

CA.2.1993-2140  
c.2



# Sur le chemin de la guérison

---

---

Commission royale  
sur les peuples autochtones

---





# Sur le chemin de la guérison



**Rapport de la  
Table ronde nationale  
sur la santé et  
les questions sociales**

© 1993, Commission royale sur les peuples autochtones

**Commission royale  
sur les peuples autochtones**

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1993

En vente au Canada chez  
votre libraire local  
ou par la poste auprès du  
Groupe Communication Canada Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Données de catalogage avant publication (Canada)  
Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales  
(1992 : Ottawa, Ontario)  
*Sur le chemin de la guérison : rapport  
de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*

N° de cat. Z1-1991/1-11-4F  
ISBN 0 660 94275 5

1. Autochtones - Canada - Aspect hygiénique.
2. Autochtones - Canada - Conditions sociales .
- I. Canada. Commission royale sur les peuples autochtones.
- II. Titre. III. Titre : Rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales.

E78.C2N3714 1993 971'.00497 C93 099615-1

Publié aussi en anglais sous le titre :  
*The path to healing.*



Groupe	Canada
Communication	Communication
Canada	Group
Édition	Publishing



# Table des matières

<b>Préface</b>	7
<b>Introduction</b>	9
Louis T. Montour	
<b>Compte rendu du rapporteur</b>	15
John D. O'Neil	
<b>Mémoires</b>	27
La politique de santé autochtone du siècle prochain	29
<i>John D. O'Neil</i>	
Remettre en question notre conception de la santé	52
<i>Rosemary Proctor</i>	
Le suicide chez les peuples autochtones canadiens: causes et prévention	58
<i>Clare Clifton Brant</i>	
La violence au sein des collectivités autochtones	74
<i>Emma D. LaRocque</i>	
La politique de financement des services à la personne destinés aux autochtones	92
<i>K.A. (Kim) Scott</i>	
Les lacunes, les assises culturelles et les aspirations : signes d'un besoin de restructuration	112
<i>W.J. (Bill) Mussell</i>	
Le droit à la santé conféré par traité	125
<i>Alma Favel-King</i>	
Les autochtones des régions éloignées et nordiques	135
<i>Iris Allen</i>	
La santé et la vie sociale des autochtones handicapés: un point de vue albertain	145
<i>Brenda J. Sinclair</i>	
Au-delà des fournisseurs de soins: une politique en matière de santé et de services sociaux pour les années 90	164
<i>Sharon Helin</i>	
Vers la réalisation d'un rêve: l'éducation professionnelle dans le domaine de la santé	176
<i>Dianne Longboat</i>	

L'intégration des sciences et de la culture traditionnelle <i>Rubael Jalan</i>	222
<b>Quatre initiatives sociales communautaires</b>	<b>227</b>
Le bande du Grand Lac Victoria <i>Richard Kistabish</i>	229
Métis Child and Family Services <i>Carolyn Pettifer</i>	232
Développement communautaire, sobriété et suivi post-cure dans la réserve d'Alkali Lake <i>Joyce Johnson et Fred Johnson</i>	235
Un modèle pour la prestation des services de santé et des services sociaux au peuple atikamekw: théorie, pratique et nécessité <i>Louis Hanraban</i>	239
<b>Quatre initiatives médicales communautaires</b>	<b>245</b>
Le centre Inuulitsivik et son projet de maternité <i>Aani Tuluguk</i>	247
Anishnawbe Health <i>Priscilla George et Barbra Nabwegabow</i>	249
L'expérience des Mohawks de Kahnawake: la prise en charge de nos propres services de santé <i>Keith Leclair</i>	252
L'expérience nuu-chah-nulth: la lutte des peuples de la côte ouest pour reprendre leur santé en main <i>Richard Watt et Simm Reud</i>	254
<b>Allocutions</b>	<b>257</b>
L'alimentation et l'environnement holistique des peuples autochtones dans le monde <i>Harriet Kubulein</i>	259
Maladie, santé et économie <i>Robert Evans</i>	272
<b>Résumé des délibérations</b>	<b>281</b>
<b>Annexes</b>	<b>353</b>
Programme	355
Participants et observateurs	366

# Membres de la Commission royale sur les peuples autochtones



*René Dussault, j.c.a.  
Coprésident*



*Georges Erasmus  
Coprésident*



*Allan Blakeney  
Commissaire*



*Paul Chartrand  
Commissaire*



*Viola Marie Robinson  
Commissaire*



*Mary Sillett  
Commissaire*



*Bertha Wilson  
Commissaire*



## Préface

 La Commission royale sur les peuples autochtones a décidé d'organiser une série de tables rondes nationales portant sur des thèmes choisis. Ces tables rondes réunissent des universitaires, des spécialistes, des chefs politiques et des dirigeants communautaires possédant, à l'égard des différents thèmes abordés, des connaissances et des compétences qui seront utiles à la Commission lors de l'élaboration de son rapport final.

Les tables rondes nationales se déroulent toutes de la même façon. Nous invitons des spécialistes ou des analystes chevronnés à présenter des mémoires sur une série de questions que nous avons l'intention de soumettre aux participants. Au cours des exposés, des débats et des séances plénières, ceux-ci ont l'occasion d'exposer leurs opinions et de formuler des recommandations sur les questions étudiées. Un rapporteur rédige ensuite un compte rendu complet de la table ronde.

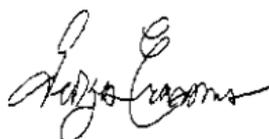
La publication de ces comptes rendus permet de tenir la population au courant des questions étudiées par les participants. Nous espérons qu'ils susciteront un débat plus large sur les diverses idées et questions abordées et qu'ils encourageront les Canadiens à participer aux audiences publiques ou à présenter des mémoires contenant d'autres opinions et recommandations.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à tous les participants à la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales pour leurs interventions et leurs conseils, ainsi qu'à M. John D. O'Neil, qui a bien voulu faire fonction de rapporteur.

Nous espérons que le présent compte rendu contribuera à élargir le dialogue et à amener des changements d'orientation positifs. Vous êtes invités à nous faire part de vos opinions et recommandations sur ces importantes questions en écrivant à l'adresse qui vous est fournie à la fin du livre et en participant aux audiences publiques qui se tiendront dans votre région.



René Dussault, j.c.a.  
coprésident



Georges Erasmus  
coprésident

# Introduction

*Louis T. Montour\**

Mesdames et Messieurs les commissaires, anciens, participants et observateurs, soyez les bienvenus à la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales. Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui et d'avoir l'honneur et le privilège de présider cette table ronde. Je remercie la Commission de m'offrir cette occasion de contribuer à ses travaux historiques et j'aurai grand plaisir à travailler avec vous tous. Ensemble, avec un peu de bonne volonté, nous pouvons aider la Commission à remplir son importante mission.

Dans les prochains jours, nous concentrerons notre attention sur divers thèmes liés aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux qui sévissent dans les collectivités autochtones, problèmes dont les médias ont beaucoup parlé ces derniers temps, mais auxquels il n'a guère été apporté de solutions au fil des ans. En jetant un coup d'oeil sur votre programme, vous verrez que notre tâche est importante compte tenu de la contribution majeure que nous pouvons apporter aux travaux de la Commission. Cette table ronde nationale est la troisième d'une série de colloques thématiques que compte tenir la Commission. En participant au processus de consultation et de sensibilisation publique mis en branle par la Commission, nous avons l'occasion de faire une contribution historique à l'amélioration des conditions sanitaires et sociales qui existent présentement dans les collectivités autochtones. Nous avons une obligation envers les générations à venir de faire de notre mieux.

---

\* Le Dr Montour est directeur des services professionnels au centre hospitalier Kateri Memorial de Kahnawake (Québec). Il a accepté de présider la Table ronde sur la santé et les questions sociales.

Il est donc important pour nous de comprendre la nature, le sens et la portée du message que des citoyens et organisations autochtones et non autochtones de tout le pays ont déjà livré aux commissaires. Bien que n'ayant pas été personnellement associé antérieurement aux travaux de la Commission, j'ai appris qu'elle s'apprêtait à publier deux documents, l'un faisant un survol des témoignages entendus pendant sa deuxième série d'audiences publiques, l'autre en faisant une synthèse dans un document de réflexion.

Il s'est fait beaucoup d'études, d'enquêtes et de rapports ces 20 dernières années, accompagnés chacun de recommandations pertinentes. Dans quelle mesure a-t-on donné suite à ces recommandations? Et quels obstacles reste-t-il encore à surmonter? Des intervenants ont cité aux commissaires des exemples de situations auxquelles il faut remédier. Pourquoi faut-il tant d'études et qu'est-ce qui empêche la mise en oeuvre des recommandations qu'elles contiennent? Voici quelques exemples parmi d'autres:

- L'Alberta Mental Health Association (Lac La Biche, Alberta, juin 1992) a mentionné le cas d'une collectivité qui a reçu la visite de 26 consultants privés qui y ont fait leur travail puis sont partis: 26 personnes d'un coup. Les porte-parole de l'association se demandaient pourquoi on n'avait pas mieux coordonné le recours à ces experts et mis l'accent sur des mesures préventives.
- Les porte-parole du conseil tribal et du Centre de santé des Moskégon (The Pas, Manitoba, mai 1992) ont décrit aux commissaires les obstacles auxquels ils se heurtent depuis près de 30 ans en ce qui concerne le transfert administratif de la santé.
- Une étude effectuée en 1985 par l'Association nationale des centres d'accueil sur la consommation de drogues et d'alcool dans les centres urbains est «encore à l'étude».
- Et nous avons vu récemment la misère et la souffrance dans lesquelles vivent les jeunes Innus de Davis Inlet; or, les problèmes observés là-bas continuent d'exister dans bon nombre de collectivités autochtones du pays.

De nombreux intervenants ont fait remarquer que si le manque de ressources financières, humaines et matérielles constitue un problème majeur, il existe aussi d'autres obstacles. Les femmes autochtones qui ont comparu devant la Commission en avaient long à dire sur les problèmes de violence familiale et le besoin de guérir l'individu, la famille, la collectivité et, ultimement, la nation. Mais qu'est-ce qui empêche l'application de ces stratégies conçues par des autochtones? Les jeunes autochtones ont exprimé en des termes très clairs leurs inquiétudes face à l'avenir:

Dennis Peters, élève à l'école secondaire Crocus Plains de Brandon (Manitoba), a dit: «Vous devriez donner aux enfants des exemples de bonnes choses à faire; leur apprendre à vivre, et non pas à mourir.»

La Commission s'est aussi fait dire qu'il ne se produira aucun changement fondamental à moins que l'on redonne aux autochtones leur identité et leur intégrité culturelles. Le message qui ressort ensuite est qu'on ne peut rien régler si l'on procède au cas par cas. Les problèmes de santé et les problèmes sociaux doivent être traités globalement grâce à une compréhension systématique des liens qui existent entre

l'oppression et l'autodestruction. Les moyens et endroits choisis pour les combattre et pour traiter ceux qui en sont victimes doivent répondre à des critères culturels particuliers.

Pendant les trois prochains jours, nous entendrons des membres de collectivités indiennes, inuit et métisses nous décrire les initiatives qu'ils comptent prendre pour changer les choses chez eux. Forts d'une meilleure compréhension de ces initiatives et d'autres modèles, nous pourrons faire avancer le dialogue sur le fond des problèmes et les mesures à prendre en priorité, qui servira de base aux recommandations de la Commission royale.

La Commission a maintenant publié un deuxième document de réflexion où il est abondamment question de guérison. Cinq thèmes reviennent régulièrement dans les témoignages entendus par la Commission jusqu'ici.

### ***1. La parité des normes médicales et sociales***

Lors de leur comparution à Teslin, les porte-parole de l'Association médicale du Yukon ont déclaré: «Généralement, les Canadiens ne savent pas à quel point les populations autochtones du pays sont en mauvaise santé. Le fait est que dans de nombreuses régions, la santé des autochtones est comparable à la santé des habitants du tiers monde.»

### ***2. L'estime de soi***

Violet Mundy du Ucluelet Health Committee de Port Alberni, en Colombie-Britannique, a dit: «la médecine moderne [doit apprendre] que l'estime de soi compte pour beaucoup dans l'état de santé d'une personne. En ayant une bonne impression de vous-même, en sachant vous avez une valeur, que votre vie a un sens, vous avez la confiance qu'il faut pour mener une vie saine.»

### ***3. Le retour aux sources***

L'organisation torontoise Native Child and Family Services parle de «créer les conditions permettant à nos enfants et à nos familles de jouir d'une bonne qualité de vie et de soins physiques et psychologiques», ce qu'elle fait en créant un modèle de service répondant à des critères culturels et respectant les valeurs suprêmes des autochtones, la famille étendue et le droit à l'autodétermination.

### ***4. L'approche holistique***

Sophie Pierre, administratrice du conseil tribal Knutaxa/Kinbasket, a affirmé à Cranbrook: «Le bien-être englobe toutes les sphères du développement humain [...] si l'une ou l'autre de ces facettes a besoin de guérison, un éventail complet de solutions devient nécessaire.»

### **5. La prise en charge des programmes par les autochtones et leurs collectivités**

Henoch Obed, conseiller en toxicomanie dans le cadre du Labrador Inuit and Drug Abuse Program, a dit à la Commission, à Nain, qu'il fallait obtenir «la pleine reconnaissance des droits ancestraux [des Inuit] et la promotion de leur santé et de leur fierté culturelles, et qu'une identité inuit forte doit être un préalable à une bonne santé physique, mentale, affective et spirituelle, préalable en fonction duquel tous les services devraient être fournis».

Ce ne sont là que quelques exemples d'observations qui ont été faites à la Commission lors des audiences publiques.

Revenons maintenant au sujet qui nous occupe. Bien que cette table ronde porte sur la santé et les questions sociales, nous devons toujours nous rappeler que les problèmes qui sévissent dans les collectivités autochtones ne sont pas les aboutissements, mais plutôt les symptômes d'un plus grand mal. La façon de traiter une collectivité présentant de tels symptômes ne diffère pas de la façon de traiter une personne malade; déterminez et traitez la cause du mal et les symptômes vont disparaître.

De quelle maladie s'agit-il? Comme le disait le Dr Clare Brant en citant George Bernard Shaw en 1907: «Toute maladie a deux causes. La première est d'ordre pathophysiologique; la seconde, d'ordre politique.» Comme vous le savez tous, pour les Indiens, le remède est politique.

Nous aurions tous intérêt à nous rappeler qu'on ne pourra donner suite à nos travaux et à nos recommandations, comme le dit l'énoncé de position sur les droits issus de traité en matière de santé, que si le gouvernement envisage sérieusement de répondre aux besoins des autochtones.

De quelle maladie s'agit-il, disais-je? De pertes. De pertes multiples. Comme l'affirmait Bea Shawanda, d'un «traumatisme multigénérationnel». Perte de son mode de vie. Perte de sa langue. Perte de ses rites et traditions. Perte de son assise territoriale. Perte d'emprise sur sa vie de tous les jours.

Malgré tout, il existe encore des réservoirs d'énergie et des îlots de traditionnalisme dans les collectivités autochtones de tout le pays. Plusieurs intervenants ont fait état d'une renaissance du traditionnalisme partout au pays. Il nous reste à alimenter cette flamme et à la propager. Je me suis retenu pour ne pas utiliser le mot «culture». Cela aussi fait partie de nos pertes. Nous devons nous rappeler que la langue fait partie de la culture et le répéter aux collectivités autochtones de tout le pays: utilisez votre langue, apprenez-la pour la sauver.

Le Canada doit négocier un nouveau contrat social avec ses peuples autochtones en y incluant une assise territoriale, l'autonomie économique et l'autodétermination. Ce sera le gage d'améliorations sur les plans de la santé et des conditions sociales.

J'espère que pendant les trois prochains jours nous pourrons mobiliser nos énergies pour trouver des idées et que ces délibérations auront des applications pratiques pour tous les autochtones. Vos connaissances, votre expertise et votre sagesse seront d'un précieux secours à cet égard. Les mesures concrètes que vous suggèrerez placeront le pays sur la voie de la réconciliation.



# Compte rendu du rapporteur

*John D. O'Neil\**

Le présent document a été commandé par la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) à titre de résumé des travaux de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales, tenue à Vancouver du 10 au 12 mars 1993. Ce résumé a été communiqué en partie aux participants à la table ronde dans un exposé oral livré au terme de la conférence. Le présent document, dont une ébauche a été remise aux coprésidents de la Commission et aux autres organisateurs de la table ronde et qui tient compte de leurs commentaires, approfondit les idées exprimées dans cet exposé.

La Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales a réuni une soixantaine de personnes, venues de tous les coins du pays, qui ont pour mission d'améliorer l'état de santé des collectivités autochtones. Les participants étaient pour la plupart des travailleurs de la santé autochtones : dont des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des administrateurs et des universitaires. Ils ont été guidés durant les débats par quatre anciens représentant les Inuit, les Métis et les autres collectivités des premières nations. Les autres participants étaient soit des travailleurs de la santé et des universitaires non autochtones intervenant dans le domaine des soins de santé destinés aux autochtones, soit des représentants des ministères fédéral et provinciaux chargés des soins de santé au sein des collectivités autochtones.

---

\* Titulaire d'un doctorat, professeur agrégé d'anthropologie médicale et chercheur (santé nationale). M. O'Neil est membre du groupe de recherches sur la santé du Nord au département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba.

Au programme figurait la présentation de onze documents de réflexion, commandés par la Commission royale, qui ont été examinés et dont les principales idées sont résumées dans le présent compte rendu. Outre ces documents, huit projets communautaires ont été exposés et je m'en suis largement inspiré pour rédiger mon texte.

Les conférences prononcées par Harriet Kuhnlein et le professeur Robert Evans sur l'alimentation et le milieu holistique des peuples autochtones, pour l'un, et sur l'économie de la santé, pour l'autre, n'ont pas manqué d'intéresser les participants.

On peut dire de la table ronde qu'elle a fait naître deux sentiments puissants et, à première vue, opposés chez les participants. Ces sentiments ont été exprimés tantôt pendant les périodes de discussions officielles tantôt durant les pauses. D'une part, les participants partageaient un sentiment de frustration devant l'incapacité des divers ordres de gouvernement et du système de soins de santé de répondre efficacement aux besoins criants de certaines populations autochtones. Cette frustration visait jusqu'à un certain point les travaux de la table ronde du fait que, dans l'esprit de bien des participants, discussions et étude ne semblaient déboucher sur aucune solution.

En même temps, toutefois, un vif sentiment d'optimisme et de confiance animait la table ronde, témoignant des réalisations remarquables de bien des collectivités autochtones dans le domaine des soins de santé. Cet optimisme était aussi nourri par l'évidence que, de plus en plus, la santé des autochtones est entre les mains d'autochtones très compétents. Encore une fois, l'optimisme se reflétait dans l'esprit de conciliation qui régnait durant la table ronde, et ce, malgré les frustrations suscitées chez la plupart des participants par un milieu extérieur qui accentue l'opposition entre les divers groupes autochtones et entre les différentes conceptions paradigmatiques de la santé et de la guérison. Par exemple, cette table ronde a fourni une rare occasion de procéder à une étude concertée des diverses conceptions de la santé et de la guérison issues des multiples traditions autochtones et pratiques médicales occidentales.

## Les grands thèmes

### *Thème 1 : L'état de santé dans le quart monde*

Ce thème ne figurait pas dans la première ébauche de ce sommaire: il n'avait pour ainsi dire pas été question, à la table ronde, de l'état de santé au sein des diverses collectivités autochtones. Exception faite de mon propre document de réflexion, de l'étude du D<sup>r</sup> Brandt sur les taux de suicide et l'état de santé mentale, des travaux de M<sup>me</sup> LaRocque en vue de déterminer la proportion de femmes victimes de violence au sein des collectivités autochtones et de l'exposé de M<sup>me</sup> Sinclair et de M. Tomlins sur les autochtones handicapés, on ne s'est pas beaucoup attardé aux problèmes de santé sous-jacents et à leur répartition au sein des sociétés autochtones. Par exemple, personne n'a parlé du problème du diabète durant les discussions officielles. Si l'absence de discussions à ce sujet peut surprendre et être perçue comme une lacune, en fait, la conscience de ces conditions se lisait en filigrane, je pense, dans nombre d'exposés et de commentaires. Même que, comme je l'ai souligné dans mon rapport oral, les participants à la table ronde étaient vivement conscients de la fuite implacable du temps et du nombre de décès évitables qui surviendraient au sein des collectivités autochtones au moment même où se déroulait la conférence.

L'état de santé au sein des collectivités autochtones a pour principale caractéristique que les taux de mortalité et de morbidité, attribuables aux maladies infectieuses et chroniques (comme la tuberculose et le diabète), sont supérieurs à la moyenne canadienne dans la plupart des régions. Même dans le cas du cancer ou des maladies cardiaques, pour lesquels la situation se compare aux normes canadiennes, de plus en plus de signes montrent que ces problèmes pourraient s'aggraver de façon spectaculaire. L'état de santé au sein du quart monde se caractérise en outre par la prévalence élevée des problèmes sociaux (c'est-à-dire la proportion de personnes qui en sont atteintes), comme la violence familiale, le suicide et l'alcoolisme, qui sont le reflet typique des conditions de vie urbaine que sont la pauvreté, l'aliénation politique et la discrimination raciale.

En dépit de cet état de choses, un fait historique important est que le système de traitement de la maladie (décrit par le professeur Evans) a été instauré dans les collectivités autochtones en réponse aux taux élevés de maladies infectieuses comme la tuberculose; ce système est toutefois demeuré en grande partie immuable face à l'évolution du schéma des problèmes de santé engendrés par l'accroissement des maladies chroniques et des problèmes sociaux. Par exemple, nombre de problèmes auxquels se heurtent actuellement les collectivités autochtones peuvent être résolus plus efficacement dans le contexte de la promotion de la santé (plutôt que par une démarche curative), mais ce changement de cap s'est avéré difficile pour un système de traitement de la maladie axé sur les maladies infectieuses.

Le dernier point mentionné par bien des participants à la table ronde a trait à l'adoption, à l'égard de l'état de santé chez les autochtones, d'un mode de description universel qui ne tient pas compte du statut. La majeure partie des ouvrages épidémiologiques actuels sont fondés sur des données concernant des populations

inscrites (Inuit et premières nations vivant dans des réserves) auxquelles la prestation des services de santé est assurée par la Direction générale des services médicaux et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Les participants à la table ronde ont affirmé que ces chiffres ne témoignent pas de l'état de santé des deux tiers environ des autochtones canadiens qui vivent à l'extérieur des réserves, et notamment en milieu urbain. De plus, certaines régions et collectivités autochtones sont beaucoup frappées que d'autres par des problèmes de santé et des problèmes sociaux; par contre, l'état de santé est bon dans bien des collectivités autochtones. De toute évidence, il faudra dresser un tableau précis des conditions de santé à l'extérieur des réserves et des territoires si l'on veut que la planification des services de santé corresponde aux besoins véritables des collectivités autochtones.

