



Mémoire Projet de loi n° 32

*Loi instaurant l'approche de sécurisation
culturelle au sein du réseau de la santé
et des services sociaux*

Septembre 2023



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
PRÉFACE	3
INTRODUCTION.....	4
1. D’abord reconnaître le problème	5
2. La sécurisation culturelle et les services de santé.....	7
3. Enrayer le colonialisme.....	10
4. Des soins et des services accessibles et équitables.....	12
5. Les activités professionnelles réservées	15
CONCLUSION	17
RAPPEL DES RECOMMANDATIONS	18
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	20

PRÉFACE

Désirant saisir toutes les occasions possibles afin de promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion (ÉDI) dans l'exercice de la médecine, le Collège des médecins du Québec a accepté l'invitation de l'Assemblée nationale à commenter le projet de loi n° 32 visant à instaurer une approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'agit d'un exercice nécessaire et rigoureux, auquel le Collège souhaitait s'adonner avec détermination, sincérité, empressement et sérieux.

Reconnaissant de façon critique les origines culturelles, occidentales et patriarcales de la médecine dans la province, le Collège avait conscience qu'il fallait qu'il se dote d'une méthodologie « décolonisante » pour rédiger son mémoire.

Pour ce faire, un partenariat avec des représentants autochtones s'imposait dans le but de tendre vers un équilibre sain, véridique et respectueux du pouvoir de l'écriture.

En multipliant avec eux les échanges directs, le Collège s'est assuré de la contribution d'experts autochtones émanant de multiples horizons. Par cette démarche, il apparaît que l'analyse faite, la voie prise et les recommandations proposées dans le présent mémoire traduisent bien la réalité des peuples autochtones et leur expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Collège souhaite donc remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire. Leur expertise, tout au long du processus, a directement enrichi la réflexion, apporté un éclairage bénéfique et contribué à façonner une prise de position juste et tournée vers l'avenir. Plus particulièrement, le Collège des médecins du Québec transmet ses remerciements aux contributeurs autochtones pour leur patience, leur précieux apport et le partage éclairant de leurs savoirs.

INTRODUCTION

Le Collège des médecins du Québec présente ici, aux membres de la Commission des institutions, ses constats et ses recommandations concernant le projet de loi n° 32, *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*.

D'entrée de jeu, le Collège est en accord avec le principe de sécurisation culturelle des soins de santé (SCSS) au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), pour l'ensemble de la population, incluant les Autochtones. Nous saluons donc l'initiative du gouvernement d'amorcer un virage essentiel pour que les soins de santé au Québec soient plus inclusifs, équitables et respectueux. Mais il faudra aller plus loin que ce qui est proposé dans le texte à l'étude : le présent mémoire précise nos attentes en ce sens.

D'abord et avant tout, cette future loi doit s'écrire avec les personnes fragilisées pour qui elle est destinée et non pas qu'elle leur soit imposée sans qu'elles aient voix au chapitre. Elles doivent être participantes lors de sa rédaction.

La mission du Collège des médecins du Québec est de protéger le public en offrant une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par des valeurs d'engagement, de rigueur, de collaboration, d'intégrité et de respect, de même que par la vision suivante : « *Avec ses membres, le Collège prend des décisions et pose des actions pour se rapprocher du public et lui assurer des soins de santé de qualité* ».

Les circonstances tragiques entourant le décès en établissement de Joyce Echaquan, à l'automne 2020, il y aura de cela 3 ans dans quelques jours, et les révélations lors de l'enquête de la coroner Géhane Kamel, ont mis en évidence l'urgence d'agir pour contrer le racisme systémique.

« *Lorsque le système se replie défensivement sur lui-même, c'est la définition même du racisme systémique* », écrit la coroner dans son rapport¹.

Le présent mémoire porte principalement sur la concrétisation de la sécurisation culturelle dans le contexte des soins de santé. Ce que nous y disons pour les Autochtones vaut pour toutes les populations fragilisées. Leur apport respectif est indispensable pour que cette démarche ne soit pas paternaliste et colonialiste, dans le sens de présumer de ce qui serait approprié et sécurisant pour ces populations, et le leur imposer, sans leur avoir demandé leur avis.

¹ Kamel J. (2021), p. 12.

