

Avril 2025

# **Perspectives sur l'aide médicale à mourir (AMM) parmi les femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones au Canada :** une étude exploratoire

Native Women's  
Association of Canada



L'Association des femmes  
autochtones du Canada

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| I : Contexte   | 3  |
| II : Méthodologie  | 6  |
| III : Outils méthodologiques   | 9  |
| IV : Résultats   | 12 |
| V : Considérations éthiques  | 13 |
| VI : Limites   | 36 |
| VII : Recommandations  | 38 |
| Références   | 40 |
| Annexe A : Lettre de consentement pour les cercles de partage                | 43 |
| Annexe B : Sondage auprès des praticiens de l'AMM                            | 47 |
| Annexe C : Sondage auprès des participantes préalable aux cercles de partage | 50 |
| Annexe D : Questions sur les cercles de partage                              | 54 |

## I : Contexte

---

Dans le contexte des communautés autochtones au Canada, l'aide médicale à mourir (AMM) soulève des questions uniques et essentielles. En 2016, le Canada a introduit l'AMM comme une procédure médicale légalement autorisée qui offre une fin paisible et sans douleur aux vies des adultes consentants qui font face à des conditions médicales graves et irrémédiables (Autorité provinciale des services de santé [PHSA], 2023). L'admissibilité à l'AMM exige que les personnes aient au moins 18 ans, aient accès à des services de santé financés par l'État au Canada et fournissent un consentement éclairé et volontaire (Vancouver Coastal Health [VCH], 2023). Les personnes cherchant l'AMM doivent éprouver des souffrances physiques ou mentales insupportables, mais leur état médical n'a pas besoin d'être en phase terminal (VCH, 2023). Le processus implique un formulaire de demande, deux évaluations et un placement dans le volet 1 (pour une mort naturelle prévisible) ou le volet 2 (pour les cas sans ce pronostic). Les deux volets intègrent des garanties procédurales précises, y compris la présence de témoins, des périodes d'évaluation et des consultations d'experts, garantissant un processus éthique et méticuleux (VCH, 2023; Health Law Institute, s.d.).

Les modifications apportées par le projet de loi C-7, intitulé la « Loi sur l'aide médicale à mourir », ont considérablement changé le processus d'AMM. Ces changements comprennent la mise en œuvre de demandes anticipées, des critères d'admissibilité élargis, un système à deux volets et des mesures de protection renforcées (Université de Toronto, 2021; gouvernement du Canada [GC], 2021b; GC, 2023; GC, 2024; Centre for Effective Practice, 2021). En 2023, 15 343 personnes au Canada ont reçu l'AMM, représentant 4,7 % de tous les décès canadiens, avec 5,96 % des demandes refusées en raison d'inadmissibilité (GC, 2024). Certains critiques ont exprimé des préoccupations concernant la facilité d'accès à la suite des modifications. L'incidence négative possible sur les populations marginalisées et l'appréhension à permettre l'AMM pour les personnes ne faisant pas face à des maladies en phase terminale demeurent des enjeux clés (Honderich, 2023).

En réponse à ces préoccupations, il y a une conversation croissante sur le potentiel de coercition et le risque de dévaloriser des vies dans certaines circonstances. L'utilisation de l'AMM a augmenté de manière exponentielle depuis son adoption, ce qui soulève des questions éthiques sur sa compatibilité avec l'engagement du système de santé à promouvoir le bien-être (Cardus, 2023). Bien que certains plaident en faveur d'une approche centrée sur l'autonomie en matière de soins de santé, d'autres soutiennent une position qui remet en question les hypothèses capacitistes et souligne l'importance d'un soutien accru en matière de santé, tel que les soins palliatifs (Baril, 2022).

Il est essentiel de reconnaître les couches multiples qui influencent les attitudes envers les soins de fin de vie, telles que les disparités en matière de connaissances, le statut socioéconomique et les obstacles structurels au sein du système de santé canadien (Berube et coll., 2022). Cela comprend les déséquilibres observés parmi différents groupes socioéconomiques, d'âge, de langue et de famille. Par exemple, des niveaux d'éducation inférieurs et des difficultés financières sont liés à une moindre connaissance des pratiques de fin de vie, soulevant des préoccupations concernant les inégalités possibles dans l'accès à l'AMM (Berube et coll., 2022; Tran et coll., 2022). De plus, des obstacles structurels, y compris le racisme systémique au sein du système de santé canadien, constituent des

obstacles importants à l'accès à l'AMM, ce qui touche particulièrement les peuples autochtones et ceux qui font face à des obstacles accrus pour accéder aux options de fin de vie (GC, 2021a, 2022).

Aborder ces défis implique de reconnaître les perspectives diverses au sein des communautés autochtones concernant l'AMM et de chercher des conseils auprès des Aînés et des dirigeants spirituels pour garantir des pratiques adaptées à la culture (GC, 2021a). Les perspectives uniques sur la mort au sein des communautés autochtones soulignent le besoin d'une approche nuancée. Certaines personnes perçoivent l'aide médicale à mourir comme une cérémonie et la considèrent comme un événement impliquant la communauté, tandis que d'autres ressentent un malaise face à l'AMM en raison de traumatismes historiques, intergénérationnels et contemporains (Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir [CMSAMM], 2023).

Dans la littérature existante, les opinions et perspectives sur l'AMM au sein des communautés autochtones ont varié. Certains dirigeants et communautés autochtones ont exprimé des préoccupations selon lesquelles l'AMM pourrait être plus accessible que l'obtention de ressources essentielles à la qualité de vie (GC, 2022). Des préoccupations similaires ont été exprimées par des Aînés autochtones et des parlementaires, qui ont souligné l'importance de décourager le suicide et ont mis en garde contre l'élargissement de l'admissibilité à l'aide à mourir, car cela pourrait envoyer des messages problématiques de manière involontaire (Brydon, 2016). Compte tenu des taux élevés de suicide parmi les jeunes autochtones, la disponibilité de l'AMM soulève également des préoccupations concernant le potentiel de désinformation. Lorsque le gouvernement du Canada a organisé des séances de mobilisation sur l'AMM en 2020, les personnes autochtones ont souligné le besoin de davantage de services de soins de santé, y compris la formation en médecine, en santé mentale et en respect de la culture pour les fournisseurs de soins de santé (GC, 2021a). Cette notion est particulièrement importante dans les communautés éloignées où il y a des obstacles accrus à la prestation de soins palliatifs et de soins en fin de vie. Cela comprend un manque de personnel infirmier, de personnel médical et de psychologues, des taux de roulement élevés, des programmes et des possibilités de formation insuffisants, et un accès réduit aux médicaments narcotiques nécessaires (Hotson et coll., 2004).

Ces perspectives initiales mettent en lumière une interaction complexe entre la culture, les expériences historiques et les défis contemporains. La disponibilité de l'AMM met encore en évidence le manque de services de santé complets, de formation et de ressources dans de nombreuses communautés. Il est essentiel de mobiliser les peuples autochtones pour aborder ces préoccupations complexes, tout en répondant au besoin de prestations de soins de santé respectueux de la culture et améliorés (CMSAMM, 2023).

### Objet de l'étude

Pour aborder les défis liés aux renseignements, à l'accessibilité et à la coercition possible relatifs à l'AMM, l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) a organisé des cercles de partage sur l'île de la Tortue, dans l'Inuit Nunangat et sur la terre natale des Métis, explorant l'incidence de l'AMM sur les femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et diverses identités de genre (FFPBTDIG+) autochtones. En amplifiant les voix des FFPBTDIG+ autochtones, ce projet vise à diffuser des perspectives culturellement pertinentes qui tiennent compte des traumatismes et à élargir les connaissances sur l'incidence de l'AMM sur les communautés de FFPBTDIG+



autochtones. En discutant des lacunes de l'AMM, en explorant des perspectives différentes et en mettant en lumière des solutions émergentes, les résultats viseront à fournir des renseignements précieux pour combler les lacunes de connaissances actuelles.

### **Buts et objectifs**

Ce projet a directement mobilisé 58 FFPBTDIG+ autochtones et 39 praticiens de l'AMM pour recueillir leurs perspectives sur l'AMM, ses lacunes et des solutions possibles. L'objectif était de déterminer les lacunes du cadre de l'AMM et de fournir des recommandations pratiques qui profitent précisément aux FFPBTDIG+ autochtones. En tenant compte des perspectives et des expériences uniques des FFPBTDIG+ autochtones concernant l'AMM, des connaissances seront diffusées pour accroître la sensibilisation et renforcer les capacités. En fin de compte, ce projet vise à élargir la base de connaissances sur l'AMM, à renforcer les capacités et à élaborer des recommandations sur mesure pour les gouvernements, les praticiens de l'AMM, les organisations communautaires et les chercheurs afin de mieux servir les communautés de FFPBTDIG+ autochtones.

## II : Méthodologie

---

Une série de processus significatifs ont été mis en œuvre tout au long du projet de recherche en vue de garantir la sécurité des participants, la considération culturelle et une facilitation centrée sur la personne. Ces méthodes comprenaient l'analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture (ACSAC+), le consentement libre, préalable et éclairé (CLPE), une optique d'intersectionnalité, des approches tenant compte des traumatismes, et Etuaptmunk – l'approche à double perspective. Ces méthodologies ont également été utilisées pour ancrer le travail de l'AFAC dans le cadre des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation.

En plus de ces méthodes impératives, des analyses quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour mettre en évidence les données et les tendances clés de la recherche. L'analyse thématique a été choisie pour l'analyse qualitative en raison de sa flexibilité à déterminer les tendances, thèmes et modèles clés des données recueillies. L'analyse thématique a également été utilisée pour déceler les principaux récits et perspectives parmi les voix des participants aux cercles de partage. Des données quantitatives ont été recueillies à l'aide de sondages administrés auprès des praticiens de l'AMM et des FFPBTDIG+ autochtones qui ont participé aux cercles de partage. Des données qualitatives ont été recueillies à partir de sondages ainsi que de cercles de partage en personne et virtuels.

### **Analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture plus (ACSAC+)**

L'AFAC vise à mettre en œuvre un cadre d'ACSAC+ fondé sur les distinctions dans le cadre de l'ensemble de ses initiatives afin de garantir que les perspectives et les expériences uniques des Premières Nations, des Métis et des Inuits soient reconnues (AFAC, 2020). Cette méthodologie sert d'outil essentiel pour examiner et aborder en profondeur l'incidence multidimensionnelle du colonialisme d'occupation sur les FFPBTDIG+ autochtones, en particulier dans le contexte de l'AMM. Cette approche fondée sur les distinctions en matière d'ACSAC+ reconnaît que des histoires patriarcales et des normes sociales ont été imposées aux communautés autochtones depuis le contact européen, reconnaissant les effets néfastes sur la gouvernance, les relations familiales et la santé et le bien-être en général. Le cadre respecte également les contextes culturels, historiques et spirituels uniques des diverses communautés autochtones (AFAC, 2020; Sanchez et coll., 2020).

Le cadre d'ACSAC+ offre une optique réflexive et une exploration approfondie de la manière dont diverses formes de colonialisme s'entrecroisent avec le genre pour influencer collectivement les expériences des FFPBTDIG+ autochtones en ce qui a trait à l'AMM. Il explore également la façon dont le genre influence les expériences des FFPBTDIG+ autochtones qui sont confrontées à des défis complexes dans des contextes de soins de santé et sociaux particuliers. Cette approche vise à fournir des idées et des recommandations culturellement pertinentes qui sont adaptées pour améliorer notre compréhension des expériences et des perspectives des FFPBTDIG+ concernant l'AMM.

### **Consentement libre, préalable et éclairé (CLPE)**

Conformément aux directives énoncées dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), la présente recherche a été réalisée avec un engagement à mettre en œuvre un modèle de CLPE. Le CLPE est une méthode de recherche fondamentale pour impliquer les peuples autochtones et vise à accorder la priorité à leur autodétermination et à leur autonomie



(Institute for Human Rights and Business [IHRB], 2022). Cette approche reconnaît l'importance de collaborer avec les communautés autochtones selon leurs préférences en respectant leurs connaissances traditionnelles, leurs pratiques culturelles et leurs droits fonciers. Ce modèle exige que les chercheurs obtiennent un consentement libre, préalable et éclairé avant de commencer toute recherche, afin de garantir que le processus de recherche soit transparent, inclusif et accessible (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2016; IHRB, 2022).

Le processus de CLPE a été essentiel à ce projet. Dans les cercles de partage virtuels et en personne, les participants ont reçu une lettre d'information et de consentement (annexe A) avant de participer au cercle de partage. Ce document a fourni un aperçu détaillé des sujets à discuter pendant les cercles de partage, offrant à tous les participants le choix de divulguer ou de retenir des renseignements à tout moment au cours du processus de recherche.

### **Intersectionnalité**

Le présent projet de recherche a été façonné de manière considérable par un cadre d'intersectionnalité, qui offre une optique pour reconnaître les interconnexions complexes entre les identités sociales et les catégorisations (Tojer, 2018). Créé par Kimberlé Crenshaw en 1991, ce cadre met en lumière l'interaction complexe entre diverses formes d'inégalité en soulignant leur incidence entrelacée et cumulée (Steinmetz, 2020). Les nations autochtones dans le Canada ont des identités très différentes, représentant des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des interactions avec la terre diversifiées. Reconnaître ces différences intersectionnelles est important pour comprendre la façon dont les individus et les communautés subissent des expériences de discrimination superposées. L'utilisation d'une approche intersectionnelle dans cette recherche permet une exploration approfondie des dynamiques entre l'hétéropatriarcat et le colonialisme d'occupation, révélant la façon dont ces systèmes se manifestent et touchent les expériences vécues (Carastathis, 2016). En intégrant l'intersectionnalité, la recherche vise à avoir une compréhension globale des dimensions multiples des inégalités et de la discrimination auxquelles font face les FFPBTDIG+ autochtones dans le contexte précis de l'AMM, favorisant des recommandations plus inclusives et éclairées.

### **Approches tenant compte des traumatismes**

Un événement traumatique peut renvoyer à un événement unique, à un événement passé ou à une tendance de longue date (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH], 2024). Aborder le traumatisme dans l'optique autochtone exige la reconnaissance du fait que les FFPBTDIG+ autochtones peuvent avoir vécu un traumatisme direct, indirect ou intergénérationnel, tout en reconnaissant que le traumatisme autochtone ne peut être séparé du colonialisme d'occupation. Le traumatisme ne peut pas être considéré uniquement comme une expérience individuelle, mais doit plutôt être reconnu comme une expérience collective axée sur la résilience, qui fournit finalement des connaissances pratiques (Schiffer, 2019).

Les chercheurs ont réfléchi à leur intersectionnalité et à leur positionnement pour interagir avec les FFPBTDIG+ de manière compatissante et respectueuse. Pour réduire les cas de nouveaux traumatismes, des protocoles culturellement pertinents ont été utilisés, et la diversité de genre a été prise en compte pour créer des expériences plus significatives et offrir des environnements plus sûrs et inclusifs. Ce projet a été réalisé en collaboration avec des organisations autochtones

locales pour favoriser des environnements de décolonisation et de soutien. En accordant la priorité à une approche tenant compte des traumatismes, cette recherche reconnaît les liens holistiques entre le traumatisme et les peuples autochtones, visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les FFPBTDIG+ autochtones liés à la législation et aux réponses sur l'AMM.

### **Etuaptmumk – Approche à double perspective**

L'Aîné mi'kmaw Albert Marshall définit Etuaptmumk ou « double perspective » comme « voir d'un œil les forces des méthodes liées au savoir autochtone, de voir de l'autre œil les forces des méthodes liées au savoir occidental, puis d'utiliser les deux yeux à la fois » (Barlett, Marshall et Marshall, 2012, p. 335). Dans cette étude, l'AFAC a appliqué Etuaptmumk en jumelant des méthodes occidentales avec des méthodes de recherche autochtones, telles que les cercles de partage et une analyse thématique qualitative. Cette approche collaborative a permis des interprétations significatives et des recommandations concrètes. Compte tenu des répercussions holistiques des soins de santé, des soins de fin de vie et des soins funéraires sur les personnes et les communautés autochtones, il est essentiel d'intégrer les connaissances autochtones et occidentales. De nombreuses participantes à nos cercles de partage ont partagé des histoires de guérison autochtone et de pratiques médicales occidentales, favorisant un apprentissage réciproque et mettant en lumière les différences nuancées dans les expériences vécues et les façons d'être. Ces pratiques partagées ont souligné le pouvoir collaboratif de la recherche et l'avantage d'accéder à des systèmes de santé doubles (Peltier, 2018).



### III: Outils méthodologiques

---

Cette étude exploratoire a utilisé une combinaison d'outils méthodologiques qualitatifs et quantitatifs. Deux sondages distincts ont été élaborés et effectués. Un sondage était axé sur les praticiens de l'AMM, cherchant leurs perspectives, expériences et connaissances concernant les procédures et processus de l'AMM par rapport aux FFPBTDIG+ autochtones. Le deuxième sondage a été fourni aux participantes aux cercles de partage, afin de recueillir des données démographiques ainsi que de comprendre leurs connaissances et opinions initiales sur l'AMM. De plus, neuf cercles de partage et une entrevue individuelle ont été réalisés pour recueillir des données qualitatives sur les perspectives et les expériences des FFPBTDIG+ autochtones concernant l'AMM.

#### Sondage auprès des praticiens de l'AMM

Un sondage de 22 questions (annexe B) a été élaboré pour évaluer la formation des praticiens de l'AMM, leur familiarité avec les besoins précis des Autochtones en matière d'AMM et les défis liés à la prestation de services. Le sondage comprenait des questions quantitatives et qualitatives, et les répondants indiquaient leur identité autochtone, le lieu de service, les rôles précis et leurs connaissances en matière de soins respectueux de la culture. Le sondage a été mené sur SurveyMonkey du 20 octobre 2023 au 24 janvier 2024 et était ouvert à tous les professionnels de la santé (autochtones et non-autochtones) participant à l'AMM (par exemple, médecins, infirmiers praticiens, pharmaciens, professionnels de la santé mentale). On a reçu 39 réponses. Les participants ont reçu une carte-cadeau de 25 \$ à Artisanelle de l'AFAC.