### *Thème 2 : L'environnement*

Le fait que l'état de santé est loin de dépendre uniquement des services offerts par les fournisseurs de soins professionnels a été reconnu tout au long de la table ronde, même si son importance a parfois été minimisée. Dans son exposé décrivant les conditions entourant le suicide au sein des collectivités autochtones, le Dr Clare Brandt a cité la pauvreté, le désespoir, les logements insalubres et l'aliénation politique comme les causes premières des problèmes de santé mentale qui frappent nombre de celles-ci. D'autres conférenciers, comme Robert Evans et Harriet Kuhnlein, ont de plus établi une distinction entre la contribution relative des conditions environnementales et de la prestation des services médicaux (ou du traitement de la maladie) à l'amélioration de l'état de santé. De tout temps, dans la société en général, cette amélioration a épousé celle de l'infrastructure sociale et de l'économie; là où l'approvisionnement en eau, les installations sanitaires, le logement et les perspectives économiques et récréatives ont été améliorés, le même phénomène a été observé au niveau de l'état de santé de la population en général.

D'autres participants ont parlé du changement de paradigme, esquissé par Rosemary Proctor, nécessaire pour détourner nos énergies d'un modèle étroit de services de traitement de la maladie vers une conception plus holistique, intégrée, multidisciplinaire et multisectorielle de l'amélioration des conditions sanitaires chez les autochtones. Certains ont cependant souligné que, en dépit de son importance au sein de la société occidentale, la notion euro-canadienne des soins de santé holistiques n'est qu'un pâle reflet des conceptions holistiques de la santé qui caractérisent les traditions autochtones. Ces traditions, qui mettent l'accent sur l'aspect multidimensionnel de la personne composée d'éléments matériel, mental, émotif et spirituel, doivent inspirer le développement des soins de santé. Même que bien des participants ont mis en évidence la complexité des conceptions autochtones de la santé holistique, que les conceptions occidentales cherchent de plus en plus à intégrer.

Les participants ont aussi reconnu le bien-fondé de l'importante remarque faite par le professeur Robert Evans qui a démontré, à l'aide de graphiques, que les services de traitement de la maladie accaparent des ressources financières qu'il vaudrait peut-être mieux affecter au développement communautaire en général.

Dans l'optique tant autochtone qu'euro-canadienne, toutefois, les participants ont convenu qu'un changement fondamental de la situation économique et politique des collectivités autochtones était indispensable pour améliorer à long terme les soins de santé. Ce changement doit comprendre un accès sûr aux terres ancestrales et aux ressources alimentaires, de même que des mécanismes d'autonomie gouvernementale propres à libérer les autochtones du joug du colonialisme qui a marqué l'esprit de bon nombre d'entre eux.

### *Thème 3 : La culture autochtone et la compréhension de la santé*

Guidés principalement par les sages interventions des anciens à la table ronde, nombre de participants ont fait valoir l'important principe selon lequel la guérison autochtone est un mode de vie plutôt qu'une activité distincte ou spécialisée. Un exemple particulièrement touchant a été donné par le Dr Brandt, qui a décrit comment la vie d'un de ses patients avait été transformée par un guérisseur traditionnel. Celui-ci lui avait recommandé d'organiser une fête de clan pour conjurer un sort. Les efforts que cela a exigé du «patient» ont mené à sa réintégration au sein de la collectivité. D'autres participants ont parlé de l'autorité supérieure qui sous-tend les pratiques de guérison et qui doit caractériser les efforts en vue d'intégrer les institutions de la santé aux traditions autochtones.

Des participants ont aussi parlé de l'important apport des diverses dimensions de la médecine autochtone, tant pour les collectivités autochtones que pour la société en général, et de la nécessité d'instaurer un cadre d'action législatif et institutionnel pour appuyer et protéger l'activité en cours dans ce domaine. Si certains participants, comme le Dr Connors, ont insisté sur la nécessité, pour les institutions comme les hôpitaux et les professions de la santé, d'élaborer des stratégies favorisant une meilleure intégration de la médecine traditionnelle à la vie institutionnelle, d'autres ont exprimé l'avis que l'autoréglementation naturelle qui protège actuellement la clientèle de la médecine autochtone risque d'être perturbée par un recours accru au système médical occidental externe. L'ancien Glen Douglas, en particulier, a émis l'opinion que les plantes médicinales autochtones devraient être protégées contre toute exploitation à des fins scientifiques et commerciales.

Les participants ont aussi convenu de la nécessité de respecter les différences entre sociétés autochtones sur le plan des traditions et conceptions de la santé et de la guérison. Les professionnels autochtones de la médecine et des soins infirmiers ont en outre exprimé l'avis qu'il y aurait lieu d'encourager les autochtones qui étudient les sciences occidentales de la santé et de leur fournir l'occasion d'enrichir leurs connaissances en apprenant les méthodes de guérison autochtones qui leur permettront de devenir des praticiens efficaces au sein des collectivités autochtones. Plusieurs ont cité en exemples des institutions où les médecines occidentale et traditionnelle sont intégrées (comme Anishnawbe Health, à Toronto), mais tous s'accordaient pour dire qu'il s'agit là d'un secteur important où il faudrait des politiques.

#### ***Thème 4 : Comprendre la mentalité et les droits des autochtones***

Nombre de participants ont parlé des diverses façons dont les droits des peuples autochtones au Canada sont interprétés et institutionnalisés à la fois par la société extérieure et par les autres peuples autochtones. Même que plusieurs participants ont soulevé des questions fondamentales à propos du terme «autochtone» et de la tendance à examiner les questions relatives à la santé des autochtones sans égard au statut. Les participants métis, en particulier, ont exprimé l'avis que, si leurs populations partagent diverses expériences et certains intérêts avec les autres populations autochtones, elles s'en distinguent sur plusieurs plans importants. La différence principale réside dans le fait que les collectivités métisses ont conclu des ententes en matière de services avant tout avec les gouvernements provinciaux, mais que le gouvernement fédéral les a toujours négligées. Les solides appuis accordés par les collectivités métisses à la mise sur pied des grandes institutions de la société canadienne constituent une autre différence d'envergure. Plusieurs participants ont parlé de l'importance de l'éducation et, en particulier, de l'éducation professionnelle, pour la définition de la personnalité des collectivités métisses; un participant a décrit l'apport de la société métisse manitobaine à l'un des plus célèbres hôpitaux d'enseignement tertiaire au pays (l'hôpital Saint-Boniface de Winnipeg). Les participants inuit ont aussi fait état de différences importantes sur le plan des traditions de même que du caractère distinctif des structures politiques et administratives en place dans les territoires, où les peuples autochtones ont accédé à une autonomie gouvernementale inégalée ailleurs. D'autres participants ont exprimé l'avis que l'expression fourretout «peuples autochtones» pourrait nuire à la reconnaissance des profondes différences entre les populations autochtones qui habitent les réserves d'un bout à l'autre du pays, de même que des différences imposées de l'extérieur (en matière d'accès aux ressources en particulier) entre les personnes qui habitent ou non dans les réserves.

Alma Favel-King et Ron George ont signalé péruinement que les droits issus de traités (et les droits ancestraux en général) devaient être distingués des débats juridiques concernant les dispositions relatives au statut et au recouvrement du statut. Plus précisément, l'interprétation de l'objet de la clause du Traité n° 6 relative aux médicaments et les interprétations autochtones des autres traités sous-tendent un désir de longue date : celui que le gouvernement fédéral du Canada reconnaisse et remplisse son devoir de protéger la santé et le bien-être des peuples autochtones partout au pays. Confondre statut et droits issus de traités, c'est occulter la prétenion de tous les peuples autochtones selon laquelle la reconnaissance constitutionnelle des droits des autochtones, tels qu'ils les définissent eux-mêmes, est essentielle au développement des soins de santé.

#### ***Thème 5 : L'intervention politique***

Plusieurs participants ont parlé de la difficulté de distinguer les questions de santé du souci plus général du développement, rattaché à l'autonomie gouvernementale. Leurs propos laissent supposer que les organisations politiques autochtones, depuis la bande jusqu'aux associations nationales, n'ont pas jugé pressantes les questions de

santé ni consacré de ressources suffisantes à l'élaboration de politiques en ce domaine. Bien que les initiatives récentes soient en train de modifier ce tableau, les participants sont d'avis que d'autres changements s'imposent.

On a aussi exprimé l'avis que, quelquefois, le problème tient à un élément plus grave qu'un simple manque d'appui politique ou de leadership : il peut y avoir ingérence dans le domaine du développement des soins de santé. Plusieurs participants ont fait état de l'existence de structures administratives parfois mal agencées au niveau de la bande, qui gênent l'élaboration de programmes de services de santé et de services sociaux, tandis que d'autres ont exprimé des inquiétudes concernant les structures administratives postcoloniales qui, quelquefois, empêchent de reconnaître la gravité des violations des droits des femmes et des enfants au sein de certaines collectivités.

Toutefois, les participants ont veillé à souligner que les problèmes politiques actuels au sein de certaines collectivités autochtones ne devaient pas être imputés aux autochtones, mais qu'ils étaient des suites de la *Loi sur les Indiens* et de l'histoire coloniale.

Les changements dans la reconnaissance constitutionnelle des premières nations comme sociétés autonomes contribueront sensiblement au développement des soins de santé dans nombre de collectivités, mais les participants ont aussi insisté sur la nécessité de libérer les nouveaux mécanismes de gouvernement des collectivités des premières nations des vestiges de l'administration coloniale paternaliste et de les imprégner des traditions culturelles dont la structure est souvent matrilineaire. Autrement, la violence et l'exploitation dont sont victimes huit femmes autochtones sur dix risquent de continuer, selon M<sup>me</sup> LaRocque.

D'autres participants ont souligné à quel point il importait que les dirigeants politiques respectent les efforts de guérison au sein de leurs collectivités en donnant l'exemple. De l'avis général, le modèle d'Alkali Lake illustre à merveille les effets salutaires qu'engendre l'adoption d'une optique de guérison par les dirigeants. Un autre participant s'est adressé aux représentants des établissements externes, demandant que les personnes et les institutions respectent, par leur attitude, les efforts de guérison individuels et communautaires. Par exemple, on a dit que les professionnels de la santé travaillant en milieu autochtone devaient éviter l'abus d'alcool et que l'alcool devrait être banni de conférences comme cette table ronde.

Pour terminer, les participants ont convenu que la volonté politique d'améliorer la santé des autochtones doit venir du cabinet du Premier ministre. Sans un leadership à ce niveau et une reconnaissance de l'importance à donner au pays à la santé des autochtones, on a tort de croire que les dirigeants politiques autochtones pourront assumer ces responsabilités sans aide aucune.

### *Thème 6 : Frustration et innovation dans l'exercice des compétences*

Les auteurs de nombre de déclarations officieuses et officielles entendues à la table ronde ont réitéré la frustration due au fait que souvent, dans le cas des mécanismes de financement du développement des services de santé, on travaille sans méthode et on refile la responsabilité aux autres. Si les populations des réserves et des territoires

sont quelque peu avantagées du fait que la plupart de leurs besoins sont du ressort soit de deux ministères fédéraux soit des gouvernements territoriaux, les deux tiers environ des autochtones qui habitent à l'extérieur des réserves au pays sont sans cesse frustrés dans leurs tentatives d'obtenir des ressources auprès des divers organes fédéraux, provinciaux et municipaux. Cette frustration se vit en particulier chez les autochtones des villes, ainsi que l'ont exprimé les auteurs d'exposés décrivant la situation à Vancouver et à Toronto.

Toutefois, j'ai aussi été frappé par la ressemblance entre l'expérience vécue par les autochtones habitant le centre-ville de Vancouver et la frustration des Innus face à l'exercice des compétences dans le Nord du Labrador. Si leurs situations ne se comparent absolument pas, ces deux collectivités aux prises avec des problèmes excessivement graves en matière de santé sont frustrées également dans leurs efforts pour élaborer des démarches communautaires afin de répondre aux besoins de leurs membres.

Dans ce contexte, des participants se sont aussi dits insatisfaits des structures d'évaluation typiques des bureaucraties fédérale et provinciale qui ont l'air de répondre davantage aux besoins de l'administration qu'à ceux des collectivités autochtones. On a fait mention en particulier de l'initiative de transfert de la Direction générale des services médicaux et du fait que les normes d'évaluation du ministère sont perçues comme mal adaptées.

On a aussi fait état dans ce contexte du manque de consultations et de coordination entre les ministères fédéraux comme ceux des Affaires indiennes et du Nord canadien et de Santé nationale et du Bien-être social et, en particulier, entre les ministères fédéral et provinciaux de la Santé. Si certaines collectivités comprennent les mécanismes de financement et peuvent profiter des occasions qui se présentent, d'autres sont mal renseignées sur les divers protocoles en place et ratent souvent des programmes à cause d'un manque de coordination des efforts de la part des fournisseurs de fonds aux établissements.

Cependant, plusieurs exemples de tentatives en vue de chasser ces cauchemars engendrés par l'exercice des compétences ont été donnés par les représentants des gouvernements de l'Ontario et du Québec en particulier. Une initiative ontarienne fondée sur la reconnaissance fondamentale des droits des autochtones a donné lieu à la création de comités multisectoriels et multidisciplinaires centrés sur l'idée de «guérir la famille». Elle semble avoir fait franchir un pas important vers la simplification des rapports établissements-collectivité. Les efforts déployés au Québec pour assurer une réaction multisectorielle, là où le logement, l'éducation et l'orientation en santé mentale étaient considérés ensemble comme des éléments de la stratégie globale de développement des soins de santé, sont aussi des progrès encourageants dans ce domaine.

### *Thème 7 : Des gestes concrets*

En contexte politique euro-canadien, le processus courant de restructuration est linéaire et commence par une période de consultation, suivie d'une autre d'élaboration

de politiques et, dans le meilleur des cas, d'une période de mise en œuvre menant à une restructuration au sein de la société. Il s'accorde aussi avec les modèles théoriques qui considèrent la restructuration comme une condition préalable à la transformation de la vie des êtres, familles et collectivités. On peut dire de cette orientation théorique qu'elle constitue un effort pour établir des règles du jeu équitables de manière que les joueurs aient tous une chance égale de profiter des possibilités qui s'offrent au sein de cette société. Même que la démarche de la Commission royale s'inscrit dans une structure où l'intérêt pour des initiatives à long terme mènera, espère-t-on, à la restructuration des rapports entre les membres des premières nations et la société canadienne en général. Cette restructuration finira par aboutir à une amélioration des conditions environnementales qui sont à la base des problèmes de santé au sein des collectivités autochtones.

Toutefois, certains participants à la table ronde ont parlé d'un modèle de restructuration sociale différent qui incorpore les principes de développement à partir de la base, énoncé par des savants comme Paulo Freire. Ce point de vue a été bien exposé par M. Bill Mussell pour qui les changements sociaux interviennent grâce à un processus marqué par la communication et le dialogue entre personnes, collectivités et institutions sociales. D'autres participants ont fait état des efforts déployés dans leurs propres collectivités pour résoudre les problèmes de santé au moyen de changements institutionnels, dans le cadre desquels les obstacles dressés par la structure institutionnelle canadienne sont simplement oubliés ou renversés au fur et à mesure qu'apparaissent de nouveaux programmes et services. On a donné de bons exemples de ce phénomène, en l'occurrence les innovations en matière de santé, intervenues à Kahnawake autour du centre hospitalier Kateri Memorial, et la mise sur pied d'un programme de sages-femmes autochtones sous la direction d'un regroupement de femmes inuit à Povungnituk, dans le Nord du Québec. On a fait état d'exploits semblables dans le cas du conseil de bande du Grand Lac Victoria, dans le Nord du Québec, et des remarquables réalisations du groupe de travail miemac sur le sida en Nouvelle-Écosse.

Ceux qui ont été partie à ces progrès ont sympathisé avec les participants dont les tentatives de mettre sur pied des services adaptés à la culture ont été entravés par l'immobilisme des institutions; ils ont fait valoir que les peuples autochtones doivent non pas attendre une restructuration sociale plus globale mais imposer celle-ci grâce à des initiatives communautaires.

### *Thème 8 : La guérison communautaire, processus fragile*

Si les participants s'accordaient pour dire que méritaient des éloges les efforts des professionnels de la santé autochtones (anciens, guérisseurs, travailleurs en santé communautaire, etc.) pour guérir les collectivités de l'intérieur, on s'est aussi dit préoccupé par l'ampleur des problèmes en regard des ressources humaines existantes. On a donné de nombreux exemples de l'apport considérable de la médecine traditionnelle au bien-être des personnes, familles et collectivités, mais les participants avaient aussi profondément conscience des tensions que cet apport provoque chez les intéressés. Les personnes chargées de faciliter la guérison communautaire

au sein d'organismes comme l'Alkali Lake Group ou Bear Woman and Associates doivent consacrer des sommes de temps et d'énergie colossales aux déplacements et aux services de consultation d'un bout à l'autre du territoire immense et difficile d'accès qu'est le Grand Nord canadien.

Les effets génocides de la *Loi sur les Indiens* et les autres horreurs coloniales comme les pensionnats ont décimé les guérisseurs (anciens, etc.) qui, au sein des collectivités autochtones, peuvent partager leurs connaissances et aptitudes même dans un contexte public autochtone. Leurs efforts sont en outre gênés par l'instabilité de l'appui financier et moral obtenu des organismes et institutions de l'extérieur comme les ministères fédéral et provinciaux de la Santé, les associations médicales professionnelles, les universités, etc. Les autres travailleurs de la santé autochtones sont tout aussi accaparés et plusieurs participants ont parlé de l'épuisement que connaît le nombre assez limité de travailleurs de la santé communautaire, de travailleurs sociaux, d'infirmières, de médecins et d'administrateurs autochtones.

Si elle a fourni de nombreuses preuves de l'apport remarquable de ces personnes dans le domaine du développement des soins de santé, la table ronde a aussi montré qu'elles ont des obligations et exigences colossales à remplir très tôt dans leur carrière. Il n'est pas rare que des diplômés de fraîche date dans le domaine de la santé en viennent à exercer tôt de vastes responsabilités en orientation, administration et élaboration de programmes, tout en étant censés perfectionner leurs compétences en même temps.

Pour terminer, les participants se sont attachés à la question de savoir comment s'y prendre pour mesurer l'efficacité des diverses initiatives de guérison communautaire, depuis la médecine traditionnelle jusqu'aux programmes de santé mentale, d'une manière qui ne porte pas atteinte à leur autonomie et à leur intégrité culturelles mais garantit que les autres collectivités autochtones puissent comprendre fondamentalement leurs points forts et leurs points faibles. Nombre de participants ont fait valoir que le processus interne d'examen par des pairs, commun chez les sociétés autochtones, suffit à garantir que les personnes et collectivités aient conscience des situations où les guérisseurs traditionnels violent les règles culturelles qui régissent leurs activités. Toutefois, des participants ont aussi insisté sur le besoin d'appuis officiels pour garantir que les renseignements concernant les programmes communautaires efficaces soient plus facilement accessibles au sein de la société autochtone, et diffusés autrement que par les rapports gouvernementaux ou publications universitaires. Les structures d'évaluation imposées de l'extérieur dans le domaine de la guérison communautaire n'aideront peut-être pas beaucoup à la création d'une base de connaissances accessible dans ce domaine.

### ***Thème 9 : Reconnaître les priorités et besoins particuliers***

Le dernier thème et, peut-être, le plus important, qui a été dégagé à la table ronde s'articule comme suit : dans le contexte de l'état de santé des gens du quart monde, qui souffrent de diverses maladies infectieuses et chroniques et sont aux prises avec des problèmes de violence sociale et de santé mentale, quelques groupes et besoins

particuliers exigent une attention ciblée et des lignes de conduite précises. Voici une liste de ces groupes, mais sans ordre précis :

- les victimes des pensionnats,
- les autochtones handicapés,
- les victimes de violence sexuelle ou familiale,
- les autochtones atteints du sida,
- les enfants souffrant du syndrome d'alcoolisme foetal.

### **Les victimes des pensionnats**

Les répercussions des pensionnats sur la société autochtone ne doivent pas être examinées que sous le rapport de leurs conséquences pour la santé. Mais nombre de participants à la table ronde ont établi un lien entre l'expérience qu'eux-mêmes et d'autres ont vécue dans les pensionnats et les problèmes d'alcoolisme, de suicide et de violence familiale qu'on peut observer dans les collectivités autochtones d'aujourd'hui. Bien que d'importants efforts soient déployés au sein des collectivités autochtones pour panser les plaies ouvertes par les pensionnats, un programme plus général d'indemnisation doit être élaboré et offert aux personnes, familles et collectivités dont la vie a été bouleversée par cette expérience historique particulière.

### **Les autochtones handicapés**

Les autochtones ont fait l'objet d'études fédérales sur les besoins des personnes handicapées, mais leurs besoins précis, aux dires de plusieurs participants, ont été à peu près complètement négligés par les autorités administratives de tous les niveaux, y compris les bandes et les gouvernements fédéral et provinciaux. En particulier, les personnes handicapées souffrent souvent de nombre des autres affections et problèmes sociaux qui existent au sein des collectivités autochtones, comme la violence sexuelle et familiale, les maladies chroniques, etc.; leur handicap les désavantage donc doublement.

### **Les victimes de violence sexuelle et familiale**

M<sup>me</sup> LaRocque n'a pas été tendre à l'endroit de ce système qui reste insensible aux besoins des femmes là où, selon les estimations, huit femmes autochtones sur dix ont été victimes de violence sexuelle ou d'agressions durant leur vie. Des programmes et installations destinés à protéger ces victimes et à panser leurs plaies sont bien sûr indispensables. D'autres participants ont étoffé le sujet et mentionné que la guérison s'impose aussi dans le cas des hommes en tant qu'auteurs des actes de violence familiale.

### **Le SIDA et le syndrome d'alcoolisme foetal**

Ces deux maladies, a-t-on dit, sont un sujet d'inquiétude croissant au sein des collectivités autochtones; ce sont des problèmes dont on n'a peut-être pas tenu compte dans le processus de transfert des services médicaux et qui limitent les possibilités tant d'ajouter des services que d'élargir ceux qui sont destinés aux malades. Les

participants ont indiqué que les taux actuels d'alcoolisme et de maladies transmises sexuellement risquent de mener à une épidémie de sida et du syndrome d'alcoolisme foetal. Si cette hypothèse se confirme, les besoins dépasseront de loin les ressources actuellement mises à la disposition des collectivités autochtones qui ont accepté la responsabilité de la prestation des services de santé au nom du gouvernement fédéral.

Les thèmes décrits plus haut reflètent la majeure partie des débats à la table ronde, mais il ne faut pas oublier que les questions de santé révèlent les dimensions sociales, économiques, politiques et culturelles plus générales de la vie autochtone et ne peuvent être considérées comme un secteur d'activité restreint et spécialisé, comme on a souvent tendance à le faire dans les sociétés industrielles modernes. Il importe que les gens qui n'œuvrent pas dans ce qu'on appelle le domaine de la santé comprennent bien cet état de choses et qu'ils évitent de considérer ce domaine comme un secteur défini en majeure partie par la médecine et, par le fait même, appelant des solutions hautement scientifiques et techniques. Bien que, de l'avis général, les services de traitement de la maladie soient complexes et que leur efficacité et leur application universelle exigent des connaissances administratives et professionnelles poussées, il importe de bien les situer par rapport à la conception plus holistique de la santé. Je terminerai cette partie par deux histoires que connaissent bien les gens qui œuvrent dans le domaine de la santé mais qui pourraient aider les profanes à comprendre les liens qui unissent la santé aux autres questions sociales. La première est le précepte souvent cité selon lequel la valeur d'une société se mesure à sa capacité de prendre soin de ses membres les plus vulnérables, à savoir les enfants, les handicapés et les malades chroniques.

