



TROUSSE À OUTILS – **DEVOIR DE MÉMOIRE**

GUIDE PÉDAGOGIQUE POUR MIEUX PRENDRE CONSCIENCE
DU RACISME QUE VIVENT LES AUTOCHTONES DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ, STIMULER LA RÉFLEXION SUR
SES MANIFESTATIONS, ET Y METTRE FIN

TABLE DES MATIÈRES

Pour vous rendre à une section en particulier, cliquer sur la flèche correspondante.

OBJECTIF

PAGE 3

CONTEXTE

PAGE 5

GUIDE DE RÉFLEXION

PAGE 12

RESSOURCES CONNEXES

PAGE 22

GLOSSAIRE

PAGE 24

RÉFÉRENCES

PAGE 27

OBJECTIF

Devoir de mémoire est un film sur la santé et le bien-être de personnes issues des communautés inuite, métisse et des Premières Nations à cinq étapes de la vie : la naissance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.

Présentant des histoires d'une richesse visuelle, poétique et musicale, ce film lève le voile sur des cas de racisme systémique, sur les conséquences du colonialisme et sur les traumatismes que subissent encore aujourd'hui les Autochtones dans le système de santé canadien. Il raconte les histoires d'Inuits, de Métis et de membres des Premières Nations qu'on a stérilisés de force, qui ont subi des abus à l'hôpital, qui ont été chassés de leurs terres ou qu'on a laissés mourir dans une salle d'urgence.

À la base, le projet est né d'un désir de parler des iniquités auxquelles les peuples autochtones sont confrontés, d'inspirer la compassion et de susciter les conversations pour éliminer les disparités dans les soins fournis aux Autochtones et aux non-Autochtones.

La présente trousse a été créée pour enrichir les connaissances sur le sujet, stimuler la réflexion sur le racisme à l'égard des Autochtones dans le domaine de la santé et planifier des actions pour y mettre fin.

Avertissement : Le film porte sur des histoires de racisme subi par les peuples autochtones, qui peuvent susciter de la détresse ou être traumatisantes pour l'auditoire. Des ressources de soutien sont offertes sur le site de *Devoir de mémoire*.

COMMENT UTILISER LA TROUSSE À OUTILS

Visionnez le film. Nous vous recommandons de regarder le film avant d'utiliser la trousse.

- 1. Prenez soin de vous.** Comme le film peut susciter de fortes réactions, il importe que vous priorisiez votre bien-être émotionnel. Avant de le commencer, demandez-vous ce que vous pourriez faire après le visionnement pour prendre soin de votre âme, de votre corps et de votre esprit.
- 2. Lisez la trousse.** Elle est divisée en quatre rubriques : contexte, guide de réflexion, ressources connexes et glossaire. Vous pouvez lire les rubriques dans l'ordre ou de la manière qui convient à vos besoins d'apprentissage.
- 3. Abandonnez-vous au malaise.** L'acquisition de connaissances et les discussions sur des sujets liés au colonialisme et au racisme peuvent souvent être une source de malaise et peuvent faire surgir toutes sortes d'émotions. L'un des objectifs de cette trousse est de vous aider à acquérir les compétences nécessaires pour comprendre les différentes manifestations du racisme, une étape cruciale dans la lutte contre le racisme systémique. Il est normal de ressentir un certain malaise. Cela fait partie de la démarche.
- 4. Poursuivez votre apprentissage.** La mise en œuvre d'un changement durable est un processus continu. La troisième rubrique de la trousse comporte des ressources connexes, dont des outils et des guides de discussions pour les alliées, qui vous aideront dans la suite de votre apprentissage.



REMERCIEMENTS

Pour leur travail et l'expertise qu'elles ont offerte tout au long du projet, en particulier pour le guide de réflexion, nous aimerions remercier :

- **Karen Blondin Hall, M.A.**
Gestionnaire de la sécurité culturelle et de la lutte contre le racisme
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
- **Janelle Bruneau, B.A.**
Agente de la sécurité culturelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Devoir de mémoire a été créé par Build Films et Networked Health avec le financement et le soutien de l'Association médicale canadienne.

Cet ouvrage est distribué avec l'autorisation d'attribution internationale non commerciale 4.0 de Creative Commons.

Citation suggérée : Association médicale canadienne, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Trousse à outils – Devoir de mémoire : guide pédagogique. 2021.

Vous pouvez consulter cette trousse à outils, visionner le film et obtenir plus d'informations sur le projet à devoirdememoire.amc.ca



CONTEXTE

VISION AUTOCHTONE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Les Autochtones vivent et veillent sur le territoire que l'on appelle aujourd'hui le Canada depuis des temps immémoriaux. Malgré la diversité considérable observée chez les peuples et les nations autochtones du Canada, ils sont unis par des liens dynamiques et durables avec leurs terres et tous les êtres vivants. Ces liens ont toujours été la pierre angulaire des systèmes de savoirs qui préservent depuis des milliers d'années la santé et le bien-être physiques, mentaux, émotionnels et spirituels des Autochtones. Les méthodes et les pratiques utilisées tant pour prévenir que pour guérir les maladies, comme les cérémonies, les cercles de guérison, les danses au tambour et la gigue de la rivière Rouge, sont essentielles à ces sphères.

La santé et le bien-être des Autochtones, y compris les pratiques de guérison, ont été durement touchés, voire éliminés par le colonialisme et le racisme au Canada. Les systèmes de santé perpétuent les iniquités raciales, ce qu'on appelle aussi le « racisme systémique », en privilégiant le modèle biomédical qu'ils considèrent comme supérieur aux autres systèmes de savoirs.

L'approche occidentale cible principalement les facteurs biologiques et tend à médicaliser les problèmes d'ordre social sans tenir compte des contextes historiques, sociaux, économiques et politiques des populations.

