada et financé par l'Agence de santé publique du Canada, a entrepris l'élaboration d'un guide des déterminants sociaux de la santé, spécifiques aux populations autochtones canadiens (Reading et Wien, 2009). Les déterminants sociaux de la santé des populations autochtones du Canada sont ainsi divisés en 3 catégories : proximaux, intermédiaires et distaux. Les déterminants proximaux de la santé autochtone sont ceux qui ont les impacts les plus directs sur la santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Ils incluent les comportements en santé, les environnements physiques, l'emploi et le salaire, l'éducation et l'insécurité alimentaire (Reading et Wien, 2009). Les déterminants intermédiaires de la santé autochtone sont les systèmes d'éducation et de santé, les infrastructures communautaires, la gestion environnementale responsable et la continuité culturelle (Reading et Wien, 2009). Les déterminants distaux sont ceux qui ont les impacts les plus profonds sur la santé, puisqu'ils conditionnent les déterminants intermédiaires et proximaux. Ce sont le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, ainsi que l'autodétermination (Reading et Wien, 2009). Selon une analyse de l'ensemble des données publiques disponibles, Appiah-Kubi conclut en 2015 que presque tous les déterminants sociaux de la santé autochtones génèrent d'importantes inégalités par rapport au

reste de la population canadienne (Appiah-Kubi, 2015). Cela concorde avec les positions respectives du Canada et des populations autochtones canadiennes sur l'index de développement humain des Nations-Unies : tandis que le Canada se situe au sixième rang mondial, les populations autochtones canadiennes se situent plutôt au 48<sup>e</sup> rang.

Dans un mémoire déposé en 2018, le regroupement *Médecins québécois pour le régime public* soulignait que les communautés autochtones font ainsi face à un double désavantage : d'une part, plusieurs déterminants sociaux et l'impact des politiques coloniales augmentent la fréquence de certains problèmes de santé, tandis que, d'autre part, ces mêmes facteurs limitent leur accès aux soins de santé (MQPR, 2018). Les déterminants sociaux de la santé sont ainsi un outil pertinent lorsqu'on étudie l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones, puisqu'ils permettent de rendre compte des différents niveaux de facteurs influençant la santé, mais également puisqu'ils montrent l'importance de considérer l'impact des facteurs sociaux à l'égard des inégalités en matière de santé. Parmi les inégalités observables au niveau de la santé, notons par exemple la présence plus importante de diabète, d'asthme et d'obésité au sein des populations autochtones (Reading et Wien, 2009).

### **1.3 Racisme, discrimination et exclusion**

Parmi les auteurs s'étant intéressés aux déterminants sociaux de la santé autochtone, plusieurs ont mis l'accent sur la présence de racisme, de discrimination,

et de mécanismes d'exclusion pour démontrer la particularité de l'expérience des autochtones. Ce sont également, de manière générale, les déterminants les plus mentionnés dans les documents produits par des auteurs ou des organisations autochtones.

La présence de racisme, ainsi que l'exclusion sociale des personnes et des communautés autochtones ont été identifiées comme des facteurs agissant sur la santé de celles-ci (Reading et Wien, 2009). Sioui s'est notamment intéressé à l'exclusion des populations autochtones au Canada et en a identifié plusieurs symptômes : dépendance économique, humiliation et minimalisation, création d'une identité précaire, bris dans le respect de leurs droits, etc. (Sioui, 1991, p. 48-49). Ce qui ressort de son analyse est que l'oppression a un impact sur les individus et les communautés, sur leurs conditions de vies, mais aussi sur leur santé physique et mentale. Jaacoud parle à la fois de marginalisation et d'exclusion des communautés autochtones. La marginalisation est pour elle un processus, résultant d'un rapport de domination exercée par l'État, qui mène à l'exclusion d'un groupe minoritaire (Jaacoud 1995, p.93). L'exclusion, ainsi perçue comme résultat du processus de marginalisation, se manifesterait à trois niveaux : économique, juridique et identitaire. Dans le cas des communautés autochtones, les trois niveaux de manifestations de l'exclusion sont bien perceptibles. D'ailleurs, les exclusions économique et identitaire ont été identifiées par certains auteurs cités plus haut comme facteurs expliquant les écarts en santé physique et mentale, puis ultimement comme des facteurs de risque suicidaire (Adelson, 2005). En étudiant la santé des

communautés autochtones, Kirmayer conclut que la seule manière de mettre fin aux inégalités est de restaurer leur pouvoir (Kirmayer, 2000). Pour l'auteur, cela passe notamment par le fait de cesser de supprimer systématiquement leur réalité, actuelle et historique.

En plus des inégalités d'accès aux services de santé en territoires autochtones, les personnes autochtones se heurtent à des barrières supplémentaires lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins de santé dans les centres urbains. Dans l'Ouest canadien, certaines études ont récemment documenté ces barrières en interrogeant des patients autochtones sur leur expérience d'hospitalisation. Ce qui ressort de ces études est que le racisme, qu'il soit réel ou perçu, constitue un frein à l'accès aux services. Par exemple, Browne et Tang (2008) ont fait ressortir que la présence d'une multitude de préjugés sur les communautés autochtones avait un impact sur les soins reçus par les personnes appartenant à ces communautés. En se penchant sur l'expérience spécifique des femmes, Kurtz et al., (2008) ont également démontré comment les préjugés d'ordre raciste contribuaient à créer ce qu'ils considèrent être un type de violence structurelle, et avaient au final des impacts majeurs sur la façon dont les femmes autochtones accèdent aux services de santé.

L'organisme *Exeko* a par ailleurs déposé en 2013 un mémoire (Exeko, 2013) portant sur le racisme et la discrimination envers les autochtones au Québec, qui propose des stratégies à explorer pour y faire face. Les stratégies relèvent de la médiation intellectuelle au sein de l'appareil gouvernemental, l'augmentation de

mécanismes et initiatives de mixité sociale, l'emphase sur des modèles éducatifs inclusifs et enfin l'adoption d'un langage plus respectueux pour décrire les personnes appartenant à une communauté autochtone.

Par ailleurs, en étudiant les obstacles à l'accès aux soins de santé au Québec, le regroupement *Médecins québécois pour le régime public* a déterminé que, pour les personnes autochtones, les principaux obstacles sont le jugement et la discrimination dont ils font l'objet de la part du personnel soignant. Ils identifient également trois processus impliqués dans la disparité des soins accordés aux personnes marginalisées (MQPR, 2018) :

- a. Le médecin peut éviter l'interaction en raison de ses préjugés
- b. Le médecin peut interpréter différemment une situation d'incertitude médicale en lien avec certaines caractéristiques du patient
- c. Le médecin peut présumer de comportements pathogènes chez le patient.

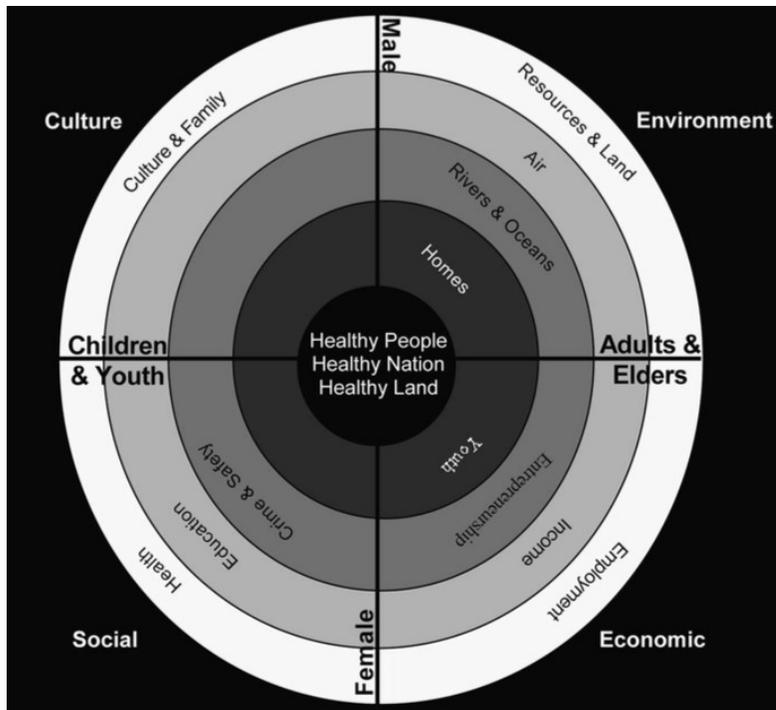
Bref, le racisme, la discrimination et l'exclusion doivent ainsi être considérés en raison de leurs impacts autant sur l'état de santé des personnes autochtones que sur l'accessibilité des services de santé, et même, quoique dans une moins grande mesure, sur l'expérience d'hospitalisation des personnes autochtones.

#### **1.4 Santé autochtone : dimension culturelle**

Cette troisième section concerne, dans un premier temps, les différences culturelles entre la vision occidentale de la santé et celle des autochtones. Le concept de

« sécurité culturelle » est ensuite introduit, dans un deuxième temps, en tant qu'outil pour rendre la prestation de services de santé culturellement adaptée.

Cardinal a mis en évidence l'inadéquation entre la vision occidentale de la médecine, ainsi que la vision de la santé qu'elle sous-tend, avec celles des autochtones. Cette problématique a été beaucoup plus étudiée et nous pouvons assez facilement considérer qu'elle s'applique également aux personnes autochtones en milieu urbain. La roue médicinale est un exemple d'outil qui est utilisé pour illustrer la vision de la santé pour les autochtones. Il s'agit d'une vision holistique, qui comprend beaucoup plus que le bien-être physique. Bien que différentes nations autochtones aient leur propre version de la roue médicinale, une vision commune ressort : la santé présuppose que l'individu, la communauté, la culture, la spiritualité, ainsi que le territoire « soient en santé » (Cardinal, 2006). Ce n'est évidemment pas une vision que l'on retrouve dans la médecine occidentale, qui se préoccupe plus souvent du bien-être individuel et physique.



La réponse aux besoins de santé des autochtones doit ainsi être envisagée de manière plus complexe que par la dimension d'accessibilité aux services. Mokaua et Fong (1994), qui ont étudié la réponse du système de santé canadien aux clientèles interculturelles, affirment que trois aspects devraient être pris en compte simultanément : la disponibilité, l'accessibilité, ainsi que l'acceptabilité. C'est précisément pour répondre à ces trois aspects que des cliniques de santé autochtones ont été mises en place à travers le pays, tant à l'intérieur des réserves qu'en milieu urbain. Aucune clinique de santé autochtone n'existe pour l'instant à Montréal<sup>2</sup>, mais les résidents autochtones montréalais peuvent se rendre à la

<sup>1</sup> Cette image est tirée de l'article de Cardinal, 2006.

<sup>2</sup> L'organisme *Montréal autochtone* travaille actuellement à la mise sur pied d'une clinique communautaire de santé autochtone.

clinique située sur la réserve de Kahnawake, ou encore consulter un médecin présent un jour par semaine au *Centre d'amitié autochtone de Montréal*.

### **1.5 Le concept de sécurité culturelle**

Développée par une infirmière maorie, l'approche de « sécurité culturelle » a été proposée pour répondre aux enjeux culturels propres à la prestation de services de santé aux patients autochtones en Nouvelle-Zélande (Blanchet Garneau et Pépin, 2012). L'approche vise à assurer à ces patients une plus grande sécurité dans leurs interactions avec les professionnels de la santé. Plus qu'une simple compréhension des cultures autochtones, cette approche tente d'amener les professionnels à entamer une réflexion sur les relations de pouvoir présentes entre eux et leurs patients autochtones, dans le but d'éradiquer les biais racistes et les pratiques discriminatoires (Blanchet Garneau et Pépin, 2012). Il s'agit donc d'un concept qui s'applique principalement aux interactions dans un contexte médical entre un professionnel de la santé allochtone et un patient autochtone. À la différence de la « compétence culturelle », qui met l'accent sur le rôle du professionnel et sur ses connaissances et reconnaissances des différences culturelles, le concept de sécurité culturelle met l'accent sur le pouvoir du patient, qui n'apparaît ainsi plus comme passif (Yeung, 2016). Il s'agit d'un concept qui prend en compte les différences de pouvoir que l'on retrouve typiquement entre un professionnel et un patient, mais également celles que l'on retrouve entre les populations autochtones et la société majoritairement allochtone (Yeung, 2016). Browne et Smye, pour leur part, conçoivent la sécurité culturelle comme un outil permettant d'inclure les

dimensions historiques, sociales, économiques et politiques dans notre compréhension de la santé et du bien-être des personnes autochtones (Browne et Smye, 2002).

Bien que le concept de sécurité culturelle ait été développé en Nouvelle-Zélande, il apparaît tout aussi pertinent en contexte canadien. Dans une étude du *Réseau autochtone de Montréal* visant à évaluer les besoins en santé de la communauté autochtone montréalaise, il est ressorti que les services non culturellement appropriés créent souvent des barrières dans l'accès aux soins de santé. Par ailleurs, 30% des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude considèrent avoir été traitées injustement en raison de leur identité autochtone par au moins un professionnel de la santé (Robillard et al., 2012). Toujours en lien avec les relations des personnes autochtones avec les professionnels de la santé, une autre étude faite à l'échelle du Canada révèle que 23,9% des personnes autochtones en milieu urbain identifient le manque de confiance envers les professionnels de la santé comme une barrière les empêchant de consulter des services (Yeung, 2016). Le concept de sécurité culturelle nous offre ainsi un outil d'analyse important dans l'étude de l'expérience des personnes autochtones dans leurs interactions avec les professionnels de la santé. Depuis sa formulation à la fin des années 1980, l'approche a été adoptée à travers le monde par bon nombre d'instances autochtones s'intéressant aux inégalités en matière de santé, dont le *Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone* et l'*Organisation nationale de la santé autochtone*. Cependant, en dehors de la Nouvelle-Zélande, la sécurité

culturelle n'est pas formellement appliquée, bien que cela soit fortement recommandé par le *Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)*, ainsi que par l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)*. Par ailleurs, en 2012 le *Conseil canadien de la santé (CCS)* a réitéré l'importance de cette approche en déposant un rapport synthèse de discussions tenues dans le cadre de consultations régionales, portant sur la compétence et la sécurité culturelles. Ces discussions ont permis d'identifier quatre secteurs d'action permettant de renforcer la compétence culturelle, puis d'identifier des exemples concrets de ce qui est fait dans chaque secteur à travers le pays. Parmi les 95 actions recensées au Canada, moins de dix ont été identifiées au Québec, dont seulement deux à Montréal, ce qui démontre que le Québec accuse un retard important en termes d'amélioration des services pour cette population, spécialement en milieu urbain.

## **1.6 Santé autochtone : enjeux en milieux urbains**

Puisque notre projet s'inscrit en contexte urbain, cette quatrième section présente quelques études menées en milieu urbain et traitant de la santé des personnes issues d'une communauté autochtone et de leurs interactions avec des professionnels de la santé.