#### Sondage préalable aux cercles de partage

Un sondage de 20 questions (annexe C) a été élaboré pour les participantes aux cercles de partage sur l'AMM afin d'évaluer la sensibilisation, les perceptions et les expériences liées à l'AMM dans les communautés autochtones. En utilisant une conception transversale, le sondage a combiné des questions quantitatives et qualitatives pour examiner les disparités de service, les lacunes de connaissance et les problèmes d'accessibilité. Les participantes ont rempli le sondage, administré en ligne (à l'aide de SurveyMonkey) ou en personne (imprimé), avant de commencer les cercles de partage. On a reçu 58 réponses de la part des participantes provenant de plusieurs provinces et territoires.

#### Analyses statistiques des données des sondages

Les données des deux sondages ont été importées indépendamment dans le programme Ensemble des programmes statistiques relatif aux sciences sociales (SPSS) pour analyse (les valeurs manquantes, les incohérences et les valeurs aberrantes ont été traitées). Les variables nominales et ordinales ont été codées, et les variables catégorielles ont été recodées en groupes binaires aux fins de tabulation recoupée. Des statistiques descriptives ont résumé les caractéristiques démographiques et évalué les réponses aux différentes questions du sondage. Les moyennes, les écarts types et les distributions de fréquence ont fourni un aperçu de l'ensemble de données. La tabulation recoupée utilisant la fonction Crosstabs de SPSS a examiné les relations entre les principales variables catégorielles. Le test du chi carré pour l'indépendance a été effectué en vue

d'évaluer les associations statistiques. Des tests t pour des échantillons indépendants ont été réalisés, et le test t de Welch a été appliqué, au besoin. Une valeur p inférieure à 0,05 a déterminé l'importance. Les tendances et les modèles du sondage sur les praticiens de l'AMM ont été explorés plus en détail à l'aide de distributions de fréquence, de différences moyennes entre les répondants et de l'analyse des variations à l'aide des fonctions Explore et Compare Means de SPSS.

Les réponses qualitatives ont été analysées thématiquement à l'aide du logiciel NVivo. Les réponses ouvertes ont été codées de manière inductive. Les fonctions de recherche de NVivo ont assuré la cohérence du codage, évalué la fréquence des mots et visualisé les relations thématiques. Les résultats qualitatifs ont été intégrés aux résultats statistiques pour fournir une compréhension globale des réponses au sondage.

### **Cercles de partage (en personne et virtuels)**

Quatre cercles de partage en personne ont été réalisés aux endroits suivants : un à Kirkland Lake (Ontario), un à Edmonton (Alberta) et deux à Whitehorse (Yukon). Organiser des cercles de partage en personne a favorisé un plus grand sentiment de communauté, permettant aux individus de se rassembler pour partager leurs perspectives et expériences liées à l'AMM. De même, le format en personne de ces cercles de partage a offert un espace pour l'empathie, les connexions personnelles et une aide accrue de l'équipe de recherche, au besoin.

Cinq cercles de partage virtuels ont été organisés pour la Saskatchewan, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard. De plus, une entrevue virtuelle a été réalisée avec un Gardien du Savoir Inuit du Nunavut (actuellement résident de l'Ontario) pour offrir une perspective inuite sur l'AMM, car d'autres cercles de partage ont connu des difficultés pendant le recrutement de participantes inuites. Les séances virtuelles ont également offert une occasion de contributions de la part de personnes qui n'auraient peut-être pas pu assister à un cercle de partage en personne.

L'AFAC a collaboré avec ses associations provinciales et territoriales membres (APTMM) et des organisations locales (lorsque les APTMM n'étaient pas disponibles) pour organiser la logistique et recruter des participantes pour les cercles de partage. Le cercle de partage a recherché des perspectives diversifiées en recrutant dans chacune des quatre directions (nord, sud, est, ouest) du pays. Chaque séance virtuelle et en personne a duré environ une à deux heures. Au cours de cette période, les participantes ont rempli le sondage préalable au cercle de partage (annexe C) et ont été informées du contenu de la lettre d'information et de consentement (annexe A), expliquant le processus de consentement et les soutiens en matière de soins de suivi, ainsi que les objectifs, buts et résultats souhaités du projet de recherche. Tous les cercles de partage ont été ouverts et clos de manière significative. Dans la mesure du possible, un Aîné autochtone était présent pour offrir ses perspectives uniques et soutenir de manière holistique les autres participantes. L'animateur a utilisé un format semi-structuré pour poser des questions, orienté par les questions des cercles de partage (annexe D). Le format semi-structuré a permis une plus grande flexibilité et exploration du sujet de recherche. Toutes les séances ont été enregistrées en audio par l'entremise de Zoom et transcrites par OtterAI. Les transcriptions générées ont été vérifiées directement à l'aide des enregistrements audio et montées pour garantir une représentation précise des conversations.



### **Analyse thématique des transcriptions des cercles de partage**

NVivo a été utilisé pour réaliser une analyse thématique des transcriptions des cercles de partage et de l'entrevue individuelle. Une approche épistémologique contextualiste a été appliquée pour équilibrer les perspectives essentialistes et constructionnistes. Cela a permis de contextualiser les expériences vécues, les croyances et la compréhension des participantes en reconnaissant la façon dont des forces structurelles plus larges (telles que les inégalités systémiques découlant de la colonisation) influencent les récits personnels.

Étant donné que cette étude est exploratoire, les données ont été analysées au moyen d'une approche inductive à codage ouvert, permettant aux idées et aux modèles d'émerger de manière organique des récits des participantes. Une combinaison de stratégies de codage sémantique et latent a permis d'explorer en profondeur les contextes explicites et cachés des réponses des participantes. Les codes ont été développés à partir de blocs de texte plutôt qu'en isolant des mots individuels. Cela a permis une analyse plus ancrée et sensible au contexte qui préservait les nuances uniques des réflexions des participantes sans décontextualiser ni simplifier exagérément les données. Par conséquent, les réponses ont souvent été codées en double et appliquées à plusieurs thèmes afin d'analyser avec précision l'intersectionnalité complexe des expériences des participantes. Après avoir codé les 10 transcriptions individuellement, les 1 295 nœuds combinés ont été classés en cinq thèmes de niveau supérieur, avec 17 sous-thèmes répartis. Les extraits des participantes ont été modifiés dans les résultats pour éliminer toute erreur grammaticale.

## IV : Considérations éthiques

---

Cette recherche n'a pas exigé l'approbation d'un comité d'éthique, car elle a été présentée à un processus d'examen éthique interne par l'entité de financement, Services aux Autochtones Canada. Toutefois, il est essentiel de souligner que l'équipe de recherche se consacre à adopter une approche tenant compte des traumatismes, culturellement pertinente et fondée sur le consentement. Les participantes ont donné un consentement éclairé continu tout au long du processus de recherche.

Les participantes admissibles au cercle de partage étaient âgées de 18 ans et plus et s'identifiaient comme étant des FFPBTDIG+ autochtones. Les participantes ont reçu une lettre d'information et de consentement (annexe A) avant de remplir le sondage préalable au cercle de partage (annexe C). Ce document a assuré aux participantes que leurs discussions resteraient anonymes et confidentielles, et a fourni des renseignements sur le projet de recherche, y compris l'intention, les objectifs ainsi que les risques et les avantages possibles liés à leur participation. De plus, il comprenait les coordonnées de diverses lignes téléphoniques de crise destinées aux Autochtones et les coordonnées de l'équipe de recherche pour toute question ou préoccupation.

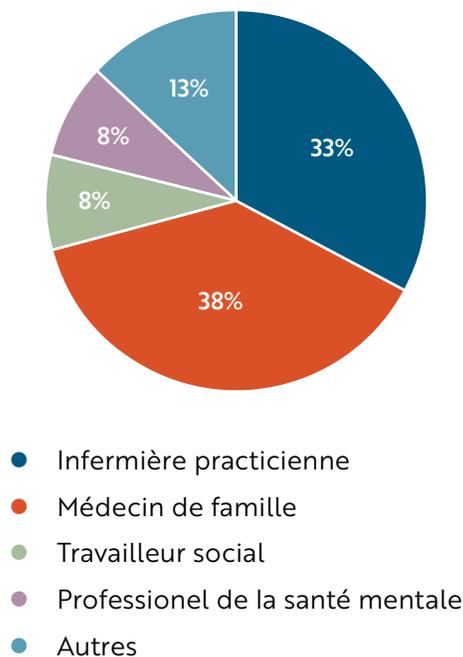


## V : Résultats

### Sondage auprès des praticiens de l'AMM : analyse quantitative

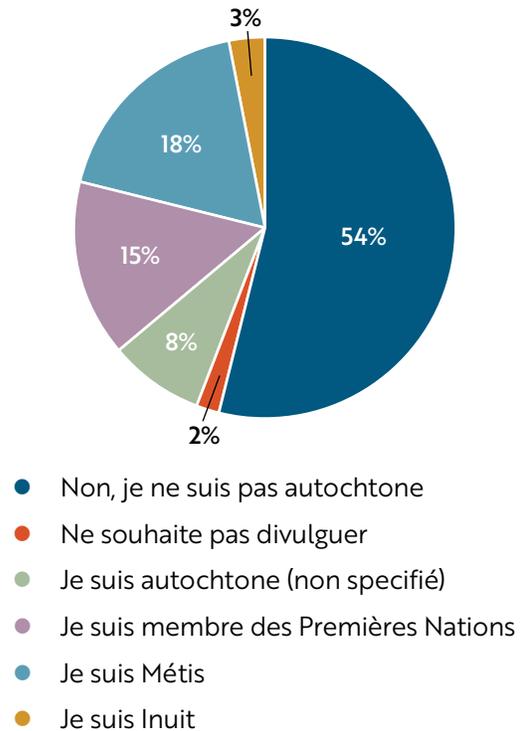
Avant de commencer les cercles de partage, le sondage auprès des praticiens de l'AMM (annexe B) a été rempli par 39 personnes. Parmi les répondants, 38,5 % se sont identifiés comme des médecins de famille, 33,3 % comme des infirmières praticiennes, 7,7 % comme des travailleurs sociaux et 7,7 % comme des professionnels de la santé mentale, avec 12,8 % travaillant dans d'autres rôles de soins de santé (figure 1.1). Une majorité (53,8 %) s'est identifiée comme des personnes non autochtones, tandis que 15,4 % se sont identifiés comme des membres des Premières Nations, 17,9 % comme des Métis et 7,7 % comme des Autochtones sans préciser le groupe (figure 1.2). Dans leur milieu de travail, 66,7 % des répondants ont déclaré travailler avec du personnel de santé autochtone, tandis que 23,1 % n'en avaient pas, et 7,7 % étaient incertains.

Quel est votre rôle actuel en tant que praticien de la santé ?



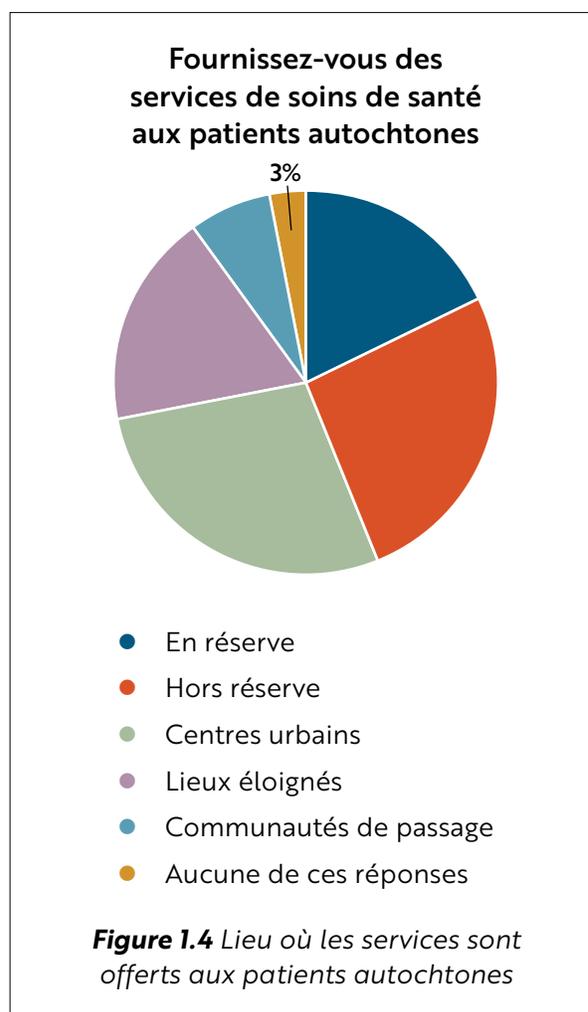
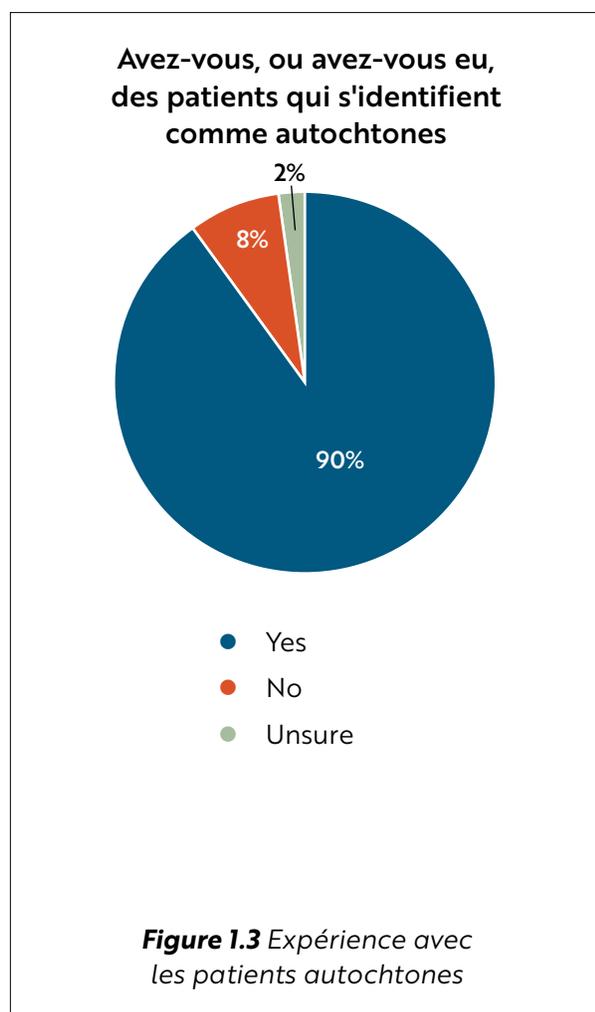
**Figure 1.1** Rôle des praticiens de la santé

Vous identifiez-vous comme autochtone ?

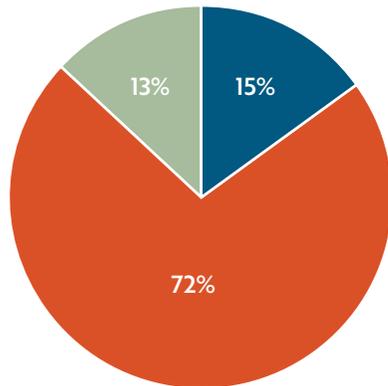


**Figure 1.2** Identité autochtone des répondants

La majorité des répondants (89,7 %) avaient de l'expérience à fournir des soins aux patients autochtones (figure 1.3), où les milieux de soins les plus courants étaient les centres urbains (28,2 %) et les communautés hors réserve (25,9 %), suivis des communautés dans les réserves (17,6 %), des endroits éloignés (17,6 %) et des communautés accessibles par avion (7,1 %) (figure 1.4). Malgré ce niveau d'exposition, seulement 15,4 % des répondants avaient reçu une formation officielle précisément liée aux services d'AMM destinés aux Autochtones (figure 1.5). Parmi ceux qui avaient reçu une formation, les enseignements dirigés par des Aînés et l'éducation générale à la santé autochtone étaient les sources les plus souvent citées. Lorsqu'on a demandé si leur formation fournissait suffisamment de renseignements sur les besoins en AMM des Autochtones, 64,1 % des répondants ont déclaré que ce n'était pas le cas (figure 1.6). Des défis liés à la fourniture de l'AMM aux patients autochtones ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ont été déclarés par 25,6 % des répondants, tandis que 41,0 % n'avaient pas éprouvé de tels défis. Un autre 23,1 % était incertain, ce qui reflète l'incertitude de l'évaluation de ces questions.



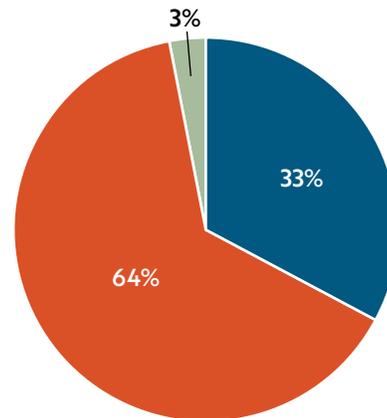
**Avez-vous reçu une éducation ou une formation formelle spécifiquement liée à la fourniture de services MAiD aux personnes FFPBTDIG+ autochtones?**



- Oui
- Non
- Incertain

**Figure 1.5** Éducation ou formation officielle pour fournir des services d'AMM aux patientes FFPBTDIG+ autochtones

**L'éducation ou la formation a-t-elle fourni suffisamment de renseignements sur les besoins en matière d'AMM des Autochtones?**



- Oui
- Non
- Incertain

**Figure 1.6** L'éducation ou la formation a-t-elle fourni suffisamment de renseignements sur les besoins en matière d'AMM des Autochtones?