Les déterminants sociaux de la santé reconnaissent la grande influence sur la santé et le bien-être d'un ensemble complexe de conditions incluant l'apprentissage, l'emploi, l'insécurité alimentaire, l'accès aux services de santé, le logement, le revenu, la race, les réseaux de soutien social et d'autres conditions socioéconomiques¹. Chez les Autochtones, le colonialisme et le racisme ont eu pour conséquence la création d'un ensemble unique de déterminants sociaux de la santé qui comprennent, outre ces pratiques, l'exclusion sociale, l'autodétermination, la continuité culturelle, l'intendance environnementale et l'infrastructure communautaire².

Un déterminant social fait ressortir tant les obstacles que les solutions à l'amélioration de la santé et du bien-être des Autochtones au Canada, y compris la lutte contre le racisme systémique dans les milieux de soins et la reconnaissance des savoirs et des pratiques autochtones comme étant en soi valides, scientifiques et novateurs.



RACISME SYSTÉMIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Le racisme systémique dans les milieux de soins contribue fortement aux iniquités en matière de santé chez les Autochtones. Il nuit à l'accès aux services, à la qualité des soins reçus et aux résultats en matière de santé, et peut même entraîner des décès.

Le quatrième volet de *Devoir de mémoire* (Âge adulte) raconte l'histoire de Brian Sinclair, un Anishinaabé de 45 ans qui s'est présenté au Centre des sciences de la santé de Winnipeg en 2008 pour une infection traitable de la vessie. Il y a attendu plus de 35 heures sans recevoir de soins, avant d'être retrouvé mort par un autre patient du service des urgences, et non par un professionnel de la santé. Puisque ces derniers le croyaient ivre et sans-abri, on a attribué le décès de l'homme au racisme systémique ainsi qu'aux préjugés et au stéréotypage racistes envers les patients autochtones³.

Le racisme systémique dans le système de santé est directement associé à l'héritage du colonialisme et du racisme au Canada. Créée en 1876, la *Loi sur les Indiens* visait à exercer un contrôle complet sur les Autochtones⁴. Reposant sur des croyances racistes largement répandues concernant l'infériorité génétique, culturelle et intellectuelle des Autochtones, la *Loi* était utilisée pour justifier le colonialisme. Tout comme les lois fondées sur la race, le racisme systémique est profondément ancré dans les structures juridiques et politiques des grandes institutions⁵. Les hôpitaux pour « Indiens » sont le parfait exemple du racisme systémique découlant de la *Loi sur les Indiens*. Ces établissements ségrégués destinés aux Autochtones sont apparus au Canada vers la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, lorsqu'il était admis que les Autochtones soient traités

séparément des colons européens dans un système de santé ségrégué imposé sans leur consentement. Constamment surpeuplés et en manque de personnel, ces hôpitaux comptaient parfois des employés non qualifiés⁶. Les situations d'abus et de maltraitance dénoncés par des patients ainsi que certaines pratiques comme des traitements expérimentaux étaient monnaie courante⁷.

Le deuxième volet de *Devoir de mémoire* (Enfance) raconte l'histoire de Sonny MacDonald, un Métis envoyé par les sœurs Grises à l'âge de sept ans à l'hôpital pour « Indiens » Charles-Camsell pour y traiter une tuberculose. Après l'opération, puisque le garçon aimait se promener dans l'hôpital, le personnel lui a installé des plâtres aux jambes retenus par une barre transversale et l'a enfermé dans une petite pièce sans fenêtre pour l'en empêcher. Il a passé deux ans et demi hospitalisé sans recevoir d'enseignement ou de visiteur, et a subi les abus fréquents d'une personne préposée aux soins.

Les hôpitaux pour « Indiens » étaient utilisés pour poursuivre les objectifs d'assimilation du Canada et remplacer la médecine traditionnelle et la vision holistique des maladies par la médecine occidentale. Les patients autochtones, loin de leurs terres, de leur culture et de leur langue, peinaient bien souvent à comprendre les traitements qu'ils recevaient, dans les cas où on daignait leur offrir une explication⁸.

Même si la majorité de ces hôpitaux ont fermé au début des années 1980, le racisme systémique dans le milieu de la santé perdure encore aujourd'hui, ce qui contribue à l'écart observé dans les résultats de santé des Autochtones par rapport à celles des non-Autochtones moyens vivant au Canada. Par

exemple, la tuberculose continue de frapper les peuples autochtones de façon disproportionnée, en particulier dans le Nord. En 2010, le taux d'incidence de la tuberculose au Nunavut était 66 fois plus élevé que la moyenne nationale⁹. Le taux élevé de pauvreté, les logements surpeuplés et l'isolement géographique des services de santé viennent exacerber ces effets¹⁰.

LACUNES DANS LES SERVICES DE SANTÉ ACTUELS

Le système de santé canadien englobe les provinces, les territoires, le programme fédéral des services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que quelques programmes pour les Métis offerts par Services aux Autochtones Canada¹¹. La complexité du système a entraîné de nombreuses disparités dans les politiques et la prestation de soins de santé pour les Autochtones¹². Par exemple, il tient rarement compte des besoins en matière de santé distincts des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui vivent en milieu urbain. La discrimination, les longues listes d'attente et les soins non sécurisants du point de vue culturel font partie des problèmes auxquels se heurtent les Autochtones dans le système de santé canadien¹³. En outre, certains obstacles les empêchent d'accéder au programme des SSNA, comme les coûts non couverts par le programme, le refus de couverture et le manque de connaissance des fournisseurs de soins de santé sur la couverture du programme¹⁴. Les politiques et procédures à l'intention des fournisseurs de services peuvent être consultées sur le site du [gouvernement du Canada](#).

Les litiges entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux concernant la prestation de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits ont mené à l'élaboration de politiques et d'obligations juridiques comme le [principe de Jordan](#), adopté en 2016 afin d'offrir à tous les enfants des Premières Nations du Canada des services égaux et culturellement adaptés pour protéger leurs intérêts par le remboursement des services requis¹⁵. Toutefois, le gouvernement fédéral poursuit sa bataille juridique contre l'application générale du principe de Jordan. En décembre 2020, il a déposé une demande à la Cour fédérale pour modifier une décision antérieure du Tribunal canadien des droits de la personne afin que les personnes n'ayant pas le statut d'Indien inscrit puissent bénéficier du principe de Jordan à condition d'être reconnues comme citoyens ou membres de leur Première Nation¹⁶. La démarche a été entamée en juillet 2020, après que ce tribunal a conclu que le principe de Jordan ne devrait pas s'appliquer qu'aux personnes admissibles au statut d'Indien inscrit selon la définition de la *Loi sur les Indiens*¹⁷.