La seconde anecdote, ou l'histoire amont-aval, comme on l'appelle, est citée dans à peu près tous les ouvrages de santé publique, avec de nombreuses variantes. La voici : un homme est en train de pêcher sur les bords d'une rivière quand tout à coup il voit quelqu'un qui se débat dans l'eau comme s'il se noyait. Il se jette à l'eau, vole à son secours et le ranime sur la grève. Il recommence à pêcher. Il en sauve et en ranime plusieurs autres au cours de la matinée. Curieux de savoir d'où viennent tous ces gens, le pêcheur décide finalement de mener sa petite enquête. Il se fraye un chemin à travers les buissons en allant vers l'amont pour apercevoir un village perché sur le bord d'une falaise dominant la rivière. Tandis qu'il reste là à regarder, il remarque que le café de la place est bâti sur le bord de la falaise et qu'en sortant de celui-ci, un bon pourcentage des gens font un faux pas et tombent à l'eau. La solution est évidemment d'ériger une clôture et, peut-être, de fermer le café, mais notre pêcheur découvre que l'érection d'une clôture n'entre pas dans le mandat des organismes gouvernementaux responsables des noyades. Il arrive toutefois à persuader les habitants de la place d'installer au moins un garde-fou temporaire en traînant toutes leurs voitures bonnes à mettre à la ferraille au bord de la falaise.

# MÉMOIRES



# La politique de santé autochtone du siècle prochain

*John D. O'Neil\**

En octobre 1991, j'écoutais une anthropologue de renommée nationale faire valoir que le fait pour la médecine de considérer l'alcoolisme comme une maladie ne favorisait pas l'élaboration d'une politique de santé efficace à l'égard des problèmes liés à l'alcool dans les collectivités autochtones. Elle préconisait plutôt une démarche socio-historique situant les problèmes d'alcool des autochtones dans le contexte des conditions culturelles locales et de l'histoire coloniale. À la fin de sa présentation, l'animateur de l'atelier a contesté sa thèse en affirmant que les théories selon lesquelles les problèmes d'alcool sont les symptômes de conditions sociales et culturelles servent seulement à justifier le refus des gouvernements de financer les programmes de désintoxication dirigés par les autochtones. Il a poursuivi en disant que l'alcoolisme était une maladie dévastatrice favorisant un taux écrasant de morbidité et de mortalité dans les collectivités autochtones et que le seul moyen d'y remédier consistait à réaliser des programmes de traitement énergique axés sur le bien-être de la personne.

L'aspect le plus notable de ce débat, c'est qu'il se déroulait à Alice Springs, en Australie, et que l'animateur de l'atelier était Eric Shirt, cofondateur du Neechi Institute and Poundmaker's Lodge, en Alberta. M. Shirt avait été invité en Australie par les membres du Central Australian Aboriginal Congress afin de les aider à créer des centres communautaires de désintoxication. L'atelier se déroulait également dans le cadre des rencontres de l'Australian Public Health Association où M. Shirt et

---

\* Titulaire d'un doctorat, professeur agrégé d'anthropologie médicale et chercheur (santé nationale). M. O'Neil est membre du groupe de recherches sur la santé du Nord au département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba.

d'autres représentants des premières nations du Canada prenaient la parole à titre de conférenciers d'honneur. Beaucoup d'autochtones de diverses régions de l'Australie étaient présents dans la salle, en compagnie d'universitaires et de spécialistes du domaine de la santé publique.

J'ai décrit cet incident pour trois raisons. Premièrement, la politique de santé autochtone au Canada, comme en Australie, est le fruit d'un dialogue entre les représentants du secteur de la santé, les collectivités autochtones et, dans une moindre mesure, les spécialistes des sciences sociales. À titre de spécialiste non autochtone des sciences sociales, qui ne possède pas d'expérience clinique des soins de santé, je suis très conscient de mon statut d'observateur à cette conférence. Bien que j'aie dirigé d'importants travaux de recherche sur la santé dans diverses collectivités autochtones du Canada (et de l'Australie), je ne serai pas directement touché par le résultat de nos délibérations au cours des prochains jours. Je ne risque pas de voir mes enfants mourir, pas plus que d'être de garde pendant une semaine sans dormir si nos recommandations n'ont pas pour effet de réduire la violence liée à la consommation d'alcool qui afflige tant de collectivités autochtones. Si ce statut d'observateur peut conférer un degré d'objectivité utile lorsqu'il s'agit d'évaluer des questions de principe compliquées et contradictoires, il peut cependant devenir un handicap lorsque l'urgence du problème appelle des idées passionnées.

La deuxième raison de relater cette anecdote tient au fait qu'elle révèle l'importance d'élaborer une politique de santé solidement ancrée dans un travail de recherche universitaire, tout en soulignant la nature litigieuse des débats théoriques et politiques qui caractérise souvent les débats multidisciplinaires. Non seulement les représentants de la médecine, de la santé publique et des sciences sociales avancent parfois des modèles contradictoires pour expliquer les maux et les maladies, mais ces modèles sont en outre contestés à la fois par les universitaires autochtones et les spécialistes de la santé. Si, d'une part, les universitaires autochtones et ceux des autres minorités font valoir de façon convaincante que les modèles scientifiques prédominants de toutes les disciplines sont fondés sur les traditions philosophiques eurocentriques, les spécialistes de la santé, tant autochtones que non autochtones, exigent d'autre part une «dimension pratique» pour que les démarches conceptuelles puissent déboucher sur l'amélioration de l'état de santé. L'invocation du «colonialisme» comme explication centrale de l'état de santé actuel des autochtones peut ainsi se révéler d'une utilité limitée.

La raison la plus importante de présenter cette anecdote, c'est qu'elle peut, à mon avis, servir de repère en vue de l'élaboration de la politique de santé autochtone. Le plus étonnant au sujet de la rencontre d'Alice Springs, c'est que cette collaboration internationale entre des sociétés autochtones pour faire face à des problèmes de santé communs se produisait sous le nez des responsables de la santé publique qui, somme toute, n'en réalisaient pas les implications. Si l'on songe en outre à la conférence internationale «Healing the Spirit Worldwide», qui s'est déroulée à Edmonton en juillet 1992 avec la participation de plus de 3 500 autochtones de 14 pays (incluant une délégation de 150 aborigènes d'Australie), ces consultations des premières nations constituent sans doute l'initiative contemporaine la plus significative

en ce qui touche la santé des autochtones. En fait, lorsque j'ai commencé à étudier la documentation réunie pour préparer le présent document, il m'est apparu assez ironique que beaucoup de rapports écrits par des universitaires non autochtones continuent de lancer en conclusion un appel à «une plus grande participation des collectivités autochtones à la recherche de solutions aux problèmes de santé», alors que cette activité dépasse probablement déjà les efforts de recherche et de planification de la société non autochtone.

Le présent document analyse ces divers points de vue en examinant la documentation relative à l'état de santé des collectivités autochtones et au développement de leurs services de santé. L'examen se fonde sur les publications officielles (d'origine fédérale, provinciale et autochtone) et sur des publications scientifiques. Nous allons d'abord passer en revue l'ensemble des grandes tendances en matière de santé sociale, et analyser ensuite les orientations et les initiatives de planification dans lesquelles viendront s'inscrire les démarches futures.

## Les conditions de santé sociale<sup>1</sup>

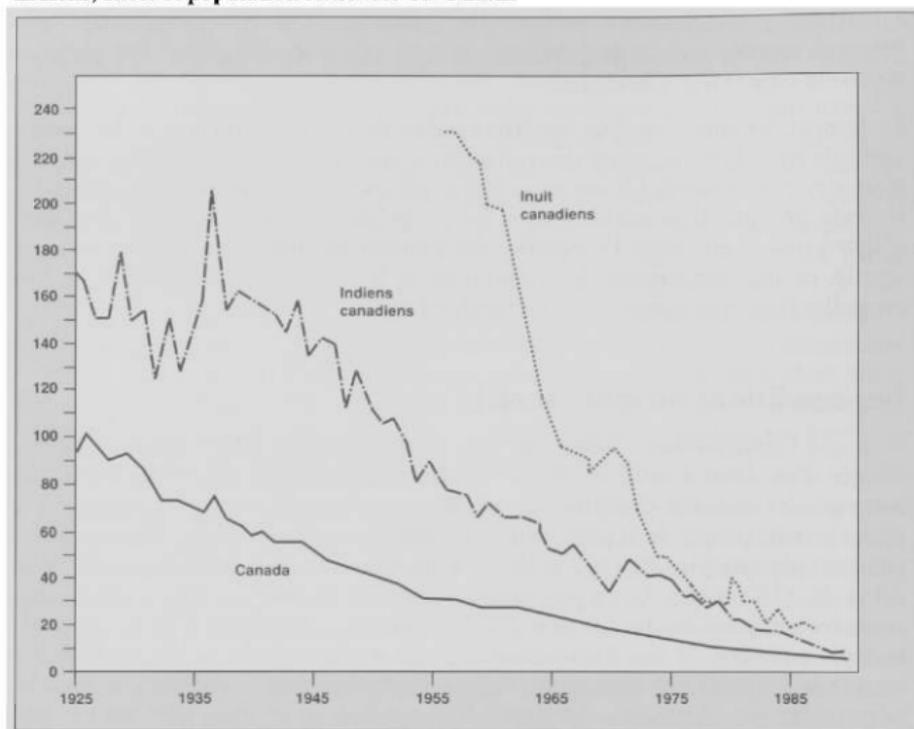
Bien que l'épidémiologie historique soit en grande partie une science spéculative affligée d'un débat à caractère plutôt incohérent, la plupart des universitaires estiment que les maladies d'origine européenne ont constitué un facteur important du déclin catastrophique de la population autochtone nord-américaine. Thornton estime par exemple que plus de cinq millions d'autochtones vivaient aux États-Unis au début du XVI<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>. Cette population a diminué de moitié tous les siècles pour atteindre son point le plus bas, soit 250 000 personnes (moins de 5 % de la population d'avant l'arrivée des Européens), à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Si d'autres facteurs comme la guerre et l'extermination du bison ont contribué à ce déclin, les maladies infectieuses introduites par les Européens ont été, et de loin, le facteur le plus important.

Il n'existe aucune évaluation globale semblable de l'épidémiologie historique au Canada, mais la plupart des universitaires conviendraient que la situation n'y diffère pas sensiblement. M.J. Norris estime que le Canada comptait 210 000 autochtones avant l'arrivée des Européens : la population est tombée à environ 80 000 en 1870 avant de remonter à 120 000 au début du XX<sup>e</sup> siècle<sup>3</sup>. Par rapport à la situation aux États-Unis, il semble que les populations autochtones de certaines régions du Canada présentaient des taux de survie beaucoup plus élevés (particulièrement sur la côte ouest et dans l'Ouest subarctique), que le taux global de survie était un peu plus élevé et que les baisses démographiques les plus considérables ont eu lieu plus tard; en général toutefois, l'impact des maladies infectieuses au Canada a été aussi désastreux.

Compte tenu de l'ampleur de cette catastrophe, il est remarquable que la culture autochtone ait réussi à survivre. Les traditions orales sont menacées par la disparition prématurée des anciens, les organisations sociales ne peuvent fonctionner lorsque des familles et des clans entiers sont décimés, et la dépendance économique

Figure 1

Taux de mortalité infantile : Canada, 1925-1988,  
Indiens, Inuit et population nationale du Canada



à l'égard de la société extérieure devient une question de survie. Ce désastre démographique engendre des conséquences à long terme. Si, de nos jours, les historiens s'intéressent surtout aux répercussions sociales destructrices d'institutions comme les pensionnats sur la culture autochtone, de telles répercussions exacerbent vraisemblablement des conditions qui existaient déjà.

Il importe également de souligner que l'analyse courante des tendances épidémiologiques présente nettement les sociétés autochtones comme si ces épidémies de contact étaient une caractéristique intrinsèque de leur culture. La figure 1 laisse croire, par exemple, qu'avant 1925 le taux de mortalité infantile chez les autochtones était partout élevé alors qu'en réalité, rien ne fonde une telle interprétation. Les données que nous possédons indiquent au contraire qu'avant le contact avec les Européens, les taux de morbidité et de mortalité des sociétés autochtones étaient probablement relativement bas\*. L'analyse des tendances épidémiologiques est toutefois limitée à la période à compter de laquelle le gouvernement fédéral a jugé qu'il valait la peine de compter les décès chez les autochtones : le temps a donc débuté en 1925 pour les sociétés autochtones.

Bien que la population autochtone ait remarquablement récupéré depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, surtout grâce à des taux de fécondité très élevés, les taux de mortalité demeurent excessifs. La figure 1 présente un taux de mortalité infantile en déclin chez les Indiens inscrits et les Inuit, taux qui demeure cependant quelque deux fois plus élevé que la moyenne canadienne. Des données récentes de Santé et Bien-être social Canada indiquent que le taux de mortalité infantile au Canada s'est stabilisé à 7,8 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1984 et 1988. Le taux chez les Inuit est toujours de 19,9 et celui des Indiens inscrits de 17,75. Les taux de mortalité infantile sont généralement considérés comme un reflet fidèle des disparités qui prévalent dans les conditions socio-économiques et les services de santé. Le tableau 1 confirme cette affirmation : en effet, les causes de la plupart des décès d'enfants chez les Inuit sont l'insuffisance de poids à la naissance, la pneumonie et la méningite, et les morts subites inexplicables (des accidents dans la plupart des cas, mais qui laissent également croire à une certaine incapacité d'établir des diagnostics). Tout cela est conséquence de la pauvreté, de l'insalubrité des logements, du surpeuplement et du sous-développement de l'infrastructure.

Tableau 1

Taux de mortalité infantile par cause, Inuit (T.N.-O.), 1981 à 1988, et ensemble de la population du Canada, 1986

Cause du décès	CIM-9 codes	Taux (par 1 000 naissances vivantes)		
		Inuit	85-88	Canadien 1986
Mort soudaine inexplicable	798	4.0	4.7	1.0
Naissance prématurée, faible poids à la naissance	764-769	6.3	2.1	0.5
Anomalies congénitales	740-759	2.2	1.8	2.5
Septicémie, infections périnatales	038,771	0.8	1.8	0.1
Mort apparente du nouveau-né, anoxie, hypoxémie	768-770	4.0	1.5	1.7
Pneumonie, bronchite	466,480-486, 490-491	2.5	1.4	0.1
Méningite	036.0,320-322	0.4	1.1	0.1
Troubles gastro-intestinaux	008,009, 557,558,777	0.4	0.7	0.1
Blessures et empoisonnements	E800-E999	2.6	0.4	0.2
Toutes les autres causes		3.2	5.9	1.8

Source: Statistiques internes de la Direction générale des services médicaux. Département of Health, Territoires du Nord-Ouest. Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil, Vol. I, Naissances et décès, n° cat. 84-204, et Vol. IV, Causes de décès, n° cat. 84-203.*

Le taux global de mortalité de la population est également perturbant. Le tableau 2 indique que dans presque tous les groupes d'âge, les taux de mortalité des Indiens inscrits sont au moins deux fois et parfois quatre fois plus élevés que la moyenne canadienne. Sont particulièrement à risque les jeunes enfants, les adolescents et les

Tableau 2

Taux de mortalité par âge, population d'Indiens inscrits desservie, 1984 à 1988, et ensemble de la population du Canada, 1986

Âge	Taux de mortalité par 1 000 personnes du groupe d'âge	
	Indien*	Canadien
I	39.69	7.89
01-04	1.60	0.46
05-09	0.44	0.23
10-14	0.69	0.23
15-19	2.45	0.74
20-24	3.47	0.87
25-29	3.16	0.85
30-34	3.80	0.97
35-39	4.02	1.24
40-44	5.66	1.87
45-49	7.04	3.12
50-54	9.38	5.30
55-59	14.96	8.44
60-64	21.09	13.23
65-69	30.50	20.74
70-74	39.69	32.63
75-79	59.10	51.75
80+	90.10	114.89

\*Taux moyens, période de cinq ans.

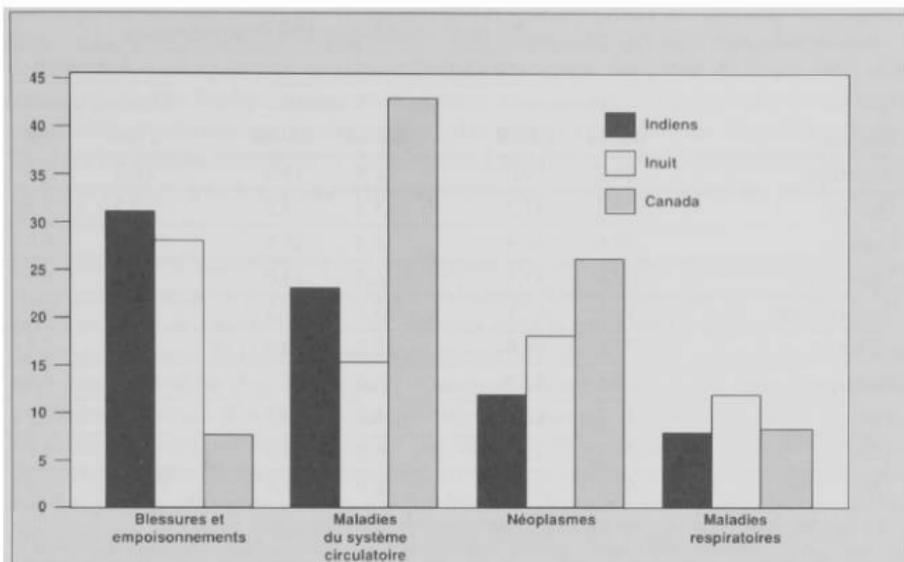
Source: Statistiques internes de la Direction générale des services médicaux. Statistique Canada. *Statistiques de l'état civil*, Vol. IV, *Causes de décès*, n° cat. 84-203.

jeunes adultes de sexe masculin. Le taux de mortalité des Indiens inscrits et des Inuit présente d'autres différences alarmantes par rapport à la population canadienne. La figure 2 indique que si les maladies du système circulatoire (maladies du coeur et accidents cérébrovasculaires) et les néoplasmes (cancers) sont les principales causes de décès de la plupart des Canadiens, les autochtones meurent pour leur part principalement de blessures et d'empoisonnements, causes qui sont clairement liées à leur situation socio-économique et, par conséquent, évitables. T.K. Young et d'autres ont démontré en outre que le diabète menace de plus en plus tous les autochtones du Canada, sans compter que des données troublantes révèlent que les décès attribuables aux maladies cardiaques et au cancer augmentent également<sup>6</sup>. Le sida est également reconnu comme une menace dévastatrice en puissance pour les collectivités autochtones<sup>7</sup>.

Le tableau 3 présente une image très troublante des tendances au suicide chez les Indiens inscrits. Bien que le taux global ait diminué légèrement au cours de la

Figure 2

Principales causes de décès, population d'Indiens inscrits desservie et Inuit (T.N.-O.), 1986 à 1988, et ensemble de la population du Canada, 1986



Source: Santé et Bien-être social Canada, L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada (Ottawa : 1990).

dernière décennie, il demeure deux fois plus élevé que la moyenne nationale et augmente manifestement à certains endroits. Ces données sont difficiles à interpréter en raison de l'extrême petitesse des nombres absolus dans certaines régions. Il ressort toutefois clairement d'autres études effectuées dans les collectivités inuit que les taux de suicide augmentent et que le groupe le plus à risque est celui des jeunes hommes (de 15 à 25 ans).

Il est évident que ces données ne révèlent qu'une partie de l'histoire. Si les bases de données nationales et régionales tracent un tableau complet des taux de mortalité des Inuit et des Indiens qui vivent dans les réserves, elles sont beaucoup moins claires dans le cas des profils de morbidité (particulièrement en rapport avec les répercussions que des problèmes sociaux comme la violence familiale et le mauvais traitement des enfants ont sur la santé). Nous ne savons pratiquement rien des facteurs socio-économiques de la santé des autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves et particulièrement dans les villes.

Ces données épidémiologiques sont également lacunaires en ce qui a trait à l'état de santé des collectivités autochtones, et ce pour diverses raisons méthodologiques. Premièrement, seules les manifestations qui semblent importantes aux yeux des spécialistes non autochtones de la santé sont évaluées. La mortalité est classée, par exemple, en fonction des systèmes habituels de classification médicale, ce qui signifie que les «blessures et empoisonnements» deviennent une catégorie fourre-tout qui

Tableau 3

Taux de suicide par sexe et par région, population d'Indiens inscrits desservie, 1980 à 1988, et ensemble de la population canadienne, 1986

Région	Taux de suicide par 100 000 personnes					
	Indien*				Canadien	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	80-84	84-88	80-84	84-88	1986	1986
Atlantique	48.8	70.6	2.9	15.6	16.3	3.7
Québec	70.4	47.2	13.8	4.2	27.5	7.9
Ontario	55.6	52.4	18.4	11.6	19.1	6.0
Manitoba	62.6	43.5	6.3	14.6	22.9	6.1
Saskatchewan	85.0	52.1	35.1	18.3	21.2	6.1
Alberta	72.8	86.8	28.8	18.4	28.7	7.0
Pacifique	64.6	52.0	16.6	13.3	23.6	6.0
Yukon	178.3	112.5	26.8	9.7	65.0	17.9
T.N.-O.	21.8	53.6	00.0	8.8	47.5	8.1
Total	67.5	57.8	18.9	14.5	22.8	6.4

\* Les taux relatifs aux Indiens sont des taux moyens sur une période de cinq ans.

Source: Statistiques internes de la Direction générale des services médicaux. Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil*, Vol. IV. *Causes de décès*, n° cat. 84-203.

n'aide pas particulièrement à comprendre les courants de violence sociale au sein des collectivités autochtones. La santé mentale n'est en général pas considérée. Même s'il est reconnu de façon générale qu'il s'agit d'un problème important au sein des collectivités autochtones, les rapports provinciaux et nationaux fournissent rarement plus qu'une estimation rudimentaire de la répartition des problèmes de santé mentale, partiellement en raison des débats entourant les compétences respectives des gouvernements fédéral et provinciaux en matière de santé mentale.

Malgré les limites inhérentes à la compréhension épidémiologique de la santé des autochtones, les systèmes de surveillance qui produisent les données sont néanmoins de puissants instruments sociaux qui servent à construire l'identité autochtone, à déterminer les problèmes et à affecter les ressources. Le caractère relativement détaillé et complet de la base de données est en effet l'une des raisons pour lesquelles les épidémiologistes aiment travailler avec les données relatives aux collectivités autochtones. Les systèmes de surveillance très centralisés de la Direction générale des services médicaux et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien font en sorte que peu de choses échappent à l'attention des organismes qui assurent la prestation des services.