L'analyse thématique des réponses qualitatives a soulevé les principaux obstacles à l'accès à l'AMM pour les FFPBTDIG+ autochtones, y compris la discrimination systémique et la méfiance envers le système de santé (21,6 %), le manque de services respectueux de la culture (24,3 %) et l'accès limité aux renseignements et aux soins (24,3 %). Des préoccupations supplémentaires comprenaient la stigmatisation, les obstacles psychologiques et l'isolement social. Lorsqu'on leur a demandé la façon dont ils garantissent des soins adaptés à la culture pour les patients autochtones recevant l'AMM, les répondants ont le plus souvent cité l'antiracisme et l'égalité de traitement (16 %), la sensibilisation culturelle et l'éducation (20 %), ainsi que l'intégration des pratiques autochtones (24 %).

L'analyse quantitative n'a trouvé aucune relation statistiquement significative entre la formation, la familiarité et les défis déclarés. Les tests du chi carré n'ont montré aucun lien entre la réception de la formation sur l'AMM et la familiarité avec les besoins autochtones en matière d'AMM ni entre la formation et la rencontre de défis. De même, la familiarité avec les besoins en matière

d'AMM des Autochtones ne prédisait pas si les praticiens rencontraient des défis. Des tests t pour des échantillons indépendants n'ont révélé aucune différence considérable dans le nombre de défis déclarés entre les praticiens formés et non formés ( $t = 0,44$ ,  $p = 0,675\ 4$ ). En raison d'une variation de réponses insuffisante, un test t pour la familiarité et les défis n'a pas pu être calculé. Des analyses comparatives ont laissé entendre que la formation sur l'AMM augmente la familiarité avec les besoins propres aux Autochtones, mais ne réduit pas les défis auxquels sont confrontés les praticiens. Parmi les répondants formés, 78,3 % ont déclaré être familiers avec les besoins en matière d'AMM des Autochtones, comparativement à 32,4 % de ceux qui n'ont pas reçu de formation. Toutefois, les praticiens formés étaient également plus susceptibles de déclarer des défis (73,9 %) par rapport à ceux sans formation (27,1 %). Une tendance similaire a été observée parmi ceux qui connaissent les besoins en matière d'AMM des Autochtones, 60,0 % signalant des défis, par rapport à 25,0 % de ceux qui n'ont pas une bonne connaissance.

Les tests du chi carré n'ont montré aucune relation considérable entre l'identité autochtone et la formation sur l'AMM, 70,0 % des répondants autochtones et non autochtones déclarant qu'ils n'avaient pas reçu de formation officielle. Collaborer avec des collègues autochtones ne prédisait pas non plus la probabilité de formation ( $\chi^2 = 0,31$ ,  $p = 0,577\ 5$ ), tout comme le fait de fournir des soins à des patients autochtones ( $\chi^2 = 0,66$ ,  $p = 0,415\ 9$ ). Même parmi ceux qui avaient participé à des procédures d'AMM, seulement 12,5 % avaient reçu une formation, par rapport à 25,0 % de ceux qui n'en avaient pas reçu ( $\chi^2 = 0,11$ ,  $p = 0,739\ 8$ ). Des tests statistiques inférentiels, y compris des tests t pour les échantillons indépendants et une analyse de la variance à un critère, ont renforcé ces résultats. Un test t comparant les défis déclarés par des praticiens formés par rapport à des praticiens non formés n'a trouvé aucune différence significative [ $t(38) = 0,44$ ,  $p = 0,675\ 4$ ]. Une analyse de la variance à un critère a également montré qu'il n'y avait pas de différences considérables parmi les défis en fonction de la formation ou de la familiarité [ $F(39, 39) = 0,25$ ,  $p = 0,620\ 0$ ].

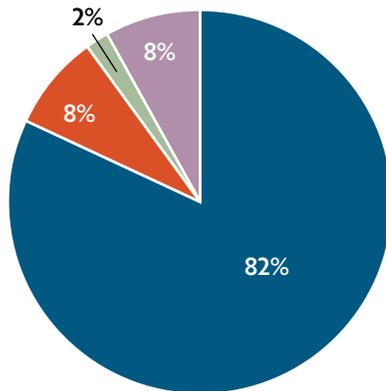
Ces résultats soulignent une lacune critique dans la formation officielle sur l'AMM concernant les soins propres aux Autochtones. Malgré le travail avec des patients autochtones, la plupart des praticiens manquaient de formation officielle sur les pratiques d'AMM respectueuses de la culture. De nombreux participants ont déclaré une familiarité seulement modérée ou minimale quant aux besoins en matière d'AMM pour les Autochtones, ce qui laisse entendre que l'exposition seule ne garantit pas la compétence. L'absence de liens statistiquement significatifs entre la formation, la familiarité et les défis déclarés laisse entendre que la formation traditionnelle à elle seule peut être insuffisante pour surmonter les obstacles systémiques. L'analyse thématique renforce cette conclusion : les répondants citent fréquemment la discrimination, le manque de services dirigés par des Autochtones et les obstacles liés aux soins de santé de compétence comme des obstacles persistants. De plus, près d'un quart des répondants ont exprimé des incertitudes concernant les défis liés à la santé mentale et à la toxicomanie, ce qui indique des lacunes en matière de confiance et de préparation. Il convient de noter que l'augmentation de la formation et de la familiarité n'a pas réduit les défis déclarés. En revanche, une plus grande sensibilisation peut mettre en évidence, plutôt que de résoudre, les disparités existantes. Cela s'harmonise avec des recherches plus larges sur la formation en compétence culturelle, qui laissent entendre que, bien que l'éducation sensibilise, elle n'équipe pas nécessairement les praticiens pour naviguer ou démanteler les inégalités structurelles.



### Avant les cercles de partage : analyse quantitative

Les résultats du sondage préalable aux cercles de partage (annexe C) auprès de 58 participantes ont offert une gamme de perspectives sur l'AMM ancrées dans des expériences personnelles, culturelles et communautaires. Une portion considérable de l'échantillon s'est identifiée comme étant des Premières Nations, inscrit (81,97 %), et le reste comme étant des Premières Nations, non inscrites (8,20 %), des Métis (8,20 %) et des Inuits (1,64 %) (figure 2.1). La plupart des participantes s'identifiaient comme des femmes (84,13 %), le reste (15,87 %) s'identifiant comme des personnes bispirituelles, non binaires ou diverses identités de genre. Géographiquement, les participantes reflétaient un mélange d'origines urbaines et rurales, plusieurs indiquant qu'elles avaient vécu dans des réserves, dans des communautés éloignées ou dans des zones accessibles uniquement par avion (figure 2.2).

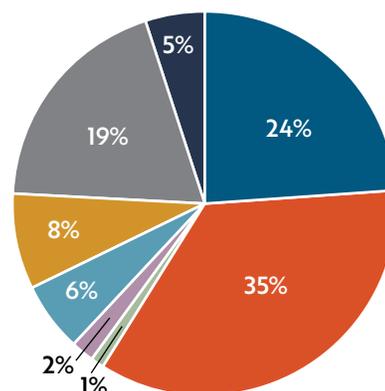
En ce qui concerne votre identité autochtone, comment vous identifiez-vous ?



- Prèmières Nations, inscrit
- Prèmières Nations, non inscrites
- Inuit
- Métis

**Figure 2.1** Identité autochtone des participantes

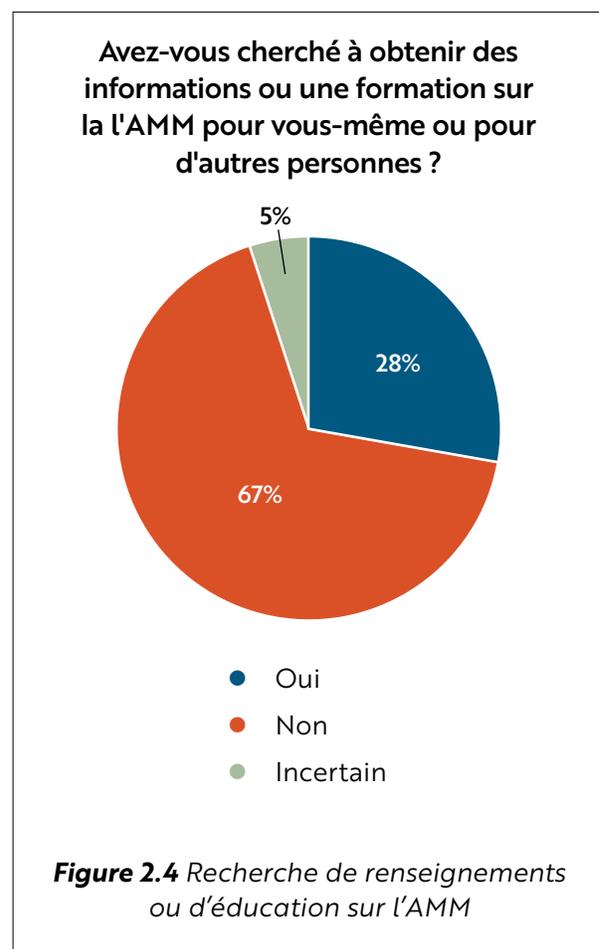
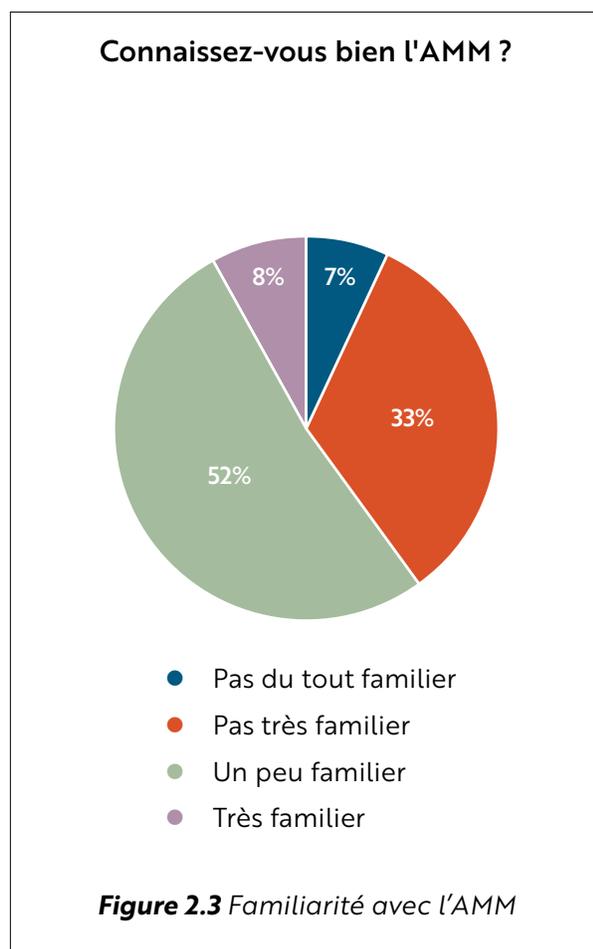
Comment décririez-vous l'endroit où vous avez grandi ?

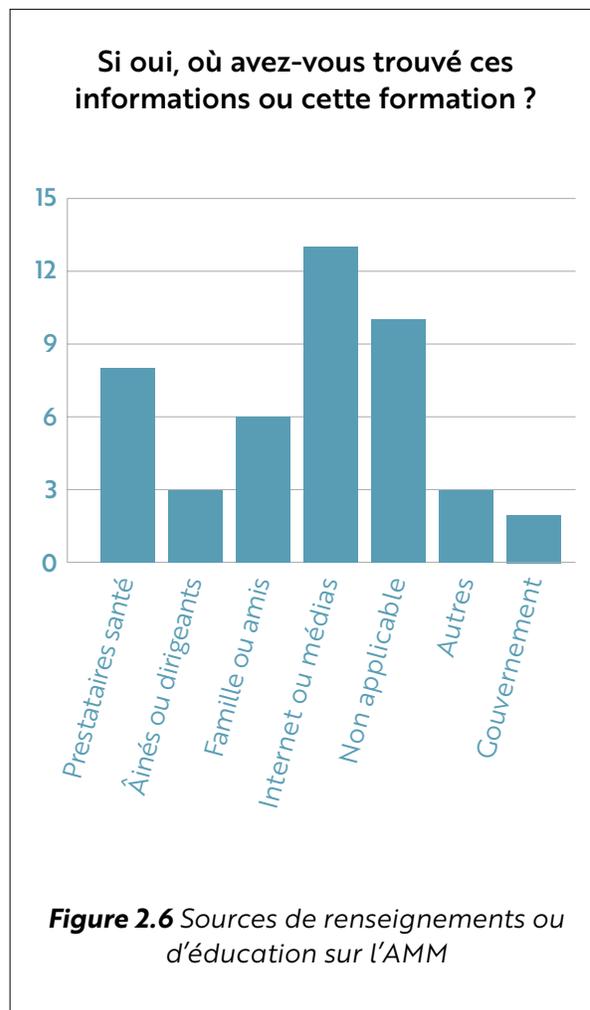
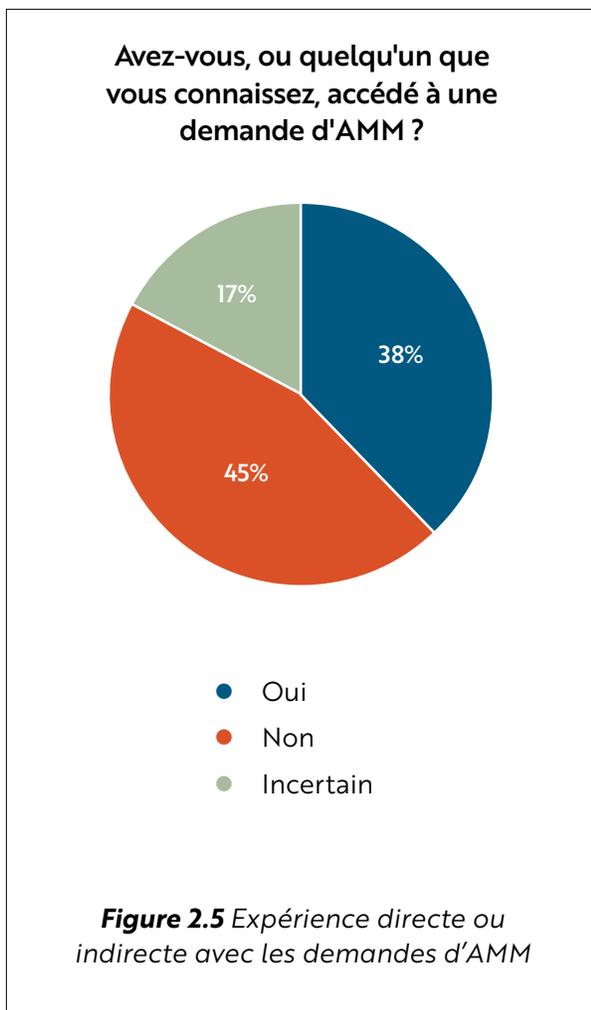


- En réserve
- Hors réserve
- Communauté Inuit
- Établissement des Métis
- Communauté à distance
- Communauté nordique
- Rural (petites villes)
- Centre urbain

**Figure 2.2** Lieu où les participantes ont grandi

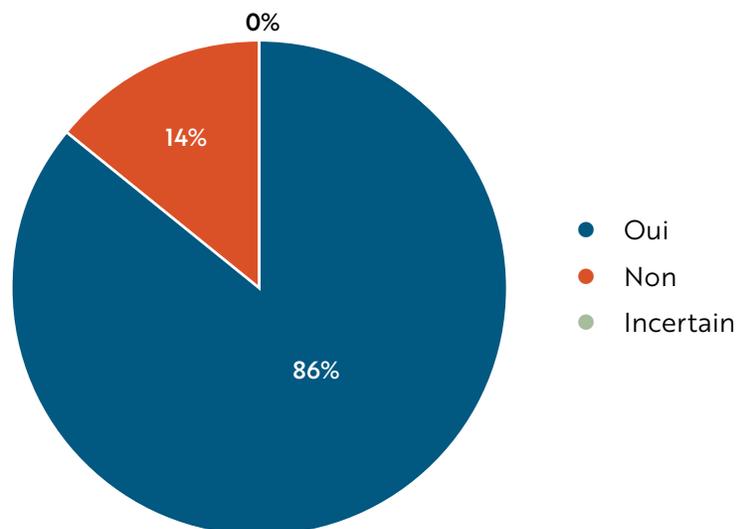
La familiarité avec l'AMM (figure 2.3) était fortement corrélée aux efforts pour rechercher de l'éducation ou des renseignements. Parmi celles qui ont déclaré être « quelque peu familières » avec l'AMM, 60,7 % avaient cherché à obtenir une éducation supplémentaire, tandis que seulement 16,7 % de celles qui n'étaient « pas très familières » ont déclaré avoir fait de même (figure 2.4). De même, les répondantes qui connaissaient mieux l'AMM étaient plus susceptibles de signaler avoir une expérience directe ou indirecte avec celle-ci (figure 2.5). Par exemple, 89,3 % de celles qui étaient « quelque peu familières » avaient une expérience personnelle ou professionnelle avec l'AMM, tandis que toutes celles qui n'étaient « pas du tout familières » ont déclaré aucune expérience. Parmi les participantes qui ont cherché des renseignements et de l'éducation supplémentaires sur l'AMM (27,59 %), l'Internet ou les médias, les fournisseurs de soins de santé et la famille ou les amis étaient les ressources les plus utilisées pour l'apprentissage (respectivement) (figure 2.6). Un modèle de régression logistique a été utilisé pour explorer si des facteurs démographiques ou expérientiels prédisaient la probabilité d'avoir recherché une éducation liée à l'AMM. Bien qu'aucun prédicteur n'ait atteint une signification statistique, les répondantes ayant une plus grande familiarité avaient 2,67 fois plus de chances de rechercher de l'éducation, et ceux ayant une expérience directe avaient 1,84 fois plus de chances de le faire.