Au fil des ans, les Autochtones ont contribué davantage au contrôle, à la conception et à la prestation des soins de santé communautaires¹⁸. Leurs initiatives, comme les centres de guérison (p. ex., [Enaahtig Healing Lodge and Learning Centre](#), [First Nation Healing Centre](#), [Arctic Indigenous Wellness Foundation](#)) intègrent les cérémonies et la culture aux pratiques et aux services, et reposent sur une approche holistique de santé et de bien-être, comblant ainsi une lacune importante dans les services des grands établissements de santé, et sur l'autodétermination.



ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES : LES OBSTACLES ET LEURS RÉPERCUSSIONS

Les obstacles nuisant à l'accès des Autochtones aux services de santé découlent du colonialisme et du racisme. Ils comprennent la situation socioéconomique, le manque d'infrastructures et de personnel, les ambiguïtés de compétence juridique, le morcellement de la prestation des soins et les barrières linguistiques et culturelles¹⁹. L'accès aux services de santé est particulièrement difficile pour les Autochtones des collectivités rurales, éloignées et nordiques. La situation géographique et démographique de ces collectivités complique le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, ce qui allonge les temps d'attente et crée des délais importants pour accéder aux soins²⁰.

Par exemple, l'Inuit Nunangat, qui englobe 51 communautés inuites, compte seulement quatre hôpitaux. Cela signifie que la majorité des Inuits n'ont pas de médecin de famille et n'ont accès qu'à des cliniques de santé communautaire

employant du personnel infirmier du sud du Canada²¹. Les régions inuites dépendent donc de professionnels temporaires qui connaissent habituellement peu la culture inuite et ne fournissent pas de services en inuktitut²².

Ces obstacles qui nuisent à l'accès aux soins de santé nuisent aussi à l'apprentissage, et donc à la représentation autochtone chez les professionnels de la santé. Le recensement de 2006 a d'ailleurs révélé que le quart des adultes non autochtones avaient un diplôme universitaire, comparativement à 9 % des Métis, à 7 % des membres des Premières Nations et à 4 % des Inuits²³. On estime que le nombre d'étudiants autochtones en médecine est six fois moins élevé que ce qu'il devrait être au Canada considérant la population autochtone du pays²⁴. En augmentant le nombre de médecins autochtones, on augmenterait l'accès aux soins culturellement sécuritaires et appropriés, ce qui contribuerait à combler les lacunes à cet égard.

IMPORTANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUTOCHTONES

Les établissements de santé autochtones du pays intègrent et promeuvent les connaissances, les méthodes de guérison, la culture et les cérémonies traditionnelles. Ils jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins culturellement sécuritaires et appropriés aux patients autochtones.

Par exemple, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones sont des organismes autochtones de soins de santé primaires dirigés par la communauté qui offrent aux patients des collectivités de l'Ontario des soins traditionnels, des soins primaires, des programmes culturels et des programmes de promotion de la santé, entre autres²⁵.

La Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) est la première autorité sanitaire provinciale en son genre au Canada. En 2013, la RSPN a pris en charge la gouvernance et la prestation de soins de santé de plus de 200 collectivités des Premières Nations de la Colombie-Britannique, dont la gestion des programmes et services qui étaient offerts par Santé Canada. Elle collabore étroitement avec les collectivités pour combler les lacunes en matière de services ainsi que pour transformer et restructurer les programmes et services de santé destinés aux Premières Nations.

Partout au Canada, les établissements autochtones jouent un rôle crucial pour améliorer l'accès aux soins des patients autochtones, promouvoir l'équité en matière de santé et transformer les systèmes de santé en misant sur la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme.

APPELS À L'ACTION

Les rapports, les enquêtes et les commissions ont permis d'élaborer des feuilles de route en vue d'accroître l'équité et la sécurité culturelle des établissements de santé du Canada pour les Autochtones. Pensons entre autres aux documents Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées et In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care.



Les appels à l'action 18 à 24 de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) portent sur la santé et comprennent ce qui suit :

- Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de reconnaître que les iniquités en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones du Canada sont le résultat des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats.
- Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour combler les écarts entre les résultats de santé des Autochtones et ceux des non-Autochtones, en plus de publier des rapports annuels et d'évaluer les tendances à long terme.
- Nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts des Autochtones en milieu urbain et d'y répondre.
- Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir du financement pour les centres de guérison autochtones, qu'ils soient nouveaux ou de plus longue date.
- Nous demandons à tous les intervenants pouvant apporter des changements dans le système de santé de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones.
- Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones dans le domaine de la santé, de veiller au maintien en poste des professionnels autochtones de la santé et d'offrir une formation sur les compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.
- Nous demandons aux écoles de médecine et de sciences infirmières d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours sur l'histoire des Autochtones.

On observe des changements graduels à mesure que des actions sont entreprises pour répondre aux recommandations et aux appels à l'action de ces rapports et enquêtes. Par exemple, l'École de médecine du Nord de l'Ontario a donné suite à 19 appels à l'action sur la santé et la formation en prenant une série d'engagements, dont l'embauche d'un responsable en matière de santé autochtone pour intégrer la santé des Autochtones au programme d'études clinique et universitaire²⁶.