1. D'abord reconnaître le problème

Dans le cadre particulier de la présentation de son mémoire sur la sécurisation culturelle, le Collège insistera pour reconnaître le savoir expérientiel des Autochtones et leurs contributions afin de se positionner en allié. C'est également dans cette perspective que le Collège a adopté en 2022 un énoncé territorial à l'égard des peuples autochtones (encadré).

« Reconnaissant les faits historiques et culturels, le Collège des médecins du Québec souligne que ses bureaux sont situés sur un lieu de rencontres et d'échanges entre les peuples autochtones. Le Collège s'engage à saisir les opportunités de rapprochement avec tous les peuples autochtones pour favoriser un enrichissement réciproque et un meilleur équilibre entre l'environnement et la santé. »

L'approche de sécurisation culturelle du projet de loi va de pair avec la mission du Collège de protection du public. En effet, la responsabilité sociale et le développement durable (RSDD) sont une prémisses essentielles à la réalisation de cette mission, compte tenu de la nécessité de comprendre l'être humain de façon globale, c'est-à-dire un individu en interaction avec son environnement social et écologique.

Dans cette optique, le Collège s'est engagé dans une démarche visant à créer un environnement sain et sécurisant pour la population qu'il dessert, avec l'adoption d'énoncés empreints d'humilité et engagés dans la lutte contre le racisme et contre tout système ou structure reproduisant des oppressions et des inégalités de pouvoir en santé.

De fait, depuis 2020, une série d'actions concrètes ont été réalisées en ce sens :

- Élaboration d'une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé pour nos 25 900 médecins membres avec création d'un groupe consultatif composé de membres des communautés fragilisées pour la cocréation de cette formation;
- Démarches pour la mise en place d'un groupe consultatif permanent relatif aux enjeux de santé autochtone et d'ÉDI (équité, diversité, inclusion), composé de membres de communautés opprimées (2023);
- Participation à la rédaction du futur CanMeds 2025 sur l'ÉDI²;

² Barnabé C. et collab. (2023), p. 27-32. [Equity, diversity, inclusion and social justice in CanMEDS 2025.](#)

- Mise sur pied d'un groupe de travail du conseil d'administration pour l'élaboration d'un plan d'action sur les interruptions de grossesse et les stérilisations non-consenties de femmes autochtones (2022-23);
- Participation à la rédaction d'un énoncé sur l'ÉDI au sein du consortium Can-RAC (Collège Royal, Collège des médecins de famille du Canada et CMQ) (2022-23);
- Participation au groupe de travail du Collège Royal sur l'ÉDI et le racisme anti-autochtone (2022-23);
- Co-organisation du congrès annuel de la Fédération des ordres de médecins du Canada (FOMC) au Québec sur le racisme systémique (2022);
- Cosignataire de l'engagement de la FOMC sur les sages pratiques et la réglementation médicale vers une expérience sûre et équitable pour les peuples autochtones (FMOC 2022);
- Reconnaissance du Principe de Joyce pour enrayer le racisme systémique (2021);
- Participation aux rencontres du gouvernement fédéral sur le racisme dans les soins de santé (2020-21).

Le Collège des médecins du Québec est donc résolument et humblement engagé face à l'enjeu de la sécurisation culturelle, dans la forme comme dans le fond, et insistera pour que les moyens visant à enrayer le racisme systémique et les autres inégalités de pouvoir en santé aient la vigueur et la profondeur nécessaires pour y parvenir.

2. La sécurisation culturelle et les services de santé

Le Collège comprend que la SCSS s'intéresse aux différentes facettes de la société susceptibles d'influencer le bien-être ou le mal-être d'une personne. Cette approche vise à rétablir les inégalités de pouvoir observées entre le personnel soignant et la patientèle. C'est d'ailleurs à elle qu'il revient de déterminer si une rencontre est sécurisante ou non.

En SCSS, un renversement de perspective doit s'opérer et amener le personnel soignant à prendre conscience des structures qui engendrent des inégalités de pouvoir dans les relations, de même qu'une discrimination et une marginalisation de certains groupes, des biais culturels, des oppressions sociales et des inégalités de toutes sortes, dont le racisme.

La sécurisation culturelle ne concerne pas uniquement les Autochtones. Elle doit englober plus largement toute la patientèle vivant une forme d'inégalité et d'oppression directement liées à son identité. De plus, divers volets de l'identité d'une même personne (ex. : être femme, être âgée, être d'origine autochtone) peuvent engendrer une multiplication des formes d'oppression et d'inégalité au sein d'un même individu dont les effets se trouveront dès lors mutuellement influencés et décuplés. C'est ce qu'on appelle « l'intersectionnalité ».