La recherche internationale a montré que les systèmes de surveillance de la santé publique exercent dans la société des fonctions de discipline et de réglementation qui sont indépendantes de leur objectif déclaré, c'est-à-dire suivre l'état de santé<sup>28</sup>. Cette analyse indique que les connaissances relatives aux divers secteurs de la société

contribuent à accentuer l'inégalité des rapports de pouvoir; en d'autres mots, on peut utiliser le portrait de collectivités malades et désorganisées pour justifier le paternalisme et la dépendance.

Les organismes extérieurs et les universitaires qui analysent les données ont également le pouvoir de les interpréter et de tracer le portrait de collectivités autochtones désespérées, désorganisées et déprimées. Cette image est créée de toute évidence pour appuyer le lobbying en vue d'obtenir une plus grande part des ressources nationales nécessaires au développement des collectivités. Elle est toutefois véhiculée dans les médias canadiens et dans le grand public, et elle est intériorisée dans une certaine mesure par les collectivités autochtones, renforçant ainsi les relations de dépendance.

Les collectivités autochtones qui entreprennent des études indépendantes sur la santé commencent à résister à l'effet réducteur des systèmes de surveillance. Un grand nombre de ces études ont été réalisées dans le cadre de l'Initiative de transfert du gouvernement fédéral que nous examinerons plus loin et selon laquelle il est nécessaire d'établir des évaluations communautaires de la santé dans une phase préliminaire avant d'entreprendre les négociations sur le transfert. Bien que ces évaluations soient souvent effectuées par des experts-conseils de l'extérieur, elles se distinguent à bien des égards. Premièrement, la plupart sont conçues d'un point de vue holistique, plus respectueux des traditions culturelles autochtones. Non seulement intègrent-elles les intérêts médicaux habituels et d'autres préoccupations plus larges d'ordre social, émotionnel et spirituel, mais on y constate également un intérêt accru pour la «santé» par opposition aux habituels «profils de maladie» de l'épidémiologie classique. Des problèmes comme la violence familiale, la toxicomanie et la santé mentale et spirituelle deviennent des préoccupations fondamentales plutôt que secondaires.

Ce qui est peut-être plus important encore, c'est que ces études appartiennent aux organisations de bandes et de tribus qui les ont commandées, et elles ne sont généralement pas diffusées hors du cadre des négociations entreprises avec le gouvernement fédéral en vue du transfert des services de santé. La propriété de l'information sur la santé a clairement été reconnue par les collectivités autochtones comme une composante de l'autonomie en matière de soins de santé. L'interprétation de l'information est protégée par le maintien de l'intégrité holistique des documents, garantissant ainsi une représentation plus équilibrée de la santé communautaire. J'ai emprunté par exemple certains tableaux à des publications scientifiques et gouvernementales afin d'étayer mes propres points de vue sur l'état de santé des autochtones. S'il avait été possible de consulter librement les données des évaluations de la santé communautaire, je me serais appuyé plus largement sur ces documents, mais j'aurais utilisé les données en question d'une façon sélective, hors de l'emprise des collectivités qui les ont produites.

Si d'aucuns peuvent prétendre que l'accès libre et démocratique à l'information scientifique affaiblit le contrôle de son interprétation, il demeure que la plupart des spécialistes de la santé proviennent d'une élite et d'un secteur dominant de la société, et qu'ils ne peuvent faire autrement que de refléter les hypothèses normatives

de ce groupe dans leurs travaux scientifiques. Tant que les collectivités autochtones ne seront pas représentées proportionnellement au sein des institutions qui structurent l'interprétation publique de l'information communautaire (universités, professions de la santé, revues scientifiques, médias, etc.), elles n'auront d'autres recours que d'essayer de maîtriser la diffusion de l'information qui reflète leur vie quotidienne.

Cela ne signifie pas que les interprétations manquent d'objectivité scientifique. Si certains savants affirment que le travail scientifique est objectif, cette prétention est habituellement avancée à partir d'une position fermement enracinée dans le contexte du milieu blanc, masculin, de classe moyenne et eurocentrique. Des universitaires autochtones, féministes et provenant d'autres minorités ont fait valoir de façon convaincante que la prétendue science objective souscrit en fait aux valeurs de base de l'idéologie dominante de la société et que les prétentions à l'objectivité sont essentielles à l'affirmation de ce qui est normal et anormal, convenable et déplacé en fait de comportement social.

J'ai mentionné à diverses reprises les problèmes de violence familiale et de santé mentale des collectivités autochtones. Ce ne sont généralement pas les recherches universitaires qui font état de ces problèmes, bien qu'il existe certaines données pertinentes sur ce sujet<sup>9</sup>. Ils s'expriment plutôt par l'expérience des gens qui vivent dans des collectivités où la vie quotidienne est cruellement marquée par ces problèmes. Cette expérience est relatée dans les comptes rendus des nombreuses conférences régionales et nationales de la dernière décennie portant sur la guérison communautaire<sup>10</sup>. Ces rapports (la bibliographie en présente quelques exemples) mettent deux simples faits en évidence : tout d'abord, l'ampleur d'un problème peut être comprise sans l'analyse statistique détaillée propre au travail scientifique; ensuite, les femmes autochtones sont au cœur des efforts de ressourcement de leurs familles et de leurs collectivités. Je reviendrai sur ces deux questions plus loin, après m'être penché sur l'évolution des services de santé.

## L'évolution des services de santé

Dernièrement, divers spécialistes de l'histoire de la médecine (dont je ne citerai pas les noms) ont décidé d'écrire une histoire de la profession au Manitoba. Après avoir rédigé six ou sept chapitres décrivant les efforts héroïques et les découvertes brillantes des pionniers du milieu médical manitobain, l'un des auteurs a jugé opportun de commencer le livre par un chapitre sur la «médecine indienne». Une des premières versions de ce chapitre, fondé sans trop de rigueur sur les interprétations anthropologiques traditionnelles selon lesquelles les guérisseurs indiens étaient des chamans qui pratiquaient la psychothérapie, a été envoyée à un collègue médecin à la «sensibilité culturelle» reconnue, qui m'a demandé à son tour ce que j'en pensais. J'ai essentiellement recommandé poliment de laisser tomber le projet, en ajoutant qu'il y aurait peut-être lieu d'écrire un ouvrage moins ambitieux décrivant les réalisations plus limitées de la médecine classique. Le projet est malheureusement allé de l'avant et je m'attends à ce que sa publication suscite une certaine controverse.

Le problème vient évidemment du fait que l'histoire médicale du Manitoba et, à vrai dire, du reste de l'Amérique du Nord, est incomplète sans une vision intégrée de la médecine autochtone et de l'impact colonisateur de la médecine occidentale sur la société autochtone. La médecine autochtone n'est pas plus un premier chapitre accessoire que la médecine occidentale n'est la rédemptrice moderne de la société autochtone. On devrait pouvoir le constater à la lumière de notre examen des questions contemporaines relatives à la politique des services de santé offerts aux collectivités autochtones.

D.E. Young et L.L. Smith<sup>11</sup> ont présenté un résumé utile du développement des services de santé dans les collectivités autochtones au cours des dernières décennies et je leur suis redevable de m'avoir fourni les connaissances nécessaires à l'élaboration de cette partie de mon document.

Beaucoup de collectivités autochtones essaient de construire un modèle de santé communautaire intégrant la médecine traditionnelle et la médecine occidentale; je crois cependant que les deux approches doivent être traitées séparément. Le caractère distinctement colonial de ce qu'il est convenu d'appeler la médecine occidentale a fait l'objet de beaucoup de négociations quant au contrôle politique et financier des institutions médicales existantes. Ce processus se comprend seulement dans le contexte des négociations élargies entourant l'autonomie gouvernementale, comme l'ont fait valoir de nombreux universitaires<sup>12</sup>.

La médecine traditionnelle a d'autre part toujours été sous l'emprise des collectivités autochtones et évolue en marge de la négociation sur la prise en charge de la médecine occidentale par les institutions. Cela ne signifie pas qu'il soit impossible d'intégrer les deux systèmes au niveau communautaire, comme cela se fait d'ailleurs déjà dans certains cas. Cependant, même dans les cas où la prise en charge des deux systèmes par la collectivité est très poussée, ceux-ci continuent de fonctionner, dans une certaine mesure, séparément<sup>13</sup>. C'est pourquoi j'examinerai tour à tour l'évolution de chacun des systèmes pour ensuite décrire, en conclusion, les actuelles tentatives d'intégration, ou du moins de collaboration.

### *La médecine traditionnelle*

Le Canada est l'un des rares pays du monde où le pluralisme médical ne fait pas partie du quotidien. Le monopole médical exerce au Canada une plus grande emprise sur les activités de guérison que dans n'importe quel pays de la société industrialisée ou du monde en développement. Le meilleur exemple est peut-être celui des sages-femmes qui sont censées exécuter un acte médical au Canada, tandis que leur travail est considéré comme un service professionnel distinct, légal et très courant dans le reste du monde (y compris aux États-Unis, en Europe et en Australie). D'autres thérapeutiques comme l'homéopathie, la chiropractie, l'acupuncture et la naturopathie sont des traitements bien établis, professionnels et, dans certains cas, subventionnés par l'État, par l'entremise de l'assurance-maladie, en Grande-Bretagne et ailleurs en Europe. L'ayurvéda et la médecine chinoise sont des thérapeutiques anciennes et bien établies pour la plus grande partie de la population de la planète (en Inde et en Chine respectivement). Il ne m'appartient pas d'examiner ici les dimensions socio-

économiques de la médecine autochtone au Canada. Je dirai seulement que la médecine traditionnelle a été et continue d'être «mal comprise» par les praticiens de la médecine classique. Cette formule est en fait une façon polie de décrire la discrimination systématique qui caractérise l'histoire des rapports entre les deux approches au Canada.

La médecine traditionnelle autochtone a toujours fasciné les observateurs de l'extérieur (particulièrement les anthropologues), et de nombreux écrits ont prétendu présenter et analyser ses croyances et ses pratiques, mais tout cela ne permet pas vraiment de comprendre la médecine traditionnelle d'un point de vue historique ou contemporain. Une grande partie de ce qui a été écrit l'a été dans ce que les anthropologues considèrent comme une perspective «étiquée»: le phénomène est compris en fonction du cadre explicatif de l'observateur de l'extérieur. La médecine traditionnelle est décrite par exemple comme un mécanisme de contrôle social afin de trouver une explication «rationnelle» à un phénomène «irrationnel» et inintelligible pour l'esprit scientifique occidental. Peu d'explications «émiques» ont été apportées, à savoir des explications qui essaient de comprendre la médecine autochtone elle-même à partir de la vision de ses praticiens.

La médecine autochtone est également une tradition orale (contrairement à certaines autres traditions pluralistes décrites ci-dessus qui s'appuient sur une documentation abondante étayant leur savoir). Les traditions orales ont besoin d'un environnement social favorable à la transmission et à la protection du savoir d'une génération à l'autre. Les baisses catastrophiques de la population décrites plus haut, conjuguées à l'application des lois fédérales et à l'oppression religieuse, ont gravement menacé la base de connaissances de la médecine autochtone<sup>14</sup>.

La médecine autochtone traditionnelle au Canada devrait également être comprise, à tout le moins d'un point de vue historique, comme un phénomène diversifié et hétérogène, bien que doté de certains principes et valeurs logiques comme l'importance du bien-être spirituel et l'équilibre dans la vie quotidienne. Il existe de grandes différences entre les sociétés de médecine des Kwakwaka'wakw et des Anishina'beg et l'*angaitquq*, fondé sur la famille, des Inuit. En outre, à l'intérieur de chaque société, d'autres thérapeutes comme les sages-femmes et les herboristes étaient reconnus.

Dans les sociétés autochtones où la guérison traditionnelle s'inscrivait dans un cadre plus institutionnel, la résistance aux forces destructrices dont nous avons parlé était possible, tandis que dans les situations où les guérisseurs fonctionnaient de façon autonome, comme chez les Inuit, la résistance a été plus faible.

Ce bref examen a pour objet de souligner le fondement historique des réactions différentes que l'on note actuellement chez les autochtones face au renouveau de la médecine traditionnelle, un processus qu'Albert Lightning avait prédit en 1976 à l'occasion d'une conférence sur la santé autochtone qui se déroulait à l'Université du Manitoba<sup>15</sup>. Cette réapparition de l'activité cérémoniale à des fins de guérison a modifié profondément la vie de nombreux autochtones et constitue maintenant une solution de rechange qui est très populaire dans de nombreuses collectivités, particulièrement dans l'ouest du Canada, au détriment de la médecine occidentale.

Il serait faux de prétendre que tous les individus et les collectivités autochtones ont recours à la médecine traditionnelle. Beaucoup de collectivités et d'individus ont adopté et adapté le christianisme comme fondement spirituel de leur bien-être et considèrent la médecine autochtone avec scepticisme. Les collectivités inuit et métisses, particulièrement, voient la spiritualité chrétienne comme une composante légitime et importante de leur culture et considèrent ses valeurs comme une base de ressourcement communautaire.

La médecine traditionnelle doit également être comprise dans une optique plus holistique que la médecine occidentale. Toute comparaison des deux systèmes dans une optique institutionnelle occidentale empêche de comprendre que la médecine autochtone est globalement à la base des pratiques culturelles, qui sont indépendantes des modes de réglementation de la vie autochtone contemporaine imposés par l'État. La médecine autochtone «fonctionne» en grande partie parce que les participants acceptent le pouvoir qu'ont les guérisseurs d'apporter des changements dans leur vie quotidienne. Cette autorité émane d'une source entièrement différente de l'autorité déléguée par l'État canadien. La médecine autochtone est en ce sens un mode de vie complet comprenant des normes de comportement, des structures d'autorité et, dans certains cas, des mécanismes de sanction<sup>16</sup>. À ce titre, il faut également la considérer dans le contexte de l'autonomie gouvernementale. Il ne s'agit pas d'un système que les organisations de la collectivité, de la bande et de la tribu peuvent réglementer dans le même sens que les institutions de la médecine coloniale. Ce sera vraisemblablement le contraire : les divers paliers de gouvernement autochtone seront réglementés par la structure d'autorité de la médecine traditionnelle.

Il est clair que la reconnaissance de cette autorité ailleurs que dans le milieu sanctionné par l'État a été en grande partie volontaire, sauf quelques exceptions (voir l'article du *Victoria Times* décrit à la note 16).

Cependant, à mesure que les sociétés autochtones s'acheminent vers de nouveaux régimes d'autonomie gouvernementale et de justice fondés sur les structures traditionnelles d'autorité, nous allons assister à une transformation du caractère volontaire de la participation. Dans son sommaire de la Table ronde nationale sur les questions judiciaires organisée par la Commission royale sur les peuples autochtones, James MacPherson fait allusion au conflit qui pourrait survenir, particulièrement au regard de la protection des intérêts des femmes, si les nouveaux systèmes de justice sont un amalgame imparfait d'autorité traditionnelle et d'autorité imposée par l'État<sup>17</sup>.

### *Le transfert des responsabilités à l'égard de la médecine coloniale*

Certaines personnes trouveront peut-être que j'utilise avec insistance l'expression «médecine coloniale» pour parler de médecine occidentale, scientifique. Je le fais à dessein et pour diverses raisons. Premièrement, les termes «occidental» et «scientifique» sont chargés d'une connotation culturelle signifiant que la médecine qu'ils qualifient est en quelque sorte supérieure aux autres formes de médecine. Supposer que la science est uniquement un phénomène occidental, ou que la démarche scientifique en médecine n'existe que dans le monde occidental, voilà bien la quintessence de l'arrogance culturelle. D'autres termes et expressions comme «médecine

allopathique», «médecine cosmopolite» ou simplement «biomédecine» pourraient convenir, mais ou bien ils sont trop obscurs ou bien ils masquent le contexte culturel profond au sein duquel le système s'est développé. La «biomédecine» s'est développée au cours d'une période d'expansion coloniale du pouvoir européen dans toutes les parties du monde et le système de médecine sur lequel nous nous appuyons maintenant a non seulement favorisé cette expansion, mais a en outre été aidé dans son développement et dans sa domination par le processus colonial de soumission et d'exploitation des ressources<sup>19</sup>.

L'histoire du contact entre la médecine coloniale et les collectivités autochtones ne doit toutefois pas être comprise dans une optique exclusivement défavorable. Comme les récents travaux de Vanast l'ont démontré dans le cas de l'Arctique, le manque d'attention de l'État canadien à l'égard de la population locale a été parfois dénoncé par quelques médecins et infirmières manifestement héroïques, qui ont essayé d'améliorer l'état de santé lamentable de la population dans des circonstances impossibles<sup>20</sup>. Néanmoins, et d'autres l'ont fait valoir comme moi, la pratique médicale coloniale dans les collectivités autochtones a contribué, peut-être involontairement, à engendrer l'«ennemi intime» que A. Nandy<sup>21</sup> décrit comme étant l'effet insidieux des nouvelles idéologies qui sont transmises par des institutions extérieures et qui convainquent ceux qui les reçoivent que leurs propres valeurs et croyances ne sont plus valables<sup>22</sup>.

La résistance à ce système a été officiellement reconnue en 1979 par la publication de l'*Énoncé de politique sur la santé des Indiens* du gouvernement du Canada en réponse aux pressions effectuées par la Fraternité des Indiens du Canada (maintenant l'Assemblée des premières nations) afin que le gouvernement révisé sa position sur la prestation des services non assurés<sup>23</sup>. Le rapport de la commission consultative rédigé par le juge Berger la même année a d'ailleurs fourni le premier examen systématique de l'insatisfaction autochtone à l'égard du système de soins de santé. Inutile de dire que cette insatisfaction s'était développée d'un bout à l'autre du pays depuis près d'une décennie avant que la commission ne soit formée. David Young et L. Smith<sup>24</sup> fournissent un résumé chronologique utile du processus de transfert, que j'ai annexé à mon document (tableau 4).

Il s'est produit, parallèlement à cette histoire officielle, une évolution des services de santé dont le résumé fournira un contexte plus vaste dans lequel situer les événements contemporains. La *Convention de la baie James et du Nord québécois* a été signée en 1975 par les représentants des Cris de la baie James, des Inuit du Nunavik, du gouvernement fédéral et du gouvernement du Québec, créant ainsi les premiers conseils autochtones de la santé et des services sociaux au Canada. Bien que le débat se poursuive quant à savoir si cette convention sert de modèle à l'autonomie gouvernementale autochtone<sup>25</sup>, il en est résulté des changements considérables dans la prestation des services sociaux et de santé. À Povungnituk, par exemple, le conseil d'administration de l'hôpital, composé en majorité d'Inuit, a mis en oeuvre un programme autochtone dans le cadre duquel les sages-femmes inuit dispensent une gamme complète de soins. Le programme est unique non seulement au sein des collectivités autochtones, mais également dans l'ensemble du Canada, étant donné que

Tableau 4

## La délégation et l'initiative de transfert des programmes de santé

## Déroulement chronologique

Date	Déclarations de principe et activités choisies
1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Énoncé de politique sur la santé des Indiens du gouvernement du Canada prône une commission d'enquête sur la santé des autochtones au Canada</li> <li>Formation du Comité consultatif sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuit (CCCSI)</li> <li>Document de travail de la DGSM qui appuie la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et la Politique sur la santé des Indiens de 1979</li> </ul>
1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résolution de l'Inuit Tapirisat du Canada demandant que l'administration des T.N.-O. prenne en charge les services de soins de santé</li> <li>Rapport final (Berger) du CCCSI recommandant l'adoption d'une formule de consultation concernant la commission d'enquête sur la santé des autochtones au Canada</li> </ul>
1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lancement de la phase I - Baffin - de la délégation des services de santé à l'administration des T.N.-O.</li> <li>Formation du Comité spécial sur l'autonomie politique des Indiens</li> <li>Lancement du Programme pilote de santé communautaire de la DGSM</li> </ul>
1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le rapport final (Peuser) du Comité spécial sur l'autonomie politique des Indiens recommande une réforme administrative concernant l'autonomie gouvernementale des autochtones.</li> </ul>
1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résolution de la nation dénée demandant la délégation formelle aux autochtones et des accords de transfert</li> </ul>
1985	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'administration des T.N.-O. crée le Devolution Office</li> <li>Fin du Programme pilote de santé communautaire, établissement du sous-comité du transfert des programmes de santé de la DGSM</li> <li>Appel du sous-comité sur le transfert de la DGSM en faveur d'une démarche consultative et administrative concernant le transfert</li> <li>L'Énoncé de mission de la DGSM appuyant le transfert est distribué aux premières nations</li> </ul>
1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fin de la Phase II - Baffin - de la délégation des services de santé à l'administration des T.N.-O.</li> <li>Création de la Direction du transfert des programmes et de l'établissement des politiques de la DGSM</li> <li>Importante déclaration de principe de Santé et Bien-être social Canada : « La Santé pour tous »</li> <li>Le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada avise les premières nations dans une lettre d'avril de son intention de les inclure dans le Transfert des programmes de santé</li> </ul>
1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada assiste au Forum de 1987 sur le transfert des programmes de santé</li> <li>Le sous-ministre adjoint de la DGSM offre un aperçu du transfert à l'occasion du Forum de 1987 sur le transfert des programmes de santé et 7th International Congress on Circumpolar Health</li> <li>La DGSM publie une ébauche du guide sur le transfert des programmes de santé</li> </ul>
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>La délégation des programmes de santé à l'administration des T.N.-O. est terminée en avril</li> <li>Signature du premier accord de transfert des programmes de santé avec une première nation (Montreal Lake)</li> </ul>
1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approbation finale en juin par le gouvernement du Canada de l'initiative de transfert des programmes de santé de la DGSM</li> <li>L'Assemblée des premières nations appuie partiellement le transfert à l'occasion du Forum de 1989 sur le transfert des programmes de santé, auquel assistent le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et 300 délégués de la DGSM et des premières nations</li> <li>La DGSM publie le Plan de santé communautaire et le Bulletin sur le transfert des programmes de santé</li> </ul>
1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nouveau sous-ministre adjoint de la DGSM appuie l'initiative de transfert des programmes de santé</li> <li>Premier accord de transfert des programmes de santé avec un conseil tribal (Atkamek-Montagnais)</li> <li>Huit accords de transfert et 67 projets de planification préalables au transfert depuis l'approbation finale en 1989</li> </ul>

Source: David E. Young et I. L. Smith, *The Involvement of Canadian Native Communities in their Health Care Programs: A Review of the Literature since the 1970s* (Edmonton: Canadian Circumpolar Institute, 1992).

L'Ontario est la seule province où l'exercice de la profession de sage-femme soit légal, et ce depuis peu. Povungnituk peut également servir de modèle aux Inuit des autres régions qui considèrent que les pouvoirs extérieurs ont peut-être créé la menace contemporaine la plus importante au développement communautaire en déresponsabilisant leurs collectivités par rapport aux accouchements<sup>25</sup>.