Les établissements de santé peuvent quant à eux répondre à certains appels à l'action en faisant ce qui suit :

- Reconnaître les iniquités en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones du Canada
- Répondre aux besoins distincts des Autochtones en milieu urbain dans leurs pratiques
- Reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones
- Exiger que tout le personnel suive un cours sur l'histoire des Autochtones
- Revoir les pratiques d'embauche pour augmenter le nombre de professionnels autochtones

COMMENT FAIRE CHANGER LES CHOSES

Il existe plusieurs façons de contribuer à la transformation du système de santé canadien, notamment :

- Continuer d'apprendre, de s'informer et d'informer les autres sur ces questions. Voir la liste des ressources connexes pour commencer.
- Faire connaître ces questions en transmettant des ressources à votre famille, à vos amis et à votre collectivité.
- Se renseigner sur les établissements de santé autochtones comme [Anishnawbe Health](#), le [Wabano Centre for Aboriginal Health](#), les [centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones](#), l'[Inuit Tapiriit Kanatami](#), le [Qaujigiartiit Health Research Centre](#), l'organisme [Pauktuutit Inuit Women of Canada](#) et l'[Arctic Indigenous Wellness Foundation](#).

Les médecins et les professionnels de la santé peuvent :

- Continuer d'apprendre, de s'informer et d'informer les autres sur ces questions. Voir la liste des ressources connexes pour commencer.
- Remplir le guide de réflexion fourni dans la trousse.
- Continuer de s'informer sur la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme et les soins adaptés aux traumatismes ainsi que sur la façon d'intégrer ces principes et pratiques à leur travail.

Voici quelques ressources connexes pour commencer :

- Série de webinaires sur la sécurité culturelle [National Indigenous Cultural Safety Learning Series](#);
- Carrefour de ressources du [Centre de collaboration nationale de la santé autochtone](#).
- Lire les enquêtes et les rapports actuels sur le racisme systémique dans les établissements de santé canadiens, comme les appels à l'action 18 à 24 de la [Commission de vérité et réconciliation](#), les articles 23 et 24 de la [Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#), les recommandations du rapport [In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care](#) et les [Appels à la justice](#) pour les fournisseurs de services de santé et de bien-être tirés du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

GUIDE DE RÉFLEXION

Ce guide est un exercice optionnel. Il vous aidera à dépasser le stade des connaissances et de la sensibilisation pour développer votre esprit critique à partir des histoires de *Devoir de mémoire*. Trois objectifs sont ciblés : reconnaître le racisme, y réfléchir et s’y attaquer à différents niveaux. Le guide de réflexion se divise en trois sections interreliées :

- 1. Établir les faits** vous permet de récapituler l’information présentée dans le film à l’aide d’un questionnaire.
- 2. Déterminer le niveau de racisme** vous propose quelques définitions et une série de questions pour appliquer vos connaissances aux événements rapportés.
- 3. Élaborer un plan d’action** vous fait réfléchir aux moyens de mettre fin au racisme à différents niveaux dans votre milieu de travail.



REMARQUE :

Pour tirer le maximum de cet exercice, nous vous recommandons de remplir les trois rubriques du guide pour une histoire à la fois. Il suffit d’utiliser les mêmes questions pour chaque analyse.

SECTION 1 : ÉTABLIR LES FAITS

Cette section vous permet de récapituler l'information présentée dans le film.

Choisissez une histoire, puis répondez à chaque question en vous concentrant sur les faits.

Que raconte le film? Quels sont les éléments marquants?

Quand les événements sont-ils survenus?

Quelles sont les répercussions des événements ou des expériences sur la famille et la communauté?

Le cas échéant, quelles forces ou approches de guérison ont aidé la ou les personnes à aller mieux par la suite?



SECTION 2 : DÉTERMINER LE NIVEAU DE RACISME

Cette section vous invite à approfondir votre analyse en décortiquant les mécanismes du racisme à différents niveaux. Prenez le temps de lire les définitions avant de répondre aux questions pour chaque niveau en vous référant à l'histoire choisie à la section 1.

Questions à la page suivante →



REMARQUE :

Cet exercice n'inclut pas une liste exhaustive des différents niveaux et types de racisme.

NIVEAUX DE RACISME

Idéologie raciste

Le racisme tire son origine d'une idéologie, c'est-à-dire d'idées ou de croyances fortes et persistantes quant à la valeur et à l'importance d'une personne, fondées sur des catégories raciales arbitraires établies par la société²⁷. Ces catégories forment une structure hiérarchique au sein de laquelle un groupe racial assoit sa suprématie sur les autres en dominant les sphères sociale, politique et économique.

Cette idéologie (parfois appelée « système de croyances » ou « vision du monde ») est indissociable du colonialisme en Amérique du Nord, puisqu'elle a été conceptualisée et imposée par les Européens blancs vers la fin du 17^e siècle²⁸. Les Autochtones ont alors été dépeints comme un groupe racial inférieur, représentation qui a excusé de graves injustices commises par les colons blancs européens et l'État colonial. Au Canada, ces dernières sont bien documentées et comprennent des politiques racistes d'assimilation et d'oppression des peuples autochtones.

Bien que l'acceptabilité sociale des manifestations flagrantes de racisme ait diminué, les idéologies racistes sont si profondément ancrées dans la société canadienne qu'elles constituent une norme universelle tacite. Cela explique en partie la persistance des iniquités en matière de santé et leur justification implicite encore aujourd'hui. Essentiellement, les Autochtones s'écartent de la norme établie parce qu'ils forment une race « inférieure » et sont blâmés quand ils peinent à prospérer au sein d'un système qui n'a été ni pensé ni conçu pour permettre leur réussite.

Exemples :

- Les personnes autochtones sont différentes et inférieures sur le plan biologique (idée raciste), ce qui les rend plus susceptibles d'être malades et de faire l'objet d'études (justification).
- On privilégie le modèle biomédical (justification) parce que le savoir autochtone est primitif (idée raciste).
- Les personnes autochtones n'arrivent pas à prendre de bonnes décisions par elles-mêmes (idée raciste); je vais donc le faire à leur place (justification).

QUESTIONS

Quelles idées de l'infériorité des Autochtones (valeur, intelligence ou systèmes de savoirs) sont à l'origine du racisme dépeint dans le film?

L'idée a-t-elle mené à un résultat d'équité ou d'iniquité?

Quelle est la principale leçon à retenir pour ce niveau de racisme?

Racisme interpersonnel

Il s'agit du type de racisme le plus reconnu. Aussi nommé « racisme relationnel » ou « racisme individuel », il se produit lorsqu'une personne fait l'objet d'un comportement discriminatoire²⁹. Ce type de comportements est ancré dans une idéologie raciste tenace (la supériorité raciale). Le racisme interpersonnel s'exprime de façon explicite ou implicite sous forme de préjugés, de stéréotypes et de discrimination³⁰.