Lorsqu'on leur a demandé si elles croyaient qu'il y avait suffisamment de sensibilisation à l'AMM dans leurs communautés, la majorité (86,21 %) des participantes a répondu « non », tandis que le reste (13,79 %) était incertain (figure 2.7). Aucune répondante n'a sélectionné « oui », ce qui indique une perception unanime que la sensibilisation est insuffisante. Cette constatation est restée cohérente à tous les niveaux de familiarité avec l'AMM et a été confirmée par des tests du chi carré ( $\chi^2 = 38,07$ ,  $p < 0,00000001$ ). Même parmi celles qui ont déclaré être « très familières » avec l'AMM, toutes les répondantes ont convenu qu'une plus grande sensibilisation est nécessaire. Il n'y avait pas d'association significative entre la source de renseignements sur l'AMM (par exemple, plateformes en ligne, fournisseurs de soins de santé ou réseaux sociaux) et les perceptions de sensibilisation, ce qui laisse entendre que les lacunes dans la compréhension sont systémiques plutôt que liées à une seule source de renseignements.

**Pensez-vous que le concept de l'AMM est suffisamment connu et compris dans votre communauté ?**

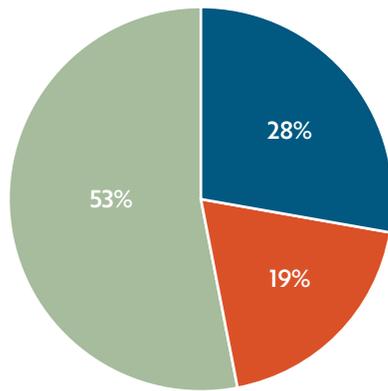


**Figure 2.7** Y a-t-il suffisamment de sensibilisation et de compréhension au sujet de l'AMM dans leur communauté?

Les perceptions quant à savoir si les valeurs et les perspectives autochtones sont prises en compte dans le cadre des services de l'AMM étaient mitigées. Seulement 27,6 % des répondantes croyaient que les valeurs et les perspectives autochtones sont prises en compte, tandis que la majorité (53,45 %) était incertaines et le reste (18,97 %) a indiqué non, elles ne le sont pas (figure 2.8). Celles qui avaient recherché une éducation étaient plus susceptibles de croire que les valeurs et les perspectives autochtones étaient prises en compte (47,1 %) que celles qui ne l'avaient pas fait (22,3 %), ce qui laisse entendre que l'apprentissage pourrait faciliter la détermination des domaines d'inclusion existants. Les participantes qui croyaient que les valeurs et les perspectives autochtones ne sont pas prises en compte dans le cadre de l'AMM étaient plus susceptibles de déclarer que l'AMM avait été recommandée à eux ou à quelqu'un qu'ils elles connaissaient par un fournisseur de soins de santé (figure 2.9). Cette différence (39,2 % par rapport à 61,5 %) peut refléter un décalage entre une communication respectueuse de la culture et la manière dont l'AMM est introduite dans les contextes cliniques.



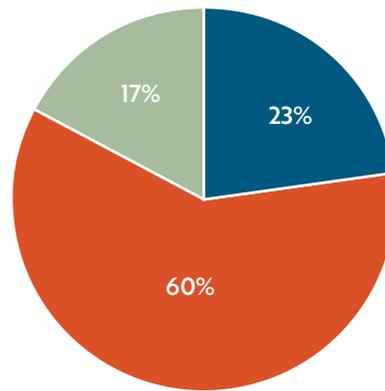
Pensez-vous que les valeurs et les perspectives indigènes sont prises en compte lors de la prestation de services l'AMM au sein des communautés autochtones ?



- Oui
- Non
- Incertain

**Figure 2.8** Inclusion perçue des valeurs et perspectives autochtones dans le cadre des services de l'AMM

Un fournisseur de soins de santé vous a-t-il déjà suggéré, à vous ou à une personne de votre entourage, de suivre l'AMM ?

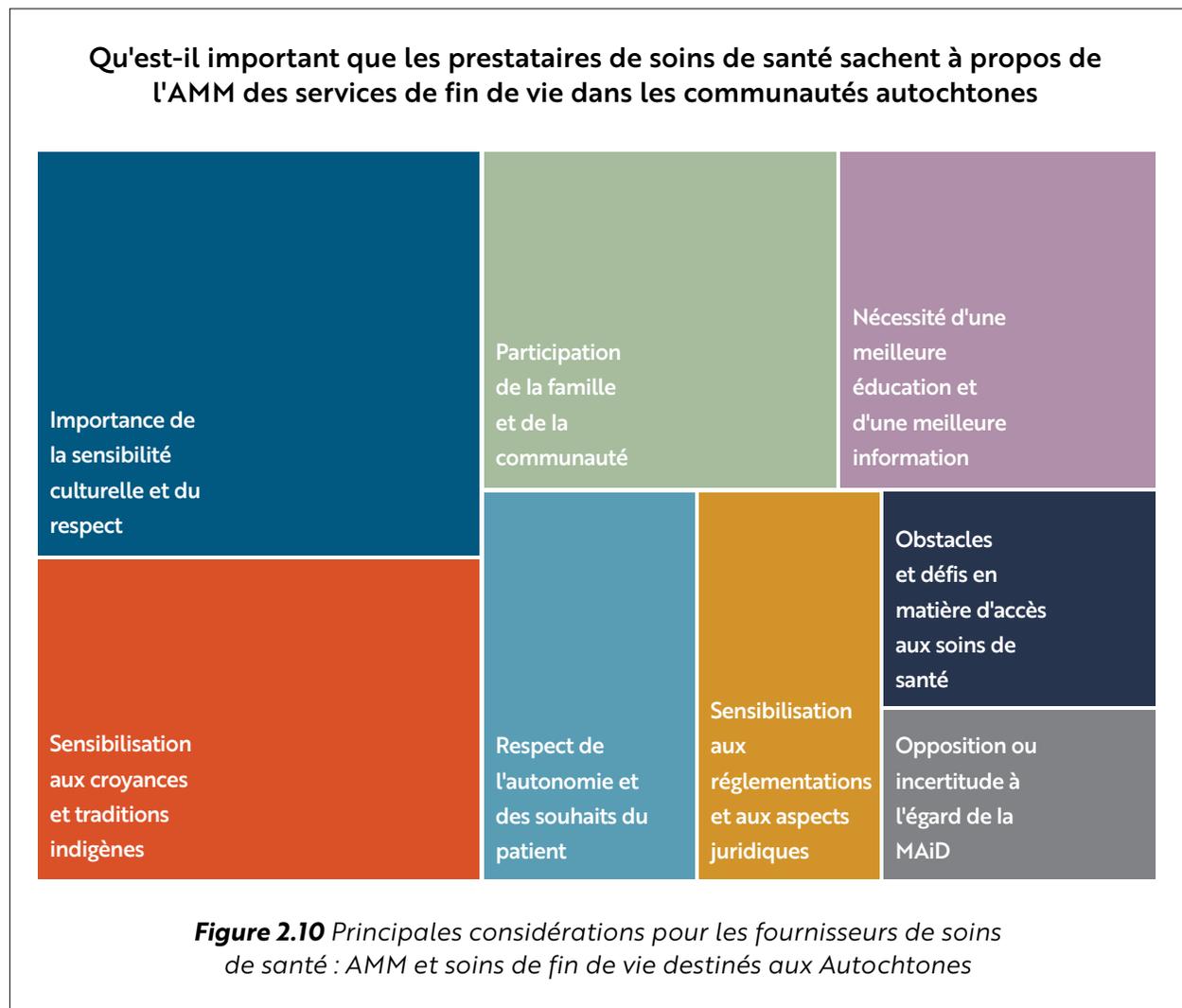


- Oui
- Non
- Incertain

**Figure 2.9** Expérience avec l'AMM proposée par un fournisseur de soins de santé

Le contexte géographique a également façonné les expériences des participantes. Les répondantes ayant grandi dans des communautés rurales ou des réserves étaient considérablement plus susceptibles de déclarer des défis liés à l'accès à l'AMM ( $F=6,83$ ,  $p=0,013$ ), renforçant les inégalités structurelles en matière de soins de fin de vie. De plus, l'âge était significativement lié à la recherche d'éducation ou de renseignements sur l'AMM ( $F=5,74$ ,  $p=0,007$ ), où les répondantes plus jeunes étaient plus susceptibles de l'avoir fait. Toutefois, cet accès accru aux renseignements n'a pas correspondu à une confiance accrue dans le système ni à une réduction de la perception des obstacles. Aucune relation significative n'a été trouvée entre la familiarité, l'éducation, l'expérience ou les défis perçus et l'identité autochtone, l'identité de genre ou la région des répondants une fois que les catégories ont été regroupées pour préserver la puissance statistique.

L'analyse thématique des réponses qualitatives a renforcé les résultats du sondage. Les participantes ont constamment souligné l'importance du respect de la culture, de la continuité cérémonielle et du respect des connaissances communautaires dans le cadre de l'AMM et les soins de fin de vie (figure 2.10). De nombreuses personnes ont appelé à l'intégration des pratiques traditionnelles, y compris la purification par la fumée, le chant et la participation des Aînés ou des gardiens du savoir tout au long du processus de décès. Les répondantes ont souligné le besoin d'une écoute profonde, la reconnaissance du traumatisme intergénérationnel et le droit de mourir d'une manière qui honore son identité spirituelle et culturelle. Bien que les thèmes ne se soient pas explicitement axés sur les outils ou les compétences des praticiens de la santé, elles ont mis en évidence un problème structurel plus large : que l'AMM, tel qu'elle est actuellement comprise et prestée, reste fondamentalement déconnectée de nombreuses visions du monde autochtones.



L'absence de répondantes signalant une sensibilisation suffisante met en évidence des lacunes dans l'éducation, des obstacles juridiques et des services respectueux de la culture limités. Dans l'ensemble du sondage, il y avait une harmonisation entre des niveaux de familiarité plus élevés et des efforts accrus pour s'engager sur les renseignements sur l'AMM, mais cela ne semblait pas réduire la perception des obstacles. En fait, ceux qui avaient une plus grande familiarité étaient souvent plus susceptibles de reconnaître les lacunes systémiques. Même lorsque les personnes autochtones étaient conscientes de l'AMM, des obstacles systémiques limitaient toujours l'accès à des ressources de fin de vie opportunes et respectueuses de la culture. Les disparités géographiques ont davantage mis en évidence les défis liés à la prestation d'une éducation à la santé respectueuse de la culture et à l'accès aux soins de santé. Les répondantes des régions rurales et éloignées ont signalé des lacunes plus importantes, ce qui met en lumière la façon dont la géographie est étroitement liée aux injustices systémiques pour produire des formes uniques de marginalisation en fin de vie. Les communautés qui mettaient l'accent sur la participation de la famille et les cérémonies traditionnelles dans les soins de fin de vie ont signalé moins de discussions sur l'AMM avec les fournisseurs de soins de santé, reflétant des différences culturelles dans la prise de décision. De plus, les répondantes qui estimaient que les valeurs et les perspectives autochtones n'étaient pas prises en compte étaient plus susceptibles de se voir recommander l'AMM par un fournisseur de soins de santé, soulevant des préoccupations quant à savoir si les fournisseurs de soins de santé introduisent l'AMM d'une manière qui respecte les valeurs et les perspectives autochtones.

En bref, les résultats soulignent les disparités en matière de sensibilisation à l'AMM, d'inclusion des Autochtones et d'accès, en particulier dans les communautés autochtones rurales et éloignées. Les données du sondage préalable aux cercles de partage ont révélé que l'éducation à elle seule ne suffit pas à surmonter les obstacles culturels, géographiques et juridiques auxquelles sont confrontés les Autochtones envisageant l'AMM ou y ayant recours. Des enjeux systémiques plus larges et intersectionnels ne parviennent pas à offrir des services d'AMM ancrés dans la culture, dirigés par la communauté ou véritablement accessibles aux peuples autochtones.

### **Virtual and In-Person Sharing Circles: Qualitative Thematic Analysis**

Cinq thèmes (avec deux à cinq sous-thèmes chacun) ont émergé pour orienter l'analyse thématique réflexive (annexe E). L'interconnexion entre les thèmes et les sous-thèmes est décrite ci-dessous.

#### **Thème 1 : Perspectives culturelles, traditions et enseignements relatifs aux soins de fin de vie**

##### *Perspectives et enseignements sur la vie et la mort*

Le partage des croyances et des enseignements traditionnels sur la signification de la vie et de la mort était important pour les participantes afin de situer leurs perspectives sur la mort. Comprendre la mort comme une partie naturelle et inévitable de la vie a donné à certains un sentiment d'harmonie, de paix et d'acceptation. Il y avait une forte réflexion sur l'interconnexion spirituelle de la naissance et de la mort, souvent encadrée dans des optiques circulaires et cycliques. De nombreuses participantes ont expliqué la façon dont notre énergie (ou esprit) provient du monde des esprits pour vivre un parcours humain. À la mort, vos ancêtres descendent pour vous guider « chez vous » dans le monde des esprits. Un langage traditionnel concernant le décès a été mentionné, où un Aîné a expliqué le mot cri « nakataskwew » qui signifie « passer avant d'autres » :

« [Traduction] La partie sur le décès, nous ne l'avons pas dans nos langues. Dans ma langue, nous disons que c'est "passer avant d'autres" et, lorsqu'ils "passent avant d'autres", ma mère et mon père m'ont laissé des empreintes à suivre lorsque ce sera mon tour de partir » (Aîné, Île-du-Prince-Édouard).

Le concept d'un lieu auquel on peut revenir et se reconnecter avec nos ancêtres a aidé de nombreuses participantes à envisager la mort de manière positive.

« [Traduction] Lorsqu'un enfant naît dans ce monde, nous célébrons tous. Nous sommes heureux, n'est-ce pas? Parce que cette personne devient avec son esprit. À ce moment, les gens dans le monde des esprits doivent être en deuil. Nous pleurons lorsqu'une personne passe de l'autre côté, et ses ancêtres dans ce monde des esprits célèbrent une vie là-bas, née dans leur monde » (Aîné, Colombie-Britannique).

Un autre enseignement traditionnel qui est survenu était le concept de « se pousser à mourir ». De nombreuses histoires décrivent des Aînés choisissant leur moment de mourir, soit en s'éloignant sur la terre, soit en restant seuls. Un participant en a parlé comme d'un plan personnel de fin de vie et deux autres l'ont présenté au passage comme un enseignement. Certaines participantes ont également appliqué ce concept à l'AMM.

« [Traduction] Dans la culture inuit... tout le monde se pousse à mourir sans aide » (Gardien du Savoir Inuit, Ontario).

« [Traduction] Ces personnes décident de marcher sur la glace ou dans les bois... C'est là que cette personne autochtone décide de prendre la fin de sa vie en main... Je crois que l'AMM est juste une extension de cela » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

#### *Médicaments traditionnels, cérémonies et pratiques culturelles en fin de vie*

Les pratiques cérémonielles durant le processus de décès (y compris les chansons, les prières, les tambours, les crécelles et les médicaments) étaient fréquemment mentionnées. On a discuté de l'importance d'un soutien holistique qui répond à leurs besoins physiques, mentaux, émotionnels et spirituels, et d'autres soutiens qui soulignent la façon dont la cérémonie lie la personne au monde des esprits.

« [Traduction] Dès qu'une de nos personnes se prépare à passer de l'autre côté, on s'assure qu'il y ait des chansons, des tambours et des chants... Sans ces éléments, leur esprit se perdra dans cet autre monde et leurs ancêtres ne pourront pas les retrouver » (Aîné, Colombie-Britannique).

De nombreuses participantes ont souligné l'importance de la purification par la fumée, tandis que d'autres ont mentionné les diverses utilisations des plantes médicinales. Celles-ci allaient de diverses méthodes de réduction de la souffrance pendant le processus de mourir à des bains de cèdre post-mortem pour la purification. Une participante a mentionné la façon dont exprimer son chagrin par des cris (aux côtés des membres de la famille) est un remède en soi. Le soutien de la famille et de la communauté pendant la mort et le deuil a souvent été souligné, ainsi que les rôles traditionnels des doulas de la mort.



« [Traduction] J'ai appris le rôle des personnes bispirituelles, et l'un des emplois était celui de doula de la mort. Tout comme ces personnes ont aidé pendant les naissances et servaient de sages-femmes, nous avons aussi des doulas de la mort pour aider avec la mort » (Aîné, Saskatchewan).

D'autres ont mentionné différentes façons dont les communautés soutiennent les membres de la famille après le décès de proches. Des célébrations de la vie et des festins ont fréquemment été mentionnés. En fin de compte, l'importance de reconnaître la variation dans les cérémonies de fin de vie, les médicaments et les pratiques culturelles a été soulignée par un participant :

« [Traduction] Les Premières Nations pratiquent tellement de choses différentes. Même au sein de la même communauté, différentes familles feront les choses différemment. Donc, il convient d'être conscient et respectueux de la façon dont les gens font les choses, et ne pas simplement supposer que tout le monde fait les choses comme vous le feriez » (participante, Yukon).

### *Récupérer les connaissances et les traditions concernant le décès*

Le partage des enseignements et des pratiques traditionnels était souvent lié à des lacunes dans le transfert des connaissances entre les générations en raison de la colonisation. Les répercussions de la colonisation sur les pratiques traditionnelles ont amené de nombreuses participantes à exprimer de la tristesse face aux enseignements perdus et à regretter de ne pas avoir appris des Aînés pendant qu'ils étaient en vie. Elles ont souligné l'urgence de récupérer leurs connaissances et leurs traditions, tout en se demandant la façon d'y parvenir.

« [Traduction] Nous avons perdu tant de choses à cause de la guerre coloniale contre nous. Comment pouvons-nous récupérer ces connaissances et ces méthodes sans les mélanger avec les méthodes coloniales ou les méthodes chrétiennes? J'essaie de revenir à des perspectives précoloniales sur le décès » (Aîné, Saskatchewan).

Il y avait un fort désir d'augmenter le rassemblement et la diffusion de renseignements. Les idées comprenaient la mobilisation des Aînés, la remise en vigueur des protocoles et le renouvellement de la formation des doulas de la mort. Certaines recherches et un soutien gouvernemental ont été suggérés, mais il a été souligné qu'il fallait éviter une méthodologie panautochtone. Une participante de la Saskatchewan a expliqué que le gouvernement « [Traduction] devrait mener une étude approfondie avec plusieurs Aînés de chaque tribu pour apprendre leurs pratiques », permettant à chaque territoire visé par un traité de partager ses connaissances culturelles diversifiées sur le décès. Malgré la reconnaissance de la lacune générationnelle en matière de connaissances, il y avait tout de même de l'optimisme quant à la possibilité de raviver et de réformer ces connaissances.