En suivant un modèle ethnographique, un collectif de chercheurs (Browne, Smye, Rodney, Tang, Mussel & O'Neil (2011) a réalisé une étude combinant des entretiens auprès de 44 patients autochtones et plusieurs heures d'observation participante dans l'urgence d'un hôpital. Cette étude a permis de relever trois

thématiques en lien avec l'expérience des personnes rencontrées. La première thématique relève de la présomption à l'avance des patients autochtones d'un traitement différentiel de la part des professionnels, en raison de leur identité autochtone ou de leur statut socio-économique. Selon les auteurs, il s'agit d'un élément qui a été mentionné par plusieurs des personnes avec qui ils se sont entretenus. Cette présomption, dans certains cas, agit comme une barrière à l'accessibilité des soins. Bien qu'il s'agisse ici d'une présomption, les auteurs soulignent qu'il s'agit d'un comportement qui est fortement influencé par les expériences passées, où certaines personnes ont perçu des situations de discrimination de la part de professionnels de la santé. La deuxième thématique est celle du recours à l'urgence pour des problématiques de douleur chronique, qui ressortait comme première cause de consultation. Cette cause de consultation faisait grandement ressortir certains préjugés envers les patients autochtones ; plus spécifiquement, les médecins étaient plus hésitants lors de la prescription d'antidouleurs, par peur qu'ils soient venus uniquement pour nourrir une dépendance. (Browne et al., 2011, p. 340). La dernière thématique est celle du recours à l'urgence de l'hôpital pour des raisons d'ordre psychosocial. Dans la plupart des cas, les personnes rencontrées vivaient dans une situation économique très précaire et n'étaient pas suivies par un médecin. Dès lors, toutes les problématiques les amenaient à consulter à l'urgence, n'ayant pas d'autres endroits vers lesquels se tourner. Cependant, les chercheurs ont noté une inadéquation entre les besoins des patients et ce qu'ils reçoivent à l'urgence. Bien qu'il existe un lien entre problèmes médicaux et problèmes sociaux, les professionnels travaillant à

l'urgence n'ont pas comme mandat d'agir sur les facteurs sociaux, ce qui ne permet pas de faire disparaître les problèmes médicaux, mais seulement de les soulager. L'étude permet de faire ressortir comment le contexte social, historique et politique influence la manière dont les patients autochtones vont vivre leurs expériences dans l'hôpital d'un grand centre urbain. Ces expériences, à leur tour, influencent l'accessibilité aux services de santé pour ces populations.

À Montréal, le *Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone de Montréal*, a dressé en 2012 un premier portrait des besoins en matière de santé de la communauté autochtone de Montréal. C'est dans cette visée que 89 patients ont été rencontrés et que le rapport a ensuite été produit. Parmi les besoins relevés, on retrouve notamment l'accès à des services de guérison traditionnelle, le besoin de services culturellement adaptés, la plus grande participation des personnes autochtones à l'organisation des services et le droit de recevoir des soins et services exempts de racisme et de discrimination.

Bien que les connaissances sur l'expérience des personnes autochtones avec les services de santé en milieu urbain demeurent actuellement très limitée, les études qui s'y sont intéressées semblent présenter des résultats démontrant la pertinence d'approfondir ce champ de recherche.

### **1.7 Santé autochtone : expériences des femmes avec les services de santé**

Dans cette dernière section, nous présenterons les résultats de recherches menées plus spécifiquement auprès de femmes autochtones, concernant leur expérience avec les services de santé.

L'intérêt de la recherche auprès des femmes autochtones s'inscrit dans les retombées de la *Commission royale d'enquête sur les Premières Nations*, dont les recommandations ont été publiées en 1996, qui reconnaissait l'importance de documenter spécifiquement leur réalité dans le but de mieux saisir les écarts qui existent non pas seulement entre les communautés autochtones et allochtones, mais également entre les femmes et les hommes autochtones. C'est dans cette optique qu'une recherche a été publiée en 2001, dans laquelle une dizaine de femmes autochtones habitant une communauté autochtone de l'Ouest canadien ont partagé leurs expériences d'interaction avec des professionnels de la santé travaillant dans un établissement public (Smye et Browne, 2001). Les résultats de cette étude concernent deux types d'expériences qualifiées soit d'invalidantes ou de validantes. Dans le premier cas, les femmes rapportent qu'elles ne s'étaient pas senties prises au sérieux par les professionnels de la santé, qui minimisaient ou ignoraient leurs symptômes (idem, p. 133). De plus, plusieurs d'entre elles considèrent que les stéréotypes négatifs envers les femmes autochtones étaient perceptibles, dont les plus tenaces relevaient de la maternité (idem, p. 135-136). Certaines femmes se sont également senties mises à l'écart et vulnérables (idem, p. 137-138). D'autre part, les expériences « validantes » rapportées par ces femmes étaient dues à une participation active dans les décisions médicales, à la reconnaissance de leur identité et de leur culture, et au développement d'une relation à long terme avec un

professionnel de la santé (idem, p. 139-141). Selon les deux auteures, les interactions entre les femmes autochtones et les professionnels de la santé doivent être envisagées comme s'inscrivant dans un contexte sociopolitique plus large, puisqu'elles reproduisent un rapport de pouvoir entre un groupe dominant (allochtone) et un autre subordonné (autochtone).

Une seconde étude a été menée plus récemment, dont les résultats préliminaires sont parus en 2008 (Kurtz et coll., 2008). Cette étude, contrairement à la première, s'inscrivait en milieu urbain. Dans le même ordre d'idée, 13 femmes autochtones ont été invitées à partager leurs expériences des services de santé dans un établissement public. Trois thématiques ont été relevées par les auteurs : la présence de racisme, la présence de discrimination et les barrières communicationnelles, toutes trois représentant des formes de violence structurelle au sein d'un système qui entretient des stéréotypes et des structures coloniales (idem, p. 60).

Un des effets du colonialisme, dont les impacts sont toujours observables aujourd'hui, est l'introduction du patriarcat au sein des communautés autochtones, qui vivaient autrefois avec un équilibre et une complémentarité entre les rôles des hommes et ceux des femmes (Perreault, 2017). La Loi sur les Indiens de 1876 constitue la cristallisation des catégories sociales imposées aux communautés autochtones, puisqu'elle déterminait qui était autochtone et qui ne l'était pas. C'est par l'entremise de cette loi que les femmes ont longtemps été exclues, puisque celles-ci perdaient leur statut, ainsi que les droits qui lui étaient associés, dès

qu'elles épousaient un non-autochtone (Bourrassa, 2004, p. 25). La perte de statut de ces femmes était accompagnée d'une interdiction de demeurer au sein de leur communauté, puis transmise aux enfants. Ce n'est qu'en 1985 que la loi C-31 a permis aux femmes de récupérer leur statut, sous certaines conditions. Les impacts de la perte de statut restent cependant très présents aujourd'hui, puisque de nombreuses femmes ne sont pas en mesure de récupérer leur statut. Cependant, c'est au niveau idéologique que les effets sont les plus persistants, puisque la Loi sur les Indiens a introduit une image sexiste de la femme, ainsi qu'une perturbation des rôles familiaux.

## **1.8 Limites des études**

L'ensemble des inégalités de santé entre les personnes issues d'une communauté autochtone et le reste de la population canadienne est maintenant bien documentée. Cependant, ces inégalités continuent d'être comprises en termes de différences culturelles, d'habitudes de vies ou de responsabilités individuelles. Ces perspectives sont largement insuffisantes pour rendre compte des inégalités et contribuent à entretenir un discours réducteur et, dans une certaine mesure, individualisant envers les personnes appartenant à une communauté autochtone, ainsi qu'à faire abstraction des facteurs sociaux et politiques en cause.

Par ailleurs, peu de documentation rend compte des écarts qui existent à l'intérieur même des populations autochtones canadiennes, dont ceux entre les hommes et les femmes, ainsi que ceux entre les autochtones vivant dans les réserves et ceux vivant

en milieu urbain. Parmi les études menées sur l'accès aux services de santé des personnes autochtones en milieu urbain, aucune n'a été menée à Montréal, mise à part celle sur les besoins en santé menée par le Réseau, qui comprend une section sur l'accessibilité des services de santé de première ligne ; et peu d'entre elles se sont intéressées spécifiquement aux femmes. C'est donc, entre autres, dans le but de documenter ces nouvelles réalités, que nous avons souhaité mener cette recherche.

## CHAPITRE 2 : perspective théorique

Nous présenterons dans ce chapitre la perspective théorique que nous avons retenue afin d'analyser les données collectées et de répondre à nos objectifs de recherche. La perspective en question est une version simplifiée du modèle écologique du psychologue américain Urie Bronfenbrenner, que nous présenterons donc dans un premier temps. Nous avons cependant choisi d'adapter quelque peu le modèle, à la lumière des thèmes qui sont ressortis de nos entretiens. Nous présenterons donc, dans un deuxième temps, les concepts que nous retenons ainsi qu'un modèle simplifié.

### 2.1 Le modèle écologique de Bronfenbrenner

Le modèle écologique d'Urie Bronfenbrenner constitue d'abord une manière de concevoir les relations entre l'individu et son environnement. D'abord formulé par Bronfenbrenner en 1979 dans son ouvrage *The ecology of human development : experiments by nature and design*, il continuera de se développer dans les ouvrages subséquents de l'auteur. Ce modèle se présentait alors comme une critique des théories associées à la psychologie cognitivo-comportementale, auxquelles l'auteur reprochait le recours à des lois universelles pour expliquer des comportements humains. Bien qu'il ne s'attarde pas explicitement aux origines et influences de son modèle, Bronfenbrenner puise dans l'interactionnisme pour établir la pertinence du recours à l'écologie :

« seen in different contexts, human nature, which I had previously thought of as a single noun, became plural and pluralistic; for the different environments were producing discernible differences, not only across but also within societies (...). The processes and product of making human beings human varied by place and time. » (Bronfenbrenner, 1979, p. xiii)

Développé sur plusieurs années, le modèle écologique de Bronfenbrenner s'inspire librement des sciences de l'environnement et de l'étude des écosystèmes. Il appartient ainsi à un ensemble de théories qui s'inspirent de l'écologie afin d'étudier l'univers social. (McLaren et Hawe, 2005). C'est en l'appliquant au domaine du développement de l'enfant que le psychologue élaborera un modèle où un ensemble de systèmes interagissent entre eux afin d'influencer le processus développemental. En utilisant l'image d'une poupée russe, le psychologue propose ainsi six niveaux de systèmes, où chaque système agit sur celui qu'il englobe et où la somme de ces interactions agit sur le développement de l'enfant.

Bien que Bronfenbrenner développe son modèle écologique en l'appliquant au développement de l'enfant, celui-ci demeure aisément transposable à l'étude de divers phénomènes sociaux, dans la mesure où il permet de situer l'individu parmi différents niveaux d'influences. Il convient cependant de préciser que le modèle écologique se distingue des modèles déterministes, en ce qu'il reconnaît le pouvoir

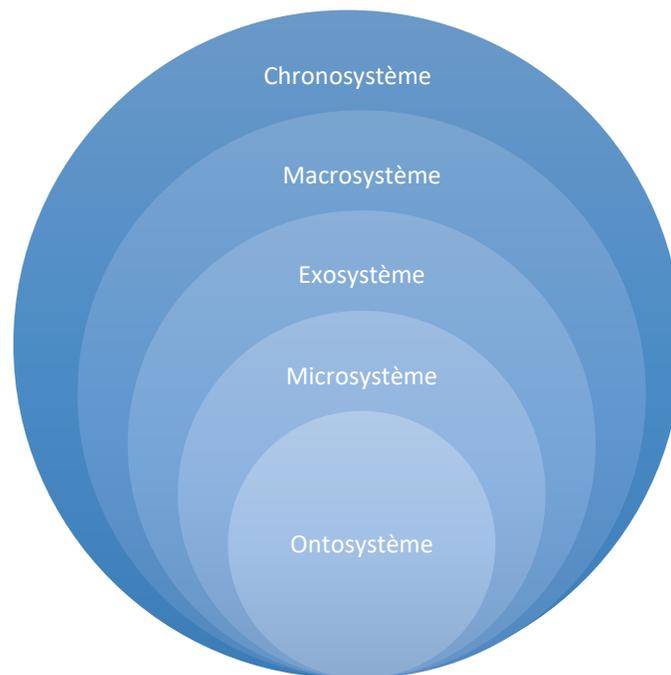
de l'action individuelle, ainsi que la capacité des individus à s'adapter aux changements. D'ailleurs, la place de l'individu au sein du modèle écologique sera graduellement revue dans l'évolution de la pensée de l'auteur, qui critiquera ultérieurement sa première version en admettant qu'il avait alors sous-estimé les capacités qu'ont les individus d'agir sur leur environnement et sur leur propre développement (Bronfenbrenner, 1986).

Par ailleurs, le modèle écologique est aujourd'hui utilisé en santé publique, particulièrement en épidémiologie, afin de conceptualiser l'influence de l'environnement sur la santé des individus et des communautés, et de développer certains programmes visant à améliorer leur état de santé. (Absil et coll., 2012). En ce sens, le modèle écologique s'articule parfaitement avec l'approche des déterminants sociaux de la santé qui, elle aussi, met de l'avant l'influence de l'environnement sur l'état de santé des individus.

## **2.2. Présentation des systèmes**

Les systèmes sont au cœur du modèle écologique de Bronfenbrenner et demeurent le principal apport de son ouvrage. Il convient donc de présenter chacun des systèmes, tels que décrits par leur auteur. Le premier système est l'ontosystème, qui correspond à l'ensemble des caractéristiques de l'individu, incluant ses compétences et ses vulnérabilités, qu'elles soient innées ou acquises. L'ontosystème pourrait par exemple inclure les prédispositions génétiques au diabète d'une femme autochtone. Le second système est le microsystème et il

correspond à l'environnement immédiat de l'individu c'est-à-dire les milieux physiques et les personnes avec lesquels celui-ci interagit régulièrement. Les membres de la famille et les voisins font par exemple partie du microsysteme. Le troisième systeme est le mesosysteme. Il correspond à l'ensemble des microsystemes et de leurs interactions. Les interactions entre les membres de la famille et les voisins pourraient ainsi être considerées comme relevant du mesosysteme. Ces interactions auront, selon Bronfenbrenner, un impact indirect sur l'individu. Le quatrième systeme est l'exosysteme et il correspond aux paramètres environnementaux influençant directement le microsysteme. Il pourrait par exemple inclure le conseil de bande d'une réserve autochtone. Le cinquième systeme est le macrosysteme, qui correspond aux paramètres plus éloignés, mais pouvant tout de même influencer à long terme le microsysteme. Il pourrait par exemple inclure la présence de racisme dans la société québécoise. Dans sa version de 1979, le modèle écologique de Bronfenbrenner ne comportait que ces cinq systemes. Toutefois, dans un ouvrage paru en 1986, l'auteur ajoute un sixième systeme qu'il positionne de manière transversale aux autres. Ce dernier systeme, le chronosysteme, correspond aux variations temporelles de chacun des systemes et qui affectent simultanément l'individu et son environnement. Ainsi, en reprenant l'exemple précédent, le chronosysteme permettrait d'inclure le passé colonial ou les pensionnats comme facteurs influençant un individu vivant aujourd'hui. Bronfenbrenner ne propose pas de représentation visuelle de son modèle, celui-ci a été schématisé par la suite, généralement sous la forme d'une série de cercles concentriques correspondant à chaque systeme.



## **2.3. Concepts clés**

### **2.3.1. Interactions**

Le concept d'interaction est central au sein du modèle de Bronfenbrenner, qui postule que les interactions entre l'individu et les différents systèmes sont ce qui influence son développement et ses comportements. L'objet d'étude du modèle écologique se situe dans les interactions, tant celles entre les individus que celles entre les systèmes et les sous-systèmes. Bien qu'il utilise fréquemment la notion d'interaction, Bronfenbrenner ne la définit pas à proprement parler. Il semble d'ailleurs l'utiliser dans différents contextes et y donner un sens double. Il fait d'abord appel à la notion d'interaction pour décrire les échanges entre individus et l'utilise donc dans son sens relationnel. Cependant, il l'invoque également pour décrire l'influence d'un système sur l'individu et l'utilise donc aussi dans son sens

social. On peut donc penser que, pour Bronfenbrenner, l'interaction est le lien qui existe entre deux entités, qu'il soit de nature relationnelle ou sociale. La notion d'interaction réfère à l'idée d'une relation mutuelle et s'applique aussi bien aux relations entre les individus, qu'aux relations entre un individu et l'un ou l'autre des "systèmes", ou aux relations entre les différents "systèmes".