L'un des premiers programmes fédéraux de santé à être cédé aux pouvoirs administratifs autochtones était le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones. Établi en 1975, ce programme a permis la création de centaines de projets communautaires de prévention et de traitement de l'alcoolisme d'un bout à l'autre du pays. Depuis le début des années 80, il a contribué à l'émergence de quelques-unes des initiatives les plus importantes en matière de santé autochtone au pays, incluant le Four Worlds Development Project, le Nechi Institute, la stratégie de prohibition d'Alkali Lake et la conférence Healing the Spirit Worldwide, tenue récemment à Edmonton. Des données fraîches laissent toutefois croire qu'en dépit des efforts remarquables et du succès des organismes autochtones oeuvrant dans le domaine de la santé mentale communautaire et de la désintoxication, on se demande toujours dans quelle mesure ce programme répond vraiment aux besoins de la collectivité<sup>26</sup>.

Divers programmes autres que les transferts, qui ont pris naissance au cours de la dernière décennie, viennent élargir le cadre de compréhension de l'initiative de transfert. Certains sont particulièrement importants parce qu'ils touchent des collectivités non visées par un traité, des collectivités urbaines et des collectivités métisses. Faute d'espace, je n'en cite ici que quelques-uns; j'invite le lecteur à consulter la bibliographie de David Young et de L. Smith pour plus de détails :

1. L'Alberta Indian Health Commission (AIHC) a été créée en 1981 afin de s'intéresser aux préoccupations de santé des premières nations dans la province et a été reconnue, avec le Blood Tribe Board of Health, comme une autorité des premières nations en matière de santé à l'occasion du Health Transfer Forum de 1989. Outre la consultation et la liaison avec divers organismes autochtones et provinciaux, l'AIHC offre les services de représentants de la santé communautaire en milieu urbain à Edmonton et à Calgary<sup>27</sup>.
2. La Labrador Inuit Health Commission (LIHC) a été créée en 1979 en réponse à la politique d'exclusion de l'International Grenfell Association qui refusait de reconnaître les droits autochtones. La Labrador Inuit Association a refusé d'assister à la signature du *Canada Newfoundland Native People's of Labrador Health Agreement* et a établi à la place la LIHC, axée sur la promotion et l'éducation en matière de santé offertes par les représentants de la santé communautaire<sup>28</sup>.
3. Le Centre hospitalier Kateri Memorial (KMHC) a été établi en 1955 (!) quand une ancienne des Mohawks de la région a fait en sorte que le conseil mohawk de Kahnawake et le gouvernement du Québec continuent de financer l'exploitation de l'hôpital local. Après 35 années de rapports tumultueux avec les organismes fédéraux, provinciaux et universitaires (McGill), le KMHC est maintenant installé dans un nouvel immeuble et fournit des services curatifs et préventifs aux autochtones de la réserve de Kahnawake et de la ville voisine de Montréal<sup>29</sup>.

4. Anishnawbe Health Toronto (AHT) a été financé en 1988 par le gouvernement provincial à titre de centre de santé communautaire urbain polyvalent. Fondé sur les principes du cercle d'influences, il a le mandat de continuer à dispenser les services offerts depuis 13 ans aux autochtones de Toronto qui sont des Indiens vivant à l'extérieur des réserves, des Indiens non inscrits et des Métis<sup>19</sup>.

La plus grande partie du développement des services de santé communautaire au sein des collectivités autochtones du Canada se déroule toutefois sous les auspices de l'initiative de transfert des services de santé de la Direction générale des services médicaux aux autorités autochtones des réserves, et la délégation des responsabilités en matière de soins de santé du gouvernement fédéral aux administrations territoriales. Culhane Speck<sup>21</sup> affirme que les programmes de transfert sont peut-être le fruit des efforts du gouvernement fédéral en vue de se défaire des programmes et de contenir les coûts plutôt que d'un désir de répondre aux besoins communautaires autochtones. Ses préoccupations sont reprises dans diverses évaluations autochtones<sup>22</sup>. Beaucoup de premières nations ont toutefois commencé à participer au processus de transfert, bien qu'en faisant preuve de réserves. C'est peut-être le conseil tribal des Moskégons qui a le mieux expliqué cette prudence:

Cette orientation générale a été critiquée dans l'ensemble comme une tentative en vue d'abroger les droits issus des traités et de faire en sorte que les autochtones administrent leur propre misère. Nous avons toutefois commencé à participer au processus de transfert, mais en gardant nos yeux bien ouverts. Nous avons considéré que le transfert était une façon d'atteindre une partie de nos objectifs et nous avons cru que nous saurions tirer notre épingle du jeu dans nos rapports avec le gouvernement".

Dans ce contexte d'appréhension et de prudence, on pouvait compter, en date du 24 septembre 1991, 79 projets préliminaires de transfert (représentant 244 bandes) et 14 accords de transfert signés (représentant 55 bandes), selon l'évaluation d'A. Gibbons<sup>24</sup>. Celle-ci conclut que si la plupart des premières nations sont en somme satisfaites du processus de transfert, il demeure des préoccupations. En voici un résumé :

- des rapports incertains avec l'autonomie gouvernementale;
- le manque de reconnaissance des droits issus des traités en ce qui a trait à la santé;
- le manque d'autorité législative pour appliquer les lois sur la santé publique;
- la nécessité d'enrichir les programmes afin de répondre aux nouveaux besoins.

Gregory *et al.*<sup>25</sup> fournissent une évaluation plus érudite et critique de l'expérience d'une première nation. Ils affirment en conclusion que la politique ne tient pas beaucoup compte des facteurs environnementaux et socio-économiques globaux de la mauvaise santé, et avancent que la politique de transfert renforce la prédominance d'un modèle médical de santé qui maintient par définition les rapports de pouvoir avec les autochtones. Ces auteurs rapportent que la première nation de Gull Lake a suspendu le processus de transfert et est en train d'élaborer un plan plus complet de développement des services communautaires qui prévoit des stimulants économiques.

La délégation des services de santé aux Territoires du Nord-Ouest a été entreprise au début des années 80, en réponse aux pressions de l'Inuit Tapirisat du Canada (bien que la nation dénée ait exprimé de sérieuses réserves au sujet des répercussions que peut avoir la délégation sur les revendications territoriales). En 1988, le transfert d'autorité en matière de santé à l'administration territoriale et aux conseils régionaux de santé était achevé. Les évaluations de ce processus ont été plutôt critiques. J'ai affirmé ailleurs que les conseils de santé régionaux avaient gagné peu de pouvoirs réels, ce qui a accru la tension et l'aliénation entre Yellowknife et les Inuit en région<sup>56</sup>. Je considère en outre que les Inuit tiennent à ce que les compétences en matière de services de santé soient consacrées dans le contexte de l'autonomie gouvernementale, particulièrement en ce qui concerne la création du Nunavut, tandis que l'administration territoriale ne semble pas prête à faciliter ce processus. Une analyse récente du processus de délégation en matière de santé effectuée par le vérificateur général du Canada fait écho à ces préoccupations<sup>57</sup>.

Il est clair que l'autonomie dans le domaine des soins de santé n'est pas entièrement assurée grâce aux programmes de transfert autorisés par le gouvernement; je reviendrai sur cette question en conclusion. Mais je dois tout d'abord traiter brièvement des ressources humaines. Il est manifeste qu'on ne saurait modifier qu'en partie le visage colonial du système de services de santé en cédant le contrôle administratif et politique du système. Puisque les relations entre les services de santé et de services sociaux sont par définition étroites, le caractère colonial du système sera maintenu jusqu'à ce que la majorité des services soient dispensés par des autochtones.

Le degré de participation directe des autochtones à la prestation de services de santé et de services sociaux a augmenté beaucoup trop lentement, en grande partie parce que les possibilités de formation professionnelle étaient limitées. Il a été démontré que la création du programme des représentants de la santé communautaire et les autres rôles intermédiaires paraprofessionnels ont grandement amélioré la qualité des services de soins de santé offerts aux autochtones<sup>58</sup>. L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada compte maintenant plus de 300 membres et est devenue une organisation importante de lobbying en faveur des collectivités autochtones<sup>59</sup>. Les médecins autochtones et les spécialistes de la santé demeurent toutefois peu nombreux, bien que l'augmentation spectaculaire du nombre de diplômés autochtones des facultés de médecine commence à se faire sentir au niveau clinique et universitaire<sup>60</sup>. Il est évident que ces tendances sont extrêmement importantes autant pour le visage humain du système qu'en ce qui a trait à la politique des soins de santé pour les autochtones, et qu'elles doivent être maintenues.

## Conclusion

Lorsque la Commission royale m'a demandé de préparer un document de 25 pages qui stimulerait la réflexion et qui présenterait un aperçu de l'état de santé des autochtones et des services dont ils bénéficient, je craignais que 25 pages constituent un document soit trop long, soit trop court. Trop long pour y présenter seulement des opinions personnelles et trop court pour un examen approfondi. Mes réserves

n'ont pas changé au moment où j'arrive à la fin du texte. L'examen qui précède est sélectif en ce qui a trait aux tendances, aux questions et aux événements, tandis que certaines de mes opinions au sujet de la santé autochtone ne sont qu'esquissées. Je crois néanmoins que le document a atteint son objectif, à savoir fournir un cadre pour l'étude et le règlement des grandes questions en matière de santé autochtone.

Il ressort manifestement de l'examen que notre connaissance de la santé autochtone comporte de graves lacunes, particulièrement en ce qui concerne les Indiens qui vivent à l'extérieur des réserves, ceux qui vivent en ville et les Métis, bien que le récent ouvrage de McClure, Boulanger, Kaufert et Forsyth<sup>41</sup> soit une première tentative en vue de combler ces lacunes. La demande d'information sur la santé, et particulièrement sur les besoins, de ces populations doit toutefois être comprise à la lumière de l'emprise exercée sur la production du savoir. Les évaluations de la santé doivent être conformes aux normes et aux définitions de la collectivité concernant le contexte de la santé et de la maladie, et les interprétations qui en découlent devraient faire l'objet d'une réglementation communautaire.

Il ressort également clairement de l'examen que la dernière décennie a donné lieu à d'énormes changements dans le domaine de la santé autochtone. Lorsque j'ai commencé à travailler dans ce domaine, au milieu des années 70, la santé autochtone était définie en termes biomédicaux étroits et les services étaient pratiquement sous l'emprise d'une bureaucratie fédérale rigide et hiérarchique. L'autonomie dans le domaine de la santé demeure néanmoins encore un objectif, particulièrement en ce qui a trait aux conditions socio-économiques et environnementales globales qui engendrent la plupart des problèmes courants de santé dans les collectivités autochtones, où qu'elles soient situées. À la fin des années 70, plusieurs jeunes de Shamattawa qui s'adonnaient à l'inhalation de solvants ont été envoyés à un centre de traitement de Philadelphie. En 1993, les jeunes consommateurs de solvants de Davis Inlet ont la chance d'être envoyés au Poundmaker's Lodge, mais il est évident que le milieu qui a produit ces situations n'a pas changé.

Il semblerait que même si l'initiative de transfert accapare la plus grande partie de notre attention (et de nos ressources) en ce qui a trait à la mise en place de systèmes de santé communautaires, la vraie autonomie, assortie d'une vaste collaboration intersectorielle en vue d'un développement économique durable, se réalise hors du cadre de l'initiative de transfert. Ce qui s'est produit dans le nord du Québec et diverses initiatives de santé urbaine le démontrent.

Le concept de ressourcement communautaire intégrant la médecine traditionnelle et les services professionnels marque probablement la plus importante évolution dans le domaine de la santé autochtone. Bien que subventionnées partiellement par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, les collectivités autochtones du pays (et même du monde) font beaucoup de progrès pour régler les problèmes les plus importants au niveau de la collectivité, et ce, malgré d'énormes difficultés. Je parle ici de l'alcoolisme, de la violence familiale et des mauvais traitements infligés aux enfants. Bien que ces problèmes soient clairement liés aux conditions historiques comme les pensionnats et qu'ils appellent des programmes d'indemnisation, les efforts communautaires entrepris

afin de les résoudre méritent beaucoup plus d'attention et de soutien de la part du secteur de l'hygiène publique".

Finalement, la médecine autochtone traditionnelle connaît de toute évidence une période de renaissance dans notre pays et contribue énormément au bien-être des collectivités, bien que cette situation ne soit pas documentée. Un tel travail revient de droit aux universitaires autochtones, conformément aux règles des anciens, mais je crois que c'est dans le contexte de la médecine traditionnelle que les questions d'autonomie gouvernementale, de développement socio-économique et de protection de l'environnement peuvent être le mieux intégrées au développement de la santé communautaire pour la plupart des collectivités autochtones. Même dans les situations où la médecine traditionnelle a été gravement colonisée, les principes sous-jacents d'équilibre, d'harmonie et de respect qu'on retrouve partout dans le monde autochtone constituent le fondement du développement.

## Notes

1. L'expression «santé sociale» (*social health*) est apparue pour la première fois dans les travaux sur la santé autochtone dans l'ouvrage de Joan Feather (1991), *Social Health in Northern Saskatchewan*, Saskatoon, Université de la Saskatchewan. Les membres du Working Group on Health Conditions in Northern Saskatchewan ont élaboré l'expression pour intégrer les idées sur la santé provenant des domaines de la médecine familiale et communautaire, de la santé mentale et des idées autochtones sur la santé holistique et le cercle d'influences.
2. Thornton, R. *American Indian Holocaust and Survival: A Population History since 1492*, Norman, OK, University of Oklahoma Press, 1985.
3. Norris, M.J. «The demography of Aboriginal people in Canada», dans S.S. Halli, F. Trovato et L. Driedger (dir.), *Ethnic Demography - Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, 1990, p. 33 à 59.
4. Dobyns, H.F. *Their Numbers Become Thinned: Native American Population Dynamics in Eastern North America*, Knoxville, TN, University of Tennessee Press, 1983.
5. Santé et Bien-être social Canada. *L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada - 1990*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1991.
6. Young, T.K., E.J. Szathmary, S. Evers et B. Wheatley. «Geographical distribution of diabetes among the Native population of Canada: a national survey», *Soc. Sci. Med.* 31, 1990, p. 129 à 139.

Young T.K. et G. Sevenhuysen. «Obesity in Northern Canadian Indians: Patterns, Determinants, and Consequences», *Am. J. Clin. Nutr.*, 49, 1989, p. 786 à 793.

Mao, Y., H. Morrison, R. Semenciw et D. Wigle. «Mortality on Canadian Indian Reserves 1976-1983», *Can. J. Pub. Health*, 77, 1986, p. 263 à 268.

Gillis, D.C., J. Irvine et L. Tan. «Cancer incidence and survival of Saskatchewan northerners and registered Indians, 1967-1986» dans B. Postl et al. (dir.) *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*. Winnipeg, University of Manitoba Press, 1991, p. 447 à 451.

7. McGill AIDS Centre. *First Quebec Native Aids Conference*, Montréal, 1992.
8. Armstrong, D.A. *Political Anatomy of the Body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
9. Cariboo Tribal Council. *Faith Misplaced: Lasting Effects of Abuse in a First Nations Community, 1991*; et Manitoba Keewatinowi Okimakanak, *Solvents Poison Reserves: No facility for northern addicts*, Winnipeg Free Press, 9 février 1993.
10. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *Annual Assembly Report for 1990 on Child Sexual Abuse in Aboriginal Communities, 1990*  
Femmes autochtones du Québec. *La violence familiale dans les communautés autochtones*, Québec, gouvernement du Québec, 1991.  
Pauktuutit. *No More Secrets: A Report on Child Sexual Abuse, 1990*.
11. Young, David E. et Leonard L. Smith. *The Involvement of Canadian Native Communities in their Health Care Programs: A review of the Literature since the 1970's*, Edmonton, Institut circumpolaire canadien, 1992.
12. Culhane Speck, Dara. «The Indian Health Transfer Policy: A step in the right direction or revenge of the hidden agenda?», *Native Studies Review*, 5 (1), 1989, p. 187 à 214.  
O'Neil, John D. «The Impact of Devolution on Health Services in the Baffin Region, NWT: A case study» dans G. Dacks (dir.) *Devolution and Constitutional Development in the Canadian North*, Ottawa, Carleton University Press, 1990.
13. O'Neil, J. «Referrals to Traditional Healers: The role of medical interpreters» dans D. Young (dir.) *Health Care Issues in the Canadian North*, Edmonton, Boreal Institute for Northern Studies, 1989.  
Garro, L. «Resort to Traditional Healers in a Manitoba Ojibway Community», *Arctic Medical Research* 47 (Suppl. 1), 1988, p. 317 à 320.
14. Titely, R. *A Narrow Vision*, Toronto, University of Toronto Press, 1989. R. Titely décrit les modifications à la *Loi sur les Indiens* qui interdisent les cérémonies traditionnelles de guérison et qui ont été appuyées par les missionnaires et les agents indiens qui craignaient que ces cérémonies n'empêchent les populations autochtones de se convertir en agriculteurs chrétiens «durs à la tâche».
15. Lightning, A. «Sources of Healing», *University of Manitoba Medical Journal* 46 (4), 1976, p. 123 à 125.
16. *Victoria Times Colonist*, le 18 juillet 1992, «Couple Caught in Cultural Crunch». Cet article quelque peu partial décrit la coutume qui consiste à initier de nouveaux membres dans une collectivité de la longue maison, parfois contre leur gré, à titre de mesure correctrice lorsque les familles déterminent qu'un membre n'agit pas de façon convenable. La personne a porté plainte dans ce cas contre la bande et les danseurs cérémoniels qu'elle accusait de l'avoir détenue illégalement.
17. MacPherson, James C. *Compte rendu du rapporteur*, Commission royale sur les autochtones, 1992. Bizarrement, MacPherson ne mentionne jamais la médecine traditionnelle dans son sommaire de la Table ronde sur les questions judiciaires, bien qu'il reconnaisse les arguments d'universitaires autochtones selon lesquels les sociétés autochtones possèdent leurs propres mécanismes internes de contrôle social et de règlement des conflits qui sont menacés par les systèmes imposés par l'État.
18. Arnold, David, dir. *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester, Manchester University Press, 1988.

19. Vanast, Walter J. «Hastening the day of extinction : Canada, Quebec and the medical care of Ungava's Inuit, 1867-1967», *Études Inuit Studies* 15 (2), 1991, p. 55 à 85.
20. Nandy, Ashis. *The Intimate Enemy: Loss and Recovery of Self under Colonialism*, Delhi, Oxford University Press, 1983.
21. O'Neil, John D. «The Politics of Health in the Fourth World: A northern Canadian example», *Human Organization* 45 (2), 1986, p. 119 à 128.
22. Gouvernement du Canada. Politique pour les services de santé aux Indiens, dans le *Rapport de la Commission consultative sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuit*, T.R. Berger, commissaire, annexe 2, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1979.
23. Young, David et L. Smith, *op. cit.*
24. Pour comparer des points de vue opposés concernant ce débat, voir R.F. Salisbury, *A Homeland for the Cree: Regional Development in James Bay 1971-1981*, Montréal, McGill-Queens University Press, 1986; et S. Weaver, «Self-Government Policy for Indians 1980-1990: Political Transformation or Symbolic Gestures», communication présentée à la conférence de l'UNESCO sur la migration et la transformation des cultures, Calgary, octobre 1989.
25. O'Neil, John D. et P. Kaufert. «Inmiktakpunga!: Sex Determination and the Inuit Struggle for Birthing Rights in Northern Canada» dans F. Ginsberg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order: Global and Local Intersections in the Politics of Reproduction*, Los Angeles, University of California Press, 1993 (à paraître).
26. Des préoccupations relatives au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones ont été exprimées dans Four Worlds Development Project, «Survival Secrets of NNADAP Workers», *Four Worlds Exchange* 2 (1), 1990, p. 24 à 39; Alberta Indian Health Care Commission, «All Chiefs Health Conference Resolutions», Edmonton, 1990; et L. Bird, «Presentation: Montreal Lake» dans *First Nations Health Transfer Forum*, du 28 au 30 novembre 1989, Ontario, Union of Ontario Chiefs, 1991.
27. Pour une description de l'histoire et des activités, voir les rapports de l'AIHCC (1983-1992) et R.N. Nuttall (1982), «The Development of Indian Boards of Health in Alberta», *Revue canadienne de santé publique* 73 (5), p. 300 à 303.
28. Anderson, W. et M. Baikie. «Factors Affecting Health and Social Conditions in Labrador», *Arctic Medical Research* 47 (Suppl. 1), 1988, p. 63 à 65; et I. Allen, «Community Health Representatives Working in Labrador Inuit Communities» dans B. Postl et al. (dir.), *Circumpolar Health* 90, Winnipeg, University of Manitoba Press, 1990.
29. Montour, L.T. et A. Macaulay. «Diabetes Mellitus and Atherosclerosis: Returning research results to the Mohawk community», *Journal de l'Association médicale canadienne* 139 (3), 1988, p. 201 et 202; et A.C. Macaulay, «The History of Successful Community-Oriented Health Services in Kahnawake, Quebec», *Médecin de famille canadien* 34, 1988, p. 2167 à 2169.
30. Anishnawbe Health Toronto. *A Proposal to Establish a Community Health Centre*, 1988; V. Johnston, «Health: Yesteryear and Today» dans R. Masi (dir.), *Multiculturalism and Health Care: Realities and Needs*, Ontario, Conseil canadien de la santé multiculturelle, 1990; et C.P. Shah, «A National Overview of the Health of Native Peoples Living in Canadian Cities» dans Y. Yacoub (dir.), *Inner City Health - The Needs of Urban Natives: Proceedings*, Edmonton, University of Alberta, 1988.
31. Culhane Speck, Dara (1989), *ibid.*
32. Assemblée des premières nations. «Draft Discussion Paper: Health Program Transfer Proposal of Medical Services Branch», 1989; Union of Ontario Indians et Assemblée des premières nations, *First Nations Health Transfer Forum*, du 28 au 30 novembre 1989; Nipissing First

- Nation: Union of Ontario Indians; M. Dion-Stout, «The Role of Participation in First Nations Health Development: Is Transfer an Empowering Process?», *Synergy* 3 (3), 1991, p. 1 et 2.
33. Connell, G., R. Flett et P. Stewart. «Implementing Primary Health Care Through Community Control: The experience of the Swampy Cree Tribal Council» dans B. Postl *et al.* (dir.), *Circumpolar Health 90*, Winnipeg, University of Manitoba Press, 1990.
34. Adrian Gibbons and Associates. *Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1992.
35. Gregory, David, C. Russell, J. Hurd, J. Tyance, et J. Sloan. «Canada's Indian Health Transfer Policy: The Gull Lake Band Experience», *Human Organization* 51 (3), 1992, p. 214 à 222.
36. O'Neil, John D. «The Impact of Devolution on health services in the Baffin Region, NWT: a case study» dans G. Dacks (dir.), *Devolution and Constitutional Development in the Canadian North*, Ottawa, Carleton University Press, 1990; et J.D. O'Neil, «Democratizing health services in the Northwest Territories: Is devolution having an impact?», *Northern Review* 5, 1991, p. 60 à 82.
37. Vérificateur général du Canada. *Comprehensive Audit of the Department of Health: A report to the Legislative Assembly of the Northwest Territories*, Ottawa, 1992.
38. Pour un examen du programme des RSC, voir F. Paul, V. Toulouse et E. Roberts, «The Role of Canadian Native Health Workers in Achieving Self-Government», *Arctic Medical Research* 47 (Suppl. 1), 1988, p. 66 à 69; et Assemblée des premières nations, «Community Health Representatives, Proposals for Enrichment and Expansion: Background paper», 1988. Pour un examen critique des rôles de représentation d'autres paraprofessionnels comme les interprètes médicaux, voir J. Kaufert, J.D. O'Neil et W. Koolage, «Cultural Brokerage and Advocacy in Urban Hospitals: The impact of Native language interpreters», *Santé/Culture/Health* 3 (2), 1985, p. 3 à 9; J.D. O'Neil, «The Cultural and Political Context of Patient Dissatisfaction in Cross-Cultural Clinical Encounters: A Canadian Inuit Study», *Medical Anthropological Quarterly* 3 (4), 1989, p. 325 à 344.
39. Goodwill, J.C. «Organized Political Action: The Inuit and Indian Nurses of Canada» dans A.J. Baumgart et J. Larsen (dir.), *Canadian Nursing Faces the Future: Development and Change*, St. Louis, C.V. Mosby Company, 1988.
40. Gilmore, A. «Educating Native MDs: 'Always go back and serve your people in some larger way'», *Journal de l'Association médicale canadienne* 142 (2), 1990, p. 160 à 162.
41. McClure, L., M. Boulanger, J. Kaufert et S. Forsyth. *First Nations Urban Health Bibliography: A Review of the Literature and Exploration of Strategies*, Winnipeg, Northern Health Research Unit, 1992.
42. Pour des exemples d'un secteur de développement au sujet duquel il n'existe vraiment pas beaucoup de témoignages, voir Assembly of Manitoba Chiefs, *Family Violence and Community Healing: A Plan of Action*, Winnipeg, 1991; W.J. Mussell, W.M. Nicholls et M.T. Adler, *Making Meaning of Mental Health Challenges in First Nations: A Freirean Perspective*, Chilliwack, C.-B., Sal'y'shan Institute Society, 1991; S. Ilume, «The Champagne/Aishihik Family & Children's Services: A unique community-based approach to service delivery», *Northern Review* 7, 1991, p. 62 à 75; et A. Kamin et R. Beach, «A Community Development Approach to Mental Health Services», *Northern Review* 7, 1991, p. 92 à 111.