## **Thème 2 : Naviguer dans les obstacles, les inégalités et le soutien liés aux soins de fin de vie**

### *Inégalités systémiques et obstacles à l'accès aux soins de santé*

Les inégalités systémiques et sociales intersectionnelles vécues par les communautés autochtones sont souvent évoquées pendant les conversations. Les participantes ont communiqué des préoccupations concernant les taux de suicide disproportionnellement élevés dans leurs communautés et l'augmentation des problèmes de santé physique (tels que le diabète, le cancer

et la COVID-19). L'incidence de la crise de l'empoisonnement par les opioïdes a été discutée à plusieurs reprises, tout comme le fait que les dépendances, les surdoses et les besoins en logement sont ignorés en raison d'un manque de financement et de services.

« [Traduction] Nous sommes surreprésentés dans tous les aspects négatifs au Canada : la protection de l'enfance, les abus sexuels, la violence, la prison, le traumatisme, le taux de suicide, l'itinérance, et tout cela affecte tout – votre santé et votre santé mentale. Nous sommes touchés de manière disproportionnée par ces aspects en tant que peuple autochtone » (participante, Alberta).

Les participantes ont mentionné un manque de confiance envers le gouvernement et l'absence d'intégration des connaissances autochtones dans les politiques de soins de santé. Certaines ont trouvé déroutant de naviguer dans les différents niveaux de gouvernance de la santé, tandis que d'autres ont exprimé leur frustration face au financement refusé pour les soins. Pendant l'accès aux services de santé, le principal obstacle était le manque de ressources et de soutien. Par exemple, certaines participantes ont décrit des expériences personnelles de voyage sur de grandes distances (en voiture ou par avion) pour recevoir des soins de base. Cette incidence sur le diagnostic et le traitement en temps opportun était une préoccupation importante. Les participantes ont plaidé de manière urgente pour des ressources accrues dans les communautés rurales, éloignées et du Nord. Cela a été davantage contextualisé pendant la discussion sur l'AMM :

« [Traduction] Les Inuits, les Premières Nations du Canada n'ont pas été consultés lorsqu'ils l'ont créé. Ils mènent les consultations en ce moment. Les dirigeants autochtones ont exprimé leur préoccupation : vous offrez ce service, et nous n'avons pas les ressources pour fournir le traitement » (participante, Ontario).

#### *Traitement inapproprié, préjugés et dynamiques de pouvoir avec les fournisseurs de soins de santé*

Le biais, le préjugé, la discrimination et le racisme de la part des fournisseurs de soins de santé étaient un thème récurrent pendant les discussions sur l'AMM. Certaines participantes ont analysé cela à un niveau macro de l'histoire du Canada, de l'éducation en médecine et des préjugés inhérents des personnes non autochtones.

« [Traduction] De nombreuses personnes non autochtones ont des niveaux variés de biais inhérents et, selon l'endroit où vous vous trouvez et la communauté dont vous provenez, la communauté médicale n'est pas très accueillante pour certains peuples autochtones. Nous en avons vu une partie dans les nouvelles récemment » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

De nombreuses participantes ont lié ces concepts aux dynamiques de pouvoir dans le secteur de la santé, mentionnant des craintes liées à l'autorité, et se sentant pressés, ignorés, vulnérables, adressés avec condescendance et blâmés. Certains ont également discuté des dynamiques de pouvoir avec les fournisseurs de soins de santé occidentaux dans des optiques systémiques.

« [Traduction] Le médecin conseille quelque chose, et les Inuits diront oui sans poser de questions parce qu'ils estiment que les médecins, ou les services sociaux, savent ce qu'ils font. Parce qu'ils sont des gens blancs et qu'on nous a appris que les gens blancs sont plus éduqués, ce qui est complètement faux » (Gardien du Savoir Inuit, Ontario).



« [Traduction] J'ai vu ma mère et ma grand-mère, mes tantes, céder leur pouvoir aux médecins. Tout le monde l'a fait. Combien de pilules et combien de choses prend-on parce que le médecin l'a dit? "Nous ne pouvons pas voyager parce que le médecin l'a dit", et le médecin décide de toute leur vie... Toutes les étiquettes, le diagnostic » (Aîné, Saskatchewan).

Les expériences de préjugés, de racisme et de dynamiques de pouvoir étaient naturellement liées à des histoires personnelles de traitement inapproprié. Les problèmes de communication ont souvent été signalés comme problématiques, y compris le manque de renseignements, les remarques désobligeantes et le non-respect des besoins linguistiques en ne fournissant pas d'interprètes. De nombreuses participantes étaient frustrées par des soins inadéquats, y compris le manque d'urgence, les erreurs de diagnostic ou les diagnostics tardifs et la négligence manifeste.

### *Rôle de la famille et de la communauté dans les soins de fin de vie*

Toutes les séances ont discuté de la manière dont la famille et la communauté apportent du soutien à ceux qui sont en train de mourir. De nombreuses personnes ont souligné l'importance de la présence de la famille élargie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans les hôpitaux (ou les hospices / établissements de soins palliatifs). Certaines ont fait face à des défis, notamment la défense du droit de visite, le comblement des lacunes linguistiques et l'intervention pour les soins négligés.

« [Traduction] Je suis restée avec mon amie à l'hôpital. Sa nièce et moi sommes allées demander au personnel : "Puis-je avoir un bassin de lavage? Puis-je avoir du savon?" Parce qu'il y avait une infection qui a commencé à suinter... pour ne pas la laisser dans la saleté » (participante, Colombie-Britannique).

Les participantes ont partagé des sentiments similaires concernant la prestation de soins à domicile, reconnaissant ses défis, tout en exprimant leur gratitude pour le privilège. Certaines ont souligné des sentiments positifs à l'égard de la présence pendant le processus de mourir.

« [Traduction] Il y a l'autonomisation de "nous allons soulager votre douleur, mais, dans la mesure du possible, nous serons toujours là toutes les secondes de chaque heure de la journée". C'était un cadeau spécial qui a été donné à nos familles » (participante, Alberta).

Les participantes ont parlé du chagrin dans la navigation des soins de fin de vie et des défis liés à l'observation de la détérioration de la santé de leurs proches. Bien que de nombreuses participantes aient souligné l'importance du soutien familial en fin de vie, d'autres ont réfléchi à ceux qui vivent l'isolement pendant qu'ils meurent. Une participante a exprimé des préoccupations concernant son propre soutien en fin de vie :

« [Traduction] Nos systèmes familiaux sont tellement brisés. Avant, nous étions en mesure de prendre soin des gens en tant que famille : tout le monde a contribué. Je proviens d'un système familial brisé. Mes sœurs ne vont pas venir, et elles n'étaient pas là pour la naissance de mon enfant. Elles ne seront pas là lorsque je mourrai. Qui sera là pour moi? » (participante, Alberta).

La communauté a également joué un rôle significatif dans les soins de fin de vie en soutenant les personnes en fin de vie dans les hôpitaux en envoyant des chanteurs pour des cérémonies, en apportant des aliments culturels et en étant témoins des dernières volontés. De nombreuses

personnes ont souligné l'importance et l'interconnexion des communautés et des familles qui se soutiennent mutuellement tout au long du processus.

#### *Aborder les lacunes dans les services de fin de vie communautaires et respectueux de la culture*

Un thème principal qui a émergé des discussions sur les rôles communautaires dans les soins de fin de vie était le besoin de plus de services communautaires. De nombreuses personnes ont exprimé des frustrations face aux ressources limitées offertes dans leurs communautés.

« [Traduction] Plus de 430 patients qui n'ont pas de famille ni d'amis, et ce ne sont que deux membres de l'équipe de liaison autochtone qui essaient de naviguer cette situation chaque jour... Vous rigolez? Deux personnes? » (participante, Alberta).

Le désir de services de soins communautaires, tels que les soins de l'hospice, les soins palliatifs ou le soutien à domicile, était un point central pour les participantes. Bon nombre ont préféré ces options aux soins hospitaliers. Ce sentiment a été davantage amplifié pendant la discussion des expériences liées à la fin de vie des communautés de vol pour aller et venir. Un Aîné a communiqué des récits détaillés sur des Aînés étant retirés de leurs communautés pour recevoir des soins dans une grande ville. Les expériences de mal du pays, de solitude (ne pas voir sa famille pendant des années avant de mourir), de déconnexion culturelle et de mauvais traitements ont toutes été soulignées. Il a plaidé de toute urgence pour le besoin de ressources communautaires afin de soutenir les mourants.

« [Traduction] Personne ne leur rend visite. Ils reçoivent des légumes : ils sont des carnivores! Ils n'ont pas leur propre nourriture. Ils n'ont pas d'interprète... J'aimerais qu'il y ait un moyen de les renvoyer chez eux avec suffisamment de financement pour embaucher quelqu'un qui s'occupe d'eux 24 heures sur 24... Toutefois, il n'y a pas de financement pour s'occuper de ces personnes qui souhaitent rester dans la communauté » (Gardien du Savoir Inuit, Ontario).

D'autres participantes ont souligné l'importance de faire participer davantage de peuples autochtones aux processus de soins en fin de vie. Comme l'a expliqué un Aîné,

« [Traduction] Apporter ces soins dans les communautés consiste à éduquer le personnel de ces communautés... et, étant une partie éduquée qui est offerte dans un programme de formation précisément destiné aux peuples autochtones, elle ne peut provenir que des peuples autochtones » (Aîné, Île-du-Prince-Édouard).

Les recommandations pour accroître le respect de la culture comprenaient le traitement de problèmes, tels que l'incapacité de faire de la purification par la fumée dans les établissements et l'amélioration des interactions entre les fournisseurs de soins de santé et les familles. Une communication accrue et de l'empathie de la part des fournisseurs étaient des thèmes clés, avec des recommandations pour l'utilisation d'un langage simple (et la prise en compte des obstacles linguistiques et les mesures d'adaptation connexes), l'explication adéquate des traitements, la participation des familles aux discussions et la création de liens empathiques.

« [Traduction] Avoir un infirmier ou même un médecin qui apporte simplement de l'eau et nous rappelle que nous sommes toujours ici à vivre une expérience humaine... aide à établir ce lien avec l'équipe médicale » (participante, Colombie-Britannique).



« [Traduction] C'est difficile pour eux de regarder quelqu'un dans les yeux et de dire : "Que puis-je faire pour vous? Que voulez-vous? Comment croyez-vous que cela se déroulera?" De vraiment s'engager » (participante, Yukon).

Les participantes ont souligné que les fournisseurs de soins de santé doivent accepter leurs connaissances et pratiques traditionnelles, avec des suggestions pour élargir l'éducation culturelle. Enfin, certains ont proposé de créer des occasions pour les fournisseurs de soins de santé d'apprendre directement des communautés autochtones.

### **Thème 3 : Préparation, autonomie et prise de décision en fin de vie**

#### *Planification et préparation des décisions de fin de vie*

Les discussions sur l'AMM ont suscité des réflexions sur l'importance de la planification de la fin de vie. Les participantes ont communiqué des histoires de personnes qui ont perdu leur capacité à consentir, laissant les décisions médicales difficiles à d'autres. L'idée que « votre avenir soit entre les mains d'autrui » était considérée comme profondément troublante. Sans des conversations précoces et inconfortables, les familles faisaient face au fardeau de prendre des décisions difficiles.

« [Traduction] Les gens sont interrogés à l'hôpital s'ils souhaitent laisser mourir la personne parce qu'elle est en état de mort cérébrale et que la machine la maintient en vie maintenant. Ce n'est plus la vie. Toutefois, les gens restent en vie grâce à des machines, et la famille est invitée à prendre une décision à propos de cette personne parce qu'ils n'ont pas eu cette conversation auparavant » (Aîné, Saskatchewan).

Cette discussion a souligné le besoin pour les familles d'avoir des conversations ouvertes sur leur volonté en matière de fin de vie. Bien que certaines participantes aient reconnu la difficulté émotionnelle de ces discussions, elles ont convenu qu'être préparé est essentiel.

« [Traduction] Où vous situez-vous sur le spectre? Voulez-vous continuer jusqu'à l'atteinte d'un certain point? Ayez toutes ces discussions avant d'être dans le moment. Lorsque tout le monde peut simplement s'asseoir confortablement et boire une tasse de café ou autre. Il suffit de s'asseoir et de parler lorsque vous n'êtes pas dans le tourbillon émotionnel du moment » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

De nombreuses participantes ont trouvé la paix d'esprit en acceptant la mort comme inévitable et ont planifié en conséquence. Elles ont discuté de l'établissement de directives personnelles, de la signature d'ordonnances de ne pas réanimer (NPR), de l'inscription en tant que donateurs d'organes, de la création de testaments et du paiement à l'avance des arrangements funéraires. Certaines participantes ont également réfléchi à la manière dont la planification de la fin de vie s'entrecroise avec l'AMM, exprimant des opinions positives sur son intégration dans le processus.

« [Traduction] C'est vraiment quelque chose d'incroyable lorsque vous pouvez planifier la façon dont vous allez mourir et les personnes que vous aimeriez soient présentes... C'est une chose tellement, tellement courageuse à faire » (participante, Terre-Neuve-et-Labrador).

## *Honorer l'autonomie et le droit de choisir*

Les participantes ont souvent souligné l'importance du choix dans les décisions concernant la fin de vie pendant la discussion sur l'AMM. De nombreuses personnes l'ont perçu comme une décision personnalisée qui doit être respectée, la décrivant souvent comme « mourir avec dignité ». Certaines estiment que cela permet la grâce et la paix dans les derniers moments d'une personne. Bien que les participantes aient discuté de la nature controversée de l'AMM, elles ont également souligné le droit de choisir par rapport à d'autres sujets.

« [Traduction] C'est un élargissement du choix. Je crois que c'est fantastique. C'est tellement similaire à quelque chose comme un avortement, le choix peut ne pas être le bon pour vous, mais il pourrait être acceptable pour une autre personne. Vous devez respecter le droit de cette personne de choisir » (participante, Saskatchewan).

En réfléchissant à leurs propres préférences concernant la fin de vie, certaines participantes auraient aimé que cela soit offert aux membres de la famille qui ont souffert dans le passé. De nombreuses personnes ont exprimé leur reconnaissance d'être offertes l'option, tant pour elles-mêmes que pour leurs communautés. Des histoires personnelles ont été communiquées pour mettre en lumière les défis liés à la navigation des choix de fin de vie des proches. La dynamique familiale, les différences d'opinions et les émotions rendaient souvent le respect des choix de fin de vie plus difficile, renforçant ainsi le besoin d'avoir des conversations ouvertes à l'avance.

« [Traduction] Je suis devenue sa voix parce qu'il me l'a dit. Ce n'était pas facile parce que ma famille avait tous leurs avis. Ce qui importait, c'était ce que mon père voulait. Et je t'honorerai en disant : "D'accord, je ne suis peut-être pas d'accord avec cela, mais je vais t'honorer et je vais prendre la parole et représenter ta voix lorsque tu ne peux plus le faire" » (participante, Yukon).

Dans l'ensemble, les participantes ont fortement souligné l'importance de respecter la volonté des autres, peu importe les opinions. L'AMM était considérée comme une option importante dans la prise de décisions relatives à la fin de vie.

## **Thème 4 : Dimensions éthiques, culturelles et émotionnelles complexes de l'AMM**

### *Expériences personnelles et compréhensions de l'AMM*

Les participantes avaient des niveaux de sensibilisation variés concernant l'AMM, où certaines en ont appris récemment, tandis que d'autres la connaissaient depuis des années. Le travail dans le domaine de la santé, le bouche-à-oreille, les médias, les documentaires, la radio et les sources de nouvelles ont été citées pour découvrir l'AMM. De nombreuses personnes ont communiqué des expériences concernant des membres de la famille et des amis qui ont choisi l'AMM.

« [Traduction] Mon père a-t-il pu mourir avec dignité? Si on ne m'en avait pas parlé, il serait probablement encore en vie et il serait malheureux et il nous détesterait tous. Il le ferait certainement. Je suis tellement reconnaissante de cela » (participante, Alberta).



Quelques participantes avaient de l'expérience professionnelle avec l'AMM, tandis que d'autres ont parlé de membres de la communauté qui ont choisi l'AMM. Une participante a évoqué le soutien de sa communauté :

« [Traduction] Toute la communauté est venue. Son option était son anniversaire... tout le monde lui a chanté joyeux anniversaire, puis elle est morte ce jour-là. Je m'attendais à des réactions négatives ou des critiques. Il y en a peut-être eu, mais je n'ai rien entendu... C'était juste un choix qu'elle a fait, et toute la communauté l'a honoré » (participante, Saskatchewan).

L'AMM était largement perçue comme une option précieuse pour les maladies terminales, la situant souvent comme une fin à la douleur et à la souffrance. Celles qui ont des liens personnels avec l'AMM ont exprimé de forts sentiments positifs envers l'AMM en tant qu'option de fin de vie.

#### *Naviguer dans les croyances religieuses, culturelles et spirituelles liées à l'AMM*

De nombreuses participantes ont exploré l'AMM dans des perspectives religieuses, culturelles et spirituelles. Quelques participantes se sont demandé si l'AMM était un péché selon le catholicisme, tandis que d'autres considéraient les croyances catholiques comme un conditionnement colonial nuisible. Les perceptions culturelles étaient divisées. Les participantes ayant des sentiments négatifs envers l'AMM ont souvent mentionné les stigmates culturels liés à la reconnaissance de la mort et la proximité de l'AMM avec le suicide comme des facteurs déterminants dans leurs opinions.

« [Traduction] Je ne suis même pas à l'aise d'en parler parce que c'est juste un autre suicide à mon avis... Dans ma culture, nous n'aimons pas parler de la mort et d'aider les gens à mourir. En les aidant, c'est comme si vous étiez un meurtrier » (Gardien du Savoir Inuit, Ontario).