### **2.3.2. Environnement**

En empruntant à l'écologie pour étudier l'univers social, les modèles écologiques comme celui de Bronfenbrenner, utilisent la notion d'environnement pour mettre l'accent sur l'importance du contexte entourant un individu ou un groupe. C'est toutefois une conception plus large de l'environnement qui est utilisée, qui ne se limite pas à l'environnement immédiat (le microsystème) et qui va jusqu'à inclure la culture, les normes sociales et l'influence de l'histoire (macrosystème et chronosystème). En fait, dans le modèle proposé, l'environnement inclut tous les systèmes, à l'exception de l'ontosystème :

« The ecological environment is conceived topologically as a nested arrangement of concentric structures, each contained within the next. These structures are referred to as the micro, meso, exo and macrosystems. » (p.22)

Puisque l'environnement, tel que représenté par Bronfenbrenner, est un concept dont les frontières sont floues, il est impossible de dresser une liste exhaustive de tout ce qu'il englobe. Qui plus est, la conception écologique de l'environnement

inclut également des notions abstraites, telles que les relations d'influence entre les systèmes :

« The environment defined as relevant to developmental processes is not limited to a single, immediate setting but is extended to incorporate interconnections between such settings, as well as to external influences emanating from the larger surroundings. This extended conception of the environment is considerably broader and more differentiated than that found in psychology in general and in developmental psychology in particular. » ( Bronfenbrenner, 1979, p.22)

Ainsi, les éléments de l'environnement qui seront décrits ou observés dépendent de l'objet de la recherche et devront être définis en fonction celui-ci. Les déterminants sociaux de la santé pourraient par exemple constituer des exemples de caractéristiques environnementales auxquelles on s'intéresserait dans une recherche portant sur l'état de santé d'un individu ou d'une communauté.

### **2.3.3. Expérience**

Un apport majeur de Bronfenbrenner se situe dans la manière dont il conçoit l'environnement, non pas comme une entité objective, mais comme une entité subjective. Pour l'auteur, le réel objet n'est donc pas l'environnement lui-même, mais bien l'environnement tel qu'il est vécu par l'individu. Ainsi, c'est en fait l'expérience que les individus font de leur environnement que Bronfenbrenner souhaite décrire :

« A critical term in the definition of the microsystem is experienced. The term is used to indicate that the scientifically relevant features of any environment include not only its objective properties but also the way in which these properties are

perceived by the persons in that environment. (...) Very few of the external influences significantly affecting human behavior and development can be described solely in terms of objective physical conditions and events; the aspects of the environment that are most powerful in shaping the course of psychological growth are overwhelmingly those that have meaning to the person in a given situation. » (Ibid, p.22)

Cet accent mis sur l'expérience a des répercussions relevant de deux ordres. D'une part, sur le plan méthodologique, cela signifie qu'il est difficile, voire impossible, de prédéterminer les paramètres de l'environnement que nous souhaitons observer avant de rencontrer les personnes agissant à titre d'informateurs pour une recherche, puisque ces paramètres dépendent de l'importance que les informateurs leur accordent. Bronfenbrenner se base ainsi sur les travaux du psychologue Kurt Lewin, qui s'est intéressé à la psychologie sociale, afin de souligner ce point :

« Herein also lies the explanation for Lewin's unwillingness to specify in advance the content of the psychological field: it is a terrain that has yet to be explored. Such exploration, therefore, constitutes a major task of psychological science. One needs to discover empirically how situations are perceived by the people who participate in them. » (Ibid, p.24)

D'autre part, sur le plan théorique, la place de la subjectivité dans le modèle écologique permet de le situer dans l'univers des théories appartenant à l'interactionnisme. Cette position permet également de préciser l'objet de la recherche, qui se situe dès lors dans l'interprétation des acteurs et dans le sens

qu'ils donnent à leurs expériences. Ainsi, Bronfenbrenner décrit en ces termes l'un des postulats de son approche :

« This is the thesis, expounded by psychologists and sociologists alike, that what matters for behavior and development is the environment as it is perceived rather than as it may exist in "objective" reality. » (Ibid, p.4)

## **2.4. Pertinence du modèle écologique dans la recherche auprès des autochtones**

### **2.4.1. Lien avec le territoire**

Le modèle écologique de Bronfenbrenner apparaît particulièrement pertinent pour les recherches faites auprès de personnes issues d'une communauté autochtone, premièrement en raison du parallèle qui est fait entre l'environnement physique et l'environnement social. Les liens unissant les communautés autochtones à leur territoire sont multiples. Dans plusieurs cultures autochtones, le territoire occupe une place centrale dans les mythes et légendes, transmis oralement au fil des générations. La légende de Kluskap, recueillie par l'anthropologue Speck en 1915, montre par exemple l'importance que l'île du Cap Breton revêt chez les Micmacs. À travers le périple d'un être nommé Kluskap, cette légende raconte comment les bassins, les berges et les rochers ont été créés (Hornborg, 2004). On peut également voir un exemple de lien avec le territoire sur le plan identitaire, les différentes communautés se définissant souvent par leur appartenance au territoire ancestral. Cela s'explique entre autres par le fait que, traditionnellement, le territoire et ses

ressources assuraient la survie des communautés, leur permettant de se nourrir, de se vêtir et de se loger. Les spiritualités autochtones permettent également de saisir l'ampleur du lien qui les unit au territoire. Dans un article sur la spiritualité Innue, l'anthropologue Peter Armitage suggère :

« that the non-Christian elements of Innu religious ideology cannot be properly learned unless the Innu spend time in the country. This is because the religion, like any other, is in many respects a «practical» religion; where knowledge is acquired through years of practice, hunting and handling animals, showing respect for them, dreaming about them, analyzing dreams, observing and performing ritual actions (...) But it is also because certain key elements in their religious practice and belief are directly related to the land and the animals. » (Armitage, 1992).

Ainsi, s'intéresser à ces multiples liens qui unissent les peuples autochtones à leurs terres nous permet de comprendre que la conception autochtone du bien-être et de la santé est, elle aussi, intimement liée au territoire :

« L'être humain et la terre sont liés l'un à l'autre parce que l'un ne peut survivre sans l'autre... La terre est à ce point importante pour notre vie et notre survie que nous la traitons comme une partie de nous-même. »

(Evaloardjuk et coll., 2004).

Le modèle écologique nous permettra de rendre compte de ces liens entre la santé et le territoire, mais surtout d'explorer comment cette vision de la santé agit sur l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones en milieu urbain.

#### **2.4.2. Place à la résilience**

Le modèle écologique de Bronfenbrenner permet par ailleurs d'accorder une place centrale à l'individu, particulièrement avec la révision effectuée par l'auteur dans ses travaux plus récents. Cette place permet ainsi de rendre compte de la résilience, qui, nous pensons, est indispensable à notre compréhension des enjeux autochtones. La notion de résilience a été introduite en psychologie dans les années cinquante par Bowlby, qui la définissait alors comme : « essor moral, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, qui ne se laisse pas abattre. » (Bowlby, 1992). Cette définition, qui se concentre sur la résilience individuelle, ne permet cependant pas de concevoir la résilience d'un groupe ou d'une communauté, à la suite d'un traumatisme partagé, comme le furent par exemple les pensionnats autochtones. C'est donc celle proposée par Manciaux que nous retenons, pour qui :

« La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères. » (Manciaux, 2001).

En lien avec l'utilisation des services de santé par les femmes autochtones, le choix d'un modèle laissant place à la résilience nous permettra d'explorer des moyens et stratégies mises en place par celles-ci afin de faire face à une expérience d'hospitalisation négative ou souffrante. Cependant, le concept de résilience ne doit pas faire abstraction de la nature structurelle de notre problématique, ni diminuer l'oppression qui existe sur notre population.

### **2.4.3. Le poids de l'histoire**

Tout en permettant d'explorer le pouvoir d'agir et la résilience des personnes, le modèle écologique laisse largement place à l'étude du contexte dans lequel elles se situent. En ce qui concerne les personnes issues d'une communauté autochtone, cela est primordial afin de ne pas tomber dans une perspective individualisante, qui tendrait par exemple à avoir recours à des explications comme la consommation de drogues et d'alcool, ou encore l'alimentation, afin de justifier les écarts entre l'état de santé des autochtones et celui de la population canadienne. Bien que ce type d'explication soit encore présent, notamment dans certains rapports gouvernementaux, une majorité d'auteurs semblent aujourd'hui s'entendre sur l'importance des facteurs socio-politiques, dont nous avons donné plusieurs exemples dans notre recension des écrits (Reading et Wien, 2009, Czyzewski, 2011, Allan et Smylie, 2015).

Historiquement, la recherche effectuée auprès des peuples autochtones a eu plusieurs conséquences, pour la plupart au détriment de ces derniers. Les recherches anthropologiques du dix-neuvième et du vingtième siècle ont par exemple été critiquées pour le lien qu'elles entretenaient avec le pouvoir colonial (Tuhiwai Smith, 2012). Récemment, on assiste toutefois à un mouvement de réappropriation de la recherche par les penseurs autochtones, qui tentent d'incorporer des méthodes et des théories dites autochtones. Dans un ouvrage paru en 2012, la chercheuse maorie Tuhiwai Smith plaide en faveur d'une «

décolonisation » de la recherche, en mentionnant la nécessité d'inclure une dimension historique et une perspective de justice sociale dans toute recherche portant sur une question relative aux peuples autochtones (Tuhiwai Smith, 2012). En choisissant le modèle écologique, nous souhaitons que notre recherche puisse répondre à ces exigences.

## **2.5. Application du modèle écologique à notre projet de recherche**

### **2.5.1. Élaboration de la grille d'entretien**

Le modèle écologique de Bronfenbrenner nous a d'abord permis de développer notre grille d'entretien, en ciblant certaines thématiques en lien avec l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones. Nous avons par exemple inclus certaines questions qui portaient sur le contexte socio-politique, afin de vérifier si certains éléments contextuels pouvaient avoir une influence sur la manière dont est vécue l'hospitalisation par ces femmes. Suivant la logique écologique, les questions ont donc été articulées afin de nous permettre d'explorer différents niveaux de facteurs qui peuvent avoir une influence sur la manière dont les femmes autochtones peuvent vivre un épisode de soins.

### **2.5.2. Présentation des résultats**

La présentation des résultats a également été organisée de manière à représenter divers niveaux de facteurs ayant exercé une influence sur l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones rencontrées. Les systèmes, tels que décrits par Bronfenbrenner n'ayant pas été systématiquement explorés dans nos

entretiens. Les résultats sont donc présentés selon trois thématiques, qui ne correspondent pas à un système précis. La première thématique regroupe divers facteurs relevant des interactions entre les femmes et le personnel soignant. La seconde regroupe des facteurs relevant du contexte socio-politique. La dernière regroupe des moyens et stratégies mis en place par les femmes pour faire face à l'expérience d'hospitalisation. Mises ensemble, ces trois thématiques couvrent donc plusieurs niveaux de facteurs, allant de stratégies individuelles à des éléments environnementaux. Ainsi, bien que nous ayons choisi de ne pas utiliser les systèmes comme tels, le postulat général selon lequel l'expérience est modelée par plusieurs niveaux de facteurs demeure bien présente.

### **2.5.3. Concepts transversaux**

Les concepts d'interaction, d'environnement et d'expérience, que nous avons mis de l'avant dans notre présentation du modèle écologique, sont tous présents implicitement dans notre présentation et notre analyse des résultats. Au niveau des interactions, nous avons exploré comment l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones pouvait être influencée par leurs interactions avec le personnel soignant. Au niveau de l'environnement, nous avons exploré l'influence de facteurs socio-politiques sur les interactions ainsi que sur l'expérience globale. Finalement, la notion d'expérience, qui est au centre de ce projet, correspond à celle décrite plus haut, en ce sens que nous la concevons comme subjective, et influencée par l'environnement dans lequel elle prend place.

## **CHAPITRE 3 : Méthodologie**

### **3.1. Approche privilégiée**

Notre projet s'inscrit avant tout dans un contexte de recherche qualitative, dont le principal objectif est d'étudier le sens donné à une expérience ou un comportement par un acteur et ce, dans un contexte particulier (Weber, 1965). Ainsi, la recherche qualitative, qui privilégie des méthodes qui permettront d'avoir une meilleure compréhension d'un phénomène social, apparaît comme la plus pertinente pour répondre à notre question de recherche. Selon Weber, la « Verstehen » (i.e. la compréhension) se situe donc au cœur de toute recherche de type qualitative (Weber, 1965). Généralement utilisée en sciences humaines et sociales, la recherche qualitative permet également de donner une place plus large aux interprétations des acteurs, et accorde une place centrale à leurs pensées, leurs paroles, leurs émotions et leurs comportements. Dans le cadre de notre mémoire, ce choix d'approche visait donc également à donner une plus grande place aux participantes et à leurs expériences, en leur permettant de contribuer activement au processus de création de l'information (Campenhoudt et Quivy, 2011).

### **3.2. Échantillonnage**

Notre échantillon est composé de 6 participantes, qui ont été sélectionnées en fonction de caractéristiques précises nous permettant d'étudier l'objet de notre recherche. Ce type d'échantillonnage, décrit comme théorique ou non probabiliste (Poupart, 1997), nous a permis de définir les paramètres de notre échantillon de manière à s'assurer que celui-ci nous permettrait de répondre à notre question de recherche. Ainsi, nous avons procédé à la définition de caractéristiques qui nous permettraient de constituer notre échantillon. La première caractéristique était

l'appartenance à une communauté autochtone. L'auto-identification a été retenue puisqu'il s'agit d'une définition plus inclusive que le statut, qui est essentiellement une catégorie juridico-légale. La seconde caractéristique était d'habiter la ville de Montréal. La troisième caractéristique était d'avoir vécu un épisode de soin dans un hôpital montréalais, que nous avons défini comme une hospitalisation d'une durée minimale de 3 nuits. Une dernière caractéristique a été établie par souci éthique, soit celle d'être âgé de plus de 18 ans.

Le terme autochtone étant un terme générique qui englobe plusieurs peuples, il convient d'abord de préciser l'appartenance de notre échantillon. Selon la définition contenue dans la Loi constitutionnelle canadienne, le terme autochtone englobe trois groupes : les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Ces trois groupes se distinguent par leurs langues, leurs croyances, leurs coutumes, leurs patrimoines et leurs traditions. Cependant, chacun de ces groupes englobe à son tour plusieurs nations ou communautés qui, elles aussi, se distinguent par leurs langues, leurs croyances, leurs coutumes, leurs patrimoines et leurs traditions. Ainsi, le terme «Première Nation» est également un terme générique qui se doit d'être précisé en fonction de la nation d'appartenance. (Gadacz, 2019) Il en est de même pour le terme «Inuit», pour lequel la précision se fera en termes de communautés territoriales (Freeman, 2018). Le terme « Métis», quant à lui, réfère à une nation spécifique, dispersée à travers certaines provinces de l'Ouest canadien. Dans le cadre de notre recherche, aucune participante Métis n'a été rencontrée. Notre échantillon a été constitué de 3 participantes inuites, appartenant chacune à une

communauté différente, de 2 participantes appartenant à une communauté Cri, et d'une participante appartenant à la nation Tshiloqot'in.

### **3.3. Outils de collecte de données**

Afin d'avoir accès aux subtilités de l'expérience des femmes rencontrées, nous avons choisi de conduire des entretiens semi-dirigés qui ont permis aux femmes de ne pas se limiter aux thèmes préétablis. Chaque entretien a duré environ une heure. Une grille d'entretien élaborée au préalable et contenant des questions ouvertes a tout de même été utilisée. Les questions ont été développées à la lumière de nos lectures, principalement celles portant sur les études menées sur le sujet dans l'Ouest canadien. Nous souhaitons ainsi aborder les thèmes suivants : la perception des attitudes et comportement du/des professionnel(s) de la santé rencontrés, la perception de la formation et des connaissances du/des professionnel(s) de la santé rencontrés, l'expérience globale, la comparaison avec un épisode de soin en contexte autochtone, et enfin la comparaison avec l'expérience générale au sein de la ville de Montréal. Les thèmes contenus dans le guide d'entretien ont été validés auprès de deux acteurs travaillant auprès de personnes autochtones utilisatrices de services socio-sanitaires, puis adaptés en fonction de leurs commentaires. Concrètement, ces rencontres nous ont permis de construire quelques questions sur les moyens et stratégies auxquelles peuvent avoir recours les patients afin de faire face aux pratiques discriminatoires ou au racisme perçu lors de la prestation de soins. Le guide d'entretien a également été ajusté suite aux premiers entretiens, qui

nous ont permis par exemple de reformuler quelques questions qui portaient à confusion ou qui ne permettaient pas d'obtenir l'information souhaitée.