Le point de départ de toute démarche de sécurisation culturelle consiste à inviter chacun des acteurs du système de santé et de services sociaux à s'interroger sur ses croyances et ses connaissances afin d'identifier ses propres biais et de réfléchir aux structures qui les perpétuent. Il s'agit d'une étape fondamentale et d'un nécessaire aveu d'humilité afin qu'une intervention pertinente soit enclenchée pour réellement contrer les oppressions et les inégalités.

Pour utiliser l'expression consacrée des « bottines qui doivent suivre les babines », si ce qui sort actuellement de la bouche du gouvernement est timide, cela laisse présager que les pas vers la sécurisation culturelle seront courts et hésitants. Le Collège est donc d'avis que si le gouvernement désire réellement instaurer la SCSS, il doit reconnaître l'existence du racisme systémique.

L'idée de vouloir s'attaquer au problème, sans d'entrée de jeu le reconnaître officiellement, engendre de la méfiance sur les intentions réelles du législateur et sur l'authenticité de ses intentions. Pour sécuriser les soins culturellement, il faut changer le paradigme et reconnaître humblement la présence d'anomalies qui se perpétuent dans le système de santé et dans toutes ses structures. Il faut aussi repenser le système des soins à la lumière des traumatismes vécus par le passé et malheureusement encore présents.

Parallèlement, le gouvernement doit assumer une posture forte. Si bien que la formulation de « mettre en place, lorsque possible, une approche de sécurisation culturelle », nous apparaît peu engageante et n'imposera, à nos yeux, que le minimum aux gestionnaires et au personnel du réseau pour tenter d'enrayer le racisme systémique.

À nouveau, d'avoir consulté des représentants autochtones en amont de la rédaction du projet de loi ne constitue pas en soi un acte de cocréation d'une nouvelle législation visant à assurer la sécurisation culturelle. Cette notion de cocréation doit s'incarner très concrètement dans toutes les étapes du processus.

Par exemple, à l'instar d'une multitude d'intervenants en santé, le Collège des médecins du Québec prône une relation de « patient-partenaire » entre le médecin et la personne qui consulte. Valorisant ainsi le savoir expérientiel, la personne qui consulte devient partie prenante de ses soins. Malheureusement, dans le projet de loi n° 32, nous ne distinguons pas l'empreinte des nations autochtones dans l'élaboration de mesures visant à assurer la SCSS. Le savoir autochtone y est occulté, tant dans l'élaboration du texte, que dans sa mise en application et son contrôle. Dans cet esprit, il faudrait qu'il revienne à la personne qui consulte de décider si un soin est sécurisant et non pas au personnel qui le prodigue.

Cette approche devrait également et notamment se matérialiser dans l'élaboration, avec les instances Autochtones, d'une nouvelle formation pour le personnel soignant et l'ensemble des employés du réseau de la santé et des services sociaux. Cette formation ne devrait pas se limiter à la sensibilisation culturelle et au stéréotypage : elle gagnerait plutôt à aborder concrètement la notion de sécurisation culturelle. Et pour ce faire, il va de soi qu'une telle formation devrait être cocréée avec les Autochtones.

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Québec reconnaisse avec humilité l'existence du racisme systémique au sein du réseau de la santé et de services sociaux, et précisément envers certaines communautés dont les Autochtones, afin de pouvoir s'y attaquer concrètement et offrir à toute la population l'accès à des soins de qualité sans discrimination.

Recommandation 2

Que le gouvernement reconnaisse le Principe de Joyce visant à garantir aux Autochtones un accès équitable à des soins de qualité au sein du réseau de la santé, dans le respect de leurs savoirs tout comme de leurs connaissances traditionnelles et vivantes en matière de santé.

Recommandation 3

Que le projet de loi n° 32 adopte une approche intersectionnelle envers toutes les personnes autochtones, englobant tous les types d'inégalités et d'oppressions et non seulement le racisme et le colonialisme.

Recommandation 4

Que soit révisée, avec des représentants autochtones, la formation sur « les réalités culturelles et historiques des Autochtones » pour y enrayer les biais idéologiques et les stéréotypes qui perpétuent les inégalités de pouvoir et pour qu'y soient enseignées de réelles notions de soins sensibles aux traumatismes.

Recommandation 5

Que le texte de loi soit revu de concert avec les Autochtones et les populations fragilisées, nous assurant ainsi de leur participation active tout au long de la mise en application de la loi.