## Remettre en question notre conception de la santé

*Rosemary Proctor\**

Le 10 janvier 1993, le *New York Times* annonçait que le prestigieux National Institute of Health allait créer un bureau chargé des médecines douces. Ce nouveau bureau s'apprêtait à solliciter des propositions de la part de chercheurs qui désirent explorer la valeur des thérapies dites alternatives. D'après l'article, certains chercheurs applaudissent à cette initiative, la trouvant visionnaire, alors que d'autres estiment qu'elle relève de la chiromancie. Le premier directeur de ce bureau est un pédiatre qui connaît bien la médecine amérindienne grâce à sa mère, qui est mohawk, et à son travail sur la réserve navajo.

Lorsque j'ai lu cet article, il m'a semblé qu'un grand pas venait d'être franchi dans le cadre d'un important débat sur la santé et la politique de la santé. Je compte expliquer ici pourquoi.

Notre société modifie activement, et cela depuis quelques années, notre façon de percevoir la santé, la maladie, la guérison et les soins à prodiguer aux malades. Nous sommes en train de changer le paradigme qui définit la santé et la maladie.

J'ai choisi de parler de paradigme parce que je continue de croire que l'idée peut aider à analyser et à comprendre le sujet. Je reconnais d'emblée que bien des auteurs ne sont pas d'accord avec cette méthode d'analyse, qu'ils jugent trop restrictive.

Néanmoins, il me semble qu'un paradigme peut nous aider à comprendre les changements qui surviennent dans notre perception de la santé et de la médecine. Un paradigme est un ensemble partagé de théories et de pratiques qui définit une

---

\* Sous-ministre des Services sociaux et communautaires de l'Ontario.

certaine science, c'est-à-dire que les scientifiques qui oeuvrent dans un certain domaine s'entendent sur les théories, les expériences et les faits qui constituent l'essentiel de ce domaine. Ils s'entendent aussi sur les questions qui doivent être étudiées. Le paradigme définit leur monde intellectuel.

Il arrive que les scientifiques qui utilisent un paradigme modifient la pensée dominante et la remplacent par une nouvelle structure. Ce passage d'un édifice théorique à un autre a été comparé à une révolution. Ainsi, Galilée a révolutionné la pensée occidentale lorsqu'il a «découvert» que la terre tournait autour du soleil, plutôt que vice versa. Certes, cette révolution ne s'est pas opérée du jour au lendemain : il a fallu un certain temps pour que les gens digèrent et acceptent ce changement. Mais elle a complètement changé notre façon de voir et de décrire le monde.

Il y a une trentaine d'années, Thomas Kuhn a écrit un livre-phare intitulé *La structure des révolutions scientifiques*. Bien que ce livre porte sur l'histoire de la science, Kuhn propose une façon utile d'envisager la santé humaine.

Kuhn dit en fait qu'une révolution se produit dans la pensée scientifique lorsque les théories qu'utilisent les spécialistes pour expliquer la réalité, et la démarche qu'ils adoptent face à leur science deviennent incapables de répondre aux questions essentielles posées par cette science. La pensée et les méthodes de travail traditionnelles ne peuvent plus expliquer les phénomènes qui se produisent, ni les observations que font les scientifiques. Les résultats des expériences ne correspondent plus aux théories admises. Si cela arrive trop souvent, les scientifiques commencent à tenter de reformuler leurs théories pour obtenir des réponses plus satisfaisantes ou complètes à leurs questions. Ils revoient et réévaluent aussi les autres contradictions qui se sont accumulées au fil des ans et qu'ils ont négligées. Mais ils n'abandonnent pas le paradigme existant – l'amalgame de théories et de pratiques – tant qu'ils n'en ont pas un autre pour le remplacer.

L'élaboration d'un nouveau paradigme demande du temps. Et puisqu'il s'agit essentiellement de redéfinir notre façon de voir le monde (ou une partie de celui-ci), elle se heurte parfois à la résistance de gens qui préfèrent les anciennes définitions. Adopter un nouveau paradigme, c'est en quelque sorte se convertir à une autre pensée. Appliquons maintenant ce cadre conceptuel à la question de la santé humaine.

Dans le monde occidental (blanc), les scientifiques ont commencé dès les années 1800 à mettre au point ce que nous appelons la théorie microbienne. Cette théorie reposait sur l'hypothèse que les diverses maladies sont causées par des microbes, des virus ou d'autres agents bien spécifiques. Elle aidait à expliquer la variole, la tuberculose et d'autres maladies courantes de l'époque.

Ce cadre théorique a eu maintes retombées positives. Il a favorisé une formation rigoureuse des médecins, une interprétation objective des symptômes, et des recherches considérables sur les causes et le traitement des maladies. Au fil des ans, le paradigme causal a su répondre à des questions ou à des exigences de plus en plus complexes, y compris les transplantations d'organes et la fécondation *in vitro*.

La définition de la maladie constitue un aspect très important de ce paradigme. Ainsi, la maladie tend à y être définie comme un dérèglement ou une incapacité de fonctionner dont la cause est extérieure au patient. En un mot, ce n'est pas votre faute si vous êtes malade. La maladie vient de l'extérieur. La santé est ensuite définie comme l'absence de maladie, un état relativement neutre.

Avec les années, ces définitions nous ont portés à considérer tout ce qui n'est pas santé comme une maladie. La toxicomanie, les comportements bizarres, les handicaps et le vieillissement sont devenus des maladies, et on a supposé qu'on pouvait encore s'en remettre aux médicaments et aux interventions prescrits par le paradigme dominant.

Pendant près de deux siècles, ce paradigme s'est développé et a progressivement influencé la perception de la santé et de la maladie dans la plupart des régions du monde. Il a une incidence fondamentale sur ce que nous appelons les soins de santé, et sur bien d'autres choses aussi, comme les services sociaux et la religion.

Cependant, certains ont remis ce paradigme en question. En effet, les gens critiquent depuis une bonne trentaine d'années de nombreux aspects du paradigme causal, faisant valoir qu'il n'est pas nécessairement ou toujours applicable, ou qu'il est trop étroit. Il ne réussit pas complètement à expliquer l'expérience de la maladie dans notre société contemporaine.

Par exemple, à une époque, on attribuait volontiers l'amélioration de l'espérance de vie à la médecine scientifique. Toutefois, selon des études plus récentes, les taux de mortalité auraient commencé à fléchir avant même l'avènement de la médecine moderne, et notre longévité serait plus vraisemblablement attribuable à des améliorations sur les plans de l'alimentation, du logement, de la contraception et de l'hygiène. D'autres études démographiques lient la maladie et la morbidité à des facteurs comme la profession, la situation socio-économique et le sexe, plutôt qu'à l'accès aux soins de santé ou aux divers traitements.

Dans plusieurs domaines, des études récentes révèlent une tendance à un écart croissant entre les taux de mortalité et de morbidité des diverses classes sociales. Ainsi, le taux de mortalité tend à être plus faible parmi les classes privilégiées et plus élevé parmi la classe ouvrière.

Dans le domaine de la santé mentale, les adversaires du paradigme causal se demandent dans quelle mesure il peut aider à comprendre le comportement ou à prescrire un traitement efficace. Ils estiment qu'inclure la maladie mentale dans la portée du paradigme, c'est mal comprendre la nature et les problèmes de l'expérience humaine.

Le paradigme causal n'a jamais été situé dans un contexte social ou économique. Il est généralement considéré comme intemporel et sans frontières, parce qu'il repose sur des preuves scientifiques et des faits physiologiques. Il ne reconnaît pas que, en s'étendant de par le monde et en devenant le paradigme dominant, la médecine moderne a absorbé et, dans bien des cas, discrédité et éliminé les façons traditionnelles de concevoir la santé et les soins de santé. À l'instar de la culture industrialisée

dominante de l'Occident, la sous-culture des soins de santé s'est propagée, imposant partout sa conception de la santé individuelle et communautaire.

Le Dr David Skinner, de la Yukon Medical Association, dont j'ai lu le mémoire présenté à la Commission, est très clair à ce sujet:

Nous devons nous souvenir que nous avons ici un système de soins de santé ethnocentrique blanc que nous avons imposé aux peuples autochtones, et nous leur demandons de voir et de faire les choses de notre façon [...] Toutefois, nous croyons que, parce que la médecine blanche est très axée sur la technologie, les symptômes, les médicaments et la chirurgie, il lui manque quelque chose que possède la médecine autochtone et dont nous avons désespérément besoin mais ne pratiquons pas : la spiritualité ou du moins un élément spirituel. [traduction]

On reproche au paradigme son étroitesse : l'expérience humaine doit s'accommoder d'un moule trop serré. L'élaboration du paradigme a commencé à un moment où le niveau de vie en Europe s'améliorait rapidement. Ce nouveau paradigme n'a pas nécessairement tenu compte de cette amélioration ou de son importance. Et il n'a pas non plus apporté de réponse aux problèmes occasionnés par la destruction délibérée d'une culture. Par exemple, il explique très mal les foyers désunis, la violence, le suicide, l'alcoolisme et la toxicomanie, comme du reste le problème plus global de la pauvreté, du chômage et de la déchéance humaine.

On assiste graduellement à l'émergence d'un nouveau paradigme qui remet en question les prémisses bien établies de la causalité spécifique. J'ai tendance à le qualifier de paradigme environnemental parce qu'il explique la maladie par rapport à tous les aspects de notre environnement et de notre corps. Dans ce paradigme environnemental, la santé et la maladie ne sont plus à des pôles opposés, mais des points le long d'un même continuum.

Le paradigme environnemental considère que les êtres humains s'adaptent à leur environnement de façon tantôt efficace, tantôt inefficace, et qu'en s'y adaptant, ils le modifient pour le meilleur ou pour le pire. Ce paradigme englobe la psychologie des êtres humains et de la société, la vulnérabilité des gens à des maladies spécifiques et leur interaction avec l'environnement. La santé devient un objectif : la présence d'un bien-être physique, social et mental. Il ne s'agit plus de savoir quelle est la cause de la maladie, mais quels sont les déterminants de la santé.

La maladie est vue moins fréquemment comme le résultat de facteurs spécifiques, et considérée davantage comme le produit de l'interaction de la personne avec son environnement social (les concepts du risque, les effets de la pollution) et individuel (la vulnérabilité génétique à certaines maladies, le mode de vie ou le vécu). On insiste davantage sur la définition du bien-être.

Par ailleurs, les forces médiatrices qui favorisent la santé et aident à prévenir la maladie comprennent les soutiens sociaux, l'emploi, la réduction de la pollution, etc. Ces forces, au même titre que les soins de santé, sont considérées comme des sujets

de recherche légitimes dans le domaine de la santé et de la maladie. Il peut s'avérer plus indiqué d'intervenir dans le milieu social et physique d'une personne que sur sa maladie proprement dite. C'est ce qu'a souligné Sophie Pierre dans son exposé devant la Commission à Cranbrook :

Le bien-être englobe toutes les sphères du développement humain qui touchent l'état physique, émotif et spirituel de notre peuple. Si l'un ou l'autre de ces éléments doit faire l'objet d'une guérison, il y a lieu de faire appel à tout un éventail de solutions connexes. [traduction]

Ce processus consiste à réexaminer un ancien paradigme, à le rejeter et à en élaborer un nouveau; c'est donc une source de conflits. Ceux qui appliquent un paradigme sont fortement portés à ne pas tenir compte des faits qui contredisent leur version de la réalité. Mentionnons à cet égard les études bien documentées concernant les effets iatrogènes des traitements médicaux, c'est-à-dire le fait que les médicaments et les traitements peuvent causer et causent effectivement des maladies. Le corps médical a tendance à adopter des procédures et à continuer de les utiliser même s'il a été démontré qu'elles sont inefficaces ou nuisibles.

Des conflits surviennent au niveau gouvernemental lorsque les praticiens ou les partisans des deux paradigmes se disputent soutien et ressources. Ce changement de paradigme n'intéresse pas que les scientifiques et les laboratoires: il engage le public individuellement et collectivement. Il interpelle nos collectivités et nous force à repenser nos valeurs historiques et sociales. Songeons à la puissance du paradigme causal et aux professions et institutions qu'il a engendrées. Songeons à l'importance de la santé pour la population en général. Il est donc compréhensible qu'on lutte pour le pouvoir, pour cette influence qui permet d'orienter le cours des choses.

Je vous ai peut-être donné l'impression que ces deux paradigmes étaient aux antipodes l'un de l'autre. En fait, on est probablement en train de créer un nouveau paradigme en incorporant dans un ensemble plus vaste des éléments propres à chacun. Ce cheminement nous permettra de faire l'essai d'un modèle susceptible d'apporter une réponse plus satisfaisante aux questions épineuses de notre époque et de nos collectivités. Il est à espérer qu'il nous permettra aussi de conférer une dimension culturelle et historique à notre connaissance dite scientifique.

La promotion de la santé et la prévention sont devenues des concepts de base du nouveau paradigme. À l'origine, les définitions de la prévention étaient très individuelles. Elles reflétaient l'existence de rapports linéaires entre, par exemple, le mode de vie d'une personne et son risque de maladie. Je pourrais donner ici l'exemple du tabagisme et du cancer du poumon. Au fil des ans, la promotion de la santé et la prévention ont acquis une résonance de plus en plus sociale: on considère maintenant qu'elles dépendent d'un effort collectif. Mais la question du mode de vie reste très complexe.

Le nouveau paradigme admet l'existence d'une certaine responsabilité individuelle à l'égard de la santé, tant sur le plan de la santé personnelle que globalement parlant. Par exemple, en établissant un rapport entre le manque d'exercice et la maladie, le

paradigme reconnaît que la personne est responsable de ce comportement et, dans une certaine mesure, de la présence ou de la durée de la maladie. Pour ce qui est des liens plus généraux qui existent entre la morbidité et les facteurs sociaux, comme la pauvreté et la sous-alimentation, le paradigme laisse entendre que la société peut avoir une influence sur la santé des gens. La prévention de la maladie et la création de conditions propices à la santé sont donc notre responsabilité collective.

Le nouveau cadre s'élargit aussi grâce aux méthodes de guérison traditionnelles que l'on s'efforce de retrouver pour les appliquer au traitement des maux modernes. Il se peut par exemple que les cercles de guérison soient une excellente façon de soulager les gens qui ont des problèmes d'ordre physique ou émotif.

Désireuse d'élaborer un nouveau paradigme, la culture dominante cherche de nouvelles idées. Les gens sont peut-être trop influencés par la façon dominante d'analyser et d'expliquer la réalité, ce qui peut en soi entraver la recherche de solutions créatrices. Néanmoins, ce travail créateur se poursuit au sein de collectivités au Canada et ailleurs. Les efforts que font les collectivités autochtones pour trouver des façons d'intégrer les explications et les méthodes de guérison traditionnelles à la médecine moderne peuvent non seulement aider les habitants de ces collectivités, mais favoriser une nouvelle approche de la santé humaine.

Voilà qui me ramène à l'article du *New York Times*. À mon sens, celui-ci ébranle le paradigme établi parce qu'il reconnaît l'existence d'autres questions à étudier. Il amène la médecine à utiliser ses ressources pour répondre à des questions qui sont importantes pour le nouveau paradigme. Il illustre la nécessité de combler le fossé qui existe entre les définitions et les approches traditionnelles de la santé et celles de la culture dominante. Et s'il menace les vues bien arrêtées de certains chercheurs, il en mettra d'autres au défi d'apporter des réponses créatrices aux questions qui importent à nos collectivités. Il montre que les définitions de la santé et de la maladie restent à formuler et que bon nombre d'entre nous peuvent faire une contribution utile à cet égard.

# Le suicide chez les peuples autochtones canadiens: causes et prévention

*Clare Clifton Brant\**

Le plus grand mal... et le plus grand crime est la pauvreté. Notre responsabilité première envers nous-mêmes est donc d'éviter d'être pauvre.

— *George Bernard Shaw, 1907, dramaturge*

Toutes les maladies ont deux causes: la première est pathophysiologique et la seconde est politique.

— *Ramon Cajal, 1899, pathologiste*

En 1984, le taux de suicide chez les autochtones était de 43,5 pour 100 000 habitants, par rapport à 13,7 dans la population canadienne en général. En 1981, le taux de suicide chez les autochtones était de 64 pour 100 000 habitants; la situation s'est donc améliorée, mais le taux reste 3 fois plus élevé que la moyenne générale. Il n'y a pas de statistiques fiables sur les parasuicides et les tentatives de suicide. Il est également difficile de documenter l'incidence réelle du suicide chez les autochtones puisqu'il se peut que les Indiens non inscrits ne figurent pas dans certaines statistiques, la méthode de recensement des autochtones variant d'un endroit à l'autre au pays.

Le suicide chez les autochtones a tendance à se produire par en série. Le Dr Jack Ward (Ward, 1977) a signalé un taux de suicide de 267 pour 100 000 habitants pour une période de douze mois en 1975, à Wikewemikon, ce qui est astronomique

\* M.D., F.R.C.P. (C), Mohawks de la baie de Quinte n° 1484. C.P. 89, York Road, Shannonville (Ontario) K0K 3A0; (613) 966-0888

comparativement au taux canadien général, lequel s'établit de façon assez constante à 14 pour 100 000 habitants par année. D'autres réserves et établissements signalent, cependant, un taux de suicide de zéro pour cent par année. Ces séries de suicides et de tentatives de suicide attirent souvent une attention prononcée de la part des médias et donnent lieu à des reportages qui frisent le sensationnalisme.

C'est dans le groupe des 15 à 24 ans que le taux de suicide chez les autochtones est le plus élevé. Voici quelques caractéristiques démographiques relatives aux suicides et tentatives de suicide relevées par Travis et Dizmag et coll. (1971) :

- Gardien non-parent;
- Arrestations de gardiens;
- Jeune âge au moment de la première arrestation;
- Arrestation durant les 12 mois précédents;
- Rupture récente d'une relation à cause d'un conflit, d'un décès ou des deux.

Ces caractéristiques démographiques semblent revenir régulièrement dans d'autres études (Ward, 1977; mai 1974).

Tableau I

Suicides et tentatives de suicide (Nord-ouest de l'Alaska, 1970-1980)

Caractéristiques	Homme	Femme
Âge	23,2	22,0
Niveau d'instruction	10,5	9,5
Chômeur	78 %	82 %
Célibataire	92 %	77 %
Sans emploi	61 %	79 %
Revenu du ménage inférieur à 10 000 \$ par an	77 %	88 %
Alcoolique	77 %	65 %

Source: Travis, 1983.

L'étude effectuée par Travis, ainsi que d'autres analyses, font ressortir une caractéristique démographique d'importance. Les suicidés ont généralement un niveau d'instruction plus élevé que les autres autochtones, mais quand même moins élevé que celui de la population non autochtone. Cela laisse supposer que ces suicidés ont peut-être voulu faire partie de la société dominante mais ont rencontré des obstacles à cause d'un niveau d'instruction encore insuffisant et de la difficulté de décrocher un emploi ou de faire reconnaître leur valeur. Quarante-vingt-douze pour cent des suicidés de sexe masculin n'avaient jamais été mariés. Certaines études subdivisent la catégorie des « jamais mariés » en célibataires et en conjoints de fait.

Les célibataires sont, dans la population générale, les plus vulnérables au suicide, mais lorsqu'on songe à l'importance de la famille chez les Indiens, ce chiffre revêt une signification toute particulière. Dans bien des cultures indiennes, un jeune homme n'est pas considéré comme un adulte avant d'avoir pris femme et d'avoir les moyens de faire vivre une famille. Soixante et un pour cent des personnes qui se sont

suicidées ou qui ont tenté de le faire étaient sans emploi. Comparativement au revenu régional, le revenu annuel du ménage était substantiellement moins élevé chez les suicidés. Soixante-dix-sept pour cent des suicidés étaient alcooliques ou consommaient trop d'alcool.

Un autre facteur ressort dans d'autres études, notamment celle réalisée par Dizmang en 1971: la fréquence de ceux qui, parmi les suicidés, avaient été confiés à des personnes autres que leurs parents ou placés en foyer nourricier. Il arrive souvent, en effet, que dans leur jeune âge, les suicidaires aient été confiés aux soins de personnes autres que leurs parents ou des membres de leur famille. Dizmang a également constaté que ces gardiens avaient souvent été eux-mêmes arrêtés beaucoup plus fréquemment que d'autres autochtones du même âge et provenait d'un milieu tribal ou communautaire similaire. Dizmang a constaté que les suicidaires avaient été plus souvent confiés à des personnes qui connaissaient elles-mêmes des difficultés personnelles.

En 1985, la section de la santé mentale des autochtones de l'Association des psychiatres du Canada, devenue la Native Mental Health Association of Canada, a tenu une rencontre de trois jours sur le suicide à Sainte-Foy, au Québec. Le paradigme suivant a été retenu comme cadre pour comprendre le taux élevé de comportements autodestructeurs chez les autochtones.