### **3.4. Recrutement**

En raison de la nature de notre échantillon, tel que mentionné plus haut, les participants recrutés devaient présenter des caractéristiques précises. Une affiche et une lettre de recrutement ont donc été conçues afin d'explicitier ces caractéristiques et de décrire le projet de recherche. L'affiche et la lettre ont été envoyées à plusieurs organismes travaillant auprès d'une population autochtone et se situant à Montréal.

Le processus de recrutement a été plus complexe que ce que nous avions initialement prévu. Au total, près d'une dizaine d'organismes intervenant auprès d'une population autochtone ont été contactés. Trois de ces organismes ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche, dont deux se sont désistés au fil du processus. L'organisme *Montréal Autochtone* a par exemple été impliqué au début, et une intervenante responsable du volet santé de l'organisation a été rencontrée à deux reprises, avant de finalement devoir se retirer, faute de temps et de ressources humaines. Ces rencontres nous ont cependant permis de valider la pertinence de notre question de recherche et d'adapter notre guide d'entretien en fonction de certains besoins soulevés par cet acteur de terrain. Le second organisme ayant brièvement été impliqué est le *Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James*, qui est l'entité responsable d'assurer le transport et l'accompagnement

des patients des communautés Cri vers Montréal pour des soins de santé. Cependant, en raison d'un manque de ressources humaines et financières, le *Conseil Cri* s'est également désisté suite à une rencontre, qui nous a tout de même permis de valider notre guide d'entretien.

C'est donc finalement avec l'organisme *Chez Doris* que nous avons pu procéder à notre recrutement, par l'entremise de l'intervenante responsable du volet autochtone. L'organisme étant un organisme pour femmes uniquement, nous avons été contraints de redéfinir notre échantillon et de préciser notre objet de recherche, afin de nous concentrer sur les femmes autochtones. Chez Doris est un organisme desservant la population féminine en situation d'itinérance. Or, puisque l'organisme est situé dans un quartier où une population autochtone importante s'est développée, ils ont développé un programme spécifique pour les femmes autochtones, dont la plupart sont en situation d'itinérance ou de précarité. Nous souhaitons effectuer le recrutement en collaborant avec un organisme par souci de faisabilité, mais également parce que nous trouvions important d'impliquer des acteurs du milieu communautaire, qui connaissent généralement mieux les femmes et leurs réalités. De plus, cette manière de faire a aussi eu comme avantage de faciliter la création d'un lien de confiance avec les participantes, puisque la personne ressource était une intervenante en qui les femmes avaient déjà confiance.

Concrètement, le recrutement s'est échelonné sur quelques semaines. Suite à une introduction faite par l'intervenante, j'ai passé trois avant-midis dans les locaux de

Chez Doris, où les femmes étaient présentes pour un atelier de perlage. Avant son atelier, l'intervenante mentionnait aux femmes notre présence et expliquait brièvement en quoi consistait notre recherche. Celles qui souhaitaient participer étaient donc invitées à le faire le jour même. Ainsi, le fait d'être sur place a également facilité le recrutement, puisque j'ai rencontré les femmes durant les pauses, avant et après leur atelier. Au total, j'ai pu m'entretenir avec six femmes, soit environ deux par avant-midi passé Chez Doris.

### **3.5. Stratégie d'analyse**

Une fois les six entretiens complétés, nous avons procédé à la transcription *verbatim* de chacun. Toutes les transcriptions ont ensuite été relues afin d'en faire ressortir les principales catégories. Une fois les grandes catégories définies, nous avons procédé à la création d'un tableau afin d'organiser les passages clés de nos entretiens de sorte qu'ils donnent un sens aux diverses catégories. Cette méthode, celle de l'analyse de contenu, a été définie notamment par Bardin comme étant :

« un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des discours (contenu et contenant) extrêmement diversifiés. Le facteur commun de ces techniques multiples et multipliées (...) est une herméneutique contrôlée fondée sur la déduction et l'inférence. En tant qu'effort d'interprétation, l'analyse de contenu se balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité » (Bardin, 1977, p9).

Deux points essentiels se dégagent de cette définition. D'une part, l'analyse de contenu tente de donner sens non seulement aux discours (contenu), mais également à la manière de s'exprimer (contenant). D'autre part, bien que cette méthode vise à produire une interprétation aussi fidèle que possible, le produit final demeure en partie subjectif, puisqu'il dépend de deux niveaux d'interprétation : d'abord celui de l'acteur, puis celui du chercheur. L'analyse de contenu s'inscrit dans une démarche inductive d'analyse des données qualitatives. Selon Thomas (Thomas, 2006), l'analyse inductive permet :

1. de condenser les données brutes, variées et nombreuses, dans un format résumé ;
2. d'établir des liens entre les objectifs de recherche et les catégories découlant des données brutes ;
3. de développer un cadre de référence ou un modèle à partir de nouvelles catégories émergentes.

La démarche inductive permet au chercheur de créer des catégories clés, qui permettent de répondre à l'objet de la recherche, à partir des données recueillies. Cette démarche s'oppose donc à celle déductive, dont les catégories seront établies avant la collecte de données, à partir d'une cadre théorique (Blais et Martineau, 2006).

### **3.6. Considérations éthiques**

La participation à notre recherche se faisait sur une base volontaire. Chaque participante a été informée verbalement des modalités de participation, ainsi que des avantages et des risques y étant associés. Leur consentement a également été recueilli verbalement, bien que le choix de le faire par écrit leur ait aussi été donné.

La recherche faite auprès de personnes issues de communautés autochtones nous oblige à prendre des précautions éthiques supplémentaires. Nous avons donc pris connaissance du chapitre 9 de la Politique sur l'éthique de la recherche avec les êtres humains, qui porte entièrement sur la recherche visant les Premières nations, les Inuits et les Métis du Canada (*Groupe consultatif interorganisme en éthique*, 2014). Ce qui ressort comme élément essentiel est l'implication de la communauté dans tous les projets de recherche faits en contexte autochtone. Concrètement, cela se traduit généralement par la collaboration avec le Conseil de bande de la communauté. Puisque notre recherche ne porte pas sur une communauté spécifique et ne sera pas effectuée en territoire autochtone, cette collaboration sera mise en place avec l'organisme Chez Doris, qui a accepté de nous référer des femmes autochtones intéressées à participer à notre recherche. Toujours en suivant les principes du chapitre 9, la nature et le degré de collaboration ont été définis conjointement avec le même organisme. Ainsi, nous avons ensemble décidé que les participantes seraient suggérées par l'intervenante responsable du volet autochtone, qui leur présenterait le projet et les inviterait à me rencontrer si elles démontraient un intérêt.

Un petit cadeau était offert aux participantes rencontrées afin de leur témoigner notre reconnaissance. Ce cadeau était principalement symbolique et suivait la logique de l'échange, également mentionné dans le chapitre 9 de la politique. Ainsi,

en échange du partage de leurs expériences et leurs connaissances, un certificat cadeau d'une valeur de 20\$ était remis aux participantes.

La dernière mesure prise sur le plan éthique est l'engagement à produire une version simplifiée et vulgarisée des résultats, qui sera remise à des acteurs clés du milieu communautaire autochtone montréalais.

### **3.7. Limites de notre recherche**

Les résultats que nous présenterons sont le reflet de l'expérience de six femmes autochtones vivant à Montréal. Bien que nous tirerons certaines conclusions, il est à considérer qu'il s'agit d'un petit échantillon et que ces expériences ne représentent pas nécessairement celles de toutes les femmes autochtones. Au niveau linguistique, deux points sont également à considérer. Premièrement, les femmes que nous avons recrutées devaient maîtriser l'anglais afin que nous puissions effectuer les entretiens. Cela n'est pas le cas de toutes les femmes autochtones qui sont contraintes d'avoir recours aux services hospitaliers. Deuxièmement, l'anglais étant pour toutes une langue seconde, il est possible qu'elles n'aient pas pu s'exprimer avec autant d'aisance que si nous avions fait les entretiens dans leurs langues maternelles.

### **3.8. Posture du chercheur**

Le fait d'être allochtone et de mener une recherche portant sur un enjeu autochtone pose certainement plusieurs défis. Au-delà des différences culturelles et des barrières linguistiques, il existe un danger de reproduire un rapport de pouvoir avec

les participants, du moment où la personne menant la recherche n'appartient pas à une communauté autochtone. Afin de minimiser ce danger, nous avons pris certaines décisions tout au long du processus. Nous avons par exemple été accompagné par des organismes et acteurs clés autochtones, avec qui nous avons validé notre grille d'entretien et notre méthodologie. Certains efforts ont également été faits afin d'intégrer une méthodologie appartenant à la tradition autochtone, bien que cela n'a finalement pas été possible.

La portion la plus importante du travail a cependant été fait en amont du processus de recherche, en définissant notre sujet et en entreprenant une réflexion critique sur nos propres motivations à mener une telle recherche. Cette réflexion a été nourrie par plusieurs discussions et lectures, puis par des rencontres avec des acteurs clés du milieu autochtone montréalais. Tandis que nous avions au départ une crainte de produire une recherche s'inscrivant dans la tradition coloniale, ces échanges nous ont permis de mettre en place des éléments limitant ce risque.

Finalement, un travail de réflexion critique sur ce que signifie le fait d'être allochtone, aujourd'hui comme hier, et une prise de conscience des avantages que cela comporte, nous a également permis de nous préparer à mener cette recherche. Bien qu'il soit impossible d'éliminer entièrement les biais qui découle de notre identité allochtone, nous pensons avoir fait un effort suffisant afin que ceux-ci soient minimisés.

## **CHAPITRE 4 : Présentation des résultats**

### **4.1. Présentation des participantes et de l'épisode de soins**

Dans l'optique de représenter les femmes rencontrées comme plus que des patientes, nous commencerons ce chapitre en présentant chacune d'entre elles. Ces six femmes nous ont donné accès à leur expérience, dans un récit parfois empreint d'émotions, puis ont partagé avec nous des récits complexes et riches, dépassant largement l'épisode de soins.

#### **4.1.1. L.**

L. est une jeune femme inuite qui a grandi dans la communauté de Puvirnituk, dans le nord du Québec. Sa langue maternelle est l'inuktitut, mais L. a appris l'anglais à l'école de sa communauté. Elle a quitté sa communauté il y a 12 ans, alors qu'elle avait à peine 16 ans, pour donner naissance à Montréal, les soins obstétriques étant très limités dans sa région natale. Peu de temps après son accouchement, L. a perdu la garde de son enfant, qui a été placé en protection de la jeunesse. L. n'est finalement jamais retournée à Puvirnituk. Elle s'est rendue à l'hôpital quelques mois avant notre rencontre, pour son deuxième accouchement. L. participe régulièrement aux activités culturelles autochtones offertes au centre Chez Doris.

#### **4.1.2. M.**

M. est une femme cri dans la cinquantaine. Elle est née dans un territoire cri à l'est de Prince Georges, en Colombie-Britannique. Elle a quitté sa communauté avec le reste de sa famille alors qu'elle était enfant. Elle a vécu plusieurs années à Vancouver, avant de venir s'installer à Montréal avec sa fille il y a 13 ans. M. a décidé de quitter Vancouver pour fuir une situation de violence conjugale. M. parle un anglais presque parfait, mais continue à parler le Cri avec sa fille. Elle a été hospitalisée pendant plusieurs semaines après s'être fait frapper par une voiture. M. fréquente le centre Chez Doris pour se retrouver avec des membres de sa communauté.

#### **4.1.3. N.**

N. est la fille de M. Elle est donc née à Vancouver, bien qu'elle appartienne également à une nation Cri. N. a appris sa langue maternelle et l'utilise pour communiquer avec sa mère. Elle s'est installée à Montréal avec sa mère lorsque celle-ci a quitté son père. N. a aujourd'hui 32 ans. Lors de son hospitalisation, six mois avant notre rencontre, N. se trouvait en pénitencier pour bris de conditions. Elle a dû être transportée à l'hôpital pour traiter une fracture de la mâchoire. Comme sa mère, N. fréquente le centre Chez Doris pour se retrouver avec des membres de sa communauté.

#### **4.1.4. A.**

A. est née dans la communauté inuite d'Akulivik, située à l'extrémité nord-ouest du Québec. Elle fêtera cette année son soixantième anniversaire. Elle a quitté sa région natale il y a 16 ans, pour fuir une situation de violence conjugale. Elle s'est établie depuis à Montréal, où l'une de ses filles est venue la rejoindre. A. a appris un anglais presque parfait étant enfant, alors qu'elle fréquentait une école gérée par des religieuses. Elle préfère cependant parler sa langue natale, l'Inuktitut. A. a été transportée à l'hôpital après avoir perdu conscience en marchant à l'extérieur. A. fréquente le centre Chez Doris pour rencontrer des femmes de sa communauté et participer aux activités culturelles autochtones.

#### **4.1.5. S.**

S. est une femme de 38 ans d'origine inuite. Elle est née dans la communauté nordique de Kuujjuaq. S. est à Montréal depuis 4 ans. Elle est arrivée par transport médical suite à des blessures importantes infligées par son conjoint de l'époque. Peu de temps après son arrivée, une connaissance de S. lui a offert de l'héroïne. Rapidement, elle est devenue dépendante et n'est jamais retournée dans sa communauté. S. est présentement en situation d'itinérance. Environ un an avant notre rencontre, S. a été happée par une voiture et a dû subir une amputation à la jambe. L'amputation a été compliquée et S. a été réadmise à l'hôpital il y a 3 mois pour traiter une infection. S. fréquente le Centre Chez Doris pour subvenir à ses besoins de base.

#### **4.1.6. C.**

C. appartient à la nation Tshiloqot'in. Elle est née dans la ville de William's Lake, en Colombie-Britannique. Elle est venue à Montréal pour son travail et y habite depuis maintenant 20 ans. Aujourd'hui dans la mi-quarantaine, C. travaille pour les ressources humaines du gouvernement québécois, où elle est conseillère aux affaires autochtones. C. a été hospitalisée plusieurs nuits le mois précédent notre rencontre, après avoir perdu conscience alors qu'elle se trouvait chez elle. C. fréquente le centre Chez Doris pour participer aux activités culturelles autochtones.

#### **4.1.7. Profils variés**

Il ressort de ces présentations que les six femmes rencontrées présentent des profils variés, notamment au niveau socio-économique. Tandis que C. occupe un bon emploi

et a une source de revenu stable, S. est en situation d'itinérance et dépend du centre Chez Doris pour subvenir à ses besoins de base. Les autres femmes se situent à mi-chemin entre ces deux femmes, qui représentent donc des pôles opposés dans les statuts socio-économiques de notre échantillon. Ces variations de profils sont soulignées parce qu'elles peuvent également influencer la manière dont est vécue l'hospitalisation par chaque femme. Ainsi, pour celles se situant plutôt du côté de S., le fait de présenter un profil socio-économique pauvre représente une caractéristique qui s'ajoute à celle d'être autochtone et qui pourrait représenter un facteur de discrimination également.

#### **4.2. L'expérience de soins : les éléments relevant des interactions entre les femmes et le personnel soignant**

La première dimension de l'expérience de soins que nous explorerons est celle qui rassemble l'ensemble des éléments relevant des interactions entre les femmes rencontrées et le personnel soignant. Lors de nos entretiens, cinq éléments relevant de ces interactions ont été soulevés : la perception de préjugés dans le discours du personnel soignant, la perception de discrimination dans les soins reçus, le fait de voir les professionnels de la santé comme des figures d'autorité, la présence de barrières communicationnelles et le sentiment de ne pas être écoutées.

##### **4.2.1. La perception de préjugés dans le discours du personnel soignant**

La perception de préjugés dans le discours du personnel soignant a été mentionnée par la plupart des participantes. Ce sont, pour la plupart, des préjugés qui circulent

au sein de la population en général, mais qui, dans ce contexte, ont été véhiculés par des infirmières ou des médecins à l'égard de leur patiente autochtone :

« And the nurse told the doctor I had a sexually transmitted disease, but it wasn't true. It was a bladder infection, I never had any sexually transmitted diseases... And I heard the nurse say that to the doctor, she was pointing at me. And I said no, that's not true, and then the other nurse looked at me and said «oh, her? Oh my god, yeah she must have an STD » (M.)

