

# Mission Guyane - Québec

Santé des peuples autochtones

Mêmes différences?

**Faisca richer, md, msc, cmsq, frcpc**

Médecin spécialiste – santé publique  
Institut national de santé publique du Québec

Directrice de la formation postdoctorale en  
santé publique, Faculté de médecine &  
Professeur, Département d'épidémiologie  
Université McGill,

# Plan

## Différences

- Contexte historique, social, culturel
- Contexte politique et administratif
- Structures de soins, codes professionnels

## Similitudes

- Problèmes de santé
- Déterminants
- Besoins pour des approches adaptées



# Ce qui nous distingue

Contexte historique, social, culturel

Contexte politique et administratif

Structures de soins, codes professionnels



# Contexte historique canadien (1)

## Au tout début...

### DES ALLIÉS PLUTÔT QUE DES SUJETS DU ROI

« On laisse entendre qu' " à la conquête, les Indiens, sujets du roi de France, devinrent sujets du roi d'Angleterre ". L'Acte de capitulation de Montréal énonce pourtant que " les Indiens alliés de Sa Majesté très Chrétienne seront maintenus dans les terres qu'ils habitent, s'ils veulent y rester ". D'ailleurs, l'histoire nous démontre que, de Champlain à Vaudreuil, l'autorité française en Amérique ne tenta jamais d'assujettir les Amérindiens contre leur gré, puisque se les aliéner eut signifié, pour les Français, la fin de leur lucratif commerce de fourrures dont les Amérindiens constituaient un des rouages les plus importants. »

Aquarelle d'un couple algonquin du XVIII<sup>e</sup> siècle, auteur inconnu.

Ville de Montréal, Gestion des documents et archives

(Dionne, 1983 : 11)





# Contexte historique canadien (2)

## de la période des traités à la politique de transfert...



- **La signature des traités: assimilation « pacifique »**
  - Cession des terres par les Premières Nations en retour de terres réservées
  - Permet l'occupation graduelle du territoire vers l'Ouest
  - Aucun services de santé « organisés »
- 1876 – L'Acte des Sauvages
  - Populations autochtones sous tutelle
  - Santé = responsabilité fédérale
- 1930 – enfin...
  - 1ère Nursing station au Manitoba
  - Développement graduel ad politique de transfert

# Contexte historique québécois

## Toujours un peu différent...

- **1965 – Gouvernement du Québec débutent les travaux des barrages**
  - Aucune consultation de la population locale
- **1975 – Convention de la Baie-James et du Nord québécois**
  - Section 14 - transfert de la responsabilité en santé et éducation du Fédéral au provincial
  - Ailleurs au Québec et au Canada, ces services demeurent sous responsabilité fédérale



# Les services au Québec

## Les territoires conventionnés



- **Territoire cri**
  - 1 hôpital Chisasibi
  - 8 Myumastiun Centres
- **Territoire inuit**
  - 2 hôpitaux
  - 14 cliniques
- **Première ligne**
  - Infirmières surtout
  - Effectifs médicaux 50% (dépanneurs surtout)
  - Référence à Montréal, Val d'Or, Chibougamau



# Exemples de modèles novateurs



- ***Services de santé maternelle infantile chez les Cris***
  - Para professionnelles responsables du suivi intensif psychosocial
  - Infirmières responsable du suivi clinique pré/postnatal et pédiatrique
  - Médecins offrent 2è ligne
- ***Sages femmes chez les Inuit***
  - Suivi pré/per/postnatal cautionné par l'Ordre des sages-femmes du Québec





# Organisation mondiale de la santé, 2012

WHO recommendations

Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting



**OPTIMIZE**MNH



*“A more rational distribution of tasks and responsibilities among cadres of health workers is seen as a promising strategy for improving access and costeffectiveness within health systems”*

LAY HEALTH WORKERS,  
AUXILIARY NURSES,  
MIDWIVES...

<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/whotaskshiftingrecom/en/>

# Rôle des paraprofessionnels dans la continuité des soins chez les Autochtones (Minore et al., 2001)

One of the main reasons for lack of continuity of care in Northern communities is the turnover in health staff:

*“Newly arrived physicians and nurses tend to deal with immediate symptoms, often unaware of long-term conditions. And clients get tired of dealing with constantly changing practitioners, having to repeat their symptoms and submit to re-examinations. Frustrated, they frequently give up on a course of treatment, allowing their condition to deteriorate. Mental health clients deteriorate because they are not followed-up systematically. Indeed, they are sometimes released back to the community with no treatment information, resulting in serious disruptions of care.”*

Given the difficulty of attracting health professionals, systems must make the best use they can of caregivers from the communities. The evidence suggests that paraprofessionals can play a significant role in providing certain types of care. It is vital to support them in their job. “Too often they tire and quit due to excessive demands.”