Certaines participantes ont souligné le rôle du Créateur dans le choix du moment de votre mort et non dans « l'ingénierie du processus » de Mère Nature. Le voyage vers le monde des esprits était également une préoccupation. Certaines participantes étaient incertaines quant à la question de savoir si l'AMM entraînerait un esprit à rester dans les limbes.

« [Traduction] Je me demande, si nous allons faire cette aide à mourir, que se passe-t-il si le moment n'est pas le bon, et l'esprit n'atteint donc pas l'endroit où il devrait aller? » (participante, Alberta).

D'autres ont réconcilié l'AMM à l'aide de croyances culturelles, la distinguant du suicide et la comparant à des enseignements traditionnels, comme le fait de « se pousser » à mourir. Une participante a perçu l'autodétermination comme centrale, croyant que les opinions restreignant l'AMM sont intrinsèquement coloniales. Bien que certains craignaient les réactions du Créateur face à l'AMM, d'autres mettaient l'accent sur le fait que le Créateur est non jugeant.

« [Traduction] Lorsque votre parcours de vie est terminé, c'est à ce moment-là que vous mourez. Toutefois, cela ne veut pas dire que vous ne pouvez pas être la personne qui décide que c'est le moment. Le Créateur me donne l'option de mettre fin à ma vie d'une manière que je considère comme celle qui devrait être choisie » (participante, Saskatchewan).

Reconnaissant l'AMM comme un choix personnel, les participantes ont reconnu le rôle important que jouent les croyances religieuses, culturelles et spirituelles dans la prise de décision.

### *Préoccupations concernant le consentement, les mesures de protection et les processus de surveillance médicale*

Les participantes ont exprimé des préoccupations concernant la complexité de l'AMM, soulignant que les retards administratifs et les évaluations longues constituaient des obstacles. Un enjeu clé était l'exigence de fournir un consentement au début de la demande et à nouveau au moment de l'administration de l'AMM. Cela laisse certaines personnes inadmissibles en raison d'une capacité déclinante. La démence était une préoccupation fréquente. Les participantes plaident en faveur de la possibilité de donner un consentement préalable dans ces circonstances.

« [Traduction] Les lois doivent changer... C'est dommage que vous ne pouvez pas dire "Oui, je veux l'AMM lorsque je ne pourrai plus parler ou que je ne pourrai plus prendre soin de moi". La personne doit avoir la capacité de prendre une décision afin qu'elle puisse la prendre 2 ou 3 ans avant qu'elle veuille vraiment l'AMM » (participante, Nouvelle-Écosse).

Les participantes ont également brièvement discuté du besoin de mesures de protection plus solides et ont suggéré que des défenseurs des patients pourraient aider à garantir une prise de décision éclairée et médiée. Des préoccupations concernant les échappatoires, le potentiel de rétablissement des patients et les préjugés des fournisseurs de soins de santé ont tous été mentionnés. Certaines personnes s'inquiètent des incohérences dans la façon dont les fournisseurs de soins de santé abordent l'AMM, allant du refus de la volonté des patients concernant l'AMM à la crainte que l'AMM soit facilement recommandée.

« [Traduction] Vous entendez souvent parler du serment que les médecins devaient prêter... S'abstenir de faire du mal. Que se passe-t-il maintenant si votre praticien a toujours une mentalité à l'ancienne? » (participante, Colombie-Britannique).

« [Traduction] Si quelqu'un me parlait de l'AMM, j'aurais l'impression qu'il veut juste que je me dépêche de mourir. C'est ainsi que je me sentirais » (participante, Nouvelle-Écosse).

Ces réflexions ont souligné l'équilibre délicat entre l'autonomie et la protection, ainsi que l'importance de créer un système qui soutient le consentement, la clarté et la confiance.

### *Oppositions éthiques et perspectives variées sur l'AMM pour la santé mentale*

La plupart des participantes ont abordé l'AMM avec des préoccupations nuancées et une ouverture d'esprit. Toutefois, lorsque l'admissibilité à l'AMM pour des raisons de santé mentale a été soulevée dans les discussions, il y a eu de nombreuses oppositions fermes. Des sentiments de choc, de peur et de déception ont été communiqués, surtout compte tenu des taux élevés de maladie mentale dans les communautés autochtones.

« [Traduction] C'est fou parce que vous êtes entouré d'une communauté qui est à risque. Vous voyez des gens autour de vous qui souffrent chaque jour. Tu enterres tes cousins, tu enterres tes tantes. Puis, ils vous offrent cette solution? C'est écœurant. C'est décevant » (participante, Alberta).

Les participantes ont fortement insisté sur le fait que le logement, le soutien aux dépendances, les soins respectueux du genre et les services de santé mentale accessibles doivent d'abord être abordés, car ce sont des facteurs déterminants influençant la santé mentale. Elles s'inquiétaient



de la vulnérabilité des personnes ayant des problèmes de santé mentale et se demandaient à quel point ces décisions pouvaient vraiment être éclairées et soutenues.

« [Traduction] Étant donné que nous manquons de ressources en matière de santé mentale dans notre province, je me demande parfois la raison pour laquelle cette chose est si accessible à quelqu'un qui se trouve à un moment si vulnérable de sa vie » (participante, Terre-Neuve-et-Labrador).

Par ailleurs, certaines participantes ont reconnu la complexité de la question, se demandant si l'AMM pour la santé mentale pourrait représenter une solution de rechange plus paisible, moins invasive et moins traumatisante au suicide. Elles ont discuté du rôle des mesures de protection et du counseling solide dans le cadre des demandes d'AMM comme soutien aux personnes dans le besoin.

« [Traduction] Ce n'est pas pour mettre fin à la douleur, c'est pour mettre fin à la souffrance, et la souffrance se présente sous tant de formes différentes. Passer par le processus de counseling, pour mon membre de la famille, si cela avait été disponible lorsqu'il réfléchissait au suicide... Peut-être qu'il y aurait eu une fin différente. Peut-être pas. Je veux dire, ça aurait été leur décision en fin de compte, peu importe le résultat » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

### *Intégrer des soutiens culturels et émotionnels pour les personnes et les familles*

Les participantes ont fortement souligné le besoin d'espaces respectueux de la culture et d'interactions respectueuses dans le domaine de la santé. Elles ont appelé à une collaboration plus étroite entre les services de santé et les organisations autochtones, afin de garantir que des soutiens ancrés dans la culture, tels que des Aînés, des agents de liaison en santé autochtone, des conseillers, des médicaments et des cérémonies, soient accessibles à ceux qui en ont besoin. Bien que ces soutiens culturels soient considérés comme essentiels, les participantes ont déclaré qu'ils devraient rester facultatifs, afin d'éviter de placer un fardeau émotionnel excessif sur les Aînés.

« [Traduction] Il y a des limites à ce que nous pouvons attendre de nos Aînés, car c'est une décision importante... surtout en raison du fait que nos Aînés sont si proches de cette période de leur vie. Cela peut aussi être difficile pour eux aussi » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

Il y avait également un plaidoyer important en faveur du counseling aux endeuillés. Dans l'ensemble, la plupart des participantes ont souligné que le soutien culturel et émotionnel continu pour les patients et leurs familles ou communautés était un ajout nécessaire aux processus de l'AMM.

« [Traduction] S'assurer qu'on prend soin de la famille et de la communauté de la personne. Au lieu de "cela se produit, puis toutes ces ressources se dissipent" » (participante, Nouvelle-Écosse).

## **Thème 5 : Besoin de sensibilisation, d'éducation et de conversations communautaires sur l'AMM**

### *Besoin de sensibilisation et de renseignements sur l'AMM*

Les participantes ont constamment exprimé un besoin pressant de plus d'éducation sur l'AMM, peu importe leurs connaissances existantes. Certains n'avaient jamais entendu parler de l'AMM, tandis que d'autres avaient l'impression de commencer à peine à le comprendre. La plupart

des participantes ont souligné un manque de sensibilisation dans leurs communautés, ce qui a contribué à la désinformation, à la stigmatisation et à la peur.

« [Traduction] Il y a un manque de sensibilisation et, donc, un peu de stigmatisation... une éducation plus large... aiderait à réduire la stigmatisation » (participante, Terre-Neuve-et-Labrador).

« [Traduction] Nous, en tant que communautés, avons tendance à rejeter. Les gens ont tendance à avoir peur de poser des questions si quelqu'un demande l'AMM... c'est tabou ou c'est effrayant » (participante, Nouvelle-Écosse).

Les participantes ont demandé des renseignements fiables et accessibles par l'entremise de sites Web, de publicités télévisées et d'affiches ou de brochures dans les milieux de soins de santé. Elles avaient des questions sur les critères d'admissibilité, le processus de demande et les organismes de réglementation. Dans l'ensemble, les participantes ont souligné l'importance de la sensibilisation continue et de la mobilisation dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMM.

« [Traduction] Je crois que nous avons une très forte obligation de faire partie de ces processus qui proviennent de la perspective coloniale, en tant que peuples autochtones. Nous devons être conscients. Nous devons être informés... Nous devons faire partie de ce processus afin de soutenir... ou de protéger les sept prochaines générations » (Aîné, Île-du-Prince-Édouard).

#### *Promotion de la conversation communautaire sur l'AMM et la fin de vie*

En élargissant le besoin de sensibilisation et de renseignements, de nombreuses participantes ont exprimé l'importance d'amorcer ces conversations dans leurs communautés. Bien que la mort soit souvent évitée comme sujet, certains ont souligné le pouvoir guérisseur de parler de manière ouverte à ce sujet.

« [Traduction] C'est un morceau d'argile auquel nous devons tous mettre la main et commencer à travailler au moulage... Cela met fin à la peur de mourir et devient une situation d'intention » (participante, Yukon).

Les participantes ont exploré de nombreuses idées pour faciliter ces conversations, y compris la collaboration avec des chercheurs, des conférenciers, des fournisseurs de soins de santé et des autorités sanitaires locales, ainsi que des options culturelles, telles que des tables rondes, des formations ou des enseignements en cercle sacré et des fins de semaine avec des Aînés. Un Aîné a souligné le besoin d'être respectueux, attentif et propre à la communauté :

« [Traduction] Cela doit absolument être fait avec plein respect et protocole... Simplement présenter ce genre de renseignements pourrait être un sujet explosif... donc la partie éducative, le partage des connaissances et les données démographiques... la langue, tout cela serait une priorité » (Aîné, Île-du-Prince-Édouard).

Ces conversations étaient considérées comme essentielles pour préparer les communautés à une prise de décision éclairée en fin de vie, tout en explorant la façon dont la culture autochtone pourrait être intégrée dans les processus de l'AMM.

« [Traduction] La génération plus âgée veut un peu s'en tenir à nos anciennes façons, mais notre nouvelle génération doit faire de nouvelles choses. C'est peut-être là que l'AMM entre



en jeu. C'est de combiner notre culture autochtone et de créer le concept de "à quoi devrait ressembler le processus de l'AMM destiné aux Autochtones?" » (participante, Ontario).

### *Évolution de l'éducation et de la sensibilisation des jeunes à l'AMM*

Les participantes ont discuté de la manière de naviguer dans le sujet avec les jeunes, en soulignant le besoin de sources fiables et crédibles. Des préoccupations ont été soulevées concernant les médias sociaux diffusant de la désinformation, certains suggérant que l'éducation sur l'AMM devrait être intégrée dans les programmes scolaires.

« [Traduction] Je préférerais que mon enfant entende cela à l'école... C'est mieux de l'inclure dans le programme d'études... Beaucoup mieux que d'en entendre parler, d'effectuer des recherches seuls et d'être mal informés » (participante, Terre-Neuve-et-Labrador).

Les participantes ont exprimé des sentiments mitigés sur l'âge approprié pour cette éducation. De nombreuses personnes convenaient que les années adolescentes (école secondaire) seraient les meilleures. D'autres croyaient que les enfants devraient recevoir une communication transparente s'ils abordaient le sujet.

« [Traduction] Nous ne disons pas qu'ils vont l'utiliser. Nous allons juste expliquer que cette option existe... Au moins, ils seront conscients qu'elle existe et que c'est un choix » (participante, Île-du-Prince-Édouard).

Elles ont reconnu la possibilité d'une réaction négative, comparant l'AMM aux débats sur l'éducation sexuelle, les célébrations de la fierté et les fêtes religieuses. Néanmoins, elles ont souligné que l'évitement du sujet ne fait qu'approfondir le tabou. Elles ont reconnu que « savoir, c'est pouvoir » et que l'éducation des jeunes finira par changer et évoluer. Elles croyaient qu'éventuellement, l'AMM deviendrait normalisée dans la société.

« [Traduction] Vous grandissez avec une génération qui l'aura comme option. Ce sera quelque chose auquel plus de gens auront accès, tout comme tout autre type de choix en matière de soins de santé... Cela deviendra une option normalisée » (participante, Saskatchewan).

## VI : Limites

Cette étude comportait plusieurs limites. En premier lieu, les petites tailles d'échantillon du sondage auprès des praticiens de l'AMM (39 participants) et du sondage préalable aux cercles de partage (58 participantes) limitent la généralisabilité des résultats. La plupart (75,85 %) des participantes aux cercles de partage étaient âgées de plus de 40 ans, ce qui limite la représentation des perspectives des jeunes adultes sur l'AMM. De plus, la grande majorité (90,17 %) des participantes aux cercles de partage s'identifiaient comme des Premières Nations (inscrites et non inscrites), ce qui limite l'applicabilité de ces résultats, car les perspectives métisses et inuites n'étaient pas représentées de manière proportionnelle. Les résultats soulignent en outre les disparités entre les répondantes urbaines et rurales ou éloignées, mais la taille de l'échantillon n'a peut-être pas été suffisamment grande pour explorer pleinement les différences régionales. Cette étude n'a également pas inclus de cercles de partage dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut, au Manitoba, au Québec et au Nouveau-Brunswick (en raison de diverses contraintes de temps et de capacité), ce qui accentue les lacunes de connaissances concernant l'AMM dans ces régions. Compte tenu de ces facteurs, un échantillon plus large qui recrute proportionnellement par âge, identité autochtone et emplacement pourrait fournir une compréhension plus représentative des perspectives sur les services d'AMM destinés aux Autochtones dans de futures recherches.

En deuxième lieu, le sondage auprès des praticiens de l'AMM comprenait principalement des médecins de famille et des infirmiers praticiens, avec moins de travailleurs sociaux et de professionnels de la santé mentale. Ce déséquilibre peut ne pas refléter pleinement les perspectives de ceux qui travaillent dans des modèles de soins holistiques ou communautaires. Aucun lien statistique significatif n'a été trouvé entre la formation, la familiarité et les défis, ce qui laisse entendre que des facteurs clés influençant les soins d'AMM destinés aux Autochtones n'ont peut-être pas été pris en compte. L'incidence de la formation (pour les fournisseurs de soins de santé) demeure également floue, car bien qu'elle ait accru la familiarité avec les besoins en AMM des Autochtones, elle n'a pas réduit les défis signalés. Cela soulève des questions sur l'efficacité des programmes de formation existants à aborder les obstacles systémiques. De plus, les deux sondages reposaient sur des auto-évaluations de la familiarité, de la formation et des défis, ce qui pourrait introduire un biais, car les participantes pourraient surestimer ou sous-estimer leurs connaissances et leurs expériences.

En troisième lieu, cette étude a peut-être attiré plus de participantes ayant des opinions fortes sur l'AMM ou les soins de santé autochtones, ce qui pourrait biaiser les résultats. De plus, les participantes au sondage auprès des praticiens de l'AMM ont été recrutées par l'entremise des réseaux sociaux de l'AFAC, ce qui risque d'entraîner un chevauchement des répondants avec d'autres projets de l'AFAC. La familiarité et l'expérience avec l'AFAC pourraient introduire des perspectives biaisées; le recrutement par l'entremise des médias sociaux limite également la portée et la diversité des répondants à ceux qui accèdent régulièrement à l'Internet et utilisent ces canaux de diffusion de renseignements. Au départ, il y avait 66 sondages remplis enregistrés, mais après un examen plus approfondi des données, 27 d'entre eux étaient des comptes frauduleux ou automatisés, laissant 39 réponses valides. Les projets futurs exigeraient des mesures supplémentaires pour empêcher ces réponses. De plus, le recrutement pour les cercles de partage a été effectué par les APTM et les



organisations locales. De nombreuses personnes ont cité des défis pour recruter des participantes qui se sentaient à l'aise de discuter du sujet. Cela souligne l'importance de créer des espaces sécuritaires pour partager des perspectives diverses, car cela pourrait limiter la représentation de diverses opinions (y compris des points de vue plus forts et plus opposés) sur l'AMM.

En quatrième lieu, la participation à cette étude a été limitée par la langue et l'accessibilité (à la technologie, à l'Internet et aux espaces physiques). Le sondage auprès des praticiens de l'AMM, le sondage préalable aux cercles de partage et les discussions pendant les cercles de partage ont tous été menés en anglais. Le sondage auprès des praticiens de l'AMM et les cercles de partage virtuels exigeaient l'accès à des appareils connectés à l'Internet et la capacité de naviguer dans SurveyMonkey. Les cercles de partage virtuels exigeaient une connexion Internet fiable pour assister à une réunion Zoom de 2 heures. Les cercles de partage en personne étaient souvent organisés à proximité des centres urbains, présentant des obstacles possibles de distance et de transport pour les participantes rurales. Cela a été aggravé par des contraintes de financement, qui ne soutenaient pas le déplacement des participantes des zones rurales vers les centres urbains pour les cercles de partage. Cela a limité la représentation de divers emplacements de communautés rurales et éloignées.

Enfin, les obstacles juridiques n'ont pas été pleinement examinés. Bien que l'étude reconnaisse la discrimination systémique et les obstacles stratégiques, elle n'analyse pas en profondeur les questions de compétence (par exemple, responsabilités en matière de soins de santé fédérales par rapport à celles des provinces) qui peuvent entraîner une incidence sur l'accès à l'AMM pour les communautés autochtones. Aborder ces limites sera essentiel aux recherches à venir.