« I was in pain but they would not believe me. And not just that one time, but everytime I go to the hospital, the first thing they say is «oh, she's drunk, we will wait for her to sober up and then the doctor will go see her. » (N.)

Dans ces exemples, les préjugés ont été relevés dans une conversation entre deux professionnels, mais impliquaient directement la patiente. Une participante mentionne d'ailleurs s'être sentie « invisible » en entendant une conversation à son sujet entre deux professionnels qui se trouvaient juste à côté d'elle. Pour d'autres, les préjugés ont été relevés dans un échange où le personnel s'adressait à elles directement :

«Well, one time, someone told me «We don't treat savages». One time, one nurse told me that...» (S.)

« Yes, there were many comments made... Most of them were on the fact that I am hypoglycemic and the nurse found it really funny because usually First Nation people have more of a tendency towards diabetes. She kept asking me if I was a real Indian. » (C.)

L'ensemble des préjugés rapportés relèvent de croyances négatives qui sont associées aux personnes autochtones, parmi lesquelles la consommation de substances comme la drogue et l'alcool ont été les plus mentionnées :

« Well because we are Inuk they just think that we are all drunks » (L.)

Lorsqu'on leur demande à quoi elles associent la présence de préjugés dans le discours du personnel soignant, c'est l'appartenance à une communauté autochtone qui est le plus souvent évoquée. Pour elles, il est clair que ce type de discours est lié à leur identité culturelle :

« When I said that my Medicare was covered by Indian Affairs, she kind of rolled her eyes in front of me... So I think it was because of my origin. » (C.)

« And I can tell just by my own experience, it's clear that the fact I am native bothers people. The doctors, the nurses, the security guards even, it bothers them. Almost all of them. » (N.)

#### **4.2.2. La perception de discrimination dans les soins reçus**

La perception de discrimination dans les soins reçus a été soulevée par toutes les femmes rencontrées et renvoie à l'impression qu'elles ont eu d'avoir été traitées différemment lors de leur hospitalisation :

« We don't get treated like normal people. » (A.)

« It's harder for us to be looked at like human beings. » (C.)

Ce type de traitement est lié à la présence de préjugés, mais il se manifeste dans les attitudes plutôt que dans le discours, et peut avoir des impacts sur les soins donnés par les médecins et les infirmières. Pour plusieurs des participantes rencontrées, la

discrimination a été perçue dans la manière dont les médecins et infirmières ont traité leur douleur :

« I guess because I am Inuk they treat me some way. Yes, I have been treated bad because of that. They don't ever take your pain seriously, they think I am just another drunk Inuit girl and my pain is not important. Just, like, because the way we look they think we are all the same. » (L.)

« So, he didn't want to give me any medication...And euh... I needed more, and euh... And I wasn't using drugs... anything like that... I was just in pain, but that wasn't enough for them. My pain wasn't enough for them to give me medication. » (N.)

On peut concevoir facilement que cette manière de traiter la douleur est liée à l'ensemble des stéréotypes sur la consommation excessive au sein des communautés autochtones, et qu'elle est donc liée à la présence d'un préjugé de la part du personnel hospitalier.

Mis à part la gestion de la douleur, la discrimination a aussi été perçue en lien avec les soins nataux et périnataux:

« It's like if they see an Inuk girl that is pregnant, they already decide that she's not going to be a good mother, without even meeting her and talking to her » (L.).

Bien qu'une seule de ces femmes ait été hospitalisée en lien avec un accouchement, plusieurs d'entre elles ont mentionné la présence de pratiques discriminatoires entourant la maternité, qui repose essentiellement sur la présomption de faibles capacités parentales, et qui se traduit par le placement du nouveau-né en services de protection de l'enfance :

« Well, you know, a lot of native women have to come down here to give birth and they end up coming back home without their baby. It happens to a lot, and personally I know of a lot of native friends that it happened to.» (N.)

Comme pour la perception de préjugés dans le discours, les femmes rencontrées attribuent également la discrimination qu'elles ont ressentie à leur identité culturelle:

« they hate treating Inuit or First Nations people and it's very clear in how the doctors and nurses act towards us. » (S.).

La perception de discrimination dans les attitudes et les soins est vécue par certaines de manière très émotive. Une importante tristesse peut être ressentie dans le récit qu'elles font de ces moments :

« I felt like a guinea pig, they would just come in and take my blood without explaining anything... they came in the room and wouldn't say a word...» (A.).

L'une d'entre elles explique d'ailleurs que, pour elle, cela est encore plus blessant, puisqu'il s'agit d'une partie de son identité qui est perçue négativement, mais sur laquelle elle ne peut pas agir :

« The fact that I am homeless, yes, I can change it, but my origin... I can't do nothing about it. » (S.).

De manière générale, peu importe le type de discrimination perçue, on peut voir le caractère déshumanisant que les femmes associent à leur expérience d'hospitalisation dans les mots qu'elles choisissent pour nous en faire part : *guinea pig, lesser human, not a normal person.*

#### **4.2.3. Les professionnels de la santé comme figures d'autorité**

La perception de préjugés et de discrimination rapportée par les femmes se répercute, pour certaines, dans la manière dont elles conçoivent les professionnels de la santé. Dans les récits, on observe que les médecins, et parfois les infirmières, sont présentés comme des figures d'autorité :

« The doctor says something, it's the truth, that's how it is.... » (A.)

« Like, with me, I just do what the doctor says or the nurse says, even if I don't agree. » (N.)

En les questionnant à ce sujet, il semblerait que cela soit lié au fait qu'elles ne se sentent pas respectées par les professionnels et donc, qu'elles ne sentent pas qu'elles ont la place pour être en désaccord avec eux :

« I would say I was the one that had to be listening to what they were saying, I didn't feel like I could really say a word. » (A.)

Une des femmes, qui a fréquenté une école gérée par une communauté religieuse, fait le parallèle avec l'éducation qu'elle a reçue:

« I just grew up listening to people... white people... Teachers, priests... now doctors... we learned to listen to them and to not ask questions so... I guess that's something we all do now... » (A.)

Dans cet extrait, on peut également voir qu'elle conçoit ses rapports aux allochtones comme comportant une distribution inégale de pouvoir, qui se manifeste donc dans son rapport aux médecins et qui est liée plus à son origine qu'à sa profession.

Cela traduit possiblement un sentiment de n'avoir aucun pouvoir, voire aucune valeur, ce qui est probablement lié, entre autres, aux discours et attitudes qu'elles perçoivent de la part des professionnels:

« I mean, we're shit to them. Not even shit, we are less than shit. » (L.)

#### **4.2.4. La présence de barrières communicationnelles**

Bien que toutes les femmes rencontrées parlent l'anglais, la présence de barrières communicationnelles a été soulevée par deux d'entre elles. Puisque la connaissance de l'anglais faisait partie des critères de recrutement, il est possible que cet enjeu soit plus important au sein de la population autochtone en général. D'ailleurs, les deux femmes qui l'ont soulevé ont précisé qu'il existait une portion de la population autochtone qui ne connaissait ni l'anglais ni le français :

« Yes, most of us we can speak English, sometimes even French. But that's not the case for everyone. Especially for the older generation. » (A.)

Ainsi, bien que les barrières communicationnelles soient moins importantes au sein de notre échantillon, celles-ci n'en demeurent pas moins une inquiétude pour certaines, qui se questionnent à savoir ce qui leur serait arrivé si elles n'avaient pas appris l'anglais :

« But if I spoke only Inuktitut, then what would have happened ? » (A.)

« But I had to really argue with them, so if I wasn't persistent then... I don't know what would have happened. I mean, imagine if my English was not good enough for me to defend myself... » (C.)

Pour l'une d'entre elles, il s'agit même d'une priorité soulevée pour améliorer la prestation des soins envers les patients autochtones :

« And the communication issues, everyone should be entitled to have access to a translator, when they can't communicate in English or French... » (C.)

#### **4.2.5. Le sentiment de ne pas être écouté**

La plupart des femmes rencontrées ont mentionné, d'une manière ou d'une autre, ne pas s'être senties écoutées par le personnel soignant. Lorsqu'on leur a demandé de comparer les soins reçus dans leur communauté à ceux reçus à Montréal, par exemple, deux d'entre elles ont mentionné qu'elles se sont senties plus écoutées dans leur communauté :

« Well here they don't ever listen to you. » (L.)

« The ones that come back home, they are more sensitive and I feel like they listen a lot more.» (S.)

L'écoute des professionnels a aussi été mentionnée comme proposition pour l'amélioration des soins auprès de la clientèle issue d'une communauté autochtone. Voici deux exemples de réponses obtenues lorsqu'on leur a demandé comment les soins pourraient, selon elles, être améliorés :

« just anyone asking about what we could need or want, like you are doing now... »  
(A.)

« Just to listen... Take the time to listen to us, yeah » (M.)

Ce sentiment de ne pas être écouté n'est pas indépendant des caractéristiques précédentes des interactions entre les femmes autochtones et le personnel soignant. La perception de préjugés dans les interactions et de discrimination dans les soins reçus, de même que la position d'autorité accordée aux professionnels, sont des facteurs pouvant contribuer à exacerber ce sentiment. Pour une des femmes rencontrées, le manque d'écoute est associé à une image négative des personnes autochtones :

« maybe if they stopped seeing us as garbage, they would actually hear us, listen to us. » (L.).

### **4.3. Éléments contextuels**

L'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones rencontrées est également influencée par des éléments du contexte qui se situe en dehors des murs de l'hôpital. Les entretiens ont ainsi permis d'identifier au moins cinq éléments qui agissent sur l'expérience de soins, mais qui relèvent de facteurs sociaux et politiques. Ces éléments sont : le manque de formation des professionnels de la santé sur les réalités autochtones, l'influence du discours médiatique sur la perception des professionnels envers les femmes autochtones, la présence de différentes visions de la santé, et le manque d'option alternative de soin.

#### **4.3.1. Le manque de formation des professionnels de la santé sur les réalités autochtones**

Le premier élément a été soulevé par l'ensemble des femmes rencontrées et concerne la formation des professionnels de la santé, qui semble insuffisante en termes de connaissances et compétences relatives aux réalités autochtones. Une

participante explique par exemple qu'elle perçoit un certain malaise de la part des infirmières et des médecins qui sont appelés à intervenir avec des personnes issues d'une communauté autochtone :

«They don't seem to really know what to do with us or how to act round us. » (S.).

Ce malaise a également été observé par une autre participante, qui l'attribue clairement au manque de formation :

« It's more about how they behave towards us that you can tell they are missing some very basic training » (L.).

En plus du manque de compétence, certaines participantes mentionnent que les connaissances que les professionnels peuvent avoir à leur sujet sont obsolètes ou erronées :

« It's like they don't even know that some of us have jobs, or even homes. And they went to school for years so it's like, how can they not be aware of what's going on? » (L.)

« It seems like they would be surprised to learn we don't actually live in igloos. »

(A.)

Une d'entre elles attribue cette désinformation à la présence de stéréotypes sur les autochtones présents au sein de la population :

« I think the only knowledge they have comes from what they read or hear about us. And most of it isn't even true... » (M)

De manière générale, les femmes semblent toutes penser que les médecins et les infirmières pourraient bénéficier d'une formation spécifique sur les réalités autochtones, ce qui n'est pas présentement le cas :

« I think they should really educate themselves more. Actually, I am not sure it's even their responsibility, it should just be integrated in their program, like in school. Especially in the classes here in Montreal. » (N.)

« I think it's really important that everyone is educated on aboriginal issues, more of the cultural awareness that should be present in every curriculum. » (C.)

Bien qu'elles nomment clairement des lacunes au niveau de la formation des professionnels, deux nuances se dégagent des entretiens que nous avons eus. La première nuance concerne la formation médicale reçue par les professionnels, qu'elles jugent très adéquate :

« And, I mean, they are very well trained in medical stuff, obviously, but it seems like it's not enough... » (N)

« Like, they are very well trained and the services are good, like medically. » (L.)

La deuxième nuance est que la responsabilité du manque de formation des professionnels ne leur est pas nécessairement accordée pleinement. Une des femmes rencontrées nous a mentionné qu'elle considérait qu'ils faisaient de leur mieux avec les connaissances qui leur ont été transmises :

« Honestly, I think that they do the best they can. And to be honest, they are not entirely to blame, because if that's all they ever hear about us, then why would it be any different when they meet us? » (L.)

Une autre femme, quant à elle, précise que c'est aux institutions d'enseignement que revient la responsabilité d'inclure des éléments de formation sur les compétences culturelles :

« I think it's really important that everyone is educated on aboriginal issues, but it's more about the curriculum itself... the cultural awareness should be present in every curriculum. » (C)

#### **4.3.2. Influence du discours médiatique**

Le second élément a, lui aussi, été soulevé par toutes les femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues et concerne l'influence des médias sur la perception des personnes et communautés autochtones. En parlant du manque de connaissances du corps médical sur les réalités autochtones, plusieurs femmes ont mentionné le rôle joué par les médias dans la construction d'une image stéréotypée des personnes autochtones :

« They don't know anything at all about indigenous issues. They only know what is being talked about in the media, which is rarely good. » (L.)

« It seems to me like everything they know about us is what gets portrayed out there, like in the papers and stuff... »(N.)

« I think the things they know are mainly what they read in the paper or hear in the radio. » (S.)

Comme le mentionne L., ce qui est véhiculé par les médias en lien avec les personnes et communautés autochtones est rarement positif. Les femmes

rencontrées semblent être très conscientes de la manière dont elles sont représentées :

« But you just have to open the paper or turn on the news and you can find all the same things being said about us... all the horrible stuff. » (A.)

Au sein du corps médical, l'influence des médias peut être encore plus dommageable, puisqu'elle peut se répercuter dans les soins donnés, notamment dans les soins entourant la gestion de la douleur :

« I mean, why do you think that doctor assumed my friend was drunk, you know? And not just her, but all of us, even me when I was asking for pain medication, they thought I was a junkie. Why do you think it's like that? Because that's all we ever hear about natives. It's the only thing out there about us, it has been the only image of us for a long time now. » (N.)

Il est cependant clair pour plusieurs femmes que cette influence médiatique ne se limite pas aux professionnels de la santé. Ainsi, deux d'entre elles pensent que, pour que l'expérience de soins soit plus positive, des changements sociaux sont nécessaires, en passant notamment par un changement dans la manière dont les personnes et les communautés autochtones sont représentées :

« I think the first thing would be to change the way we are being represented in the media. It has influenced a lot of the population for years now and it's time to change that. » (C.)

« I think that it's a lot bigger than just the doctors and the nurses. I think it has a lot to do with representation, with how natives are being portrayed or talked about. That's what needs to change. And then everything else could start changing, from that. » (N.)

### 4.3.3. Différentes visions de la santé

Pour la majorité des femmes rencontrées, l'expérience d'hospitalisation a permis de mettre en lumière d'importantes différences entre leur vision de la santé et la vision occidentale, à laquelle le corps médical adhère. Alors que la santé est conçue principalement selon des paramètres biomédicaux par les médecins et les infirmières, ce n'est pas nécessairement le cas pour les femmes autochtones :

« Back home, we have a very different way of seeing health and of preserving our health. Health is a lot bigger than just the individual for us. It's about the family, the community, the culture, the land. » (L.)

Ainsi, pour plusieurs femmes autochtones, la santé est conçue de manière plus holistique et ne peut pas se résumer aux paramètres auxquels les professionnels s'intéressent. L'une d'entre elles nous explique par exemple que, pour elle, la santé est intimement liée au territoire :

« We are connected to the land more than just spiritually. We feed on the land and its resources and so if the land is not healthy then how can we be ? » (L.)

De manière concrète, on peut constater les impacts de ces différentes visions de la santé dans l'insatisfaction des femmes envers les traitements et soins proposés par les professionnels, notamment en lien avec la prescription de médication.