# Ce qui nous distingue...?



- En Guyane,
  - Contexte historique et politique plus complexe ?
    - Place du leadership amérindien?
  - Structures administratives et de soins moins flexibles?
    - Tolérance à une certaine « déviance positive »?
  - Hiérarchie professionnelle moins « aplatie »
    - Possibilité d'une éventuelle « autochtonisation » des services?



# Ce qui nous rassemble

Problèmes de santé

Déterminants

Besoins en approches adaptées





# *Multiplicité des peuples autochtones*

90 pays 4000/7000 langues



# *Et pourtant d'étranges similitudes... (NU, 2010)*

the indigenous concept of health articulates physical, mental, spiritual and emotional elements, from both individual and communal points of view

**Contamination et dégradation des écosystèmes et perte de l'alimentation traditionnelle**  
**Comportements de santé et problèmes de santé mentale**  
**Violence interpersonnelle et traumatismes**

**Gap in life expectancy between indigenous and non-indigenous people (in years)**

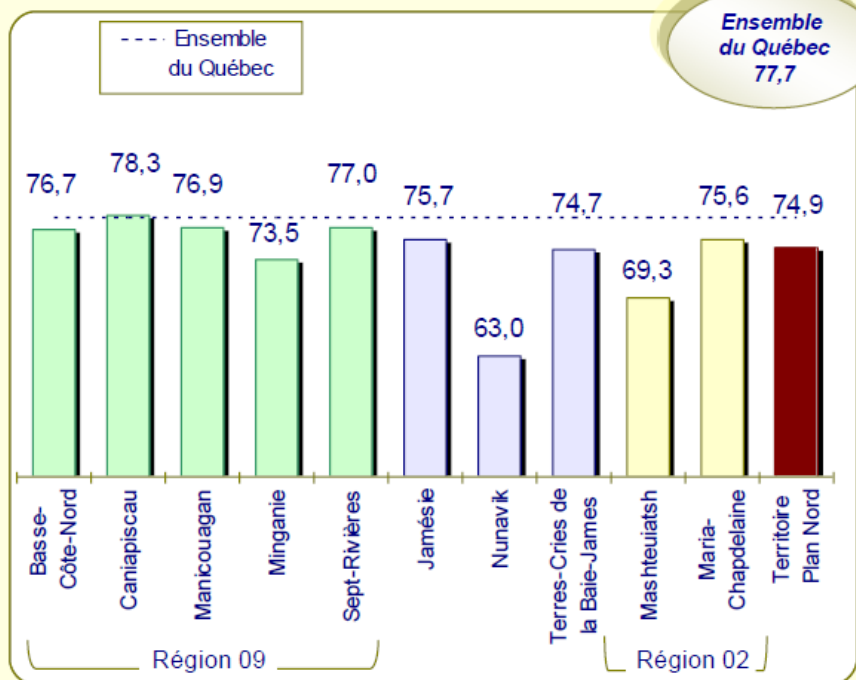
Guatemala	Panama	Mexico	Nepal	Australia	Canada	New Zealand
13	10	6	20	20	7	11

Source: Hanemann (2006), 5 & Health Canada (2007).

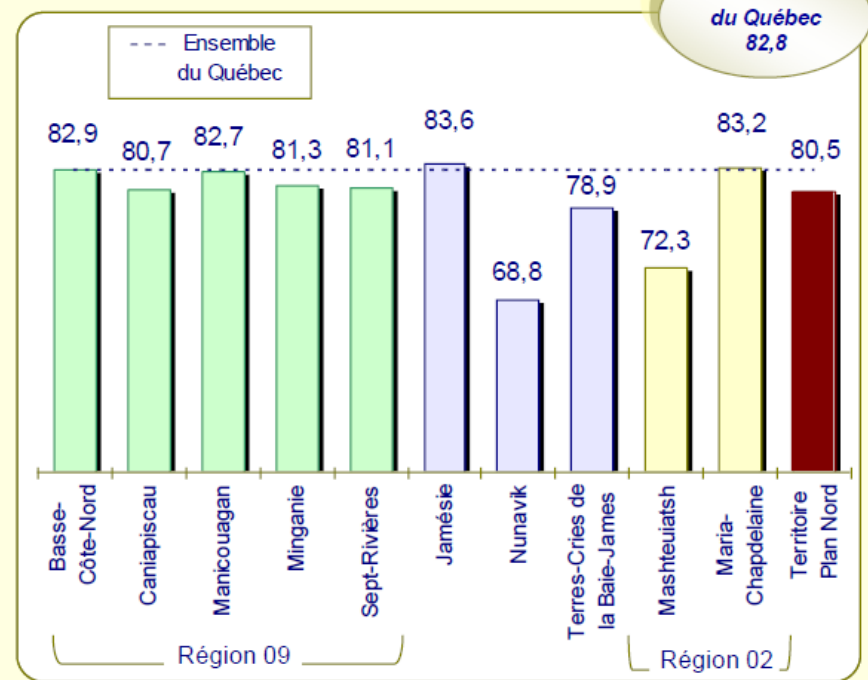
# Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, 2003-2007