3. Enrayer le colonialisme

Au Québec, les traumatismes historiques ont encore aujourd'hui des grandes répercussions : ils nourrissent la méfiance des nations autochtones envers la médecine traditionnelle moderne. Un parallèle peut ainsi être tracé entre le colonialisme et la santé des individus qui en sont victimes. Vivre dans un état postcolonial est malheureusement devenu un déterminant social de la santé pour les peuples autochtones³. C'est pourquoi la SCSS devient un incontournable dans la poursuite de l'objectif d'offrir des services et des soins de qualité, accessibles et équitables.

Or, nous sommes d'avis que le projet de loi n° 32 est caractérisé par une approche colonialiste et paternaliste d'abord parce que sa rédaction ne constitue pas une coécriture : la pensée autochtone y est ignorée. De plus, le texte de loi ne reconnaît pas le Principe de Joyce, principalement au chapitre de l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé et de services sociaux.

Conséquemment, les inégalités de pouvoir persistent puisque le gouvernement se réserve le pouvoir de légiférer unilatéralement sur l'offre de soins de santé et de services sociaux aux Autochtones, conservant ainsi le contrôle sur leur santé et leur bien-être. Par exemple :

- Sur le type de soins et l'endroit où ils seront sécurisés culturellement, le gouvernement se garde sans partage toute latitude d'application de la sécurisation culturelle;
- Sur le devoir pour tout établissement « *d'informer le ministre de pratiques sécurisantes qu'il a mises en œuvre au cours de cet exercice* », le gouvernement conserve le pouvoir exclusif de décider si ces mesures sont satisfaisantes en nature et en quantité, excluant totalement les Autochtones de la démarche;
- Sur l'organisation des soins, le projet de loi propose un « *accès à des ressources d'accompagnement pour les Autochtones dans le cadre de tout régime d'examen de plaintes* ». Or, il y a ici des enjeux de taille pour le réseau de la santé, notamment linguistiques, puisque plusieurs Autochtones s'expriment difficilement ou pas du tout en français ou en anglais. Également, culturellement parmi les peuples autochtones, le temps et les émotions s'expriment différemment et mieux oralement que par écrit;
- Finalement, il n'existe pas de mécanisme de suivi par lequel les Autochtones auront la possibilité, à l'usage, de proposer des modifications utiles.

³ Wispelwey B. et collab. (2023).

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes qui, bien qu'elles ciblent les Autochtones, devraient inclure toutes les populations fragilisées au Québec :

Recommandation 6

Qu'une instance, composée d'Autochtones des diverses communautés québécoises, vivant en milieu urbain et non-urbain, cocrée des amendements au projet de loi pour décoloniser les structures de soins, revoir l'accompagnement des Autochtones au sein du réseau de la santé et des services sociaux et réviser le processus de plaintes.

Recommandation 7

Que soit instauré un mécanisme de dénonciation civile, tel que proposé dans le Principe de Joyce.

Recommandation 8

Que soit modifiée la reddition de comptes prévue au projet de loi afin que les milieux de soins informent régulièrement, non seulement le ministre mais aussi « *une instance autochtone* », des pratiques sécurisantes mises en place et donnent aussi suite aux commentaires de la patientèle qui ne s'est pas sentie sécurisée lors de son épisode de soins.

4. Des soins et des services accessibles et équitables

En 2022, le Collège des médecins du Québec a effectué une tournée de plusieurs pôles en santé, à la suite d'un important sondage illustrant les disparités d'accès et de qualité de soins dans les différentes régions du Québec. Ces disparités découlent notamment de la désuétude des infrastructures et de la pénurie de personnel soignant. La tournée a permis de confirmer qu'en certains endroits, des Québécois sont privés de soins.

« Souvent, les CISSS ou les CIUSSS peinent à offrir, dans les hôpitaux d'un même territoire, un accès uniforme aux soins, avec une même couverture d'effectifs (...). Pour un grand nombre de médecins rencontrés, le constat final est que, selon la région, le public n'a pas le même accès aux soins, de base ou spécialisés, dans un rayon géographique acceptable.⁴ »

Au printemps 2023, le Collège a poursuivi sa tournée en se rendant notamment au Nunavik. Là-bas, la population autochtone est répartie dans 14 villages, sur un vaste territoire accessible seulement par voie aérienne. Sur place, il n'y a ni bloc opératoire, ni lits de soins intensifs, ni CT scan, ni médecins spécialistes à temps plein, ni laboratoire d'analyses spécialisées.