« Yeah, for starters I don't believe in prescription, hum... I think a lot of the medication makes people sick, so there is a lot of alternative ways I like to care for myself. » (C.)

« We don't treat illness the same way... For me, I have iron deficiency and the best medicine is seal's blood. It works a lot better than how they treat it here, with medication. » (S.)

« I don't like to use medication to treat the pain... My doctor, he prescribed me oxycodone for the pain in my wrists but I never took it... I don't take aspirin, I don't believe in it... » (M.)

Bien qu'il y ait d'importantes différences entre les visions autochtone et allochtone de la santé, cela ne signifie pas nécessairement que les femmes adhèrent à une seule. En fait, parmi celles que nous avons rencontrées, certaines conçoivent leur vision de la santé comme étant complémentaire à la vision occidentale. En fonction du besoin, certaines choisiront parfois d'avoir recours à la médecine occidentale ou non :

« Western medicine is very efficient with these types of issues, in emergency situations it's very good. I just don't think they know how to get people to be healthy in all the ways a healer can. » (C)

Bien que la vision de la santé de ces femmes soit caractérisée par une complémentarité avec la vision occidentale, elles observent que ce n'est pas le cas au sein du corps médical, qui démontre plutôt une fermeture à toute autre forme de savoir :

« Usually they could not care less about anything that's herbal or euh... they just push the pharmaceutical, in my point of view... » (C.)

Il semble même que cette fermeture laisse chez certaines un goût amer, puisque certains éléments appartenant à la culture occidentale leur ont été imposés dans le passé :

« Well, I think both our cultures have something to learn from the other ... I mean, we had no choice but to take part of your culture, but some of it is good. But you, maybe you could learn also a few things from us... » (S.)

#### 4.3.4. Le manque d'options

Pour certaines des femmes autochtones rencontrées, l'expérience d'hospitalisation est caractérisée par le fait qu'il n'existe pas d'option alternative de soins à Montréal, qui s'accorderait mieux avec leur vision de la santé. Une des femmes nomme d'autres grandes villes canadiennes où il existe par exemple des centres de santé destinés aux personnes issues d'une communauté autochtone :

« In BC, or even Ontario, many big cities have indigenous health centers. But here in Montreal, there's nothing like that. » (M.)

Cette même femme donne également comme exemple d'alternative la présence de médecins qui se spécialisent dans le traitement des personnes autochtones, comme son médecin de famille, qui pratique en Saskatchewan. Pour elle, cela fait une différence au point de faire le voyage pour ses rendez-vous médicaux :

« I have a family doctor that's quite good back in Saskatoon and so I travel back and forth. I love him he's very good, yeah... If it means I feel safe, then I don't mind going that far to see him » (M.)

Les autres femmes rencontrées, cependant, n'ont pas d'autres options de soins que les cliniques et hôpitaux publics de la métropole. Cela signifie donc que, la plupart du temps, le recours à l'utilisation des services hospitaliers se fait à contrecœur :

« And honestly, if I had other options, I don't think I would ever go back. But in the meantime, it's not like I have a choice, really. » (N.)

Dans leur communauté d'origine, les femmes ont la plupart du temps l'option d'obtenir les soins d'un guérisseur. Quatre des six femmes rencontrées en ont déjà fait l'expérience et y recourraient encore, si elles en avaient la chance. L'une d'entre elles explique ce que cela signifierait pour elle que d'avoir à Montréal un endroit où elle pourrait retrouver ce type de soins:

«Having a place where we can see a healer, someone that knows our needs and our beliefs. That's what's missing. A way for us to be connected to our culture, to our home, to our people. And it would make sense for us, having the option to choose, you know. » (L.)

#### **4.4. Les moyens et stratégies mis en place par les femmes autochtones**

Le troisième thème dont nous discuterons comprend les moyens et stratégies mis en place par les femmes autochtones pour faire face à leur expérience d'hospitalisation. Ces moyens et stratégies incluent : l'utilisation du rire, l'utilisation du « nous », la mise de côté de certaines croyances et l'utilisation différenciée des services de santé d'urgence.

##### **4.4.1. L'utilisation du rire**

Les récits des femmes que nous avons rencontrées faisaient tous état d'une expérience d'hospitalisation plutôt négative. Nous avons vu jusqu'à présent plusieurs exemples de la valeur négative qu'elles accordent à leurs interactions avec les professionnels de la santé, ainsi qu'aux éléments contextuels entourant leur hospitalisation. Pourtant, dans la manière dont les femmes présentent leur expérience, le rire occupe une place importante et ce, pour toutes les femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues. La transcription des entretiens

illustre bien la présence de rire, souvent juxtaposée à la description d'une expérience pénible ou émotive :

*« I can't imagine what it must feel like.*

Yeah (laughs). It's hard (laughs). » (N.)

*« In what context did you leave your community?*

I had this abusive husband for... 12 years...I got tired of ... getting makeup on my face... hiding black eyes...(laughs). » (A.)

Lorsqu'elles sont questionnées sur la place qu'elles attribuent au rire, certaines femmes disent clairement qu'il s'agit d'un moyen mis en place afin de rendre moins pénibles des événements qui le sont :

*« It's like, talking about it won't make it better all of a sudden. But when we laugh and make fun of the doctors, it helps a bit. It helps a bit, yeah, to laugh and to smile. » (L.)*

*« I guess that for me, if I laugh about it, it becomes less painful. » (S.)*

*« We always did it, even back home, we make all kinds of jokes, all the time. And so we do it here also, when we get together. I guess it's our way of healing. I don't know. » (N.)*

On voit donc que le rire joue un rôle de dédramatisation dans le récit que les femmes font de leur expérience de soin. Il est par ailleurs intéressant de noter qu'une des femmes établit un lien entre le rire et la santé. Pour cette dernière, rire est un moyen de conserver une bonne santé :

*« To be healthy I think you need to be happy and laugh. » (M.)*

#### **4.4.2. L'utilisation du « nous »**

Un autre élément qui ressort de la manière dont les femmes racontent leur expérience d'hospitalisation est l'utilisation qu'elles font du « nous ». Tandis que l'hospitalisation est une expérience faite de manière individuelle, les femmes se réfèrent souvent à leur groupe d'appartenance pour en faire le récit. L'extrait qui suit démontre cette référence qu'une femme fait à sa communauté d'appartenance :

« I let them do the tests because I know that's just what they do when us Inuk girls go to the hospital to give birth » (L.)

Souvent, lorsqu'une question individuelle leur était posée, les femmes répondaient de manière à inclure leur groupe d'appartenance dans leur réponse :

« Yes, I would. I think we all would. » (L.)

« Yes. Not just for me but for all of us. » (N.)

Dans le même sens, lorsqu'elles devaient décrire leurs sentiments, les femmes répondaient souvent avec le « nous », plutôt qu'avec le « je » :

« It feels like we are guinea pigs, no one talking to us... » (A.)

« It's like we are all invisible, that's how I would describe it. » (S.)

Lorsqu'on leur demandait d'expliquer qui était inclus dans ce « nous », les réponses de toutes les femmes abondaient dans le même sens : « us natives », « us Inuks », « us indigenous people ».

#### **4.4.3. La mise de côté de certaines croyances**

Dans une moindre mesure, nous avons relevé que certaines des femmes rencontrées choisissaient de ne pas partager certaines de leurs croyances avec le corps médical. Cette mise de côté de certaines croyances relatives à la santé s'exprime notamment

par une ambivalence quant aux recommandations de traitement, qui fait en sorte que les femmes suivront les recommandations le temps de l'hospitalisation, mais cesseront à leur retour à la maison :

« When I'm there, I just do what they say. At home, it's different. They are not there to tell me what to do. » (N.)

« Of course, when I'm at the hospital and they give me a something I'll take it, but then I stop when I leave. » (S.)

« It's like, when the doctor gives me a prescription I take the paper but I know I'll never actually go to the pharmacy to fill it (laughs). They don't need to know that. » (L.)

Pour certaines, il s'agit d'une manière de se protéger du jugement potentiel des professionnels face à leurs croyances :

« I mean I would never say anything about my beliefs or my culture. Even my spirituality, I would not talk to them about. It's not like they would care or try and understand. » (L.)

Pour d'autres, ce choix relève plutôt d'une manière de préserver leur spiritualité, qu'elles considèrent comme quelque chose d'intime :

« My spirituality is very important to me. That's why I don't share it with them in the hospital. I only share it with people that are respectful. We all do it like that. It's a way to protect what is ours. Among us we are free to share it and live it. But in hospital, no. I don't. » (C.)

#### **4.4.4. L'utilisation différenciée des services de santé d'urgence**

Il semble que la stratégie la plus répandue parmi les femmes que nous avons rencontrées afin de minimiser les expériences d'hospitalisation soit d'éviter le plus

possible d'avoir recours aux services d'urgence. Cela résulte en une utilisation différenciée des services de santé d'urgence au sein de cette population. Parmi les six femmes autochtones rencontrées, cinq d'entre elles ont mentionné qu'elles évitent généralement d'avoir recours aux services de santé et qu'elles se rendent à l'hôpital seulement après plusieurs jours de symptômes :

« I usually wait the most I can before going to the hospital. If I have pain, then I try to tough it out and if it goes away then I don't go. I can wait for many days and then I will end up going if it's really unbearable. Yeah, I would say I do try to avoid it. » (L.)

« Well, I don't really want to go back to a hospital, I usually will wait until the pain is really bad before I go... » (A.)

« Uhhmm... I would still go, in certain situations, but only if I felt it was absolutely necessary. I wouldn't just go for everything, it really has to be an emergency » (C.)

L'utilisation différenciée que font les femmes autochtones des services hospitaliers d'urgence fait en sorte qu'à leur arrivée aux urgences, elles présentent des cas qui requièrent plus de soins :

« Yeah, I wait and hope it goes away so I don't have to go... Like, I had my broken jaw for more than two weeks before going to the hospital... Like I just waited, thought maybe it would heal by itself, you know. Until someone told me "something's really wrong with you face you have to go to the emergency". But even then, I didn't want to go to the hospital. When I ran out of Tylenol I decided to go, cause the pain was becoming unbearable, and it wasn't going away at all. Then, when I arrived at the hospital the doctors told me my jaw was broken in three different places, so...» (N.)

« Right. Like, for example another time I had broken my leg and it took 5 days before I decided to go. My grandson had to push me around the house. And he kept telling me to go but I didn't want to go but... finally I had to go (laughs)... Yeah, I just wait until the last minute really. » (M.)

Dans certains cas, le rapport différencié qu'entretiennent les femmes avec les soins et services médicaux se poursuivent après l'hospitalisation. Cela se traduit par exemple par une non observance des traitements prescrits ou recommandés, comme pour N. S. et L. qui expliquent qu'elle cessent souvent le traitement par médication à leur sortie de l'hôpital.

#### **4.5. Liens entre les trois dimensions de l'expérience d'hospitalisation**

Les trois dimensions de l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones que nous avons explorées, c'est-à-dire les interactions entre patients et professionnels, les éléments du contexte sociopolitique, puis les moyens et stratégies mis en place par les femmes pour faire face à l'expérience d'hospitalisation, doivent être conçues comme interdépendantes. Plusieurs éléments relevant du contexte sociopolitique exercent par exemple une influence sur la manière donc les interactions avec les professionnels de la santé sont construites, mais également sur la manière dont elles sont vécues par les patientes, tandis que les moyens et stratégies mis en place sont directement influencés par ces interactions. L'expérience globale d'hospitalisation est ainsi caractérisée par la somme des trois dimensions.

## **CHAPITRE 5 : Discussion**

Le présent chapitre se divise en deux parties. Nous présenterons d’abord une brève synthèse des résultats de notre recherche, puis discuterons de ceux-ci, d’abord en lien avec la littérature, ensuite en lien avec certaines recommandations du rapport de la Commission d’enquête sur les relations entre les autochtones et les services publics, afin de proposer des pistes d’action qui pourraient améliorer la manière dont est vécue l’hospitalisation par les femmes autochtones à Montréal.

### **5.1. Synthèse des résultats**

Le chapitre précédent présentait les résultats de la recherche menée auprès de six femmes autochtones, en lien avec leur expérience de soins dans un hôpital

montréalais. Nous avons dans un premier temps présenté les éléments relevant des interactions qu'elles ont eues avec le personnel soignant. L'analyse de ces interactions a permis de mettre en lumière qu'une majorité de ces femmes ont perçu certains préjugés dans le discours des professionnels à leur égard, notamment en lien avec l'abus potentiel de substances. Elles ont également perçu la présence de discrimination dans les soins qu'elles ont reçus, principalement en lien avec la gestion de la douleur. Globalement, les femmes rapportent qu'elles ne se sont pas senties écoutées et qu'elles se sont senties inférieures aux professionnels, qui agissaient selon elles comme des figures autoritaires. À cela s'ajoutent les barrières communicationnelles, mentionnées par certaines d'entre elles.

Dans un deuxième temps, nous avons présenté des éléments relevant du contexte sociopolitique ayant exercé une influence sur l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones rencontrées. Le manque de formation des professionnels de la santé sur les réalités autochtones a été identifié comme facteur influençant négativement l'expérience d'hospitalisation, de même que l'influence du discours médiatique envers les personnes et les communautés autochtones. Les effets combinés de ces deux facteurs semblent favoriser l'adoption d'une vision stéréotypée des patientes autochtones, en fonction de leur appartenance à une communauté autochtone. Le fait que les différentes cultures autochtones tendent à avoir une vision de la santé qui diffère de la vision occidentale est un autre facteur qui influence l'expérience d'hospitalisation. L'organisation des services de santé fait cependant en sorte que les femmes autochtones de Montréal ont peu d'options

de soins alternatifs et qu'elles sont donc souvent contraintes d'utiliser les services hospitaliers.

Les femmes autochtones rencontrées ont développé certaines stratégies afin de faire face à leur expérience d'hospitalisation, que nous avons abordées dans un troisième temps. Le discours qu'elles adoptent pour parler de leur expérience indique qu'elles utilisent le rire et la référence au groupe afin de rendre le récit moins négatif. En termes de moyens concrets, certaines des femmes mettent partiellement de côté leurs croyances relatives à la santé lors de l'hospitalisation, afin de diminuer le jugement de la part des professionnels. De manière plus importante, l'ensemble des femmes autochtones que nous avons rencontrées en viennent à éviter ou retarder le recours aux services hospitaliers, afin de ne pas avoir à subir l'ensemble des éléments interactionnels et contextuels mentionnés plus haut.

## **5.2. Discussion**

### **5.2.1. Liens avec la littérature**

Les mouvements de migration urbaine des autochtones sont un phénomène récent, en particulier au Québec. L'intérêt d'effectuer des recherches auprès de cette population est donc lui aussi récent, faisant en sorte qu'il s'agit d'un objet de recherche peu développé. Dans l'ouest du Canada, où la présence autochtone dans les grandes villes et leur expérience face aux services ont été reconnues plus tôt, au moins trois études ont été faites en lien avec l'hospitalisation de personnes issues

d'une communauté autochtone. Les résultats obtenus dans le cadre du présent mémoire ont plusieurs similarités avec ceux de ces trois études, tel que cela sera explicité dans la section suivante.

#### **5.2.1.1. Les expériences négatives et l'utilisation différenciée des services de santé**

Les résultats obtenus suite à l'analyse des entretiens effectués auprès de femmes autochtones vivant à Montréal démontrent que l'expérience d'hospitalisation est vécue de manière globalement négative. Toutes les femmes rencontrées ont soulevé la présence d'une forme de discrimination de la part d'un professionnel de la santé, que ce soit dans la manière de s'adresser à elles ou dans les soins reçus. Pour elles, il apparaît clair que la présence de pratiques discriminatoires à leur égard est liée à leur appartenance à une communauté autochtone. La proportion des femmes rencontrées ayant perçu une forme de discrimination lors de l'expérience d'hospitalisation est peu surprenante, considérant que, de façon semblable, les trois études qui ont été menées ailleurs au pays font état de pratiques discriminatoires rapportées par des patients d'origine autochtone.