## Hommes

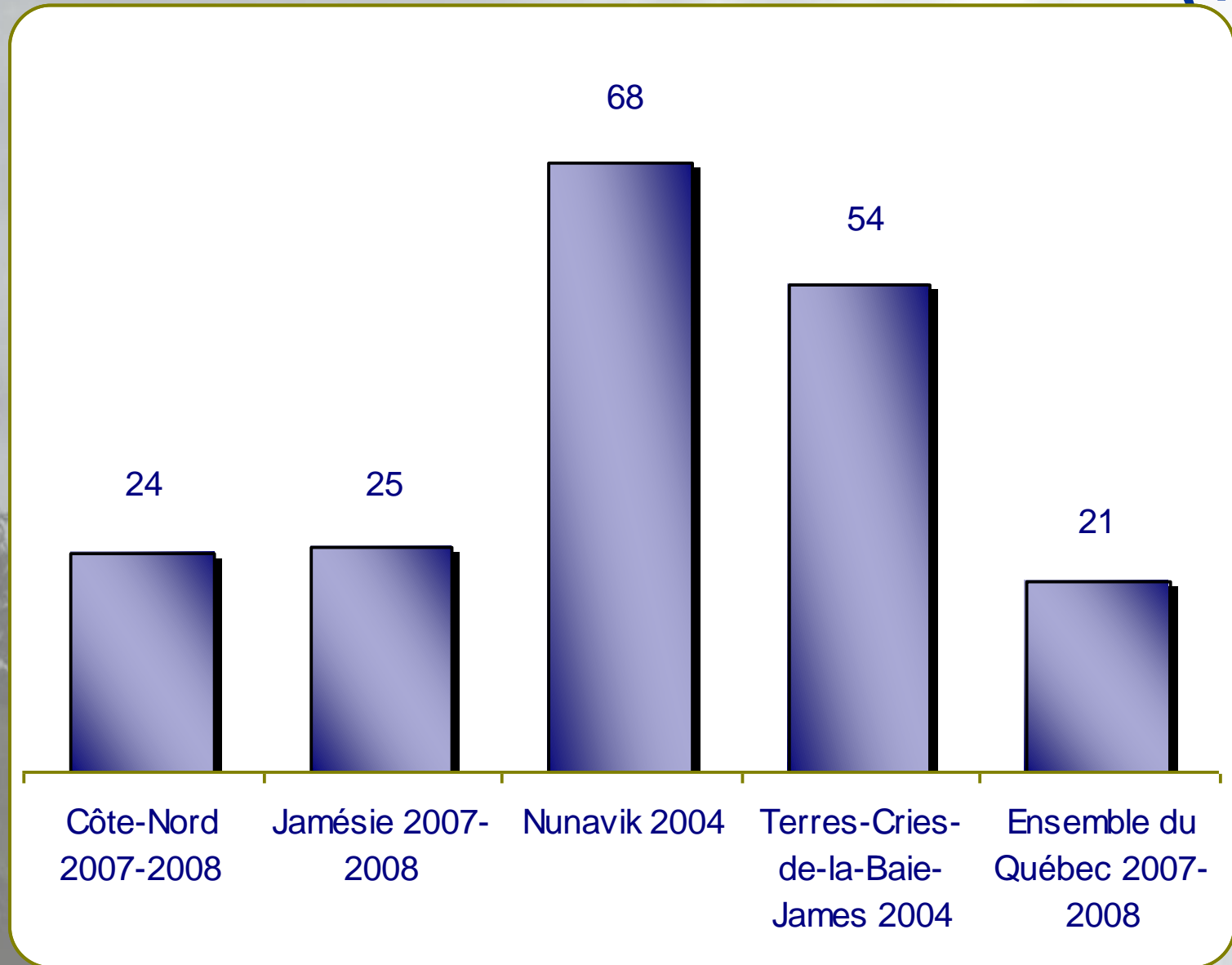


## Femmes



Source : Fichier des décès, MSSS.