Dans un milieu de soins, le racisme interpersonnel s'observe entre patients et fournisseurs de soins (ou autres membres du personnel) en contexte clinique.

Il importe de noter ceci : les gens ont tendance à limiter leur conception du racisme à ce niveau, ce qui en mène plus d'un à s'imaginer que le problème est dû à quelques « brebis galeuses ». En réalité, il faut voir le racisme comme un système qui crée et maintient les iniquités raciales en opérant à différents niveaux de la société³¹, dont ceux présentés dans ce guide.

Exemples :

- Stéréotypes — croyances erronées à propos d'un groupe racial entretenues par le monde et les messages autour de nous (famille, société, médias, manuels, etc.), notamment l'idée que les personnes autochtones sont alcooliques, bêtes et paresseuses.
- Préjugés — attitudes émergeant des stéréotypes, le mépris témoigné aux personnes autochtones en raison de leur « paresse », par exemple.
- Discrimination — action ou inaction découlant des stéréotypes et des préjugés implicites ou autres, comme ignorer un patient, le priver de soins ou lui fournir un traitement contre la douleur différent en raison du stéréotype voulant que les personnes autochtones aient un seuil de tolérance plus élevé.

Quelles formes de racisme interpersonnel sont présentées (stéréotypes, préjugés, discrimination)? Sont-elles explicites ou implicites?

Qui fait preuve de racisme dans le film? Quelle profession exerçaient ces personnes?

Indiquez pourquoi et comment une organisation laisse le racisme interpersonnel s'enraciner.

Quel rôle le patient a-t-il joué dans la prise de décisions sur les soins qui a mené à l'événement, le cas échéant?

Le comportement raciste a-t-il mené à un résultat d'équité ou d'iniquité?

Quelle est la principale leçon à retenir pour ce niveau de racisme?



Racisme systémique

Également nommé « racisme institutionnel », le racisme systémique se manifeste quand les grandes institutions et organisations confirment et cautionnent de vieilles idéologies racistes dans leurs politiques, pratiques et normes.

Cette situation renforce les hiérarchies sociales qui, par leur nature, privilégient les idées et les besoins de la population blanche dominante et défavorisent les autres groupes raciaux. Le racisme systémique permet le racisme interpersonnel en milieu de travail par des politiques racistes ou l'absence de politiques et de mesures de responsabilisation pour s'attaquer au problème³². L'importance des politiques de lutte contre le racisme au sein des institutions n'en est que plus évidente.

Exemples :

- Sous-représentation des Autochtones dans les systèmes de santé (professionnels de la santé, dirigeants, décideurs politiques)
- Cautionnement du racisme interpersonnel par les organisations
- Procédés ou mesures ne permettant pas de tenir les membres du personnel responsables de leurs gestes racistes
- Absence du savoir et des approches de guérison autochtones dans les services de santé conventionnels
- Fait d'ignorer l'incidence du racisme sur les résultats en matière de santé et l'accès aux soins ou de maintenir une position neutre (approche universelle)

Au sein de quel établissement a-t-on fait preuve de racisme? Si la situation ne s'applique pas, quelle institution est responsable du racisme mis en lumière par le film? Pouvez-vous lier l'expérience à une politique fondée sur la race qui cible les Autochtones? Cette politique est-elle encore en vigueur

En l'absence d'une politique explicitement raciste, quels autres facteurs expliquent le racisme subi?

Quel rôle le patient a-t-il joué dans l'élaboration des politiques avant l'événement, le cas échéant?

La politique, la pratique ou la norme a-t-elle mené à un résultat d'équité ou d'iniquité?

Quelle est la principale leçon à retenir pour ce niveau de racisme



SECTION 3 : ÉTABLIR LES LIENS ENTRE LES NIVEAUX DE RACISME ET ÉLABORER UN PLAN D'ACTION

L'exercice suivant emploie l'analogie de l'arbre pour illustrer les liens entre les niveaux de racisme présentés dans ce guide. Vous appliquerez vos nouvelles connaissances pour élaborer un plan d'action.

Étape 1 : Lire les descriptions dans la colonne **Analogie de l'arbre**.

Étape 2 : Déterminer le niveau de racisme d'après les enseignements de la section 2. Inscrire les réponses et des exemples observés en milieu de travail dans la colonne **Niveau de racisme**.

Étape 3 : Réfléchir au contenu de *Devoir de mémoire* et du guide et trouver pour chaque niveau des mesures stratégiques pour mettre un frein aux iniquités dans le milieu de travail. Inscrire les idées dans la colonne **Plan d'action**.

COMMENT UTILISER L'ARBRE

Pour interagir avec l'arbre, déplacez votre curseur sur chacun de ses éléments. Explorez l'arbre et complétez l'exercice à la page suivante.

ANALOGIE DE L'ARBRE

Les feuilles Niveau de racisme

Plan d'action



Le tronc Niveau de racisme

Plan d'action



Les racines Niveau de racisme

Plan d'action



RESSOURCES CONNEXES

À LIRE

TROUSSE D'OUTILS POUR LES ALLIÉES AUX LUTTES AUTOCHTONES

Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal

[CLIQUEZ ICI](#)

HONORER LA VÉRITÉ, RÉCONCILIER POUR L'AVENIR : SOMMAIRE DU RAPPORT FINAL DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA

Commission de vérité et réconciliation du Canada

[CLIQUEZ ICI](#)

RÉCLAMER NOTRE POUVOIR ET NOTRE PLACE : LE RAPPORT FINAL DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LES FEMMES ET LES FILLES AUTOCHTONES DISPARUES ET ASSASSINÉES

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, Bureau du Conseil privé

[CLIQUEZ ICI](#)

FIRST PEOPLES, SECOND CLASS TREATMENT: THE ROLE OF RACISM IN THE HEALTH AND WELL-BEING OF INDIGENOUS PEOPLES IN CANADA [PREMIÈRES NATIONS, TRAITEMENT DE SECONDE CLASSE : L'INCIDENCE DU RACISME SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA]