Smye et Browne décrivent par exemple les expériences d'hospitalisation de femmes autochtones comme invalidantes, en raison de la présence de stéréotypes qui influencent les soins reçus (Smye et Browne, 2002). Une seconde étude, menée par Kurtz et coll. conclut elle aussi à la présence de discrimination dans les soins reçus par les femmes autochtones qui, selon eux, constitue une forme de violence structurelle (Kurtz et coll., 2008.). Les résultats d'une troisième étude menée auprès d'une quarantaine de patients autochtones en milieu urbain proposent que la

crainte de devoir vivre ou revivre une forme de discrimination de la part d'un professionnel de la santé représente une barrière dans l'accessibilité des soins de santé au sein de cette population (Browne et coll., 2011). Cette proposition, selon laquelle le fait de vivre une expérience d'hospitalisation empreinte de discrimination pourrait mener à une utilisation différenciée des services hospitaliers vient corroborer les résultats que nous avons obtenus. À long terme, les impacts au niveau de la santé des femmes autochtones pourraient donc être majeurs si celles-ci continuent de vivre ce type d'expériences négatives dans les hôpitaux. En ce sens, l'utilisation différenciée des services hospitaliers par les femmes autochtones montréalaises constitue un important facteur de risque en matière de santé.

#### **5.2.1.2. L'impact des stéréotypes sur les soins**

Bien que la présence de stéréotypes envers les personnes et les communautés autochtones soit de plus en plus reconnue, peu de littérature scientifique existe sur le sujet. Les stéréotypes entourant les peuples autochtones sont pourtant bien présents au sein de la population et sont souvent alimentés par la représentation négative faite par les médias canadiens. C'est pourquoi l'une des recommandations faites par la Commission de vérité et réconciliation est de veiller à ce que les réalités autochtones soient reflétées adéquatement dans les différents médias (Commission de vérité et de réconciliation du Canada). Les stéréotypes sont perpétués non seulement par les médias, mais aussi à travers l'enseignement de l'histoire, qui propose une version inadéquate des faits historiques (Lepage, 2009).

La psychiatre Marie-Ève Cotton recense dans un article les stéréotypes les plus courants au sein de la population envers les autochtones, parmi lesquels on retrouve ceux de « l'indien violent », « l'indien onéreux », « l'indien saoul », et du « noble sauvage » (Cotton, 2008).

Nos résultats indiquent que le stéréotype de l'indien saoul semble être présent au sein du corps médical et qu'il influence les soins reçus par les patientes issues d'une communauté autochtone. C'est dans les soins entourant la gestion de la douleur qu'il semble y avoir le plus de répercussions, dans la mesure où plusieurs femmes autochtones décèlent une hésitation de la part des médecins à traiter les douleurs avec une forme de médication. Des résultats semblables ont été obtenus par Browne et coll., qui affirment que la présence de stéréotypes entourant les habitudes de consommation faisait en sorte que plusieurs médecins étaient réticents à prescrire ce type de médication (Browne et coll., 2011).

### **5.2.1.3. La reproduction d'un rapport de pouvoir entre les patients et les professionnels**

Outre les quelques études ayant comme objet le rapport des femmes autochtones avec les services de santé, la littérature scientifique s'entend généralement pour caractériser les rapports entre les autochtones et les allochtones par une inégalité de pouvoir (Adelson, 2005, Allan et Smylie, 2015, Cardinal, 2006). En partie héritée de l'histoire coloniale, cette hiérarchisation est désormais enchâssée dans la législation canadienne, notamment exemplifiée par la Loi sur les Indiens. Il n'est donc pas réellement surprenant que ces rapports se reproduisent dans un contexte

d'hospitalisation, où le corps médical, presque exclusivement allochtone, représente un groupe dominant vis-à-vis des patientes autochtones qui, elles, représentent un groupe subordonné. Les femmes que nous avons rencontrées décrivent par exemple les professionnels de la santé comme faisant figure d'autorité, tandis que celles auprès desquelles Smye et Browne ont effectué leur recherche décrivent des interactions marquées par une inégalité de pouvoir (Smye et Browne, 2002). Kurtz et coll. décrivent à ce sujet les hôpitaux comme des systèmes permettant de maintenir les structures coloniales en place en offrant des soins inégaux, caractérisés par la présence de racisme et de discrimination envers les patients autochtones (Kurtz et coll, 2008.).

#### **5.2.1.4. Une expérience qui s'inscrit dans un contexte global**

Il semble somme toute clair que les interactions entre les patientes autochtones et les professionnels de la santé s'inscrivent dans un contexte qui dépasse largement le milieu hospitalier. Empreintes de racisme et de discrimination réels ou perçus, ces interactions sont emblématiques du rapport qu'entretiennent les personnes et les communautés autochtones avec la population canadienne dans son ensemble. D'ailleurs, les femmes rencontrées identifient de manière assez claire l'influence de facteurs sociaux, politiques et historiques sur leur expérience d'hospitalisation qui, d'une part, teinte leurs interactions avec les professionnels, et d'autre part, exerce une influence sur la perception qu'elles ont de ces interactions.

Les études menées dans l'ouest canadien soulignent également la dimension sociopolitique de l'expérience de soins des patients autochtones. Celle de Browne et coll., en particulier, démontre cette double influence : tandis que les patients

autochtones font preuve de réticence à consulter un professionnel de la santé par peur de vivre une forme de racisme ou de discrimination, ceux qui décident finalement d’y avoir recours ont tendance à vivre des expériences qui viennent confirmer leurs appréhensions (Browne et coll., 2011). L’expérience d’hospitalisation de personnes issues d’une communauté autochtone ne peut donc pas être étudiée indépendamment du contexte global dans lequel s’inscrivent les relations entre autochtones et allochtones.

### **5.3. Enseignements pouvant être tirés des résultats**

L’expérience des femmes autochtones dans un établissement hospitalier montréalais est complexe, et de multiples facteurs y exercent une influence. Selon le témoignage des femmes que nous avons rencontrées, ces expériences sont pour la plupart négatives, voire traumatisantes pour certaines. Malgré la complexité de cet enjeu et la multitude de facteurs qui entrent en jeu, nous pensons que des pistes de solutions existent déjà, ailleurs au pays ou ailleurs dans le monde.

D’une part, un travail de sécurisation culturelle doit être mis en place au sein des établissements de santé à l’échelle canadienne. Alors qu’il s’agit d’un enjeu plus ou moins récent au Québec, d’autres pays comme la Nouvelle-Zélande ont déjà adopté des mesures ayant pour but d’améliorer l’expérience des patients autochtones. Suite à des constats semblables à ceux dont nous avons discuté jusqu’à présent, l’approche de sécurité culturelle a été développée, puis implantée à travers le pays. Cette approche tente d’amener les professionnels à entamer une réflexion sur les

relations de pouvoir présentes entre eux et leurs patients autochtones, dans le but d'éradiquer les biais racistes et les pratiques discriminatoires (Blanchet Garneau et Pépin, 2012). À la lumière des résultats ici présentés, l'approche de sécurité culturelle pourrait constituer un premier geste permettant de réduire la prépondérance de patientes autochtones vivant une expérience d'hospitalisation négative. Voilà pourquoi nous adhérons aux recommandations suivantes, faites par le Commissaire Viens dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics :

« APPEL À L'ACTION no 74 Modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones afin d'y inclure la notion de sécurisation culturelle, et ce, en collaboration avec les autorités autochtones. » (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018)

« APPEL À L'ACTION no 75 Encourager les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre sur pied des services et des programmes répondant aux principes de sécurisation culturelle, développés à l'intention des peuples autochtones et en collaboration avec eux. » (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018)

« APPEL À L'ACTION no 76 Financer de façon récurrente et pérenne les services et les programmes répondant aux principes de sécurisation culturelle développés à l'intention des peuples autochtones. » (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018)

D'autre part, le *Centre d'Amitié autochtone* de Val d'Or a mis en place en 2011 une clinique destinée à améliorer l'accès des personnes autochtones de la ville de Val D'Or aux soins de santé et ce, en partenariat avec le réseau de santé publique. Destinée aux personnes autochtones vivant en milieu urbain, la clinique Minowé offre des services de santé et des services sociaux de proximité, en respectant la vision holistique de la santé propre aux communautés autochtones. Le modèle de la clinique Minowé représente aussi un exemple innovant de présence autochtone dans le processus décisionnel, puisque le modèle de gouvernance assure une représentation autochtone à différents niveaux (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018). Sur ce point également, nous adhérons aux recommandations du Commissaire Viens afin d'améliorer l'offre de services de santé et de services sociaux aux autochtones en milieu urbain :

« APPEL À L'ACTION no 96 Encourager les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre sur pied des services inspirés du modèle de la Clinique Minowé en milieu urbain, et ce, en collaboration avec les autorités ou organisations autochtones présentes sur leur territoire. »

« APPEL À L'ACTION no 97 Financer de façon récurrente et pérenne les services inspirés du modèle de la Clinique Minowé développés en milieu urbain à l'intention des peuples autochtones. » (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018)

Au-delà de ces recommandations, les rapports que nous entretenons avec les personnes issues d'une communauté autochtone ne pourront réellement s'améliorer que si nous acceptons, collectivement, qu'ils soient reconnus comme des citoyens à

part entière. Cette reconnaissance devra être faite de diverses façons, et en collaboration avec les communautés autochtones. Du côté du gouvernement canadien, tant que le refus d'intégrer la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (Nations Unies, 2018) sera maintenu, il est plutôt difficile d'envisager que de réels changements soient mis en place. En lien avec la santé, l'article 24 de la *Déclaration* reconnaît que :

1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.
2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

## **Conclusion**

À la lumière des résultats que nous avons obtenus, et considérant le refus du gouvernement canadien d'intégrer la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, force est d'admettre que cette reconnaissance demeure pour le moment absente. La « réconciliation » prônée par les différents dirigeants, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, apparaît dans ce contexte plutôt symbolique, considérant le manque d'actions concrètes accompagnant ce type de discours. Pour reprendre les mots d'une femme que nous avons eu la chance de rencontrer dans le cadre du présent projet de recherche :

« Yes, some things have been done recently to improve the lives of indigenous people, but how can anything really be improved when all of our lives are still

being determined by a law that's almost 150 years old and that no one seems to want to touch ? » (C.).

Bien que les dernières années aient été marquées par la naissance d'une volonté de réconciliation avec les peuples autochtones à travers le Canada, comme en témoignent les Commissions d'enquêtes mises en places et la multiplication d'excuses officielles de la part des représentants gouvernementaux, les données dont nous disposons afin d'évaluer les conditions de vie des personnes autochtones démontrent clairement que ces efforts tardent à se faire ressentir. Peut-être est-ce maintenant le temps de passer de la réconciliation à l'action.

En termes de réconciliation, les travailleurs sociaux ont un rôle important à jouer. Formés entre autres à l'écoute empathique et la défense de droit, les travailleurs sociaux possèdent les compétences nécessaires afin de s'allier aux luttes autochtones. Dans les hôpitaux, les travailleurs sociaux ont par exemple le pouvoir de rendre plus positive l'expérience d'hospitalisation des femmes autochtones, en agissant par exemple comme médiateurs avec le reste des professionnels de la santé. Dans une trousse d'outil publié par le Réseau de la communauté autochtone à Montréal, une définition du travail à accomplir pour s'allier aux luttes autochtones est proposée :

« Participer à un travail anti-oppressif, quel qu'il soit, consiste à reconnaître que chaque personne a un droit fondamental à la dignité humaine, au respect et à l'égalité d'accès aux ressources. » (Swiftwolfe, 2019)

Le travail social se fondant sur les mêmes principes et valeurs, nous, travailleurs sociaux, avons un rôle important à jouer dans le projet de réconciliation avec les personnes et les communautés autochtones. Mettre nos compétences, nos connaissances et nos capacités au profit des luttes menées par et pour les personnes autochtones constitue ainsi une manière de se positionner en tant qu'allié. C'est dans ce contexte, et avec cet objectif, que ce mémoire a été réalisé.

## Bibliographie

Absil, G., Vandoome, C. et Demarteau, M. (2012).

« Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé », Université de Liège,

<<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>>

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity. Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96 (2), p. 45-71.

Affaires autochtones et du Nord Canada (2010). « Bien manger avec le Guide alimentaire canadien Premières Nations, Inuit et Métis », <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/rapports-publications/bien-manger-guide-alimentaire-canadien-premieres-nations-inuit-metis.html>>.

Allan, B. & Smylie, J. (2015). « First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. », Wellesley Institute, <<http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>>

Appiah-Kubi, T. (2015). « Social determinants of aboriginal people's health in Canada », Healthy weights connection, <<http://www.healthyweightsconnection.ca/ModuleFile/resource?id=3368>>.

Armitage, P. (1992), "Religious Ideology Among the Innu of Eastern Quebec and Labrador", *Religiologiques*, 6, p. 63-110.

Bardin, L. (1977). L'analyse de contenu. Paris : PUF.

Baskin, C. (2005) Storytelling circles: Reflections of aboriginal protocols in research, *Canadian social work review*, 22(2), p. 171-187.

Bergeron et coll. , (2018). « Témoignage de Médecins du Monde », *Médecins du Monde*, <[https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/P-447.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-447.pdf)>.

Blais, M. et Martineau, S. (2006). « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. », *Recherches Qualitatives*, 26(2), p.1-18.

Blanchet Garneau, A. & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), p. 22-35.

- Bowlby, G. (1992). « Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience », *Devenir*, 4, p.7-31.
- Bourassa, C., McKay-McNabb, K. et Hampton, M. (2004). « Racism, Sexism and Colonialism : the impact on the health of aboriginal women in Canada », *Canadian woman studies*, 24(1), p. 23-30.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press, 330 p.
- Bronfenbrenner, U. (1986). « Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives », *Developmental Psychology*, 22(6), p. 723-742.
- Browne, A., Smye, V., Rodney, P., Tang, S., Mussel, B. & O'Neil, J. (2011). « Access to primary care from the perspective of aboriginal patients at an urban emergency department. », *Qualitative health research*, 21(3), p. 333-348.
- Browne, A. et Tang, S (2008). « Race matters : recialization et egalitarian discourses involving aboriginal people in the canadian health care context », *Ethnicity and health*, 13(2), p. 109-127.
- Browne, A. et Smye, V. (2002). « Cultural safety and the analysis of health policy affecting aboriginal people », *Nurse researcher*, 9(3), p. 42-55.
- Cardinal, N. (2006). « The exclusive city : identifying, measurig and drawing attention to Aboriginal an Indigenous experiences in an urban context », *Cities*, 23(3), p. 217-228.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). « Appels à l'action », <[http://trc.ca/assets/pdf/Calls\\_to\\_Action\\_French.pdf](http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf)>.
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). « Rapport final », <[https://www.cerp.gouv.gc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.gc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)>.
- Chandler, M. et Lalonde, C. (1998). « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations », *Transcultural psychiatry*, 35(2), p. 191-219.
- Chansonneuve, D. (2005), *Retisser nos liens : comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*, Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 56 p.
- Cotton, M. (2008). « Maîtres chez nous ? Racisme envers les peuples autochtones au Québec et au Canada », *L'Autre*, 9,(3), p. 361-371.
- Dion. M et Kipling, G. (2003), *Peuples autochtones : résilience et séquelles du régime des pensionnats*, Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 64 p.

Dyck, I. et Kearns, R. (1995). « Transforming the relations of research: towards culturally safe geographies of health and healing », *Health and place*, 1(3), p. 137-147.

Evaloardjuk, S., Irniq, P., Puqiqnak, U., & Serkoak, D. (2004). *Uqalurait: An Oral History of Nunavut*, McGill-Queen University Press, 520 p.

Evans, M., Hole, R., D. Berg, L., Jutchinson, P. et Sookraj, D. (2009). « Common insights, different methodologies: toward a fusion of indigenous methodologies, participatory action research, and white studies in an urban aboriginal research agenda », *Qualitative Inquiry*, 15(5), p. 893-910.