# Consommation abusive d'alcool (%)

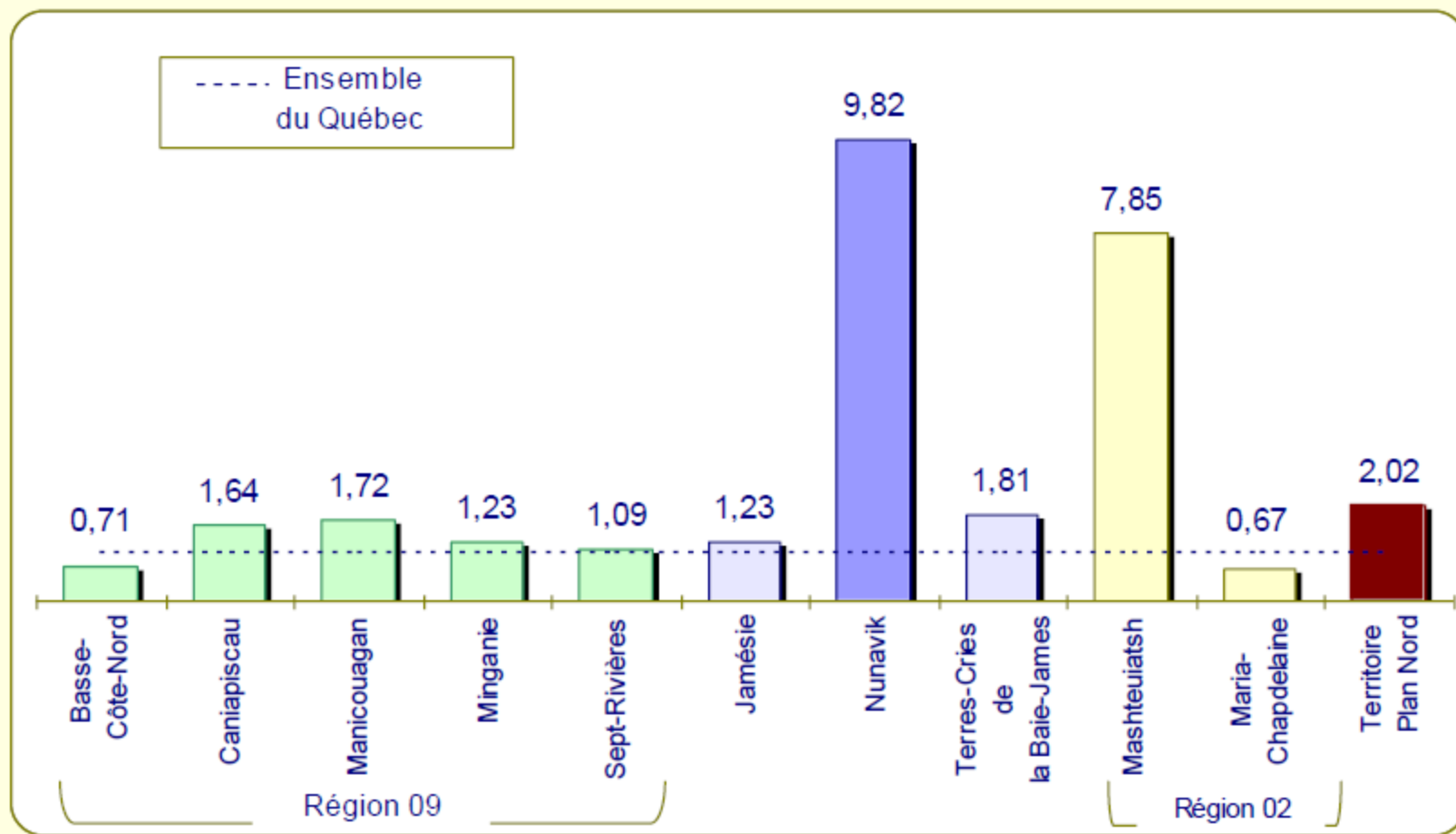


Note: Cinq verres ou plus au cours d'une même occasion au moins 1 fois par mois représente une consommation abusive d'alcool.



