

Santé, droits, réalités et accès aux services en matière de sexualité et de reproduction chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada

La présente déclaration de principe a été rédigée par le sous-comité sur les initiatives en santé des Autochtones et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La présente déclaration a également été approuvée conjointement par l'Assemblée des Premières Nations, la Fédération canadienne pour la santé sexuelle, les *Pauktuutit Inuit Women of Canada*, la *Native Youth Sexual Health Network*, la *Indigenous Physicians Association of Canada*, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, l'Association canadienne des sages-femmes, le *National Aboriginal Council of Midwives*, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Jessica Yee, Toronto (Ont.)

Alisha Nicole Apale, MSc, Ottawa (Ont.)

Melissa Deleary, Toronto (Ont.)

SOUS-COMITÉ SUR LES INITIATIVES EN SANTÉ DES AUTOCHTONES

Don Wilson, MD (président), Comox (C.-B.)

Sandra de la Ronde, MD (coprésidente), Calgary (Alb.)

André B. Lalonde, MD, Ottawa (Ont.)

Paula Lessard, inf. aut., Kingsport (N.-É.)

Pierre Lessard, MD, Kingsport (N.-É.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

COMITÉ SPÉCIAL

Geri Bailey, BSN, Ottawa (Ont.)

Jennifer Ferrante, BEd, Ottawa (Ont.)

Jane Gauthier, BComm, LLB, Ottawa (Ont.)

Verna Stevens, Ottawa (Ont.)

Tous les auteurs et tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

INTRODUCTION

La présente déclaration de principe commune a pour but de réaffirmer les droits des PNIM en matière de santé sexuelle et génésique et de refléter les réalités auxquelles ces peuples font face au sein de leurs communautés.

Nous souhaitons réduire le déséquilibre qui affecte les femmes des PNIM en matière de disponibilité et d'accessibilité pour ce qui est des services de santé sexuelle et génésique, et solliciter l'appui d'autres organisations à nos efforts visant la modification de la situation actuelle.

DROITS

Les droits sexuels et génésiques fournissent le cadre dans lequel la santé et le bien-être sexuels et génésiques peuvent être assurés. Dans un tel cadre, nous adoptons une approche de droits humains fondés sur le sexe envers la santé sexuelle et génésique des femmes des PNIM, en tenant compte mais aussi en allant au-delà des droits issus des traités et des obligations constitutionnelles propres aux peuples des Premières Nations et Inuits. Parmi les droits des femmes des PNIM en matière de santé sexuelle et génésique, on trouve les droits à la prévention, au traitement, à l'éducation, à l'information et à la confidentialité. Ces droits englobent également ce qui suit :

- le droit d'obtenir des soins opportuns, sûrs sur le plan culturel et de grande qualité;
- le droit de décider du nombre de grossesses et de leur espacement;
- le droit de se fier aux connaissances traditionnelles et de se prévaloir des avantages des percées scientifiques; le droit de prendre des décisions éclairées en matière de santé;
- le droit d'être à l'abri des pratiques nocives (dont la discrimination à l'endroit des personnes bispirituelles et la discrimination fondée sur le sexe ou sur quoi que ce soit d'autre) et de toute forme de violence.

Le droit à la santé sexuelle et génésique signifie que les gens sont en mesure de vivre une relation sûre et mutuellement satisfaisante, exempte de coercition et de violence, à l'abri de craintes en matière d'infection ou de grossesse non voulue, et qu'ils disposent de la capacité de régir leur fertilité sans conséquences indésirables ou dangereuses. Ces droits, décrits en détail dans le cadre de la *SisterSong Native Women's Reproductive Rights and Health Roundtable*¹ de 1999 et codifiés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones² de 2007 (Annexe 1), doivent être protégés et défendus aux niveaux national et international par les communautés, les organisations de santé et les personnes.

RÉALITÉS

La protection et la promotion des droits des PNIM en matière de santé sexuelle et génésique nécessitent une certaine sensibilisation à l'endroit des obstacles à la santé et au bien-être, comme l'accès à des services sûrs sur le plan culturel, ainsi qu'une compréhension claire des besoins et des intérêts des PNIM et des politiques et des pratiques connexes.