1. Pauvreté	1. Enfance difficile	1. Alcoolisme
2. Sentiment d'impuissance	+ 2. Séparation ou perte récente	= 2. Dépression
3. Anomie		3. Suicide

## La pauvreté

Le Dr Fred Wien, parlant du rôle que jouait la pauvreté dans le suicide, a présenté la chronologie économique des Micmacs reproduite dans le tableau 2.

La politique de centralisation n'a fait qu'aggraver la tendance vers le chômage qui était née de la dépression des années 20 et 30. C'est l'histoire économique de la nation micmaque, mais, transposée dans le temps et dans d'autres lieux, c'est également celle d'autres premières nations. On ne peut s'empêcher d'être frappé par la situation économique fort diverse des autochtones depuis les premiers contacts avec les Européens, qui va de l'autonomie au dénuement le plus total.

La relation entre la situation socio-économique et le suicide, en Amérique du Nord, est un fait statistique accepté. C'est dans la cinquième catégorie socio-économique, la plus défavorisée, c'est-à-dire chez les personnes qui vivent de l'aide publique, qu'on retrouve le plus de suicidés. Les autochtones font partie de cette cinquième catégorie. Ensuite, c'est dans la catégorie la plus élevée qu'on retrouve le plus de suicidés, mais le taux est quand même inférieur. L'auteur n'a jamais entendu une explication satisfaisante de la raison pour laquelle, dans une démocratie capitaliste qui permet le mouvement vers le haut, le comportement destructeur et la toxicomanie sont si fréquents dans les classes sociales inférieures.

Tableau 2

## Grandes périodes de l'histoire économique des Micmacs

Dates approximatives	Principales caractéristiques
1. Jusqu'en 1500	Modes traditionnels de subsistance; production et consommation par la collectivité
2. 1500 - 1783	Contact avec les Européens et commerce des fourrures
3. 1784 - 1867	Période de transition vers la sédentarisation et la subordination
4. 1868 - 1940	Arrivée sur le marché industriel du travail
5. 1941 - Aujourd'hui	Centralisation, assistance publique et dépendance de l'État.

1. Période commençant il y a quelque 10 600 ans et se terminant vers l'an 1500, lors des premiers contacts avec les Européens. Durant cette période, les autochtones, organisés en collectivités, vivent de chasse, de pêche et de cueillette.
2. Période allant du début du XIV<sup>e</sup> siècle à 1783, durant laquelle ont lieu les premiers contacts avec les Européens et où se développe le commerce de la fourrure. Le mode de vie des autochtones est perturbé par les maladies apportées par les Européens et divers autres changements. Pourtant, les Micmacs savent s'adapter assez facilement aux exigences du commerce de la fourrure, puisqu'elles ne sont pas très différentes de leurs habitudes de chasse et qu'eux-mêmes jouent certainement un rôle essentiel dans ce commerce. Ils ont par conséquent une influence certaine sur la situation et ils savent en tirer parti.
3. Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le commerce de la fourrure fait place à une économie basée sur l'agriculture, à laquelle se livrent un nombre rapidement croissant d'immigrants européens et américains. Cette période, qui dure jusqu'à la Confédération, est désastreuse pour les Micmacs de la province, parce que le nouveau mode de vie est totalement incompatible avec celui qu'ils préfèrent et qui a toujours été le leur. En outre, les Micmacs n'ont pratiquement aucun rôle à jouer.
4. Avec la Confédération arrive un gouvernement fédéral plus activiste et les Micmacs continuent de faire des efforts pour s'intégrer à la vie économique de la région. Ils y parviennent largement; durant une bonne partie de cette période, ils travaillent en marge de l'économie des Blancs, s'assurant une économie largement autonome, quoique précaire et loin d'être prospère.
5. La dernière période, qui va de 1940 à aujourd'hui, se caractérise par au moins trois traits dominants. En premier lieu, la Direction des affaires indiennes a décidé, dans sa sagesse, de regrouper en deux endroits, soit à Shubenacadie, en Nouvelle-Ecosse, et à Eskasoni, au Cap-Breton, les nombreuses réserves indiennes éparpillées dans la province. Quoique les intentions de la Direction n'aient pas été pleinement réalisées et que quelques familles soient retournées au bout d'un certain temps à leur lieu d'origine, des centaines de gens ont été déracinés et ont ainsi perdu le bénéfice des fragiles adaptations économiques qu'ils avaient réussi à faire dans leur environnement. Le déménagement a occasionné, surtout en raison de la nécessité de loger les nouveaux arrivants, une courte période d'emploi intensif dans les deux lieux de réinstallation, mais cette prospérité n'a pas duré plus d'une décennie.

Les premiers colons et les missionnaires ont rapporté que les autochtones, qui avaient alors le même mode de vie qu'à l'âge de pierre, menaient une existence innocente, paisible et joyeuse tout en suffisant à leurs besoins. Quand on examine l'histoire des Micmacs dressée par le Dr Wien, on ne peut s'empêcher de constater que la dégradation de la situation économique des Micmacs et leur asservissement leur ont fait perdre l'estime d'eux-mêmes et ont entraîné des problèmes sociaux. Le Canada n'est d'ailleurs pas le seul pays au monde où des colons étrangers ont délibérément déplacé, asservi et humilié les populations indigènes. La même chose s'est produite en Nouvelle-Zélande, en Australie et en Afrique du Sud. Les autochtones du Canada ne connaissaient pas la notion de propriété de la terre: ils estimaient cependant avoir des droits exclusifs de chasse dans certaines régions, mais ce droit était fluctuant et pouvait varier.

Avec la démocratie capitaliste, l'Amérique du Nord devait être une société sans classes sociales, par opposition à la société européenne aristocratique où tout était une question d'hérédité, de titre et de propriété foncière. La «méritocratie» de l'Amérique du Nord promet le succès, la richesse, la célébrité et la fortune à tous ceux qui sont nés sur le continent et même aux nouveaux immigrants. Toutefois, on constate à quel point ces promesses sont fallacieuses quand on ne peut plus nourrir sa famille et qu'on n'a plus de mazout pour se chauffer. La grande majorité des réserves indiennes sont situées dans des endroits où le développement économique est impossible, ce qui empêche la plupart des autochtones d'avoir un emploi. Environ 3 % du budget du ministère des Affaires indiennes est consacré au développement économique. La télévision par satellite a rendu même les autochtones vivant dans les régions les plus reculées conscients du luxe dont peuvent jouir les Canadiens en général. Nous qui vivons dans des régions plus prospères savons bien que des émissions comme *Dallas* et *The Brady Bunch* ne reflètent pas l'existence de la plupart des Nord-Américains mais ceux qui vivent dans des régions isolées pensent que ce mode de vie est la norme. Après avoir vu la magnificence de la résidence des Ewing, à South Forks, dans *Dallas*, constater qu'on habite soi-même une cabane mal chauffée et mal isolée ne peut avoir que des résultats négatifs sur son estime de soi. Pour autant que l'auteur le sache, aucune étude n'a été faite sur le lien qu'il peut y avoir entre l'invasion de la télévision par satellite et le taux de suicide. Les autochtones font pourtant partie du «village planétaire» de Marshall McLuhan et se font rappeler tous les jours leur pauvreté, leur désespoir et leur situation sans issue. Les autochtones de l'Amérique du Nord sont loin d'avoir les aspirations de Donald Trump, mais ils ne sont pas les seuls à être frustrés dans leurs aspirations. On constate aussi une épidémie de suicides, de parasuicides et de tentatives de suicide chez les jeunes non autochtones parce que l'éducation, qui était autrefois la clé de la prospérité, a maintenant perdu sa valeur. À Toronto, on peut voir des docteurs en philosophie conduire des taxis.

## Le sentiment d'impuissance

Dans l'exposé qu'elle a présenté à la conférence sur le suicide de 1985, Marlene Brant-Castellano a parlé du sentiment d'impuissance comme facteur du suicide chez

les autochtones. Elle décrit trois dimensions du pouvoir et de son contraire, l'impuissance:

1. **Pouvoir personnel** (je vais bien)
2. **Pouvoir impersonnel** (j'ai des liens avec quelqu'un d'autre)
3. **Pouvoir fonctionnel** (je peux faire ce que je veux)

## Caractéristiques des personnes avec et sans pouvoir

### Pouvoir

#### 1. Plan personnel

- Enfance choyée et guidée
- Conscience et valorisation des dons personnels et de sa propre place dans le monde
- Capacité de replacer les choses dans leur contexte

#### 2. Plan interpersonnel

- Relations affectueuses avec diverses personnes
- Sexualité épanouie

#### 3. Plan fonctionnel - Connaître des choses et savoir comment faire des choses

- Efficacité au travail
- Capacité de subvenir aux besoins de sa famille
- Capacité de rechercher et d'assumer des responsabilités
- Capacité de se remettre d'un échec et d'en tirer des enseignements

### Impuissance

- Relation instable dès le début
- de la vie
- Incertitude quant à savoir si la vie pourvoira à ses besoins
- Interrogation quant à savoir si on est responsable du sentiment de frustration et de privation qu'on ressent
- Absence d'espoir

- Impossibilité de ressentir l'affection ou de l'attirer
- Attentes irréalistes des autres
- Attente d'un rejet et comportement suscitant le rejet

- Manque de formation et de compétences professionnelles
- Chômage
- Comportement agressif et absence de but positif
- Propension à commettre des crimes sur impulsion
- Propension à conduire imprudemment
- Propension à se battre

Les personnes «puissantes» ont généralement été choyées et guidées dans leur enfance. Elles réussissent habituellement la transition de l'adolescence à l'âge adulte; elles connaissent leurs dons, ont conscience de leur valeur et savent qu'une place leur est réservée dans le monde. Lorsqu'elles traversent des épreuves, elles savent qu'au bout d'un certain temps elles s'en remettront et reprendront à nouveau le combat de la vie, avec énergie et détermination. Par contre, les personnes sans pouvoir

personnel ont fréquemment des relations instables dès leur enfance. Elles ne sont pas sûres de pouvoir subvenir à leurs besoins, mêmes les plus élémentaires. Elles ne savent pas non plus si elles sont elles-mêmes responsables des sentiments de frustration et de privation qu'elles ressentent, ni si ces sentiments sont causés par des facteurs extérieurs. Elles ont par conséquent l'impression de ne rien pouvoir faire pour améliorer leur sort. Cette impression que tout est perdu, si elle est aggravée par l'alcool, la rupture d'une relation, la perte d'un être cher ou même le simple fait de savoir qu'une connaissance s'est suicidée, peut faire franchir le pas qui mène de la désespérance au suicide.

Sur le plan interpersonnel, les personnes «puissantes» sont capables d'établir et d'entretenir des relations d'affection avec diverses personnes. C'est-à-dire qu'elles ont le sentiment d'être rattachées à diverses personnes de leur entourage et d'en être aimées, et elles sont capables de répondre à ce sentiment d'une façon responsable. L'absence de lien ou de pouvoir interpersonnel peut rendre le suicidaire indifférent aux sentiments des personnes qu'il laissera derrière lui: puisque personne ne l'aime, personne n'en souffrira. Je pense que ces gens ont perdu ou n'ont pas réussi à établir ce que Jean Vanier a décrit comme étant le plus important: «Je pense que la chose la plus importante dans la vie est d'avoir le sentiment d'être aimé, de sentir que si on est absent, on manquera à quelqu'un et que si on meurt, quelqu'un en souffrira.»

Sur le plan fonctionnel, le pouvoir et l'impuissance se traduisent par le fait de «connaître des choses et de savoir faire des choses», comme le dit Eric Fricksen dans *Youth Identity and Crisis*. Les gens qui ont un pouvoir fonctionnel sont efficaces au travail, savent subvenir aux besoins de leur famille, recherchent des responsabilités et savent s'en acquitter, se remettent de leurs échecs et en tirent des enseignements. Quand on examine les caractéristiques démographiques des suicidés et suicidaires, on voit que l'impuissance est liée à la pauvreté, au chômage, au manque d'instruction et à l'absence de responsabilité familiale (Travis, 1983). En résumé, M<sup>me</sup> Brant-Castellano dit, après avoir dépouillé la recherche qui s'est faite, que les personnes qui, dès leur jeune âge, désespèrent d'elles-mêmes, de leurs relations avec autrui et de leur capacité de jamais faire quelque chose de bien dans la vie, sont particulièrement susceptibles d'éprouver des pensées suicidaires, de faire des tentatives et de se suicider.

## L'anomie

L'anomie est l'opposé de la prise en charge totale par un établissement. Lorsqu'on entre au couvent, dans l'armée ou dans un hôpital psychiatrique, toutes les décisions sont prises par d'autres: qu'il s'agisse de relations, de valeurs, d'emploi du temps, de fréquentations, de héros à imiter ou de méchants à détester, tout est prévu. L'anomie, par contre, désigne un état où toutes les valeurs sociales perdent leur signification. Un des premiers sociologues et suicidologues, qui est encore largement lu, Emile Durkheim, reconnaît dans son ouvrage de 1897, intitulé *Le suicide*, trois catégories de suicide.

1. Le suicide altruiste, pour l'amour de son pays, de sa famille ou d'une autre entité. Il se produit parfois chez les autochtones et l'auteur se rappelle un jeune leader autochtone très efficace et doué d'un grand charisme qui, frustré par le système bureaucratique du ministère des Affaires indiennes, s'est pendu en guise de protestation;
2. Le suicide égoïste, qui concorde avec le sentiment d'impuissance décrit par M<sup>me</sup> Brant-Castellano, qui fait que la vie n'a plus aucun sens;
3. Le suicide anémique, attribuable à une absence de réglementation de sa vie.

Durkheim dit dans son livre, que «l'anomie vient en fait de l'absence de forces collectives à certains points dans la société; c'est-à-dire, de groupes établis pour régler la vie sociale. L'anomie résulte du même état de désintégration qui suscite le comportement égoïste.»

Rien ne saurait décrire mieux l'état de désorganisation sociale qui règne dans bien des réserves indiennes. Les anciennes façons de faire, les anciennes philosophies et religions qui enseignaient à être fort, à survivre et à ne faire qu'un avec la nature ont été dénigrées et détruites par la culture dominante, puis abandonnées par bien des autochtones. Pourtant, l'espoir revient puisqu'on voit revivre des traditions autochtones comme les rites sudatoires de purification, les cérémonies où l'on brûle le foin d'odeur ainsi que la création de départements d'étude autochtones dans diverses universités où les jeunes peuvent redécouvrir le mode de vie traditionnel des Indiens.

Toutefois, redécouvrir ou découvrir son identité autochtone et les normes de conduite de la société autochtone ne va pas sans risque. Les parents des élèves inscrits aux programmes d'études autochtones qui ont été élevés selon les préceptes de diverses religions chrétiennes, reprochent souvent à leurs enfants d'étudier des «religions démoniaques». Ces parents sont maintenant devenus semblables aux oppresseurs. Lors d'une étude du suicide effectuée à la prison pour femmes de Kingston en Ontario, on a cru discerner qu'un des facteurs déterminants du suicide, dont l'importance ne pouvait être pleinement arrêtée dans ce milieu globalement stressant qu'est l'établissement pour femmes autochtones, était justement le fait pour les détenues d'avoir été amenées, par un groupe de femmes autochtones, à participer à un programme de sensibilisation aux valeurs autochtones où on les a initiées à la spiritualité, aux rites de purification et aux cérémonies du foin d'odeur. Certaines de ces femmes, qui avaient jusque-là eu un comportement antisocial au point qu'on avait dû les enfermer, tant pour leur sécurité que pour celle des autres, ont alors pris conscience que la vie pouvait avoir un sens; cependant, une fois de retour dans leurs cellules et confrontées aux dures réalités d'un milieu carcéral cruel, elles n'avaient pu supporter ce changement trop abrupt. Elles avaient cherché à échapper par le suicide au déchirement qu'elles ressentaient entre la paix intérieure qu'elles avaient trouvée et l'indicible cruauté de la vie carcérale. À certains égards, leur suicide pouvait être à la fois altruiste, égoïste et anémique.

## Les causes générales des stress psychosociaux

À la suite de 600 entrevues non dirigées menées avec des autochtones de tout l'Ontario (Technical Assistance in Planning Associates, 1979), on a dressé la liste des stress psychosociaux indiqués, par ordre d'importance, par les autochtones eux-mêmes sans incitation:

1. Logement inadéquat
2. Absence d'emploi et d'autres formes de soutien du revenu, notamment de prestations suffisantes de sécurité sociale
3. Absence d'installations récréatives et de programmes de loisirs
4. Accès inadéquat à l'instruction et aux ressources de santé
5. Désorganisation de l'administration de la bande
6. Absence ou insuffisance de moyens de transport
7. Désorganisation et insuffisance des services sociaux, notamment des services d'aide à la famille et à l'enfance
8. Absence de services de counseling

Dans la plupart des réserves du Canada, le logement est en crise. Deux ou trois familles habitent parfois un bungalow de trois chambres conçu pour une famille. Cette surpopulation rend les gens irritables et est propice à la violence familiale. Un des crimes les plus graves qui puisse se commettre dans une réserve indienne est de mettre le feu à une maison parce qu'une ressource très précieuse a alors été détruite, laissant parfois trois ou quatre familles littéralement sans abri.

La liste ci-dessus mentionne, évidemment, le chômage et le sous-emploi chroniques qui causent les problèmes sociaux exposés par le Dr Wien.

Il y a très peu de centres de loisirs dans les réserves autochtones et les installations existantes sont mal entretenues et mal équipées. Les jeunes, qui n'ont rien à faire et qui s'ennuient, traînent souvent sans but ici et là. Et comme «l'oisiveté est la mère de tous les vices», les jeunes se mettent facilement à rechercher les sensations fortes et, par ennui, se mettent à inhaler des solvants et s'adonnent à d'autres toxicomanies.

Il n'existe pas, actuellement, de statistiques sur le pourcentage d'autochtones qui doivent quitter leur foyer pour avoir accès à l'enseignement secondaire, mais très peu d'écoles secondaires, surtout dans le Nord, sont assez proches des réserves indiennes pour permettre aux élèves de faire l'aller-retour chaque jour. Il faut donc que ces jeunes, qui n'ont que treize ou quatorze ans, et sont à l'âge où ils sont le plus vulnérables aux préjugés de la société contre les gens de couleur et qui parlent mal la langue du pays, aillent en pension dans un milieu qui leur est étranger. En outre, bien des réserves indiennes n'ont accès aux services de santé que par un «médecin volant» et beaucoup ne sont pas même assez peuplées pour justifier l'installation d'un poste de soins infirmiers.

La mauvaise structure administrative des bandes, calquée sur la bureaucratie du ministère des Affaires indiennes, est un irritant quotidien pour tous les Indiens. Le personnel administratif des bandes, qui est souvent mal formé, n'a pas de descriptions de tâches, n'a pas l'impression non plus d'avoir de pouvoirs ou d'être responsable

de quoi que ce soit et n'a à peu près pas l'occasion d'apprendre, terrorise par son comportement antagoniste les habitants des réserves. Le personnel en appelle souvent au chef et aux conseillers, qui interviennent alors dans les affaires administratives courantes de la bande, ce qui mine encore davantage la confiance et la capacité du personnel administratif de prendre des décisions utiles. De leur côté, le chef et les conseillers sont forcés de se mettre de côté des questions importantes pour se consacrer à des détails administratifs.

On ne s'arrête pas souvent, c'est du moins le cas pour ceux d'entre nous qui possèdent plusieurs véhicules, à penser que la question du transport peut être une source de stress psychosocial. S'il arrive qu'on a, par exemple, les qualifications voulues pour occuper un emploi en ville, si on a les moyens de se payer le billet d'avion pour se rendre à l'entrevue et si on arrive à parler assez couramment l'anglais ou le français pour décrocher l'emploi, on doit alors faire face à la triste perspective de devoir établir deux domiciles, de telle sorte qu'il reste moins d'argent que si on restait chez soi à toucher les prestations d'aide sociale. Un billet d'avion aller-retour pour la localité la plus proche du Grand Nord peut coûter 600 \$. Les denrées alimentaires, qui arrivent par avion, sont horriblement chères et de piètre qualité.

Il existe une mosaïque de services à la famille et à l'enfance autochtones qui sont financés par le gouvernement fédéral et mandatés par les gouvernements provinciaux pour faire du travail de prévention auprès des enfants et des familles dans les réserves. Le mandat de protection relève d'organismes financés par les provinces. En sa qualité de psychiatre, l'auteur a souvent dû faire face à des conflits de compétence entre les services de prévention et les services de protection, ce qui suscite des tensions assez fortes.

L'absence de services de counseling étant reconnu comme un facteur de stress, les autochtones veulent avoir affaire à des conseillers autochtones, qui parlent leur propre langue. Les conseillers de l'extérieur, même lorsqu'il s'agit de psychiatres éminents très estimés chez eux, font souvent plus de tort que de bien lorsqu'ils débarquent dans nos collectivités autochtones.

Tous ces facteurs, auxquels s'ajoutent la pauvreté, le sentiment d'impuissance et l'anomie dont nous avons déjà parlé, génèrent un niveau de stress et de tension psychosociale si élevé qu'on se demande comment un autochtone parvient à ne pas se droguer ou se suicider.

Ce court exposé des causes qui contribuent au suicide chez les autochtones du Canada est loin d'être complet, mais il est quand même suffisant pour donner aux lecteurs une idée assez juste de la situation. Le temps et la place étant limités, il faut maintenant passer aux stratégies de prévention.

## Les stratégies de prévention

Ces stratégies peuvent être réparties en stratégies primaire, secondaire et tertiaire. La prévention tertiaire s'applique aux tentatives de suicide qui nécessitent habituellement l'hospitalisation durant un certain temps pour soigner les blessures, faire du

counseling d'urgence, orienter le patient vers un établissement psychiatrique fermé, traiter sa dépression ou autres maladies mentales, le désintoxiquer et assurer sa réadaptation et, enfin, pratiquer la pharmacothérapie et la psychothérapie nécessaires. Les personnes qui ont tenté de se suicider reçoivent habituellement les soins dont elles ont besoin. Il semble y avoir des sources inépuisables de fonds pour réparer les pots cassés. Il ne faut pas voir, dans cette remarque, un sarcasme ou une marque d'ingratitude à l'égard de l'aide que la culture dominante offre; il s'agit tout simplement d'attirer l'attention sur la nécessité de faire de la prévention secondaire et de la prévention primaire.

Par prévention secondaire, on entend le dépistage précoce des personnes à risque. On pourrait dire, à bon droit, que toute la population autochtone du Canada est à risque, mais certains autochtones sont beaucoup plus exposés que d'autres. Il faudrait donc former les gens des réserves à reconnaître rapidement les tendances suicidaires chez leurs membres. Le type du suicidaire est un homme, âgé de vingt-trois ans, qui a abandonné ses études, est célibataire, chômeur, pauvre et alcoolique. Souvent, l'intéressé n'en est pas à sa première tentative de suicide. Pourtant, il est difficile de dépister et de traiter assez tôt le suicidaire parce que, dans la culture autochtone, on répugne à s'immiscer dans la vie des autres et que, même si on faisait une tentative pour aider le suicidaire, celui-ci répondrait probablement qu'il n'a aucun problème qu'il ne puisse régler lui-même, parce qu'on attend de lui qu'il ait les ressources intérieures nécessaires pour s'en tirer.