# 13. Suicide

## Rapport de mortalités standardisées, 2003-2007

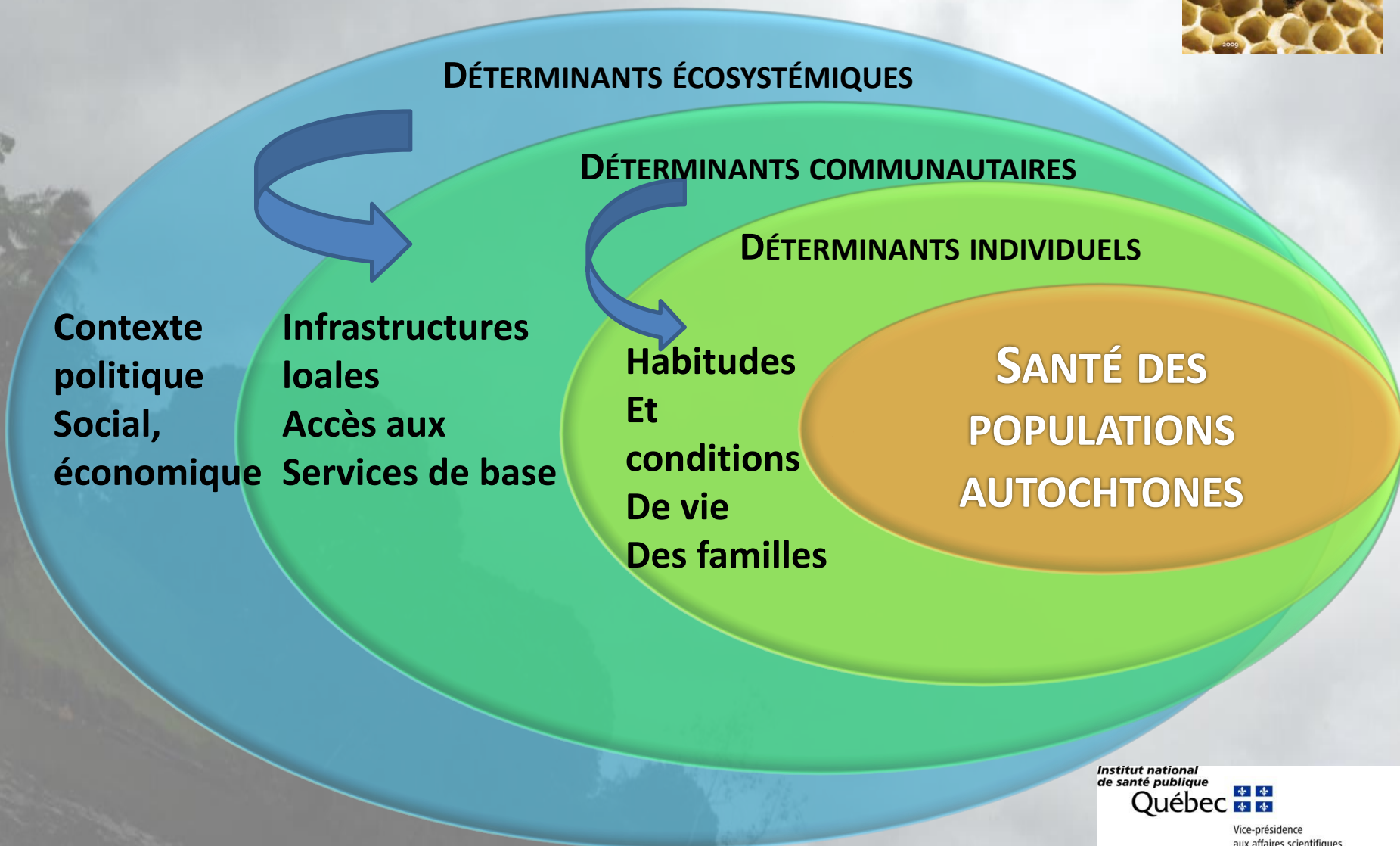
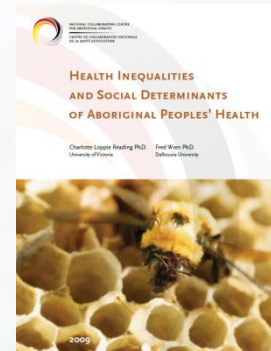


Sources : Fichier des décès, MSSS.

Quelles sont les causes de ces écarts?