Dans ce vaste territoire, les enjeux socio-sanitaires n'ont pas de commune mesure avec ce qui se vit ailleurs au Québec. L'espérance de vie se situe une douzaine d'années sous la moyenne québécoise et le taux de mortalité infantile y est 7,5 fois plus élevé⁵. Le taux de suicide y est plus de dix fois supérieur⁶. Et les cas de tuberculose y sont jusqu'à 300 fois plus nombreux dans certaines régions qu'au sein de la population non-autochtone du Canada⁷.

Au terme de cette visite au Nunavik, le Collège s'est dit très préoccupé, plus qu'ailleurs, de l'offre des soins de santé et de services sociaux fournis à la population autochtone et par les conditions dans lesquelles les médecins et le reste du personnel soignant exercent. On y recense d'importants enjeux de responsabilité sociale, car comme toute personne, les Autochtones « ont droit à un accès sans discrimination aucune à tous les services sociaux et de santé⁸ » et ont aussi droit de jouir, au même titre que tous ceux et celles qui habitent le Québec, de la meilleure santé physique et mentale possible.

⁴ Collège des médecins du Québec (2023), p. 7.

⁵ Chaire de recherche du Canada (2021), p. 19-20.

⁶ Lévesque P. et collab. (2022), p. 16-18.

⁷ SCDTB (2018).

⁸ Nations Unies (2007), p. 19.

Nous relevons dans le projet de loi n° 32, certaines dispositions qui contribuent à la perpétuation de biais discriminatoires de santé envers les Autochtones. Voici quelques exemples :

- La mention de « *prise en compte des réalités propres aux femmes et aux filles autochtones* », devrait faire précisément référence aux violences structurelles qui peuvent être sous-tendues par les situations rencontrées;
- Le projet de loi parle du genre en utilisant la binarité, qui est une notion occidentale et non autochtone, et ne considère pas les difficultés vécues par les personnes s'identifiant à d'autres genres.

Sur ce dernier point, citons en exemple le fait que plutôt que de constater que les femmes autochtones enceintes sont portées à consulter très tardivement, ou pas du tout, il faudrait plutôt se demander pourquoi une femme autochtone enceinte consulterait précocement des services éloignés, dispensés parfois dans des infrastructures de fortune, offerts dans une langue autre que la sienne et avec comme seul interprète l'un de ses enfants?

Ou encore, comment une personne bispirituelle (personnes-aux-deux-esprits) pourrait se sentir acceptée dans un système de santé qui ne fait état de son identité de genre sur aucun formulaire médical qu'elle doit remplir, ni même sur sa carte d'assurance-maladie?

Nous croyons de plus que le projet de loi n° 32 porte atteinte de plusieurs manières au principe d'accès universel à des soins de qualité sécurisants :

- Il vise exclusivement les services et les soins offerts par les établissements de santé, alors qu'il devrait chapeauter l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et englober notamment les dispensaires, les cliniques privées, et les RPA;
- Sa portée est limitée aux soins en santé mentale, ignorant les soins de santé physique;
- Il devrait s'adresser plus largement à toutes les populations fragilisées, tout en s'attardant à l'intersectionnalité des personnes.

Nous soulignons au passage les enjeux reliés au financement des soins de santé et de services sociaux par deux paliers distincts de gouvernement, ce qui complexifie leur accès, leur organisation et leur dispensation. On ne fait pas non plus mention de la coordination et de l'articulation sécurisantes des soins de santé qui sont défrayés par le gouvernement fédéral, hors des établissements.

Nous formulons donc les recommandations suivantes :

Recommandation 9

Étendre la portée du projet de loi n° 32 aux services et aux soins de santé tant physiques que mentaux, et ce pour l'ensemble du réseau, en y incluant toutes les personnes autochtones.

Recommandation 10

Prévoir des mécanismes permettant le respect du principe de soins sécurisants dans tous les lieux de soins, ainsi que les milieux hors établissement et incluant également ceux régis par le gouvernement fédéral en territoire québécois.

5. Les activités professionnelles réservées

L'article 3 du projet de loi modifie le *Code des professions* en donnant la possibilité au gouvernement d'autoriser l'exercice d'activités professionnelles réservées à des Autochtones.