Les femmes des PNIM connaissent des taux disproportionnellement élevés d'infections transmissibles sexuellement, d'infections de l'appareil reproducteur, de grossesses exposées à des risques élevés, de grossesses compliquées et prématurées, de mortalité maternelle, de grossesses à l'adolescence et de violence sexuelle³. Les femmes des PNIM sont plus susceptibles que celles de la population générale d'accoucher d'enfants de poids de naissance faible ou élevé et d'enfants présentant l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et d'autres troubles du développement⁴. Chez les Premières Nations et les Inuits, le taux de mortalité infantile est de deux à quatre fois plus élevé qu'au sein de la population générale⁵. Les femmes des PNIM connaissent également des taux plus élevés que la moyenne d'obésité, de diabète, de dépression postpartum et de cancer du col utérin³. Les femmes des PNIM sont plus susceptibles de vivre au sein de communautés caractérisées par des conditions socioéconomiques désavantageuses, dont un faible niveau de scolarité, des occasions d'emploi limitées, la pauvreté, l'insécurité alimentaire et la mauvaise alimentation qui en découle, des logements surpeuplés et/ou non conformes aux normes, le tabagisme et la consommation abusive de substances psychoactives, la désintégration familiale et

communautaire, et la marginalisation politique⁶. De surcroît, la dégradation et la contamination des terres, de l'air et de l'eau des PNIM affectent non seulement directement la santé sexuelle et génésique des femmes des PNIM, mais présentent également des risques connus et inconnus pour la santé de leurs enfants et des enfants de leurs enfants⁷.

On reconnaît d'emblée que les mauvaises issues en matière de santé chez les PNIM sont exacerbées par le caractère inadéquat de l'accès aux services sociaux et de santé qui est attribuable à des formes de colonisation historiques et toujours en cours, dont les obstacles structurels, les politiques racistes et abusives, les politiques restrictives en matière de SSNA (Annexe 2) et des déterminants sociaux de la santé complexes⁸⁻¹⁰. Tant en milieu urbain qu'en milieu rural, les femmes des PNIM font face à un accès restreint aux services de santé, ainsi qu'à un accès déficient à des soins sûrs sur le plan culturel^{4,11}. Au sein des services de maternité, une crise affecte particulièrement les ressources humaines. Nous faisons face à un manque de services accessibles et sûrs sur le plan culturel, et les efforts visant le retour dans la communauté des accouchements n'étant exposés qu'à de faibles risques cherchent à combler ce manque. Ces efforts doivent s'inscrire dans le cadre d'une stratégie fédérale-provinciale-territoriale intégrée¹². De surcroît, dans les communautés rurales et éloignées, il est souvent difficile pour les femmes de faire respecter leur confidentialité au moment de chercher à obtenir des services de santé et d'avoir accès à une couverture pour les services thérapeutiques de base en santé génésique, comme la contraception (d'urgence), le counseling et le soutien. Cela peut s'avérer particulièrement difficile pour les jeunes femmes et les adolescentes des régions rurales, lesquelles peuvent ne pas bien connaître leur santé sexuelle et génésique et ne pas être entièrement conscientes de l'étendue de leurs droits et de leurs choix à ce chapitre (y compris l'avortement), et qui peuvent disposer de moins d'options en matière de soins que certaines de leurs homologues des régions urbaines. Quarante-huit pour cent des membres des PNIM ont moins de 25 ans¹³. Compte tenu du taux élevé de grossesse à l'adolescence et du risque connexe de décrochage scolaire et de chômage, la nécessité de mettre en œuvre des politiques et des programmes habitants s'adressant à la jeunesse s'avère urgente.

Ces réalités sous-tendent la nécessité de mettre en œuvre des politiques et des pratiques exhaustives et coordonnées qui favorisent et protègent le droit de chaque personne à la santé et au bien-être sexuels et génésiques. De façon semblable, nous nous devons de faire progresser la compétence culturelle des fournisseurs de services de santé afin d'assurer l'offre de services sûrs sur le plan culturel. Cela comprend le fait d'accroître leur sensibilisation aux programmes propres aux Premières Nations et aux Inuits

ABRÉVIATIONS

PNIM Premières Nations, Inuits et Métis

SSNA Services de santé non assurés

(comme le programme SSNA) à titre de moyen d'assurer et de promouvoir l'équité en matière de couverture des services de santé pour les Premières Nations et les Inuits (Annexe 2). Cela comprend également le fait de promouvoir les initiatives déjà en cours qui œuvrent à restaurer la justice génésique, à combattre l'homophobie et la transphobie, et à soutenir les personnes présentant des handicaps.

RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de nos efforts visant la promotion de la santé et du bien-être sexuels et génésiques chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, nous recommandons ce qui suit :

1. Promouvoir la sensibilisation des fournisseurs de soins de santé, des organisations du domaine de la santé, des chefs politiques et des leaders communautaires de partout au Canada et favoriser leur engagement envers la protection et la promotion des droits des PNIM en matière de santé sexuelle et génésique.
2. Conseiller au gouvernement du Canada de donner suite aux recommandations de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones¹, particulièrement en ce qui concerne les articles 23, 24.1 et 24.2 (Annexe 1), et de les mettre en œuvre.
3. Favoriser l'acquisition d'une compétence culturelle chez les fournisseurs de soins de santé, de façon à ce que ces soins soient offerts de façon sûre sur le plan culturel et qu'ils soient adaptés aux besoins et aux intérêts particuliers des PNIM, tout en tenant compte des déterminants sociaux de la santé et des obstacles cliniques, structurels et politiques aux soins.
4. Soutenir l'élaboration d'une stratégie fédérale-provinciale-territoriale en ce qui concerne l'accouchement au sein des PNIM, de façon à traiter de façon systématique de la crise qui secoue celles-ci dans le domaine des soins de santé maternelle.
5. Promouvoir la sensibilisation et la compréhension des fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne les services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits. Cela englobe le processus de l'obtention d'une couverture pour les médicaments en vente libre et les médicaments qui nécessitent une approbation SSNA spéciale.
6. Promouvoir l'apport de changements aux politiques SSNA en vue d'accroître l'accès aux contraceptifs d'urgence et de rechange, aux services de counseling en santé sexuelle et mentale et aux services de sage-femme, ainsi que pour favoriser le retour aux pratiques traditionnelles d'accouchement au sein des communautés.

RÉFÉRENCES

1. The Native American Women's Health Education Resource Centre. *SisterSong Native Women's Reproductive Rights and Health Roundtable Convenes*. Disponible à : <http://nativeshop.org/pro-choice.html>. Consulté le 20 janvier 2010.
2. Nations Unies. *Déclaration sur les droits des peuples autochtones. Résolution 61/295 adoptée par l'Assemblée générale le 13 septembre 2007*, New York : Nations Unies, 2007. Disponible à : <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/fr/drip.html>. Consulté le 28 avril 2011.
3. Stout M D, Kipling GD, Stout R. *Santé des femmes autochtones, Projet de synthèse des recherches, rapport final*. Les Centres d'excellence pour la santé des femmes; 2001. Disponible à : http://www.cewh-cesf.ca/PDF/cross_cex/synthesisFR.pdf. Consulté le 26 octobre 2010.
4. Wassimi S, Wilkins R, Mchugh N, Xiao, L, Simonet F, Luo Z-C. « Association of macrosomia with perinatal and postneonatal mortality among First Nations people in Quebec », *CMAJ*, vol. 183, n° 3, le 22 février 2011. Première publication : le 17 janvier 2011. doi :10.1503/cmaj.100837.
5. Luo Z-C, Wilkins R, Heaman M. « Birth outcomes and infant mortality by the degree of rural isolation among First Nations and non-First Nations in Manitoba », *Canada. J Rural Health*, vol. 26, n° 2, 2010, p. 175–81.
6. Adelson N. « The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada », *Can J Public Health*, vol. 96, (suppl. 2), 2005, p. S45–61.
7. INCITE! Women of Colour Against Violence. *International indigenous women's environmental and reproductive health symposium declaration. August 19, 2010*. Disponible à : <http://inciteblog.wordpress.com/2010/08/19/international-indigenous-womens-environmental-and-reproductive-health-symposium-declaration/>. Consulté le 21 janvier 2010.
8. Geyorfi-Dyke E. *Poverty and chronic disease: recommendations for action*. Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, avril 2008.
9. First Nations Centre. *First Nations regional longitudinal health survey (RHS) 2002/2003: results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa : First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organization, 2005.
10. Assemblée des Premières Nations. *First Nations action plan for Non-Insured Health Benefits*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations; le 25 avril 2005. Disponible à : http://64.26.129.156/cmslib/general/NIHB%20Action%20Plan_Fe.pdf. Consulté le 16 février 2011.
11. Urban Indian Health Institute, Seattle Indian Health Board. *Reproductive health of urban American Indian and Alaska Native women: examining unintended pregnancy, contraception, sexual history and behavior, and non-voluntary sexual intercourse*, Seattle : Urban Indian Health Institute, 2010.
12. Lalonde AB, Butt C, Bucio A. « Maternal health in Canadian Aboriginal communities: challenges and opportunities », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, 2009, p. 956–62.
13. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Fiche d'information - Démographie des Autochtones selon le recensement de 2006. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien*. Disponible à : <http://www.aainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/cad-fra.asp>. Consulté le 26 octobre 2010.
14. Two Spirit Society of Denver. *What does two spirit mean? [page Web]*. Disponible à : <http://www.denvertwospirit.com/>. Consulté le 9 février 2011.
15. Shen E. « Asian Communities for Reproductive Justice answers the question: what is reproductive justice », *Collective Voices*, vol. 1, n° 2, printemps 2005, p. 6.