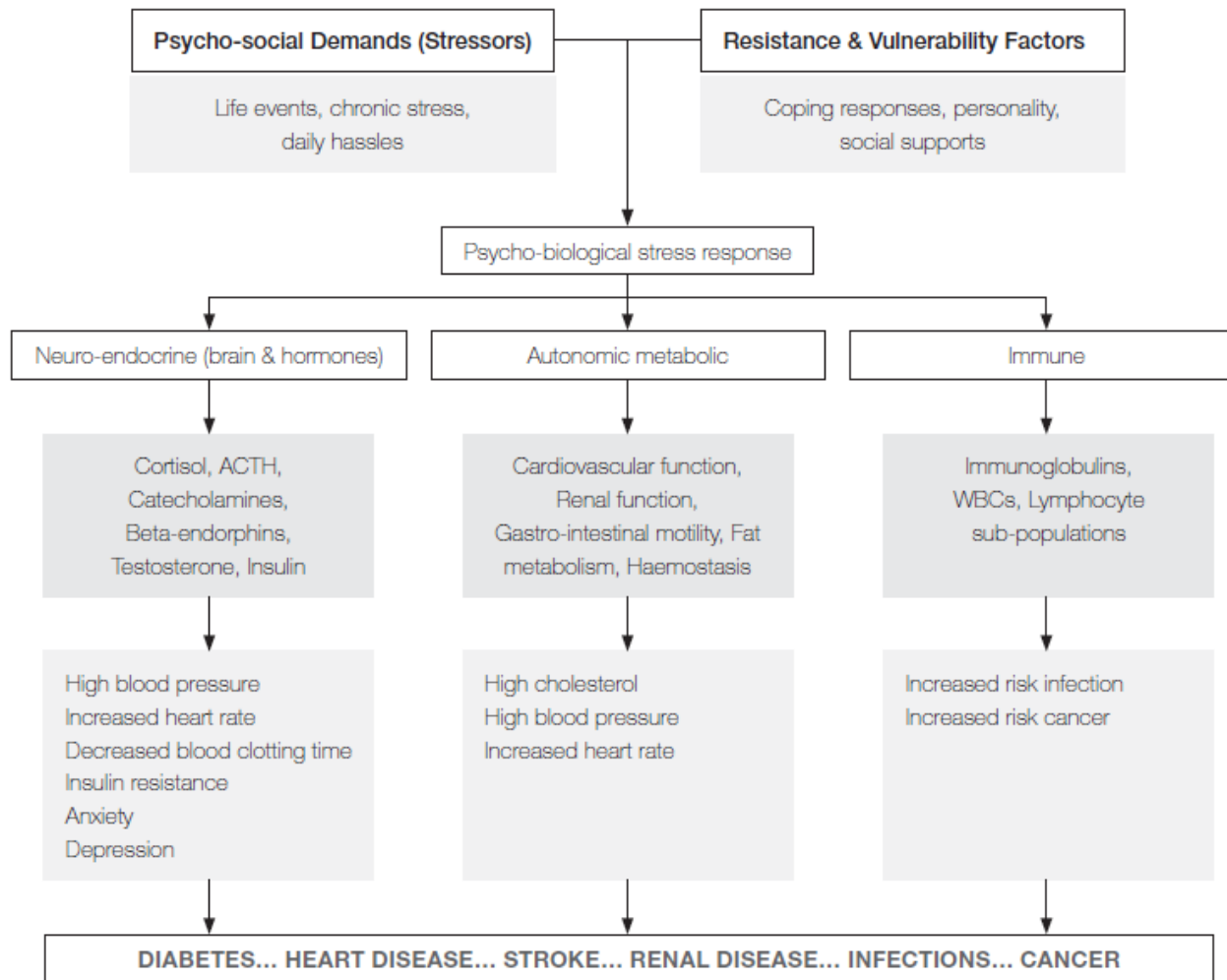


# Déterminants sociaux de la santé des Autochtones



# Lien Stress Chronique et santé

DIAGRAM 3: Biological pathways





# ***Comment la discrimination “se glisse sous la peau”***

La notion d’“embodiment” (Krieger, 1995)

*... the body biologically expresses experiences of oppression thereby producing disparities in morbidity and mortality across a wide spectrum of outcomes...*

*Whether legal, overt, systemic, interpersonal, discrimination hurts health via multiple pathways:*

- *Economic and social deprivation*
- *Exposure to toxic substances and hazardous conditions*
- *Inadequate access and quality of health care*
- *Internalized oppression and Self-destructive behaviors*

# *“Six markers of cultural continuity:*

- 1. Self-government*
- 2. Litigation traditional lands*
- 3. Local control over health*
- 4. Local control over education*
- 5. Local control over police*
- 6. Facilities for preservation of culture”*