Maison Well Living, Institut Wellesley

[CLIQUEZ ICI](#)

GUIDE D'INTRODUCTION À LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal

[CLIQUEZ ICI](#)

INSIDERS' INSIGHT: DISCRIMINATION AGAINST INDIGENOUS PEOPLES THROUGH THE EYES OF HEALTH CARE PROFESSIONALS [EN OBSERVATION : LA DISCRIMINATION ENVERS LES PEUPLES AUTOCHTONES TELLE QUE VUE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ]

Journal of Racial and Ethnic Health Disparities

[CLIQUEZ ICI](#)

SYSTEMIC DISCRIMINATION IN THE PROVISION OF HEALTHCARE IN INUIT NUNANGAT: A BRIEF DISCUSSION PAPER [DISCRIMINATION SYSTÉMIQUE ET PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ DANS L'INUIT NUNANGAT : UN BREF DOCUMENT DE DISCUSSION]

Inuit Tapiriit Kanatami

[CLIQUEZ ICI](#)

L'EFFET DU RACISME SUR LES AUTOCHTONES ET SES CONSÉQUENCES

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

[CLIQUEZ ICI](#)

INDIGENOUS-LED HEALTH CARE PARTNERSHIPS IN CANADA [PARTENARIATS DIRIGÉS PAR DES AUTOCHTONES EN SANTÉ AU CANADA]

Canadian Medical Association Journal

[CLIQUEZ ICI](#)

À REGARDER

JE M'APPELLE HUMAIN

Un film de Kim O'Bomsawin

[CLIQUEZ ICI](#)

CE SILENCE QUI TUE

Documentaire de Kim O'Bomsawin. *Le visionnement de ce documentaire requiert un abonnement à la plateforme APTN LUMI. Une période d'essai gratuite est offerte.*

[CLIQUEZ ICI](#)

CE QUI EST NOUVEAU NE L'EST PAS VRAIMENT : LA COMPRÉHENSION DES TRAUMATISMES DU PASSÉ NOUS ÉCLAIRE EN MATIÈRE DE PRATIQUES DE SANTÉ (EN ANGLAIS)

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

[CLIQUEZ ICI](#)

DES LITS SÉPARÉS : HISTOIRES DES HÔPITAUX INDIENS AU CANADA DES ANNÉES 1920 AUX ANNÉES 1980 (EN ANGLAIS)

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

[CLIQUEZ ICI](#)

NATIONAL INDIGENOUS CULTURAL SAFETY LEARNING SERIES [SÉRIE NATIONALE D'APPRENTISSAGE SUR LA SÉCURITÉ CULTURELLE AUTOCHTONE]

Régie provinciale des services de santé (PHSA) – Santé des Autochtones

[CLIQUEZ ICI](#)

À ÉCOUTER

LAISSEZ-NOUS RACONTER : L'HISTOIRE CROCHIE

Une production de Terre Innue en collaboration avec Radio-Canada OHdio

[CLIQUEZ ICI](#)

LES VOIX DU TERRAIN (ÉPISODE 9) : DÉCOUVRIR LA STÉRILISATION FORCÉE OU SOUS CONTRAINTE DES FEMMES AUTOCHTONES (EN ANGLAIS)

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

[CLIQUEZ ICI](#)

GLOSSAIRE

TERME	DÉFINITION
COLONIALISME	Pratique d'expansion vers des territoires déjà habités en vue d'acquérir de nouvelles terres et ressources. L'État colonial instaure des lois et des processus publics qui bafouent les droits des peuples autochtones, élimine par la violence leurs systèmes de gouvernance et leurs structures juridiques, sociales et culturelles, et force leur assimilation. Il s'agit là d'une forme d'oppression étendue et structurée ³³ .
COLONS	Descendants des volontaires venus s'établir sur les territoires occupés par les peuples autochtones.
COMPÉTENCE CULTURELLE	Création d'un milieu de soins de santé exempt de racisme et de préjugés où les personnes autochtones sont traitées avec empathie, dignité et respect ³⁴ .
CULTURE	Ensemble de croyances, de normes et de valeurs partagées par un groupe. La culture englobe tous les acquis qui permettent aux gens de s'adapter au monde qui les entoure, notamment le langage, les gestes, les outils, les mœurs et les traditions qui définissent leurs valeurs et régissent leurs interactions sociales. La culture n'est pas innée : elle s'apprend et se transmet par le langage et l'observation ³⁵ .
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	Facteurs non médicaux influençant les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles une personne naît, grandit, travaille, vit et vieillit, et d'un ensemble plus vaste des forces et des systèmes qui définissent les conditions de vie quotidienne ³⁶ .
ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ	Situation où tous et toutes ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisés. L'équité se définit comme l'absence de différences évitables, injustes ou corrigibles entre des groupes de gens, que ces groupes soient définis d'après des critères de stratification sociale, économique, démographique, géographique ou autre ³⁷ .
IDÉOLOGIE RACISTE	Idéologie à l'origine du racisme; idées ou croyances fortes et persistantes quant à la valeur et à l'importance d'une personne, fondées sur des catégories raciales arbitraires établies par la société. Ces catégories forment une structure hiérarchique au sein de laquelle un groupe racial assoit sa suprématie sur les autres en dominant les sphères sociale, politique et économique. Bien que l'acceptabilité sociale des manifestations flagrantes de racisme ait diminué, les idéologies racistes sont si profondément ancrées dans la société canadienne qu'elles constituent une norme universelle tacite. Cela explique en partie la persistance des iniquités en matière de santé et leur justification implicite encore aujourd'hui ³⁸ .
OPPRESSION	Discrimination exercée par les systèmes et services publics ayant autorité, comme les systèmes de santé, d'apprentissage, de justice ou d'autres systèmes ou services publics, et appuyée par les institutions. Priver une personne de l'accès à des soins culturellement sécuritaires constitue une forme d'oppression ³⁹ .