ANNEXE 1 DÉCLARATION DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DES PEUPLES AUTOCHTONES

Article 23

Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions.

Article 24

1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital.

Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

ANNEXE 2 SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

Les critères restrictifs d'admissibilité, les formalités administratives excessives entourant les clauses de prédétermination et le fort taux de rejet pour certains services thérapeutiques exercent un effet significatif sur la qualité et le caractère opportun des services, et peut entraîner la prolongation de la maladie, la hausse des coûts de programme et une violation des droits issus de traités.

Les avantages et les politiques SSNA sont particulièrement offerts aux femmes des Premières Nations et du peuple Inuit, conformément aux droits issus de traités et aux obligations constitutionnelles. Notre utilisation des termes « Premières Nations » et « Inuit » aux présentes s'inscrit dans le cadre des critères d'admissibilité de ces politiques.

ANNEXE 3 DÉFINITIONS

Peuples autochtones

« Autochtones » est un terme général qui fait référence à tous les peuples indigènes du Canada : Premières Nations, Inuit, Métis, inscrits ou non. Dans le présent document, le terme « Peuples autochtones » est utilisé de façon inclusive.

Soins sûrs sur le plan culturel

Le terme « Soins sûrs sur le plan culturel » fait référence à l'intégration et à la transformation des connaissances au sujet de personnes et de groupes de personnes en normes de diligence, en politiques et en pratiques particulières. Il fait référence aux soins qui sont adaptés au contexte socioculturel particulier des PNIM, y compris la sensibilisation aux besoins, aux intérêts, aux croyances en matière de santé et aux comportements particuliers.

Soins compétents sur le plan culturel

Par « Soins compétents sur le plan culturel », on entend des soins qui démontrent un engagement envers le dialogue et le développement de relations avec les communautés PNIM. Cet engagement vise principalement à améliorer la santé par l'intermédiaire d'une intensification du développement personnel et professionnel et d'une sensibilité accrue aux cultures et aux pratiques de santé des PNIM.

Services de santé non assurés (SSNA)

Les SSNA offrent une couverture aux membres admissibles des Premières Nations et du peuple Inuit habitant au Canada. Ce programme offre des avantages qui ne sont pas couverts par les soins de santé hospitaliers, provinciaux ou territoriaux : soins ophtalmologiques, soins dentaires, transport médical, médicaments / agents pharmaceutiques, fournitures et matériel médicaux, counseling aux personnes en situation de crise et services de santé approuvés à l'extérieur du Canada. Dans le présent document, l'utilisation du terme « SSNA » fait particulièrement référence aux avantages offerts aux Premières Nations et au peuple Inuit.

Bispiritualisme

La *Two Spirit Society of Denver*¹⁴ offre la définition suivante :

Le terme « bispirituel » est un terme universel moderne qui peut être appliqué aux Autochtones qui sont homosexuels, bisexuels ou transgenres (HBT). L'utilisation du terme « bispirituel » évoque de façon générale le respect envers le rôle traditionnel qu'une personne HBT aurait joué au sein de son peuple avant la colonisation. Bien que l'utilisation du terme déterminé par un peuple pour désigner ses membres HBT soit celle qui est la plus souhaitable, le terme « bispirituel » s'avère utile pour désigner les groupes HBT autochtones dont les membres sont issus de différents ou de multiples peuples autochtones.

Justice génésique

Eveline Shen¹⁵ a défini la justice génésique comme suit :

Le bien-être complet des femmes et des filles sur les plans physique, mental, spirituel, politique, économique et social . . . [et] . . . sera atteint lorsqu'elles disposeront du pouvoir et des ressources économiques, sociales et politiques nécessaires à la prise de décisions saines au sujet de leur corps, de leur sexualité et de leur reproduction pour elles-mêmes, leurs familles et leurs communautés dans tous les aspects de leur vie.

Homophobie

L'homophobie est un ensemble de messages, de croyances et de gestes violents qui ne respectent pas, dégradent, marginalisent, ignorent et invisibilisent les personnes non hétérosexuelles. (*Lesbian, Gay, Bi, Trans Youthline*. communication électronique, le 6 avril 2011)

Transphobie

La transphobie est un ensemble de messages, de croyances et de gestes violents qui ne respectent pas, dégradent, marginalisent, ignorent et invisibilisent les personnes dont la présentation / identité sexuelle n'est pas considérée comme correspondant au sexe identifié à la naissance. (*Lesbian, Gay, Bi, Trans Youthline*. communication électronique, le 6 avril 2011)