## **Cultural Continuity as a Protective Factor against Suicide in First Nations Youth**

**Michael J. Chandler**

Professor Emeritus

Department of Psychology  
University of British Columbia

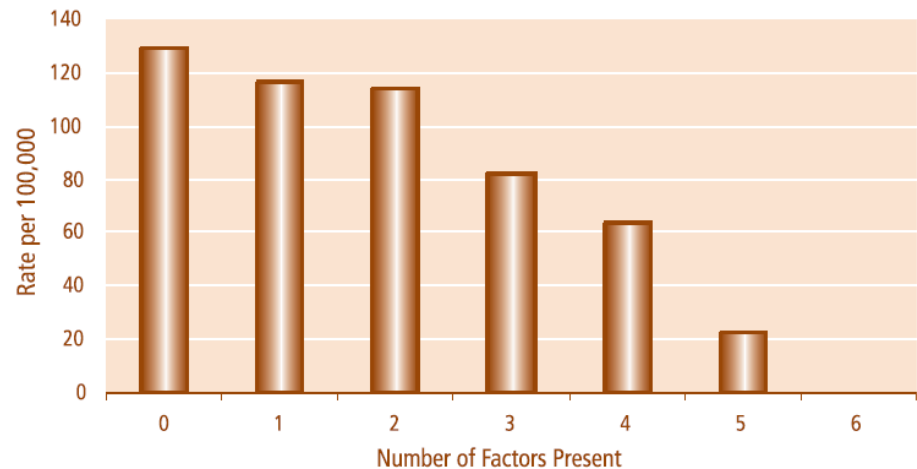
**Christopher E. Lalonde**

Associate Professor

Department of Psychology  
University of Victoria

**FIGURE 3**

Youth Suicide Rate by Number of Factors Present (1987-1992)



# Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (2008)

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé RAPPORT FINAL



Organisation mondiale de la Santé



Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

## Comblent le fossé en une génération

Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization.

### Recommandations générales de la Commission

#### 1 Améliorer les conditions de vie quotidiennes

Veiller au bien-être des filles, des jeunes filles et des femmes et améliorer les circonstances dans lesquelles les femmes mettent leurs enfants au monde, privilégier le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons, améliorer les conditions de vie et de travail, adopter une politique de protection sociale qui profite à tous et créer des conditions permettant de bien vieillir. Les politiques conçues pour atteindre ces objectifs doivent faire intervenir la société civile, les pouvoirs publics et les institutions mondiales.

#### 2 Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans la façon dont la société est organisée, par exemple entre hommes et femmes. La tâche exige un secteur public puissant, déterminé, capable et suffisamment financé. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. A l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales.

#### 3 Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Reconnaître qu'il y a un problème et en mesurer l'ampleur au niveau des pays et au niveau mondial sont des étapes indispensables avant d'agir. Avec le concours de l'OMS, les gouvernements et les organisations internationales devraient instaurer des observatoires nationaux et mondiaux de l'équité en santé pour suivre systématiquement l'évolution des inégalités sanitaires et des déterminants sociaux de la santé, et devraient évaluer l'incidence des politiques et des actions sur l'équité en santé. Pour créer l'espace et la capacité organisationnels nécessaires pour oeuvrer efficacement en faveur de l'équité en santé, il faut investir dans la formation des responsables du choix des politiques et des professionnels de la santé et faire bien connaître les déterminants sociaux de la santé au public. Il faut aussi accorder une plus grande place aux déterminants sociaux de la santé dans la recherche en santé publique.

# Le travail sur les inégalités sociales de santé exigent des approches...

## 1. Intersectorielles

- Les véritables causes des iniquités ne sont pas du domaine de la santé... les conséquences le sont
- Le rôle du secteur de la santé est donc de **collaborer** avec les membres des autres secteurs

## 2. Participatives

- Les préoccupations des populations visées sont souvent très différentes de celles des “experts”
- Il importe donc **d’impliquer les populations**, tant dans la compréhension des problématiques que dans le développement de solutions et leur évaluation



# Sécurisation culturelle

## Cultural safety

### ■ Au-delà de la Compétence culturelle

- Redresser les inégalités de santé entre les non-Autochtones et les Autochtones
- Exposer le contexte social, politique et historique
- Mettre un terme aux relations caractérisées par un déséquilibre des pouvoirs

**Les Compétences Essentielles**  
en matière de santé  
des Inuit, des Métis  
et des Premières nations  
en formation médicale continue

Mars 2009



Association des Médecins Indigènes du Canada



Indigenous Physicians Association of Canada



Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

# Sécurisation culturelle et Recherche

Énoncé de politique des trois Conseils :

## Éthique de la recherche avec des êtres humains

2010

---

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada  
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada  
Instituts de recherche en santé du Canada

### **C. Application des dispositions de la Politique aux contextes autochtones**

**L'obligation d'obtenir la participation de la communauté aux projets de recherche visant des Autochtones**

**Reconnaissance du rôle des Aînés et autres détenteurs du savoir**

# Sécurisation culturelle lors d'intervention de santé publique

- **Avant – *Écouter et comprendre***
  - Être à l'écoute des besoins exprimés par la communautés et adapter les expertises à ceux-ci
  - Admettre les limites de ses propres connaissances des aspects culturels et sociopolitiques particuliers
- **Pendant – *Partager et échanger***
  - Poursuivre la consultation à chaque étape du projet
  - Favoriser le renforcement des compétences
  - Être ouvert à intégrer l'expertise locale
- **Après – *Communiquer de manière à « échanger »***
  - Produire des résultats culturellement utiles
  - Rendre les résultats accessibles