Cette modification soulève certaines préoccupations de notre part. D'abord, le fait que, contrairement aux autres articles du *Code des professions*, l'autorisation de ces activités relevant du système professionnel soit confiée au gouvernement et non pas à l'Office des professions du Québec (OPQ), écartant par le fait même le processus habituel de consultation qui inclut, en plus des personnes visées par l'autorisation d'activités, les ordres professionnels dont les membres exercent les activités visées par l'autorisation.

De plus, sachant qu'il s'agit d'activités à risque de préjudice et qui visent de surcroît une population vulnérable, nous sommes préoccupés par le fait qu'elles puissent être autorisées à des personnes qui ne détiendraient pas le niveau de formation requis pour les exercer comme il se doit. Le Collège a toujours soutenu que les plus hauts standards devaient être visés pour tous les groupes de population, quel que soit le professionnel de la santé qui exerce les activités. Nous estimons qu'il faut procéder prudemment dans cette avenue d'amélioration de l'accès aux soins.

Le texte de l'article 39.9.1, qui constitue la disposition habilitante pour l'adoption d'un texte réglementaire, ne nous semble pas suffisamment précis pour guider le contenu d'un éventuel règlement. D'abord parce que le mot Autochtone pour définir la personne qui peut être autorisée à exercer des activités n'est pas suffisamment précis. En effet, s'agit-il uniquement de personnes qui vivent sur une réserve autochtone?

L'article prévoit une consultation des communautés autochtones concernées pour l'exercice d'activités sur un territoire déterminé. Cela pourrait fragmenter les conditions et les modalités d'exercice d'une activité à haut risque de préjudice dans autant de communautés et de territoires visés. Nous précisons qu'il est estimé qu'au moins 52 % des personnes issues des Premières Nations et 56,2 % des personnes inuites sont urbaines⁹. Le principe de sécurisation culturelle devrait donc s'appliquer à l'ensemble du territoire québécois.

Enfin, nous questionnons la voie choisie par le gouvernement d'autoriser l'exercice d'activités professionnelles par règlement à des personnes autochtones pour assurer des soins de santé de qualité et sécurisants. Il y aurait lieu de consulter les communautés autochtones.

⁹ Graham S. et collab. (2023) p. 1-2.

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandation 11

Revoir l'article 39.9.1 du projet de loi pour d'une part préciser les dispositions encadrant l'adoption d'un règlement et d'autre part permettre l'accompagnement des professionnels du réseau par des personnes autochtones qui seraient désignées par un mécanisme élaboré avec les Autochtones.

Recommandation 12

Reconnaître et respecter les savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé.

Recommandation 13

Favoriser la formation professionnelle de personnes autochtones au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

CONCLUSION

Le Collège des médecins du Québec reconnaît et salue l'intention du ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit d'engager son gouvernement dans une démarche de sécurisation culturelle. Mais le projet de loi proposé occulte les assises essentielles pour sécuriser culturellement les soins.

Nos recommandations suggèrent au gouvernement des gestes concrets pour que la future loi soit véritablement contraignante afin d'induire un véritable changement de culture au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Il doit y avoir une démarche, pas seulement un exercice de sensibilisation, pour une prise de conscience des biais bien ancrés et des structures qui reproduisent des inégalités envers les populations fragilisées, dont les Autochtones.

Même si, dans le contexte actuel, des ponts sont jetés, sans une humble reconnaissance de l'existence du racisme systémique, les Autochtones pourraient demeurer méfiants envers le réseau de la santé.

Si les Autochtones sont exclus de l'élaboration de la loi, des processus d'implantation et de reddition de comptes, le colonialisme sera perpétué. Plus encore, si notre réseau de la santé et des services sociaux ne reconnaît pas l'apport de leur médecine traditionnelle et de leur savoir expérientiel, et si les Autochtones ne sont pas davantage formés pour soigner ou accompagner les membres de leur communauté, la démarche sera vaine. Cette sécurisation culturelle doit se faire main dans la main avec les Autochtones.

Si les amendements requis sont apportés, le ministre des Relations avec les Premières Nations et les Inuit trouvera auprès du Collège des médecins du Québec un appui indéfectible à l'atteinte de la sécurisation culturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

RAPPEL DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Que le gouvernement du Québec reconnaisse avec humilité l'existence du racisme systémique au sein du réseau de la santé et des services sociaux, et précisément envers certaines communautés dont les Autochtones, afin de pouvoir s'y attaquer concrètement et offrir à toute la population l'accès à des soins de qualité sans discrimination.