## VII : Recommandations

---

Pour garantir un accès équitable des FFPBTDIG+ autochtones aux services de l'AMM, les mesures suivantes sont recommandées :

### 1. Éducation et formation sur l'AMM dirigées par des Autochtones.

- Passer de la formation générale sur la compétence culturelle à des programmes éducatifs dirigés par des Autochtones axés sur l'apprentissage expérientiel, les approches communautaires et les perspectives autochtones sur les soins de fin de vie.
- Intégrer une formation sur les contextes historiques touchant les expériences de soins de santé des Autochtones, les modèles de soins palliatifs dirigés par des Autochtones et les soins respectueux du genre.
- Offrir des possibilités de mentorat avec des fournisseurs de soins de santé autochtones et intégrer des études de cas et un apprentissage pratique.

### 2. Réformes systémiques et stratégiques

- Éliminer les obstacles juridiques et mettre en œuvre des politiques qui améliorent les soins de fin de vie et l'accessibilité à l'AMM dans les communautés autochtones rurales et éloignées.
- Augmenter le financement pour les services de soins de fin de vie et d'AMM dirigés par des Autochtones et élargir les soutiens respectueux de la culture.
- Exiger que les établissements de santé intègrent les perspectives autochtones dans les politiques de l'AMM et adoptent des approches tenant compte des traumatismes et des approches antiracistes.

### 3. Mobilisation communautaire et sensibilisation

- Établir des partenariats avec les communautés autochtones, les gardiens du savoir et les fournisseurs de soins de santé pour élaborer conjointement des cadres d'AMM adaptés à la culture.
- Mener des activités de sensibilisation communautaire qui sont respectueuses de la culture pour accroître la sensibilisation et la compréhension de l'AMM dans les communautés autochtones et non urbaines.
  - ↳ Reconnaître la sensibilité et la complexité de l'AMM; des croyances culturelles, des pratiques et des expériences très différentes qui influencent le confort des différentes communautés à l'égard de ce sujet.
  - ↳ Demander la permission avant de promouvoir des renseignements dans les communautés autochtones et de les sensibiliser à l'AMM. S'assurer que les documents et les méthodes sont respectueux et honorent les perspectives autochtones.
  - ↳ Collaborer avec les Aînés de la communauté pour faciliter la diffusion de renseignements sur l'AMM d'une manière significative sur le plan culturel et fondée sur la culture.



#### 4. Discussions et soins liés à l'AMM respectueux de la culture

- S'assurer que les fournisseurs de soins de santé abordent les conversations sur l'AMM avec humilité culturelle en respectant les valeurs, traditions et pratiques spirituelles autochtones.
  - ↳ Réduire les expériences de peur et les difficultés à naviguer dans la bureaucratie en collaborant avec des organisations autochtones locales pour offrir du soutien et un accès aux pratiques culturelles autochtones (telles que les prières, la purification par la fumée, l'utilisation de médicaments, les cérémonies, etc.).
- Intégrer des modèles de soins palliatifs dirigés par des Autochtones pour garantir une prestation de soins de fin de vie holistique, axée sur la communauté et respectueuse de la culture.
- Élargir l'infrastructure et l'offre des services de fin de vie et d'AMM dans les communautés pour accroître l'accessibilité, tout en maintenant le respect de la culture.

#### 5. Recherches et élaboration des politiques

- Mobiliser délibérément les communautés métisses et inuites rurales et éloignées pour élargir la compréhension des considérations culturelles et géographiques uniques pour la prestation des services de l'AMM.
- Mener des études pour évaluer l'efficacité de la formation sur l'AMM et des réformes stratégiques systémiques dirigées par des Autochtones.
- Collaborer avec les dirigeants autochtones et les décideurs pour démanteler les obstacles structurels et soutenir l'autodétermination des Autochtones dans le cadre de l'élaboration des politiques sur l'AMM.

En mettant en œuvre ces recommandations, les établissements de santé et les décideurs peuvent travailler à un cadre d'AMM plus inclusif, respectueux de la culture et accessible qui respecte et intègre les perspectives autochtones sur les soins de fin de vie.

# Références

- Bartlett, C.; Marshall, M.; Marshall, A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2, 331-340. doi:10.1007/s13412-012-0086-8
- Berube, A.; Tapp, D.; Dupere, S.; Plaisance, A.; Bravo, G.; Downar, J. et Couture, V. (2022). Do socioeconomic factors influence knowledge, attitudes, and representations of end-of-life practices? A cross-sectional study. *Journal of Palliative Care*, 40(2):152-161. doi:10.1177/08258597221131658
- Brydon, J. (2016). Indigenous parliamentarians brought unique perspective to assisted dying debate. *CNC News*. <https://www.cbc.ca/news/indigenous/indigenous-parliamentarians-brought-unique-perspective-assisted-dying-1.3663572>
- CAMH. (2024). *Les traumatismes psychiques*. CAMH. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-traumatismes-psychiques>
- Carasthathis, A. (2016). Intersectionality and Decolonial Feminism. Dans *Intersectionality: Origins, Contestations, Horizons* (p. 199-232). University of Nebraska Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1fzfhz8.11>
- Cardus. (14 septembre 2023). *Ethical issues in euthanasia and assisted suicide in Canada*. <https://www.cardus.ca/research/health/perspectives-paper/ethical-issues-in-euthanasia-and-assisted-suicide-in-canada/>
- Centre for Effective Practice. (2021). Medical assistance in dying (MAiD) in Ontario Track Two: Natural death is not reasonably foreseeable. *Centre for Effective Practice*. <https://tools.cep.health/tool/medical-assistance-in-dying-maid-in-ontario-track-two-natural-death-is-not-reasonably-foreseeable/>
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. (2016). *Free Prior and Informed Consent An Indigenous peoples' right and a good practice for local communities*. Consentement libre, préalable et éclairé | Peuples autochtones | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. <https://www.fao.org/indigenous-peoples/our-pillars/fpic/en/>
- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. (7 juillet 2021). *Ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir*. Ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir – Points de vue des tables rondes. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/cqnae-wwh/access/p3.html>



- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. (1er septembre 2021). *Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec*. Partie IV – Consentement préalable à l’AMM. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/p5.html>
- Gouvernement du Canada. (13 mai 2022). *Rapport final du Groupe d’experts sur l’AMM et la maladie mentale*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-amm-maladie-mentale/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.html>
- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. (9 mars 2023). *Report de l’admissibilité à l’aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale au 17 mars 2024*. Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2023/03/report-de-ladmissibilite-a-laide-medicale-a-mourir-des-personnes-dont-le-seul-probleme-medical-est-une-maladie-mentale-au-17mars2024.html>
- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. (31 juillet 2024). *La loi canadienne sur l’aide médicale à mourir*. Gouvernement du Canada, ministère de la Justice, communications électroniques. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>
- Gouvernement du Canada. (31 janvier 2025). *Gouvernement du Canada*. Cinquième rapport annuel sur l’aide médicale à mourir au Canada, 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicales-mourir-2023.html>
- Health Law Institute. (s.d.). *Euthanasia*. End-of-Life Law and Policy in Canada. [http://eol.law.dal.ca/?page\\_id=238](http://eol.law.dal.ca/?page_id=238)
- Honderich, H. (14 janvier 2023). *Who can die? Canada wrestles with euthanasia for the mentally ill*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-64004329>
- Hotson, K. E.; MacDonald, S. M. et Martin, B. D. (2004). Understanding death and dying in select first nations communities in northern Manitoba: issues of culture and remote service delivery in palliative care. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(1), 25-38. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/ijch.v63.32708>
- Institute for Human Rights and Business. (2022). *What is free, prior and informed consent (FPIC)?* [https://www.ihrb.org/explainers/what-is-free-prior-and-informed-consent-fpic#:~:text=Free%2C%20prior%20and%20informed%20consent%20\(or%20FPIC\)%20centres%20on,activities%20undertaken%20on%20their%20land](https://www.ihrb.org/explainers/what-is-free-prior-and-informed-consent-fpic#:~:text=Free%2C%20prior%20and%20informed%20consent%20(or%20FPIC)%20centres%20on,activities%20undertaken%20on%20their%20land)
- Levitz, S. (24 novembre 2020). Assisted-death bill sends wrong message to Indigenous people, advocates say. <https://toronto.citynews.ca/2020/11/24/assisted-death-bill-sends-wrong-message-to-indigenous-people-advocates-say/>
- Association des femmes autochtones du Canada (AFAC). (2020). *Trousse de démarrage Analyse comparative entre les sexes culturellement pertinente (ACSCP) – AFAC*. Centre du savoir. [https://www.nwac.ca/assets-knowledge-centre/NWAC\\_CRGBA\\_2020\\_FR\\_Final\\_Web.pdf](https://www.nwac.ca/assets-knowledge-centre/NWAC_CRGBA_2020_FR_Final_Web.pdf)

- Peltier, C. (2018). An application of two-eyed seeing: Indigenous research methods with participatory action research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1). <https://doi.org/10.1177/1609406918812346>
- Autorité provinciale des services de santé. (2023). *Medical assistance in dying*. <http://www.phsa.ca/health-info/medical-assistance-in-dying>
- Sanchez-Pimienta, C. E.; Masuda, J. R.; Doucette, M. B.; Lewis, D.; Rotz, S.; Association des femmes autochtones du Canada, [...] et Castleden, H. (2021). Implementing Indigenous gender-based analysis in research: principles, practices and lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), doi:10.3390/ijerph182111572
- Schiffer, J. (26 mars 2019). *Pratique tenant compte des traumatismes vécus par les Autochtones comme action de réconciliation [diapositives PowerPoint]*. Native Child and Family Services of Toronto. <https://cac-cae.ca/wp-content/uploads/32.-Indigenous-Trauma-Informed-Practice-as-ReconciliAction-26-Mar-19-Eng.pdf>
- Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD). (2023). *L'aide médicale à mourir au Canada : Les choix pour les Canadiens*. Rapport du Comité no 2 – AMAD (44-1) – Parlement du Canada. <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/AMAD/rapport-2/page-63#9>
- Steinmetz, K. (2020). She coined the term 'intersectionality' over 30 years ago. Here's what it means to her today. *Time Magazine*, 23. <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- Tran, M.; Honarmand, K.; Sibbald, R.; Priestap, F.; Oczkowski, S. et Ball, I. M. (2022). Socioeconomic Status and medical assistance in dying: a regional descriptive study. *Journal of Palliative Care*, 37(3), 359-365. doi:10.1177/08258597211053088
- Torjer A. Olsen (2018) This Word is (Not?) Very Exciting: Considering Intersectionality in Indigenous Studies. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 26:3, 182-196, doi:10.1080/08038740.2018.1493534
- Université de Toronto. (21 septembre 2021). *Discussing medical assistance in dying and mental illness in Canada*. Department of Psychiatry. <https://psychiatry.utoronto.ca/news/discussing-medical-assistance-dying-and-mental-illness-canada#:~:text=In%20March%202021%2C%20the%20passing,requests%20for%20MAID%20when%20mental>
- Vancouver Coastal Health. (2023). *Medical Assistance in Dying (MAiD)*. <https://www.vch.ca/en/service/medical-assistance-dying#short-description--16131>



## Annexe A : Lettre de consentement pour les Cercles de partage

---

### Titre du projet : Perspectives sur l'aide médicale à mourir (AMM) parmi les femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones au Canada : une étude exploratoire

#### Introduction

Vous êtes invitée à participer à un cercle de partage avec l'Association des femmes autochtones du Canada. Ce projet vise à explorer les défis, les expériences et les points de vue des femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre (FFPBTDIG+) autochtones dans le Canada concernant l'AMM. Votre participation comporte remplir un sondage (en ligne ou en personne) et participer à un cercle de partage.

#### Contexte

Financé par Services aux Autochtones Canada, le présent projet souligne le rôle essentiel des voix des FFPBTDIG+ autochtones à l'élaboration des discussions sur l'AMM. Les discussions seront axées sur l'accessibilité, les connaissances et les besoins en soutien pour éclairer les ressources et les recommandations stratégiques.

L'AFAC vise à développer des ressources sur mesure qui aident les décideurs du système de santé à formuler des politiques, des programmes et des initiatives pour aborder les préoccupations et les perspectives des FFPBTDIG+ autochtones dans le contexte de l'AMM. Le rapport définitif amplifie les recommandations des participantes et les dirige vers les représentants du gouvernement, les praticiens de la santé, les fournisseurs de l'AMM et les établissements universitaires. Cette ressource offrira des renseignements essentiels, favorisant la sensibilisation aux priorités en matière de soins de santé et aux préoccupations communautaires à divers niveaux.

#### Objet du projet

Le présent projet fait partie d'une initiative plus vaste et pluriannuelle dirigée par Santé Canada pour collaborer avec des partenaires autochtones et éclairer la politique et la mise en œuvre de l'AMM, ainsi que la politique globale de soins en fin de vie. En tant que partenaire de Services aux Autochtones Canada et de Santé Canada, l'AFAC s'engage à diriger respectueusement la mobilisation des communautés du Canada. De plus, le projet contribuera également à de futures initiatives de financement visant à soutenir des domaines essentiels, tels que la santé mentale et les dépendances au sein des communautés autochtones, en particulier lorsqu'ils recourent à l'AMM.

Un sondage (réalisé virtuellement ou en personne) avant les cercles de partage recueillera des données démographiques individuelles, des perspectives et des idées liées à l'AMM. Ce sondage sera suivi de cercles de partage virtuels et en personne avec des FFPBTDIG+ autochtones de l'île de la Tortue et de l'Inuit Nunangat, en partenariat avec des associations provinciales et territoriales membres et d'autres organisations communautaires pour garantir que les mobilisations soient accessibles et représentatives des régions. En partageant vos expériences vécues, vous aiderez à déterminer la recherche, les services et les ressources nécessaires à l'AMM au sein des communautés autochtones.

À l'aide des renseignements recueillis, l'AFAC élaborera un rapport sommaire qui sera envoyé à Services aux Autochtones Canada et publié sur le site Web de l'AFAC. Le rapport mettra en évidence les résultats de ces mobilisations, y compris des recommandations pour aller de l'avant, et sera offert en anglais et en français. De plus, un article universitaire sera également rédigé et publié pour joindre les établissements universitaires.

### **Votre participation**

Le présent projet a reçu l'approbation de Services aux Autochtones Canada par l'entremise de son processus interne d'examen éthique. Votre participation est entièrement volontaire. L'AFAC reconnaît que participer aux discussions des cercles de partage, en particulier sur le sujet de l'AMM, peut présenter des défis. L'AFAC s'engage à veiller à ce que tous les participantes de l'île de la Tortue et de l'Inuit Nunangat se sentent en sécurité et à l'aise, et soient libres de faire part de leurs expériences et réflexions sans crainte de jugement.

Votre contribution à ce projet a une pondération considérable dans le cadre de l'élaboration de recommandations et de politiques qui tiennent compte de l'incidence de l'AMM sur les communautés autochtones. En communiquant vos idées, vous aurez une occasion significative d'influencer les mesures et les services à venir. De plus, la participation offre une occasion d'établir des liens avec d'autres qui partagent des préoccupations et des expériences similaires, favorisant un sentiment de communauté et de soutien.

### **Risques**

Il est important de reconnaître les risques liés à la participation. Participer à des conversations sur le décès, ainsi que sur vos choix concernant les soins de fin de vie, peut susciter de fortes émotions ou déclencher des souvenirs et des expériences personnelles. Bien que l'AFAC s'engage à favoriser un environnement sûr et respectueux, vous pourriez rencontrer des perspectives ou des opinions divergentes qui pourraient être difficiles sur le plan émotionnel. Des ressources de soutien en cas de crise sont offertes si vous en avez besoin. Votre contribution est inestimable, et nous vous sommes profondément reconnaissants de votre volonté de faire partie de cette importante entreprise.

#### *Que recueillons-nous?*

Nous vous demanderons de partager vos expériences, vos connaissances et vos idées concernant l'AMM et son incidence sur vous et votre communauté. Certains des sujets abordés incluront vos expériences personnelles avec l'AMM, les défis que vous ou votre communauté avez rencontrés en lien avec l'AMM, le soutien, les ressources ou les services que vous croyez nécessaires, toutes les préoccupations que vous pourriez avoir, et vos recommandations concernant l'AMM et sa mise en œuvre. Cela peut comprendre des conversations sur les expériences du système de santé liées à l'AMM, ce qui peut susciter des émotions troublantes. Veuillez demander de l'aide ou prendre une pause à tout moment.

Votre participation demeurera anonyme, et tout ce qui est communiqué demeurera confidentiel. Votre nom et vos identifiants ne seront ni communiqués, ni utilisés avec quiconque à l'extérieur de l'équipe de projet, ni consignés dans les rapports.



*Qu'advient-il des renseignements que je fournis?*

La séance du cercle de partage sera enregistrée et transcrite à l'aide de Zoom. Après la séance, tous les documents et toutes les notes seront immédiatement anonymisés et conservés dans un emplacement sécuritaire, auquel seule l'équipe de recherche pourra accéder. Une fois les rapports définitifs rédigés et les nouveaux programmes élaborés et mis en œuvre, tous les notes et renseignements seront détruits. Tous les participantes auront accès au rapport définitif une fois qu'il sera publié.

*Comment ces renseignements sont-ils partagés?*

Les renseignements que nous recevons pendant les séances de cercle de partage seront anonymisés et traités uniquement par l'équipe de projet de l'AFAC afin d'élaborer des recommandations sur les points de vue et les priorités propres aux Autochtones concernant l'AMM. L'AFAC, Santé Canada et Services aux Autochtones Canada s'engagent à respecter la souveraineté des données autochtones en veillant à ce que l'organisation et l'utilisation des données soient pleinement conformes aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP). Les renseignements générés par ce projet peuvent être communiqués sur le site Web de l'AFAC, les plateformes de médias sociaux, dans des journaux examinés par les pairs et dans des présentations. Le rapport définitif sera envoyé au bailleur de fonds, Services aux Autochtones Canada. Aucun de vos renseignements personnels ou d'identification ne sera communiqué.