## PARTENARIAT

« Le mot partenariat implique l'abandon du pouvoir que l'un a sur l'autre. »

(Propos du juge Jean-Charles Coutu,  
à l'occasion de la conférence Henri-Capitant, avril 1991)



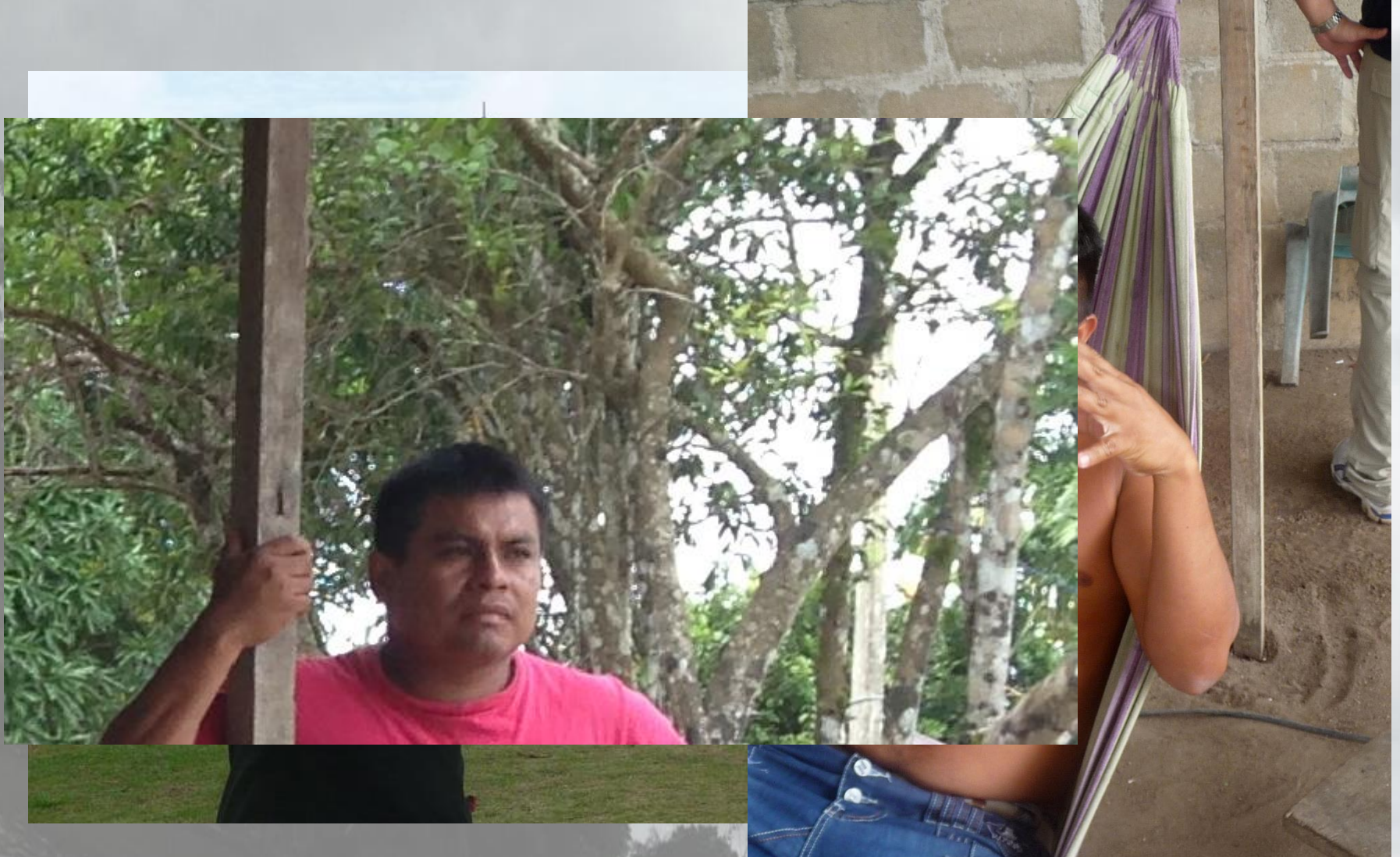


# Ce qui nous rassemble...



- Problèmes de santé et déterminants relativement semblables
  - Possibilité d'échanger sur nos « pratiques prometteuses »?
- Besoin d'adapter nos approches aux besoins des populations
  - Possibilité de s'inspirer mutuellement de manière à améliorer notre capacité d'écoute et de créer des contextes de réelle participation?

Dans tous les cas, de grands potentiels





# Pour poursuivre la discussion

Faisca.richer@inspq.qc.ca