Recommandation 2

Que le gouvernement reconnaisse le Principe de Joyce visant à garantir aux Autochtones un accès équitable à des soins de qualité au sein du réseau de la santé, dans le respect de leurs savoirs tout comme de leurs connaissances traditionnelles et vivantes en matière de santé.

Recommandation 3

Que le projet de loi n° 32 adopte une approche intersectionnelle envers toutes les personnes autochtones, englobant tous les types d'inégalités et d'oppressions et non seulement le racisme et le colonialisme.

Recommandation 4

Que soit révisée, avec des représentants autochtones, la formation sur « les réalités culturelles et historiques des Autochtones » pour y enlever les biais idéologiques et les stéréotypes qui perpétuent les inégalités de pouvoir et pour qu'y soient enseignées de réelles notions de soins sensibles aux traumatismes.

Recommandation 5

Que le texte de loi soit revu de concert avec les Autochtones et les populations fragilisées, nous assurant ainsi de leur participation active tout au long de la mise en application de la loi.

Recommandation 6

Qu'une instance, composée d'Autochtones des diverses communautés québécoises, vivant en milieu urbain et non-urbain, cocrée des amendements au projet de loi pour décoloniser les structures de soins, revoir l'accompagnement des Autochtones au sein du réseau de la santé et des services sociaux et réviser le processus de plaintes.

Recommandation 7

Que soit instauré un mécanisme de dénonciation civile, tel que proposé dans le Principe de Joyce.

Recommandation 8

Que soit modifiée la reddition de comptes prévue au projet de loi afin que les milieux de soins informent régulièrement, non seulement le ministre mais aussi « *une instance autochtone* », des pratiques sécurisantes mises en place et donnent aussi

suite aux commentaires de la patientèle qui ne s'est pas sentie sécurisée lors de son épisode de soins.

Recommandation 9

Étendre la portée du projet de loi n° 32 aux services et aux soins de santé tant physiques que mentaux, et ce pour l'ensemble du réseau, en y incluant toutes les personnes autochtones.

Recommandation 10

Prévoir des mécanismes permettant le respect du principe de soins sécurisants dans tous les lieux de soins, ainsi que les milieux hors établissement et incluant également ceux régis par le gouvernement fédéral en territoire québécois.

Recommandation 11

Revoir l'article 39.9.1 du projet de loi pour d'une part préciser les dispositions encadrant l'adoption d'un règlement et d'autre part permettre l'accompagnement des professionnels du réseau par des personnes autochtones qui seraient désignées par un mécanisme élaboré avec les Autochtones.

Recommandation 12

Reconnaître et respecter les savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé.

Recommandation 13

Favoriser la formation professionnelle de personnes autochtones au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

BARNABÉ C., K. OSEI-TUTU, J.M. MANIATE, S. RAZACK, B.M. WONG, B. THOMAS and N. DUCHESNE (2023). [*Equity, diversity, inclusion and social justice in CanMEDS 2025*](#), CanMed. Ed., J 14(1) : p. 27-32.

CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA (2021). *Le Nunavik en chiffres*, CIÉRA de l'Université Laval, ISBN: 978-2-921438-06-3, 64 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2023). [*Rapport - Tournée des pôles en santé santé*](#), mars 2023, CMQ, 38 p.

FMOC (2022). [*Cadre sur les sages pratiques et la réglementation médicale : Vers une expérience sûre et équitable pour les peuples autochtones*](#). FMOC, 8 p.

GRAHAM S., N.M. MUIR, J.W. FORSMA, J. SMYLLIE (2023). [*First Nations, Inuit and Métis Peoples Living in Urban Areas of Canada and Their Access to healthcare: A systematic Review*](#). Int. J. Environ. Res. Public Health, 20, 5956, 18 p.

KAMEL G. (2021). [*Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan*](#), Bureau du coroner, Québec, 22 p.

LÉVESQUE P., J. RASSY et C. GENEST (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 56 p.

NATIONS UNIES (2007). [*Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*](#), Nations Unies, Article 24, 35 p.

[*Systeme canadien de déclaration de cas de tuberculose \(SCDTB\) \(2018\)*](#).

WISPELWEY B., O. TANOUS, Y. ASI, W. HAMMOUDEH and D. MILLS (2023). [*Because its power remains naturalized: introducing the settler colonial determinants of health*](#). Front. Public Health 11:1137428. 17 p.