Exeko (2013). « Racisme et discrimination envers les autochtones du Québec – mémoire et recommandations », [https://exeko.org/sites/exeko.org/files/exeko\\_plan\\_action\\_racisme\\_discrimination\\_0.pdf](https://exeko.org/sites/exeko.org/files/exeko_plan_action_racisme_discrimination_0.pdf)

Freeman, M., (2018). « Inuits », *l'Encyclopédie Canadienne*, <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/inuit>.

Gadacz, R., (2019). « Premières Nations », *l'Encyclopédie Canadienne*, <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/premieres-nations>.

Gervais, L.M. (2018). « Commission Viens : les autochtones surreprésentés à la clinique de Médecins du Monde », *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/societe/521180/commission-viens-sur-representation-des-autochtones-dans-la-clinique-de-medecins-du-monde>.

Goffman, E. (1975) *Stigmate*, Paris : Les Éditions de minuit, pp. 180.

Groupe consultatif interorganisme en éthique (2014). « Énoncé de politique des trois conseils », <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>.

Hornborg, M.-C. (2004). « Différentes perceptions du paysage : changement et continuité chez les Micmacs », *Recherches amérindiennes au Québec*, 34 (3), p. 45-57.

Kurtz, D., Nyberg, J., Van Den Tillaart, S., Mills, B. (2008) « Silencing of voice : an act of structural violence – Urban aboriginal women speak out about their experiences with health care », *Journal of Aboriginal health*, 4(1), 53-63.

Lacaze, L. (2008). « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'analyse stigmatique revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), p. 183-199.

Lepage, P. (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* (2e édition). Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

- Lavoie, J., Forget, E. (2011), « Legislating identity : the legacy of the indian act in eroding access to care », *Canadian journal of native studies*, 31(1), p. 125-138.
- Levin, R. et Herbert, M. (2005). « The experience of urban aboriginals with health care services in Canada », *Social work in health care*, 39(1-2), p. 165-179.
- Manciaux, M. (2001). « La résilience: Un regard qui fait vivre », *Études*, tome 395(10), p. 321-330.
- McLaren, L., et Hawe, P. (2005). « Ecological perspectives in health research », *Journal of epidemiology and community health*, 59(1), p. 6–14.
- Mokaua, N. et Fong, R. (1994). « Assessing the responsiveness of health services to ethnic minorities of colour », *Social work in health care*, 20(2), p. 23-33.
- Nations Unies. (2008). « Déclarations des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones », <[https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_fr.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf)>.
- New Zealand Government. (2011). « Quick stats about Maori : Statistics from the 2006 census », <[https://www.stats.govt.nz/?\\_ga=2.263213132.1531295701.1519843133-345464865.1519843133](https://www.stats.govt.nz/?_ga=2.263213132.1531295701.1519843133-345464865.1519843133)>
- O’Neil, J. (1989). « The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters : a canadian inuit study », *Medical anthropology quarterly*, 3(4), p. 325-344.
- Organisation mondiale de la santé, (2019). « Les déterminants sociaux de la santé », <[https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/)>.
- Perreault, J. (2017). « Femmes autochtones : la violence coloniale et ses avatars », *Relations*, (789), p. 19–21.
- Poupart, J. (1997). « L’entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. » Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Boucherville, Québec: Gaétan Morin éditeur.
- Reading, C. et Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of aboriginal people’s health*, Prince Georges, National collaborating Centre for Aboriginal health.
- Robillard et coll. (2012). *Évaluations des besoins en santé des autochtones en milieu urbain de Montréal*, Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone de Montréal.

Smye, V. et Browne, A. (2002). « A post-colonial analysis of healthcare discourses addressing aboriginal women », *Nurse researcher*, 9(3), p.28-41.

Statistiques Canada (2016). « Profil du recensement : Peuples autochtones », <<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/rt-td/ap-pa-fra.cfm>>.

Swiftwolfe, D. (2019). *Trousse d'outil pour les alliées aux luttes autochtones*, Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone de Montréal.

UN-Habitat (2010). *Urban indigenous peoples and migration : facts sheet*, New-York : United Nations.

Thomas, D. R. (2006). « A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data », *American Journal of Evaluation*, 27(2), p. 237–246.

Tjepkema, M. (2002). « The health of the off-reserve aboriginal population », *Health reports*, 13, p. 73-88.

Tuhiwai Smith, L. (2012). *Decolonizing methodologies : Research and Indigenous Peoples*, Londres, Zed Books, 240 p.

UN-Commission of human rights (2004). *Report of the special rapporteur on the situation of human rights and fundamental freedoms of indigenous people*, UN Commission of human rights : Geneva.

Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff, Éditions Dunod, 256 p.

Ville de Montréal (2010). « Bottin des ressources offertes aux personnes autochtones de Montréal », <[http://servicesenligne.ville.montreal.qc.ca/sel/publications/PorteAccesTelechargement?lng=Fr&systemName=74307781&client=Serv\\_corp](http://servicesenligne.ville.montreal.qc.ca/sel/publications/PorteAccesTelechargement?lng=Fr&systemName=74307781&client=Serv_corp)>

Wilson, K. et Young, K. (2008). « An overview of aboriginal research in the social sciences : current trends and future directions », *International journal of circumpolar health*, 67(2-3), p. 179-189.

Yeung, S. (2016). « Conceptualizing cultural safety : definitions and applications of safety in health care for indigenous mothers of Canada », *Journal for social thought*, 1(1), p. 1-13.

Young, T. K. (2003). « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *BMJ : British Medical Journal*, 327(7412), p. 419–422.

Annexe 1

You are invited to come share  
YOUR experience with  
mainstream health services.

---

*A 20\$ gift card will  
be given to you for  
your participation.*

---

*What?* A student will conduct a 40 minutes interview

*When ?* Autumn 2018

*Who ? In order to participate :*

- You have to identify as member of a First Nation or as Inuit
- You have to be 18 and older
- You have to have a recent experience with mainstream health services in Montreal



*As part of a research project on aboriginal people's  
experiences in a Montreal hospital, we would like to meet  
you and hear about your own experience.*

---

*To participate, please contact: Sidonie Laurier*

Phone :

Email :

**Vous êtes invités à partager  
VOTRE expérience de soins dans  
un hôpital montréalais.**

---

*Une carte cadeau  
d'une valeur de 20\$  
vous sera remise  
pour votre  
participation.*

---

**Quoi ?** Entretien d'environ 40 minutes avec une étudiante  
**Quand ?** Automne 2018

**Qui ? Critères de participation :**

- S'identifier comme membre d'une Première Nation ou Inuit
- Être âgé de 18 ans et plus
- Avoir vécu un épisode de soin dans un hôpital montréalais dans la dernière année



*Dans le cadre d'un projet de recherche portant sur  
l'expérience des personnes autochtones dans un hôpital de  
Montréal, nous aimerions vous entendre et tenter de  
comprendre votre réalité.*

---

**Pour participer, contactez : Sidonie Laurier**

Tél. [REDACTED]

Courriel [REDACTED]

## Annexe 2

### Formulaire d'information et de consentement

«L'expérience des personnes autochtones dans les services de santé allochtones au sein de la ville de Montréal»

#### Qui dirige ce projet?

Moi, Sidonie Laurier. Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université de Montréal à l'École de travail social. Mon directeur de recherche est Oscar Firbank, professeur à l'École de travail social également.

#### Décrivez-moi ce projet

Mon projet vise à comprendre l'expérience des personnes issues d'une communauté autochtone dans les hôpitaux publics de la ville de Montréal. Je m'intéresse particulièrement à comment vous avez vécu vos interactions avec les professionnels de la santé. Pour ce faire, je rencontrerai de 5 à 6 personnes.

#### Si je participe, qu'est-ce que j'aurai à faire?

Vous aurez à participer à une entrevue avec moi durant laquelle je vous demanderai de me faire part d'une expérience de soins dans un hôpital montréalais. L'entrevue devrait durer environ 40 minutes et avec votre permission, je vais l'enregistrer sur magnétophone afin de pouvoir ensuite transcrire ce que vous m'aurez dit sans rien oublier. Si vous préférez que je ne vous enregistre pas, je pourrai simplement prendre des notes.

#### Y a-t-il des risques ou des avantages à participer à cette recherche?

Il se peut qu'en partageant une expérience de soins, vous ressentiez des émotions négatives ou que cela vous rappelle un moment désagréable. Si tel est le cas, nous vous invitons à le nommer à la personne menant l'entretien. Si la situation requiert de l'aide supplémentaire, la personne faisant l'entretien sera en mesure de vous orienter vers une aide appropriée.

Vous pouvez également décider de mettre fin à l'entretien à tout moment.

Votre participation nous aidera à mieux comprendre comment est vécue l'utilisation des services de santé allochtones par les personnes autochtones, dans le but d'identifier des points pouvant être améliorés. Vous recevrez également une carte cadeau d'une valeur de 20\$ pour vous remercier de votre participation.

#### Que ferez-vous avec mes réponses?

Je vais analyser l'ensemble des entrevues faites avec les personnes rencontrées. Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise.

#### Est-ce que mes données personnelles seront protégées?

Oui. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, les renseignements recueillis seront conservés de manière confidentielle. Les enregistrements et les transcriptions seront gardés dans un bureau fermé pendant 7 ans et seuls

mon directeur de recherche et moi-même en prendrons connaissance. Les résultats généraux de mon projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participants.

**Est-ce que je suis obligé de répondre à toutes les questions et d'aller jusqu'au bout?**

Non. Vous pouvez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pouvez aussi à tout moment décider que vous ne voulez plus participer à l'entrevue et que vous abandonnez le projet. Dans ce cas, vous pourrez même me demander de ne pas utiliser vos réponses pour ma recherche et de les détruire. Cependant, une fois que le processus de publication des données sera mis en route, je ne pourrai pas détruire les analyses et les résultats portant sur vos réponses, mais aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée.

**À qui puis-je parler si j'ai des questions durant l'étude?**

Pour toute question, vous pouvez me contacter au numéro suivant XXX XXX XXXX ou à l'adresse suivante XY@umontreal.ca.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et sciences de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par téléphone au XXX XXXXXXXX ou par courriel l'adresse XYZ@umontreal.ca ou encore consulter le site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (c'est un « protecteur des citoyens ») de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone XXX XXXXXXXX ou à l'adresse courriel xyz@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

**Comment puis-je donner mon accord pour participer à l'étude ?**

En signant ce formulaire de consentement et en me le remettant, OU en me donnant votre accord verbal. Je vous laisserai une copie du formulaire que vous pourrez conserver afin de vous y référer au besoin, si vous le désirez.

**CONSENTEMENT**

**Déclaration du participant**

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à ma participation.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : oui ( ) non ( )

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Engagement du chercheur**

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### **Information and consent form**

«Aboriginal people's experience with public health services in Montreal»

#### **Who is directing this project?**

Me, Sidonie Laurier. I am a social work student doing my master at University of Montreal. My director is Oscar Firbank, professor at University of Montreal.

#### **Describe the project**

The aim of this project is to better understand aboriginal people experience when using mainstream health services in the city of Montreal. I am particularly interested in the way you experienced interactions with health professionals. About 5 or 6 people will be interviewed.

#### **If I participate, what will I have to do?**

You will have to participate in an interview, conducted by me, in which you will be asked about you experience in a Montreal hospital. The interview will last about 40 minutes. With your permission, the interview will be recorded so I can transcribe it after without forgetting anything. If you don't want to be recorded, I will simply be taking notes.

#### **Are there any risks or advantages in participating?**

It is possible that sharing about your experience could bring back a hurtful moment, or remind you of a bad experience. If it is the case, we invite you to tell the person who is doing the interview. If your situation requires more help, you will be redirected to outside help. You can also put an end to the interview at any moment.

Your participation will help understand how aboriginal people experience mainstream health services, in the hopes of identifying how positive changes could be made. You will also receive a 20\$ gift certificate, to thank you for your participation.

#### **What will you do with my answers?**

I will analyse the content of all interviews when they are done. The results will be part of my master's degree.

#### **Will my personal information be protected?**

Yes. There won't be any information published that could identify you. All information collected will be kept confidentially. The records and transcripts will be kept in a locked office for 7 years, and only myself and my director will be able to access them. General results could be used in further publications, but always anonymously, meaning no one will be able to identify any participants.

#### **Do I have to answer all questions and continue until the end?**

No. You can decide not to answer one or many questions. At any moment, you can also decide that you no longer want to participate in the interview and that you resign from the project. In that case, you could ask me to delete all your answers and I would not be able to use any of them.

That being said, once the publication process will start, I won't be able to delete your answers, but they will once again be used anonymously.

**Who can I talk to if I have questions?**

For any questions, you can contact me at the following number XXX XXX-XXXX, or at the following email address XY@umontreal.ca.

This project has been approved by the Ethics committee of arts and sciences research of University of Montreal. For any preoccupations on researcher's rights or on participant's responsibilities concerning this project, you can contact the committee by phone at XXX XXX-XXXX

or by email at XY@umontreal.ca or consult our website:

<http://recherche.umontreal.ca/participants>.

If you have complaints about your participation to this project, you can contact the Ombudsman of University of Montreal, by phone at XXX XXX-XXXX, or by email at xyz@umontreal.ca

**(The Ombudsman accepts collect calls)**

**How can I consent to participating in this study?**

By signing this form, OR by giving me your verbal consent. A copy of this document will be given to you if you need it in the future.

CONSENT :

**Declaration of participant**

- I understand that I can take time to think before giving my consent or not
- I can ask questions to the researchers and ask for satisfying answers.
- I understand that by participating to this project, I am not renouncing to any of my rights or freeing the researchers of any of their responsibilities.
- I took notice of the present information and consent form and thereby accept to participate in this project.

I consent to the interview being recorded : yes ( ) no ( )

Researcher's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

**Researcher's commitments**

I took the time to explain all conditions to the participations to this project. I answer, to the best of my knowledge, to any questions et assured myself of the participant's understanding. I commit myself, with my team, to respect all that is agreed in the present document.

Researcher's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

### Annexe 3

#### Guide d'entretien individuel

\*\*Explication de la chercheuse sur le déroulement de l'entretien, l'objet et les objectifs de la recherche, rappel sur le consentement

#### Éléments contextuels :

Communauté d'origine ou d'appartenance : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps la personne réside à Montréal : \_\_\_\_\_

Contexte de départ de la communauté d'origine (si applicable) : \_\_\_\_\_

#### Épisode de soin :

(  ) Hospitalisation (  ) Traitement à l'externe

Durée : \_\_\_\_\_

| <u>Thématiques</u>                                                                            | <u>Sous-questions</u>                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perception des attitudes et comportement du/des professionnel(s) de la santé rencontré        | Comment vous êtes-vous senties accueilli(e) par le/la professionnel ?                                                       |
|                                                                                               | Comment évalueriez-vous l'écoute dont a fait preuve le/la professionnel(e) à votre égard?                                   |
|                                                                                               | Avez-vous eu l'impression d'être traité différemment par le/la professionnel(e) ? Si oui, sur quelle base ?                 |
| Perception de la formation et des connaissances du/des professionnel(s) de la santé rencontré | Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression que le/les professionnels étaient sensibles à votre culture ou vos croyances ? |
|                                                                                               | À votre avis, quelles connaissance ont les professionnels de la santé des réalités autochtones au Canada ?                  |
| Expérience globale                                                                            | De manière générale, que pensez-vous des services offerts dans les hôpitaux montréalais?                                    |
|                                                                                               | Votre expérience influence-t-elle votre choix d'y avoir recours dans le futur ? Comment ?                                   |
|                                                                                               | À votre avis, qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer votre expérience ?                              |

|                                                                        |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comparaison avec un épisode de soin en contexte autochtone             | Comment votre expérience a-t-elle été différente lors d'un épisode de soin en contexte autochtone/ par un professionnel autochtone? |
|                                                                        | Quels éléments de ce contexte pourraient selon vous être intégrés au milieu hospitalier allochtone ?                                |
| Comparaison avec l'expérience générale au sein de la ville de Montréal | Pouvez-vous faire des parallèles avec votre expérience avec la population montréalaise en générale ? Lesquels?                      |