**PROGRAMME DES
SERVICES DE SANTÉ
NON ASSURÉS (SSNA)**

Programme offrant aux clients admissibles des Premières Nations et des collectivités inuites le remboursement d'une gamme de services qui ne sont pas couverts par d'autres programmes sociaux, régimes d'assurance privés ou régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux. Ce programme fédéral s'applique aux produits et services médicaux nécessaires tels que les soins de la vue, les soins dentaires, le counseling en matière de santé mentale, les fournitures et les équipements médicaux, les ordonnances et le transport pour raison médicale.

Un client est admissible s'il est résident du Canada et s'il est :

- un membre d'une Première Nation qui est inscrit conformément à la *Loi sur les Indiens* (autrement dit qui a le statut d'Indien);
- un Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale;
- un enfant de moins de 18 mois dont le parent est un membre inscrit d'une Première Nation ou un Inuit reconnu⁴⁰.

**RACISME
INTERPERSONNEL**

Type de racisme le plus reconnu. Aussi nommé « racisme relationnel » ou « racisme individuel », il se produit lorsqu'une personne fait l'objet d'un comportement discriminatoire. Ce type de comportements est ancré dans une idéologie raciste tenace (supériorité raciale). Le racisme interpersonnel s'exprime de façon explicite ou implicite sous forme de préjugés, de stéréotypes et de discrimination⁴¹.

RACISME SYSTÉMIQUE

Type de racisme qui se manifeste quand les grandes institutions et organisations confirment et cautionnent de vieilles idéologies racistes dans leurs politiques, pratiques et normes (aussi nommé « racisme institutionnel »).

Cette situation renforce les hiérarchies sociales qui, par leur nature, privilégient les idées et les besoins de la population blanche dominante et défavorisent les autres groupes raciaux. Le racisme systémique permet le racisme interpersonnel en milieu de travail par des politiques racistes ou l'absence de politiques et de mesures de responsabilisation pour s'attaquer au problème⁴².

SANTÉ GLOBALE

Concept englobant quatre dimensions de la santé personnelle, soit le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel. La notion de santé globale va au-delà de l'individu pour inclure la famille et la communauté⁴³.

SAVOIR TRADITIONNEL

Concept autochtone; connaissances tirées de l'expérience acquise au fil des siècles, adaptées à la culture et à l'environnement locaux et transmises de génération en génération. Ce savoir est habituellement collectif et prend la forme d'histoires, de chansons, d'expressions artistiques, d'activités culturelles, de croyances, de rituels, de lois ancestrales, de langues et de savoir-faire liés à l'utilisation et à la gestion des ressources. Le savoir traditionnel reflète la vision du monde holistique des peuples autochtones⁴⁴.

**SOINS
CULTURELLEMENT
SÉCURITAIRES**

Soins prodigués dans un environnement sécuritaire sur les plans physique, social, émotionnel et spirituel, sans obstacle ni remise en question de l'identité et des besoins du patient. La sécurité culturelle dépend de prises de position, d'outils et d'approches positives pour mettre fin au racisme, et de la pratique constante de l'humilité culturelle. Les milieux de soins non sécuritaires sur le plan culturel limitent, menacent ou nient l'identité et le bien-être culturels de la personne. Seul le patient autochtone peut dire si les soins reçus sont culturellement sécuritaires⁴⁵.

**TRAUMATISME
INTERGÉNÉRATIONNEL**

Traumatisme ancien et contemporain qui s'est complexifié au fil du temps et s'est transmis de génération en génération. Des personnes, des familles, des groupes et des populations tout entières peuvent subir les effets néfastes d'un tel traumatisme, qui laisse des séquelles physiques, psychologiques et économiques persistantes d'une génération à l'autre.

Pour les peuples autochtones, le traumatisme ancien comprend le traumatisme créé par l'imposition de politiques et de lois assimilatrices qui constituaient une tentative de génocide culturel. Il se perpétue à travers les expériences contemporaines du colonialisme et de la discrimination⁴⁶.

RÉFÉRENCES

1. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Social Determinants of Health. Ontario. 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://ontario.cmha.ca/provincial-policy/social-determinants/> (consulté le 17 avril 2021).
2. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Metis health. 2019; p. 1. [En ligne] Accessible ici : [https://www.nccih.ca/495/Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and M%C3%A9tis health.nccih?id=279](https://www.nccih.ca/495/Access%20to%20health%20services%20as%20a%20social%20determinant%20of%20First%20Nations%2C%20Inuit%20and%20Metis%20health.nccih?id=279) (consulté le 27 avril 2021).
3. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Metis health. 2019; p. 5. [En ligne] Accessible ici : [https://www.nccih.ca/495/Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and M%C3%A9tis health.nccih?id=279](https://www.nccih.ca/495/Access%20to%20health%20services%20as%20a%20social%20determinant%20of%20First%20Nations%2C%20Inuit%20and%20Metis%20health.nccih?id=279) (consulté le 27 avril 2021).
4. Richmond, C. A. M., Cook, C. Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. [En ligne] *Public Health Reviews*. 2016; vol. 37, no 2. doi : 10.1186/s40985-016-0016-5 (consulté le 26 avril 2021).
5. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 12. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
6. Université de la Colombie-Britannique (UBC). Indian Hospitals in Canada. Vancouver. 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://irshdc.ubc.ca/learn/indian-residential-schools/indian-hospitals-in-canada/> (consulté le 13 avril 2021).
7. Université de la Colombie-Britannique (UBC). Indian Hospitals in Canada. Vancouver. 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://irshdc.ubc.ca/learn/indian-residential-schools/indian-hospitals-in-canada/> (consulté le 13 avril 2021).
8. Lux, M. Hôpitaux indiens au Canada [article]. 31 janvier 2018. *L'encyclopédie canadienne*. 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/indian-hospitals-in-canada> (consulté le 22 avril 2021).
9. Orr, P. Tuberculosis in Nunavut: looking back, moving forward. *CMAJ*. 5 mars 2013; vol. 185, no 4: p. 287-288. doi : <https://doi.org/10.1503/cmaj.121536> (consulté le 14 avril 2021).
10. MacDonald, N., Hebert, P. C., et Stanbrook, M. B. Tuberculosis in Nunavut: a century of failure. *CMAJ*. 19 avril 2011; vol. 183, no 7: p. 741. doi : <https://doi.org/10.1503/cmaj.110160> (consulté le 14 avril 2021).
11. Gouldhawke, M. The Failure of Federal Indigenous Healthcare Policy in Canada [article]. Dans le *Yellowhead Institute*. 4 février 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://yellowheadinstitute.org/2021/02/04/the-failure-of-federal-indigenous-healthcare-policy-in-canada/> (consulté le 2 avril 2021).
12. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada. [En ligne] Accessible ici : <https://www.nccih.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-FR.pdf> (consulté le 2 avril 2021).
13. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. 2019; p. 5. [En ligne] Accessible ici : <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (consulté le 27 avril 2021).
14. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. 2019; p. 3. [En ligne] Accessible ici : <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (consulté le 27 avril 2021).
15. Régie de la santé des Premières Nations (FNHA). Jordan's Principle in BC [article]. [En ligne] Accessible ici : <https://www.fnha.ca/what-we-do/maternal-child-and-family-health/jordans-principle> (consulté le 29 mars 2021).
16. Lee, D. Happy New Year To Everyone But Non-Status Kids: Jordan's Principle & Canada's Persistent Discrimination [article]. Dans le *Yellowhead Institute*. 8 janvier 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://yellowheadinstitute.org/2021/01/08/happy-new-year-to-everyone-but-non-status-kids> (consulté le 29 mars 2021).
17. Lee, D. Happy New Year To Everyone But Non-Status Kids: Jordan's Principle & Canada's Persistent Discrimination [article]. Dans le *Yellowhead Institute*. 8 janvier 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://yellowheadinstitute.org/2021/01/08/happy-new-year-to-everyone-but-non-status-kids> (consulté le 29 mars 2021).
18. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. 2019; p. 9. [En ligne] Accessible ici : <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (consulté le 27 avril 2021).
19. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. 2019; p. 1. [En ligne] Accessible ici : <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (consulté le 27 avril 2021).
20. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. [En ligne] 2019; p. 3. Accessible ici : <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (consulté le 27 avril 2021).