*Que dois-je faire si je change d'avis et je ne souhaite plus participer?*

Dans le cas où vous, en tant que participante, vous sentez mal à l'aise ou incertaine au sujet de ce que vous avez communiqué pendant la séance du cercle de partage ou le sondage, et que vous ne souhaitez plus l'inclure dans les notes de la séance ou le projet, vous avez la possibilité de vous retirer. Les participantes sont libres de quitter le cercle de partage à tout moment. Vous pouvez décider si vos communications avant de partir peuvent être utilisées dans le cadre du présent projet, si des parties précises sont incluses ou si aucune partie n'est incluse. Veuillez nous informer de votre décision pendant la séance en informant l'animateur ou plus tard par courriel.

## Ressources

---

### Lignes d'écoute téléphonique

**Métis Crisis Line** est un service de la nation métisse en Colombie-Britannique.

Composez le **1-833-MétisBC (1-833-638-4722)**.

---

La **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être** apporte une aide immédiate en offrant des services de counseling et d'intervention en cas de crise en santé mentale par téléphone ou clavardage en ligne. Appelez sans frais au **1-855-242-3310**, ou commencez à clavarder de façon confidentielle avec un conseiller à [espoirpourlemieuxetre.ca](http://espoirpourlemieuxetre.ca).

Des services sont offerts en : ojibwé, cri, inuktitut, anglais et français.

---

**Talk 4 Healing** est un service pour les femmes autochtones en Ontario.

Composez le 1-855-554-4325 ou commencez une discussion confidentielle à

[beendigen.com/programs/talk4healing](http://beendigen.com/programs/talk4healing)

Des services sont offerts en : ojibwé, oji-cri, cri, algonquin, inuktitut, mohawk, oneida, odawa, potawatomi, micmac, pied-noir, anichinabé, cri de Moose, cri des marais et anglais.

---

La **Ligne d'aide du Nunavut** offre un service de counseling anonyme et confidentiel par téléphone aux habitants du Nord en crise.

Composez le **1-800-265-3333**.

Des services sont offerts en : inuktitut, anglais et français.

---

Le **Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens** offre un soutien culturel et émotionnel, ainsi que des services de counseling en santé mentale aux survivants des pensionnats indiens et aux familles des anciens élèves.

Veillez communiquer avec le [bureau régional des Services aux Autochtones Canada](#) dans votre province ou territoire (ou, pour ceux en Colombie-Britannique, la [Régie de la santé des Premières Nations \[RSPN\]](#)) pour accéder aux services par l'entremise du Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens.



## Annexe B : Sondage auprès des praticiens de l'AMM

---

### Avertissement et consentement

Services aux Autochtones Canada finance le présent projet. L'objet du projet est de rassembler des données essentielles concernant les opinions et l'éducation des praticiens de l'AMM sur les expériences des femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et diverses identités de genre (FFPBTDIG+) liées à l'AMM. Les renseignements recueillis permettront d'éclairer les recommandations en vue d'améliorer la qualité et la compétence culturelle des pratiques de l'AMM pendant la collaboration avec les communautés autochtones. Les réponses au sondage resteront entièrement anonymes.

Nous vous demandons aimablement de nous faire part de vos réponses franches et honnêtes, car l'exactitude et la profondeur de vos idées sont essentielles pour façonner nos recommandations. L'équipe de l'AFAC reconnaît le dévouement des alliés qui s'efforcent de s'assurer que les patients et clients autochtones sont traités avec respect, dignité et des soins respectueux de la culture qu'ils méritent. *Quant à celles qui ne s'identifient pas comme étant autochtones ou qui n'ont pas déjà été victimes d'une discrimination liée à la santé en raison de leur race, de leur origine ethnique ou de leur patrimoine, les risques liés à ce sondage sont minimes.* Toutefois, il est important de noter que les discussions concernant l'AMM peuvent susciter de fortes émotions ou déclencher des souvenirs et des expériences personnelles.

L'équipe de l'AFAC est grandement reconnaissante de l'engagement des praticiens de l'AMM et de leurs équipes à fournir les meilleurs soins et soutiens possibles. En guise de remerciement, les 40 premières personnes qui répondent au sondage recevront des honoraires de 25 \$ versés au magasin Artisanelle de l'Association des femmes autochtones du Canada, qui seront envoyés par la poste.

### 1. Quel est votre rôle actuel de praticien de la santé?

- Médecin de famille
- Infirmier praticien
- Pharmacien
- Professionnel de la santé mentale
- Travailleur social
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

### 2. Vous identifiez-vous comme autochtone?

- Oui, j'identifie comme : \_\_\_\_\_
- Non, je ne suis pas autochtone.
- Je ne souhaite pas divulguer.

### 3. Collaborez-vous avec du personnel des praticiens de la santé qui s'identifient comme autochtones?

- Oui
- Non
- Incertain

### 4. Avez-vous des patients qui s'identifient comme Autochtones ou en avez-vous?

- Oui
- Non
- Incertain

**5. Fournissez-vous des services de santé aux patients autochtones situés (sélectionnez toutes les réponses applicables) :**

- Dans les réserves
- Hors réserve
- Dans des milieux urbains
- Dans des lieux éloignés
- Dans des communautés accessibles par avion

**6. Dans quel territoire fournissez-vous des services de santé?**

**7. Quel est votre code postal? Ces renseignements nous aideront à mieux comprendre la répartition géographique de nos participants.**

**8. Votre équipe de santé offre-t-elle des services propres aux Autochtones pour les patients autochtones?**

- Oui
- Non
- Incertain

**9. Avez-vous participé à des procédures d'AMM dans le cadre des soins de fin de vie au cours des cinq dernières années?**

- Oui
- Non
- Incertain

**10. Quels services d'AMM fournissez-vous ou à quels services participez-vous? (Sélectionnez toutes les réponses applicables.)**

- Aiguillages aux fournisseurs de l'AMM
- Servir de témoin pendant la procédure de l'AMM
- Mener des consultations avec des patients envisageant l'AMM
- Administrer des médicaments
- pour l'AMM
- Évaluation de l'admissibilité à l'AMM
- Soutien émotionnel et psychologique
- Soutien en cas de deuil
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**11. Connaissez-vous les besoins culturels et les besoins en soins de santé uniques des femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et diverses identités de genre (FFPBTDIG+) dans le contexte de l'AMM?**

- Extrêmement familier
- Très familier
- Quelque peu familier
- Peu familier
- Pas du tout familier
- Incertain

**12. À votre avis, quels défis ou obstacles précis les FFPBTDIG+ autochtones pourraient-elles rencontrer pour accéder aux services de l'AMM?**

**13. Comment assurez-vous des soins adaptés à la culture et respectueux de celle-ci pour les FFPBTDIG+ autochtones pendant la prestation de services d'AMM?**



14. Avez-vous reçu une formation ou une éducation officielle précisément liée à la prestation de services d'AMM aux FFPBTDIG+ autochtones?
- Oui  Non  Incertain
15. Dans l'affirmative, veuillez décrire brièvement le contenu et la durée de cette éducation ou formation.
16. Estimez-vous que votre éducation et votre formation ont fourni des renseignements suffisants sur les besoins uniques des différentes communautés autochtones pour fournir des soins liés à l'AMM?
- Oui  Non  Incertain
17. Quelle formation ou éducation supplémentaire croyez-vous serait avantageux pour les praticiens de la santé concernant la prestation de services d'AMM destinés aux FFPBTDIG+ autochtones?
18. Dans votre expérience de prestation de services de l'AMM, avez-vous rencontré des défis ou des considérations précis pendant la prestation de services d'AMM aux Autochtones qui ont également des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie?
- Oui  Non  Incertain
19. Dans l'affirmative, veuillez décrire brièvement les défis ou les considérations.
20. Avez-vous d'autres commentaires, suggestions ou expériences que vous souhaitez communiquer concernant les services d'AMM destinés aux FFPBTDIG+ autochtones?
21. Souhaitez-vous que l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) vous offre une formation, vous envoie des ressources et des renseignements provenant du présent projet de recherche? Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse courriel ci-dessous :
22. Si vous êtes l'une des quarante premières personnes à répondre au sondage, souhaiteriez-vous recevoir vos honoraires sous forme d'une carte-cadeau de 25 \$ à la boutique de l'Association des femmes autochtones du Canada, Artisanelle? Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse postale ci-dessous :

## Annexe C : Sondage auprès des participantes préalable aux Cercles de partage

### Avertissement et consentement

L'objet du présent sondage est de recueillir les perspectives et les expériences des femmes, des filles et des personnes bispirituelles, transgenres et diverses identités de genre autochtones (FFPBTDIG+) liées à l'aide médicale à mourir (AMM).

**Avertissement sur le contenu :** Le présent sondage aborde des sujets sensibles liés à l'aide médicale à mourir (AMM) et aux soins de fin de vie au sein des communautés autochtones. Cela peut aborder des expériences et des perspectives qui pourraient être émotionnellement troublantes ou déclencheurs pour certaines personnes. Veuillez être consciente de la nature possiblement difficile du contenu avant de poursuivre au sondage.

Vous pouvez choisir de ne pas répondre à toute question. Il vous faudra environ de 15 à 20 minutes pour répondre au sondage de 22 questions. Aucune approbation du comité d'éthique n'est requise pour le présent sondage, puisque le projet a déjà été approuvé par Services aux Autochtones Canada et son examen interne de l'éthique. Toutefois, nous vous demandons d'accéder au formulaire de consentement pour le sondage afin de vous assurer que vous êtes au courant des risques et des avantages du sondage. Tous les sondages seront soumis de façon anonyme, ce qui signifie que nous ne saurons pas qui a répondu au sondage. Si vous répondez à un sondage en personne, nous le mettrons dans une enveloppe et examinerons les renseignements plus tard. Tous les renseignements que vous fournissez sont confidentiels, ce qui signifie qu'aucun nom ou renseignement d'identification ne sera utilisé.

### Section 1 : Démographie

#### 1. En ce qui concerne votre identité autochtone, comment vous identifiez-vous?

(Sélectionnez toutes les réponses applicables.)

- Premières Nations, inscrite
- Premières Nations, non inscrite
- Inuite
- Métisse
- J'identifie également comme : (précisez ci-dessous)  
\_\_\_\_\_

#### 2. Comment vous identifiez-vous en ce qui concerne votre genre?

(Cliquez sur toutes les réponses applicables.)

- Bispirituel
- Femme
- Homme
- Transgenre
- Non-binaire ou diverses identités de genre
- Je souhaite utiliser d'autres mots pour décrire mon genre (écrire ci-dessous)  
\_\_\_\_\_



### 3. Quel âge avez-vous?

- De 18 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- De 31 à 39 ans
- De 40 à 49 ans
- De 50 à 59 ans
- De 60 à 69 ans
- De 70 à 79 ans
- De 80 à 85 ans
- Plus de 85 ans

### 4. Dans quelle province ou quel territoire vivez-vous actuellement?

- Alberta
- Colombie-Britannique
- Québec
- Manitoba
- Nouveau-Brunswick
- Terre-Neuve-et-Labrador
- Territoires du Nord-Ouest
- Nouvelle-Écosse
- Nunavut
- Ontario
- Île-du-Prince-Édouard
- Saskatchewan
- Yukon

### 5. Comment décririez-vous l'endroit où vous avez grandi?

(Sélectionnez toutes les réponses applicables.)

- Dans les réserves
- Hors réserve
- Communauté inuite
- Établissement métis
- Lieu éloigné
- Lieu du Nord
- Lieu rural (petites villes, etc.)
- Centre urbain
- Sans objet

### 6. Sur quel territoire traditionnel avez-vous actuellement l'honneur de vivre?

## Section 2 : AMM et soins de fin de vie :

### 7. Quand avez-vous entendu parler pour la première fois de l'aide médicale à mourir (AMM)?

- Il y a moins de 1 an
- Il y a de 1 à 2 ans
- Il y a de 2 à 5 ans
- Il y a plus de 5 ans
- Je ne me souviens pas

### 8. Dans quelle mesure connaissez-vous l'AMM?

- Très familier
- Peu familier
- Quelque peu familier
- Pas du tout familier

### 9. Quels services de fin de vie occidentaux avez-vous rencontrés ou connaissez-vous, le cas échéant? [Cochez toutes les réponses applicables.]

- Soins palliatifs
- Soins de l'hospice
- Soins de longue durée
- Aide médicale à mourir (AMM)
- Aucun
- Autre (écrivez ci-dessous)  
\_\_\_\_\_

**10. Dans votre communauté, quelles ressources de fin de vie sont offertes?**

- Soins palliatifs
- Soins de l'hospice
- Soins de longue durée
- Aide médicale à mourir (AMM)
- Aucun
- Autre (écrivez ci-dessous)  
\_\_\_\_\_

**11. Quelles pratiques culturelles ou cérémonies dans votre communauté jouent un rôle essentiel dans les soins de fin de vie?**

**12. Croyez-vous que les valeurs et les perspectives autochtones sont prises en compte pendant la réception des services d'AMM au sein des communautés autochtones?**

- Oui
- Non
- Incertain

**13. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez présenté une demande d'AMM?**

- Oui
- Non
- Incertain

**14. Avez-vous cherché des renseignements ou de l'éducation sur l'AMM pour vous-même ou pour d'autres?**

- Oui
- Non
- Incertain

**15. Dans l'affirmative, où avez-vous obtenu ces renseignements ou cette éducation?**

- Fournisseurs de soins de santé
- Aînés ou dirigeants communautaires
- Famille ou amis
- Internet ou médias
- Autre (veuillez préciser)  
\_\_\_\_\_

**16. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez déjà reçu la recommandation d'une AMM par un fournisseur de soins de santé?**

- Oui
- Non
- Incertain

**17. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez personnellement été confronté à des défis liés à l'AMM ou aux soins de fin de vie?**

- Oui
- Non
- Incertain

**18. Croyez-vous qu'il y a suffisamment de sensibilisation et de compréhension au sein de votre communauté concernant le concept de l'AMM?**

- Oui
- Non
- Incertain



**19. Dans la négative, quels domaines de l'AMM croyez-vous exigent plus de sensibilisation ou d'éducation au sein de votre communauté?**

- Processus et règlements
- Considérations culturelles
- Disponibilité
- Autre (veuillez préciser)  
\_\_\_\_\_

**20. Que doivent savoir pour les fournisseurs de soins de santé sur l'AMM ou les services de fin de vie dans les communautés autochtones?**

**21. Seriez-vous disposé à fournir des commentaires sur le rapport définitif et les recommandations élaborés à partir du présent sondage et du cercle de partage?**

- Yes
- Non.
- Peut-être, veuillez m'envoyer plus de renseignements.

**22. Dans l'affirmative, ou si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, veuillez indiquer votre adresse courriel.**

## Annexe D : Questions sur les Cercles de partage

---

### Avertissement sur le contenu

Ce cercle de partage aborde des sujets sensibles liés à l'aide médicale à mourir (AMM) au sein des communautés autochtones, y compris les connaissances, la sensibilisation, l'accessibilité, le racisme et la discrimination. La discussion peut comporter des sujets difficiles sur le plan émotionnel ou déclencheurs. De plus, nous tenons à vous informer qu'un Aîné sera présent pour vous soutenir et vous guider durant cette séance.

Veillez être conscient de la nature possiblement difficile du contenu avant de participer au cercle de partage. Si vous trouvez un aspect de la discussion troublant ou si vous avez besoin de soutien pendant ou après la séance, n'hésitez pas à contacter l'Aîné, qui est présent pour offrir des conseils et de l'aide. Votre participation est volontaire, et vous n'êtes pas tenu de répondre à des questions qui vous mettent mal à l'aise.

### Compréhension contextuelle (environ 20 minutes) :

1. **Quand avez-vous entendu parler pour la première fois de l'aide médicale à mourir (AMM) et quelle a été votre réaction initiale?**

2. **Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez recherché des renseignements sur l'AMM? Où l'avez-vous trouvé?**

- a. Les renseignements sur l'AMM ont-ils fourni une compréhension complète, ou y avait-il des lacunes dans les renseignements disponibles?

### Définir les perspectives (environ 25 minutes) :

3. **Qu'en pensez-vous de l'AMM? Est-ce une bonne ou une mauvaise chose pour votre communauté? Pourquoi?**

- a. Quels facteurs ou expériences façonnent cette opinion?

4. **Y a-t-il des croyances ou des enseignements autochtones qui influencent votre perception de l'AMM?**



### **Accessibilité et défis (environ 20 minutes) :**

5. Avez-vous accès aux services d'AMM ou aux ressources de fin de vie dans votre communauté?
  - a. Dans l'affirmative, quels types de ressources sont offerts?
  - b. Quelles ressources estimez-vous qu'il manque?
6. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez rencontré des problèmes ou des défis pendant l'accès aux ressources d'AMM ou à d'autres options de soins en fin de vie?
7. Quel type de soutien ou de ressources croyez-vous serait le plus avantageux pour les communautés autochtones lorsqu'elles discutent ou envisagent l'AMM?

### **Intégration et formation culturelles (environ 20 minutes) :**

8. Quelles modifications croyez-vous qu'il faudrait apporter pour s'assurer que l'AMM respecte et intègre les valeurs culturelles et les perspectives autochtones sur les décisions de fin de vie?
  - a. Quelles mesures ou approches croyez-vous pourraient être mises en place pour garantir que les praticiens de l'AMM soient plus adaptés à la culture et respectueux de celle-ci lorsqu'ils travaillent au sein des communautés autochtones?
9. Les praticiens de l'AMM devraient-ils recevoir une formation culturelle précise pour mieux comprendre et respecter les perspectives autochtones sur le décès??
  - a. À quoi pourrait ressembler cette formation?

### **Incidence et perspectives (20 minutes) :**

10. Comment croyez-vous que l'acceptation ou le rejet de l'AMM au sein des communautés autochtones aujourd'hui pourrait influencer les générations futures?
11. Y a-t-il des aspects de l'AMM que vous croyez que les gens de votre communauté devraient mieux connaître?



Native Women's  
Association of Canada



L'Association des femmes  
autochtones du Canada