21. Inuit Tairiit Kanatami (ITK). Systemic Discrimination in the Provision of Healthcare in Inuit Nunangat. 2021; p. 4. [En ligne] Accessible ici : <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2021/02/20210122-ITK-Systemic-Discrimination-in-the-Provision-of-Healthcare-in-Inuit-Nunangat.pdf> (consulté le 29 mars 2021).
22. Inuit Tairiit Kanatami (ITK). Systemic Discrimination in the Provision of Healthcare in Inuit Nunangat. 2021; p. 4. [En ligne] Accessible ici : <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2021/02/20210122-ITK-Systemic-Discrimination-in-the-Provision-of-Healthcare-in-Inuit-Nunangat.pdf> (consulté le 29 mars 2021).
23. Statistique Canada. Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : Scolarité [base de données]. 30 novembre 2015. [En ligne] Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-645-X> (consulté le 14 avril 2021).
24. Mian, O., Hogenbirk, J. C., Marsh, D. C. et coll. Tracking Indigenous applicants through the admissions process of a socially accountable medical school. *Academic Medicine*. 2019; vol. 94, no 8: p. 1211-1219. doi : <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002636> (consulté le 17 avril 2021).
25. Alliance for Healthier Communities (AHC). Aboriginal Health Access Centres [article]. [En ligne] Accessible ici : <https://www.allianceon.org/aboriginal-health-access-centres> (consulté le 28 mars 2021).
26. École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO). Réponse de l'École de médecine du Nord de l'Ontario aux appels à l'action de la Commission Réconciliation et vérité. 2017; p. 17. [En ligne] Accessible ici : <https://www.nosm.ca/wp-content/uploads/2018/06/NOSM-Response-to-TRC-%E2%80%94-April-2017-%E2%80%94-FRENCH.pdf> (consulté le 26 avril 2021).
27. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 2. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
28. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 1. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
29. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 5. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
30. McGibbon, E., Etowa, J. (2009). *Anti-racist health care practice*. Toronto: Canadian Scholars.
31. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Le racisme et l'équité en santé : parlons-en. 2018; p. 5. [En ligne] Accessible ici : <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Racism-and-Health-Equity-FR.pdf.pdf>.
32. Kendi, I. (2019). *How to be an antiracist*. New York: Penguin Random House.
33. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 212. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
34. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 213. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
35. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 212. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
36. O'Sullivan, B. Considering culture in Aboriginal care. *CMAJ*. 8 janvier 2013; vol. 185, no 1: p. E27. doi : <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4376> (consulté le 26 avril 2021).
37. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 213. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
38. Howell, T., Auger, M., Gomes, T. et coll. Sharing our wisdom: a holistic Aboriginal health initiative. *International Journal of Indigenous Health*. 30 juin 2016; vol. 11, no 1: p. 111. doi : <https://doi.org/10.18357/ijih111201616015> (consulté le 17 avril 2021).
39. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 214. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
40. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 5. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
41. CANADA. Gouvernement du Canada. À propos du programme des services de santé non assurés. Ottawa : Gouvernement du Canada. 2021. [En ligne] Accessible ici : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553> (consulté le 21 avril 2021). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 5. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
42. Turpel-Lafond, M. E. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. health care. 2020; p. 214. [En ligne] Accessible ici : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté le 19 avril 2021).
43. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Comprendre le racisme. 2013; p. 2. [En ligne] Accessible ici : https://www.ccnsa.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103 (consulté le 13 avril 2021).
44. Organisation des Nations Unies (ONU). International workshop on traditional knowledge. 2005; p. 2. [En ligne] Accessible ici : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_TK_background_note.pdf (consulté le 28 avril 2021).
45. Kendi, I. (2019). *How to be an antiracist*. New York: Penguin Random House.
46. Organisation des Nations Unies (ONU). International workshop on traditional knowledge. 2005; p. 2. [En ligne] Accessible ici : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_TK_background_note.pdf (consulté le 28 avril 2021).