Beatrice Shawanda a exposé, au cours de la conférence de 1985 sur le suicide, les programmes sociaux qui existent à Manitoulin et qui constituent de la prévention secondaire. Après l'épidémie de suicides de 1975 survenue à la réserve de Wikwemikong, on a créé la Rainbow Lodge pour le traitement de l'alcoolisme. Et cela a en quelque sorte servi de déclencheur puisque de nombreux programmes communautaires ont été créés par son personnel. M<sup>me</sup> Shawanda a écrit un livre, qu'on peut se procurer à la Rainbow Lodge de Manitoulin. Certaines des interventions préconisées étaient pour le moins innovatrices. Bea Shawanda estime en effet qu'il est important que la collectivité se réunisse régulièrement pour entretenir les liens sociaux et afin que ses membres reprennent contact les uns avec les autres. La collectivité a organisé des fêtes pour honorer ses citoyens éminents. La cuisine et le nettoyage ont été faits par des volontaires sollicités par la collectivité, de telle sorte que la plupart des gens de la réserve ont participé d'une façon ou d'une autre aux activités, même ceux qui continuaient à s'adonner à l'alcool. Bea est même allée jusqu'à mettre sur pied une exposition canine au cours de laquelle des prix ont été décernés et qui s'est achevée par un banquet. Ces événements ont contribué à motiver les gens, à renforcer leur sentiment d'appartenance et à resserrer les liens. D'autres genres de réunions, par exemple les assemblées politiques ou religieuses, ont tendance à diviser la collectivité plutôt qu'à en unir les membres dans un but commun. Pourtant, toutes ces manifestations sont efficaces quand elles réussissent à unir les membres d'une réserve indienne pour qu'ils ne forment plus qu'une grande famille.

Les cultures agraires comme les groupes iroquoiens sont celles qui se prêtent le mieux à ce genre de choses. C'est que nous avons été moins vulnérables à l'exploitation par

l'homme blanc, puisque nous avons déjà établi de grands villages et une économie collective. Par contre, les tribus qui vivaient de chasse et de cueillette et ne regroupaient pas plus de quinze à vingt-cinq personnes n'ont pas encore pu s'adapter à la vie dans les grandes localités où la population peut atteindre 1500 personnes.

La prévention primaire, qui s'attaque aux causes de la pauvreté, de l'impuissance et de l'anomie, fait rarement l'objet d'une réflexion approfondie et est rarement mise en oeuvre. Globalement parlant, selon le Dr Wien, il faut s'attaquer aux causes générales suivantes de la pauvreté:

1. Régler équitablement les revendications territoriales des autochtones de façon à confirmer leurs droits historiques, résister aux incursions de l'extérieur et élargir l'assise territoriale des collectivités indiennes afin de leur permettre de prospérer.
2. Favoriser la prise en charge, par les autochtones, de leurs institutions et de leurs programmes, mais non pas de telle sorte que le gouvernement fédéral puisse se laver les mains des problèmes qu'il a créés et en profite pour diminuer son aide financière; il est essentiel d'assurer au personnel la formation nécessaire pour lui permettre de prendre en charge les programmes et de les adapter aux besoins des autochtones,
3. Entreprendre des programmes sérieux et à long terme de création d'emplois et de développement économique appuyés par des organismes de développement contrôlés par les autochtones et visant à augmenter les chances économiques de tous les membres des collectivités indiennes.
4. Faire en sorte que les collectivités autochtones puissent s'adapter en continuant à améliorer l'accès de tous les groupes d'âge à une instruction de qualité.
5. Favoriser l'établissement, au niveau de la bande, de structures politiques dont la légitimité puisse se justifier, qui suscitent la participation de tous les membres de la bande et qui empêchent les abus de pouvoir et les inégalités criantes.
6. Établir et appliquer une stratégie de développement communautaire qui concorde avec les éléments mentionnés plus haut et qui soit bien adaptée aux collectivités autochtones.

## La prévention et le traitement du sentiment d'impuissance

L'expert en ce domaine, M. William Mussell, participe à la table ronde et abordera sans aucun doute en détail la question de la responsabilisation. En 1992, au cours de la réunion de l'Association canadienne pour la santé mentale à Ottawa, il a dit que «les gens qui ont été opprimés durant des générations craignent les responsabilités. Il faut donc apprendre à les apprivoiser et à les aider» (Mussell, 1992). Cela me rappelle une triste histoire qui nous a été racontée par le Dr Jack Ward, décédé prématurément en 1990. Dans une des collectivités dont il avait la charge en qualité de psychiatre itinérant, une fillette de douze ans avait perdu sa grande soeur de quinze ans qui s'était suicidée. La fillette, qu'il avait prénommée «Elaine», se sentait habitée d'un grand sentiment de désespoir et souhaitait rejoindre sa soeur. Elle avala des pilules qui appartenaient à sa mère puis, après avoir attaché une corde à une poutre, se passa un nocud coulant autour du cou. Elle aperçut alors son frère qui la

regardait par la fenêtre, et elle renonça à sa tentative du suicide. Prévenus, les parents l'amènèrent à une clinique de santé mentale. Le Dr Ward n'était pas trop certain de ce qui était réellement arrivé à ce moment-là parce que, d'une part, quelqu'un avait dit que la fillette ne présentait aucun symptôme anormal, tandis que quelqu'un d'autre avait dit qu'elle avait refusé de parler et que, puisqu'elle ne voulait pas parler, on ne pouvait rien faire pour elle. Elle fut alors ramenée chez elle. Durant les deux mois suivants, Elaine a continué à faire des crises, à boire de l'alcool et à se taillader les bras. Elle avait des cicatrices sur les bras, là où elle s'était coupée. Ses parents ont eu connaissance d'au moins trois des cinq occasions où elle s'était tailladé les bras. Rien ne fut fait pour lui venir en aide. Finalement, un soir, vers onze heures, elle sortit rejoindre des amis et le groupe but la plus grande partie d'une bouteille de 26 onces d'alcool. Elaine dit alors à une amie: «M'aiderais-tu à trouver un endroit où je puisse me pendre?» Son amie la serra dans ses bras et lui dit: «Nous t'aimons», mais elle la laissa partir. Une heure après, Elaine rentra chez elle, où elle déclara aux personnes présentes: «Au revoir, je vais me pendre». Elle quitta la maison pour y revenir une demi-heure plus tard peut-être et, rencontrant une autre fille, lui dit à nouveau au revoir, ajoutant qu'elle allait se pendre. À quatre heures du matin, on trouva son corps pendu à la branche d'un arbre.

Le Dr Ward a déterminé qu'Elaine avait confié son intention de se suicider à au moins 21 personnes. Personne n'avait réagi. Peut-on imaginer ce qu'on ressent quand, dans une situation si désespérée, toutes les portes se ferment devant soi? Quand on les a interrogées, à l'enquête du coroner, sur leur manque d'intérêt ou de réaction devant le désespoir de cette fillette, la plupart des 21 personnes ont répondu qu'elles ne voulaient pas discuter de suicide avec elle parce qu'elles craignaient qu'alors, elle n'aille vraiment se suicider.

Si je rapporte cette pénible histoire, c'est pour bien faire ressortir la nécessité de sensibiliser le public au problème du suicide, non seulement comme mesure de prévention secondaire, mais comme mesure de prévention primaire, afin d'encourager les autochtones à parler de ce qu'ils ressentent, sans craindre de se faire rabrouer pour manque de fibre morale.

On a estimé que, sur le plan linguistique, la plupart des autochtones ont à peu près le niveau de la septième année (Ward, 1985). On présume souvent que, parce que leur langue maternelle est le cri, l'ojibwa ou le mohawk, les autochtones discutent de questions existentielles et de leurs émotions dans leur langue. En réalité, dans la plupart des cas, ils connaissent aussi mal leur langue maternelle que l'anglais ou le français, et ont de la difficulté à s'exprimer dans l'une comme dans l'autre. Ils n'arrivent donc pas à communiquer leurs sentiments, ni à nommer ou à comprendre les rouages de leur propre pensée.

Il est donc important de mieux instruire les peuples autochtones de façon qu'ils puissent nommer, reconnaître et exprimer leurs sentiments et leurs émotions, et par conséquent communiquer avec les autres (Mussell, 1992). Cela pourrait se faire au cours de discussions de groupes tenues dans des installations de loisirs, au cours de rencontres religieuses, pendant les activités de loisirs ou au cours de séances de thérapie et de guérison. Bien des autochtones pensent que le simple fait de discuter

de la dépression, de sentiments négatifs ou de pensées suicidaires permet au mal d'entrer dans leur esprit et dans la collectivité. Prêter l'oreille au désespoir d'autrui ou à ses tourments psychologiques, c'est se rappeler ce qui nous hante et qu'on essaie d'oublier. Les sentiments négatifs sont, en fait, contagieux. Si mon frère a mal et qu'il arrive à me faire comprendre sa douleur, je ressentirai aussi son mal, lequel ajouté au mien, pourra me pousser au désespoir et au suicide. Comme le fait ressortir l'anecdote du Dr Ward, les autochtones évitent les membres déprimés et suicidaires de leur collectivité de peur d'être obligés de reconnaître leur propre tourment psychologique. Je suppose qu'au pis-aller, toute une collectivité pourrait se suicider; mais refuser d'écouter les tourments des suicidaires, c'est leur imposer une conspiration du silence et un rejet collectif.

### Traiter et prévenir l'anomie

Il semble que ce ne soit que depuis dix ans à peine que les études autochtones soient enrôlées dans le système scolaire public. Lorsque les élèves d'une école sont en majorité autochtones, on leur enseigne leur culture, leurs cérémonies, leurs légendes et ils ont même droit à une série de jours spécialement consacrés à des festivités honorant l'histoire de leurs propres tribus. Les enfants de l'auteur, âgés de neuf et dix ans, sont bien mieux renseignés sur la culture mohawk que l'auteur lui-même quand il avait leur âge. De cette façon, les autochtones peuvent prendre conscience de leur propre valeur, comme cela se fait dans la culture dominante. Auparavant, on ne se valorisait que dans la mesure où on arrivait à se fondre dans la culture dominante et à abandonner les coutumes indiennes en faveur de celles d'une culture prétendument plus avancée.

Tout au long de la période de répression des traditions autochtones, quelques personnes ont su perpétuer la dignité et la sagesse de leurs ancêtres. Durant des dizaines et même des centaines d'années, ces autochtones ont tenu bon et sont parvenus à garder intactes les traditions autochtones et sont devenus pour nous des ressources, des anciens, des modèles et de véritables sources d'inspiration pour tous ceux qui essaient de retrouver ou de découvrir le véritable caractère autochtone, qu'ils soient Mohawks, Ojibwas ou Cris. Ces anciens qui se rappellent ou qui ont conservé les anciennes méthodes pour acquérir de la résistance, pour se rétablir et pour survivre, n'ont pas dans nos collectivités la place qui leur revient. Il appartient aux autochtones eux-mêmes d'insister auprès des anciens pour se faire enseigner la pensée traditionnelle autochtone.

En psychanalyse, on reconnaît que lorsqu'un groupe de personnes, si disparate soit-il, se rassemble régulièrement, un phénomène de groupe finit par s'établir. Le groupe se forgera une identité, deviendra un organisme vivant formé de cellules (personnes), saura motiver ses membres et trouver sa raison d'être. Pour vaincre l'anomie dans les collectivités autochtones, la solution est simple: il faut se trouver des endroits ou des occasions pour se rassembler, se parler, se communiquer ses sentiments intimes et établir de nouvelles façons de s'en sortir, en sachant tirer parti des anciennes traditions autochtones. La meilleure façon de procéder serait sans doute de s'en remettre à la supervision et à la direction d'un ancien. Au début, je suppose,

il faudrait sans doute faire beaucoup de psychothérapie, mais progressivement, la collectivité finirait par former un tout. Actuellement, les sueries et les cercles de guérison servent précisément à cette fin, mais il faudrait que les autochtones eux-mêmes leur donnent de l'expansion, les financent et les organisent à l'aide de ressources externes de financement et, au besoin, de conseils professionnels. Lorsque des femmes autochtones se réunissent pour faire des courtépintes, elles ne font pas que coudre. Elles constituent une sorte de cadre, inspirent un sentiment d'appartenance et assurent la continuité lorsque des membres plus jeunes viennent se joindre au groupe. Cela satisfait en même temps la passion des autochtones pour le bavardage et permet même de corriger les fausses rumeurs qui peuvent courir sur certains membres de la collectivité.

Morrison (1981) a corroboré en partie, dans une perspective autochtone, la liste des stress psychosociaux lorsqu'elle a présenté des solutions pour venir à bout des problèmes de santé mentale des Indiens du Canada. Ces solutions sont les suivantes:

1. Cours de formation pour les parents (100 % des répondants);
2. Augmentation du nombre d'installations récréatives (97,7 %);
3. Amélioration du logement (97,7 %);
4. Occasions d'emploi de longue durée dans les réserves et hors des réserves (96,5 %);
5. Services de counseling dans les réserves (95,3 %).

Il est remarquable de constater que 100 % des personnes interrogées par Morrison lui ont déclaré ne pas savoir quoi faire pour remédier aux problèmes de comportement de leurs enfants, communiquer avec eux, les guider et en prendre soin. On pourrait consacrer une thèse à ce sentiment d'incompétence parentale. Ainsi, les deux ou trois dernières générations d'autochtones ne savent comment prendre soin de leurs enfants parce qu'ils ont eux-mêmes dû entrer dans des établissements où ils étaient pris en charge par des religieux et subissaient de la coercition aussi bien que des agressions verbales, sexuelles et physiques. Même les autochtones qui ne sont jamais allés au pensionnat disent que l'ancienne façon d'élever les enfants, caractérisée par la permissivité et la non-ingérence, ne correspondait plus à la réalité du Canada du XX<sup>e</sup> siècle.

Les points deux, trois, quatre et cinq ci-dessus correspondent à l'étude réalisée en 1979 par Technical Assistance and Planning Associates. Il faudrait élaborer, diffuser et mettre en oeuvre un cours de formation pour les parents qui soit adapté à la culture autochtone. Les parents autochtones veulent désespérément participer à l'éducation de leurs enfants. L'auteur a pu constater, dans sa pratique, que peu d'adultes autochtones viennent se faire traiter eux-mêmes. L'immense majorité d'entre eux viennent pour leurs enfants, qui ont un problème de toxicomanie, de comportement ou de dépression, et lorsque le psychiatre s'aperçoit que les parents ont eux-mêmes un problème psychologique, ceux-ci répondent presque invariablement: «Je ne suis pas ici pour moi, mais pour les enfants.» Dans la plupart des collectivités autochtones, les enfants continuent à passer en premier, mais les parents ne savent pas quoi faire pour eux.

## Résumé et conclusion

Je rappelle que mon exposé est fondé sur la notion que la pauvreté, le sentiment d'impuissance et l'anomie, joints à une enfance difficile ou encore une séparation ou une perte récente, sont à l'origine de la dépression, de la toxicomanie, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Nous avons brièvement abordé chacun de ces facteurs. Je crois fermement que les autochtones du Canada ont les ressources émotives et intellectuelles pour surmonter ces difficultés. Les solutions seront cependant différentes d'une bande et d'une tribu à l'autre, en raison de différences de lieux, de culture, de langue et de coutumes. Les chefs et les intervenants autochtones locaux sont les mieux placés pour dire de quelle façon les interventions doivent être faites. «Fournissez-nous les outils et nous finirons le travail», disait un éminent homme d'État anglo-européen. Les intervenants non autochtones devraient servir de sources de financement, de ressources, de formation, de main-d'oeuvre ou de soutien pour les intervenants autochtones.

## Bibliographie

- Brant-Castellano, Marlene, *Suicide in the North American Indian Causes and Prevention*, Procès-verbal du colloque de l'Association des psychiatres du Canada sur la santé mentale des autochtones, 1985, Native Mental Health Association of Canada.
- Dizmag, L.H., et Reznick, "Observations on Suicidal Behavior Among American Indians," *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, n° 7, janvier 1971.
- Durkheim, Emile, *Le Suicide, étude sociologique*, P.U.F., 1979.
- Morrison, J., 1981, *A Mental Health Needs Assessment of the Kenora and Fort Frances Area Indian Reserves*, (rapport inédit) Direction générale des services médicaux, Santé nationale et Bien-être social Canada.
- Mussell, William, discours-programme, *Healing the Wounds of the Native Family*, réunion de la Native Mental Health Association of Canada, Ottawa, 1992.
- Shawanda, Beatrice, *ibid.* (1)
- Technical Assistance and Planning Associates, 1979, *A Starving Man Doesn't Argue*, préparé pour le ministère des Affaires indiennes et du Nord.
- Travis, Robert, «Suicide in Northwest Alaska», *White Cloud Journal*, vol. 3, n° 1, 1983.
- Ward, J.A. et Fox, J.A., «A Suicide Epidemic on an Indian Reserve», *Revue de l'Association des psychiatres du Canada*, vol. 22, n° 8, décembre 1977, p. 423 à 426.
- Wien, Fred, 1985, *ibid.* (1)
- Ward, 1985, *ibid.* (1)

## La violence au sein des collectivités autochtones

*Emma D. LaRocque\**

Le problème de la violence familiale au sein des collectivités des premières nations et des Métis exige une attention et une action immédiates. Tout porte à croire qu'il s'est considérablement aggravé. Chez les Indiens, par exemple, des études ont montré que le dossier le plus important, sur le plan de la mortalité autant que de la morbidité, est celui des accidents et de la violence<sup>1</sup>. Le présent mémoire n'est pas consacré à la violence familiale en général, même s'il s'agit là d'un problème qu'il conviendrait d'étudier plus attentivement, mais plutôt aux effets de la violence familiale sur les femmes, les adolescentes et les enfants autochtones. En outre, comme une bonne partie de la violence familiale se manifeste par l'agression sexuelle, je m'attarderai à la violence sexuelle dans les collectivités autochtones.

La violence conjugale ou familiale a certes des répercussions sur tous les membres de la famille, mais ses victimes les plus immédiates sont évidemment les femmes et les enfants. Selon une étude réalisée en 1989 par l'Ontario Native Women's Association, huit femmes autochtones sur dix sont victimes de violence. Bien que cette étude ait porté seulement sur le nord de l'Ontario, ses résultats statistiques sont représentatifs des autres collectivités autochtones du pays. Un nombre croissant de données confirment que les femmes autochtones (adultes, adolescentes ou enfants) sont aux prises avec un problème stupéfiant de violence physique et sexuelle. Selon un rapport publié en 1987 par le Child Protection Centre de Winnipeg, il y a apparemment dans les réserves une épidémie de violence sexuelle à l'égard des enfants. Récemment, la presse rapportait que 30 adultes d'une même

---

\* Professeur au département d'études autochtones, Université du Manitoba.

réserve du Manitoba venaient d'être accusés d'agressions sexuelles sur 50 personnes, dont bon nombre d'enfants.

Comme il est beaucoup plus difficile d'obtenir des statistiques précises sur les Métis, il est quasiment impossible de mesurer avec précision l'ampleur de la violence sexuelle dans leurs familles ou collectivités. Cela dit, à en juger d'après le nombre croissant de victimes qui portent plainte, tout permet de penser que la violence, y compris la violence sexuelle, y constitue un problème aussi grave que dans les réserves. En novembre 1992, les Women of the Metis Nation of Alberta ont organisé près d'Edmonton une conférence historique qui était précisément consacrée à la violence sexuelle infligée aux femmes métisses. Cette conférence a suscité un intérêt extraordinaire chez les Métisses du Canada. Les faits relatés par les participantes, qui étaient près de 150, ont montré que les femmes métisses souffrent tout autant que les femmes indiennes des réserves – et en silence – d'un problème énorme de violence, y compris le viol et les agressions sexuelles sur les enfants.

Conformément à ce que demandait la Commission royale, ce document de réflexion est consacré à deux dimensions du problème : le point de vue des femmes sur les facteurs qui engendrent et perpétuent la violence familiale, et les stratégies susceptibles de réduire et d'éliminer la violence. Il sera en même temps question des obstacles à la mise en oeuvre de ces stratégies.

Bien que la Commission royale souhaite des recommandations concrètes plutôt qu'une analyse exhaustive du problème de la violence, il y a lieu d'examiner brièvement les facteurs qui sont à l'origine de la violence faite aux femmes. En effet, l'analyse est non seulement un outil indispensable à l'élaboration de solutions, mais aussi un outil pédagogique dont nous avons tous besoin pour aborder cet horrible problème avec compassion.

Je ne peux évidemment pas examiner en détail dans ce rapport tous les facteurs qui peuvent expliquer la violence familiale ou sexuelle. De nombreux ouvrages utiles sont consacrés au problème, mais on y propose généralement une analyse relativement conformiste de la violence sexuelle, notamment en ce qui concerne le traitement et les agresseurs<sup>1</sup>. Je m'efforcerai donc ici d'examiner le problème sous un jour différent, ce qui pourrait remettre en question plusieurs idées reçues sur la nature de la violence sexuelle et sur la réaction de la société envers les agresseurs.

## La colonisation

La colonisation, c'est la tutelle qui a été imposée aux peuples autochtones depuis l'arrivée des Européens. Les autochtones lui attribuent la perte de leurs territoires, de leurs ressources et de leur autonomie, ainsi qu'une perturbation profonde de leur mode de vie et de leurs valeurs culturelles. La colonisation a fait du tort à tous les autochtones, mais peut-être encore plus aux femmes. Avant la colonisation, celles-ci bénéficiaient d'un degré de respect, d'égalité et de pouvoir politique que n'auraient jamais pu espérer les Européennes de la même époque. On peut relier la dégradation progressive du statut des femmes autochtones dans leurs collectivités à la progression

du colonialisme. À l'origine, bon nombre de sociétés autochtones, voire la grande majorité, étaient matriarcales ou semi-matriarcales. C'est par le truchement du commerce des fourrures, des missions chrétiennes et des politiques gouvernementales que le patriarcat européen s'est peu à peu imposé aux sociétés autochtones du Canada. L'intrusion des Blancs a profondément transformé le caractère matriarcal des institutions spirituelles, économiques, familiales et politiques des autochtones.

## Le racisme, le sexisme et le problème de l'intériorisation

Colonialisme et racisme vont de pair. Le racisme a servi de justification à la soumission des peuples autochtones. Si le racisme est le lot de tous les autochtones, les femmes doivent en outre faire face au sexisme. Le racisme engendre la haine de l'autochtone; le sexisme, la haine de la femme. Pour la femme autochtone, racisme et sexisme procèdent d'une même problématique. On ne peut parler de violence sexuelle sans parler en même temps des répercussions du racisme et du sexisme. La violence sexuelle est reliée au racisme dans la mesure où celui-ci engendre ou exacerbe une situation dans laquelle la femme autochtone est considérée et traitée comme un objet sexuel. La réification de la femme perpétue la violence sexuelle. La femme autochtone a été réifiée non seulement en tant que femme mais aussi en tant que femme indienne, et c'est cette double réification que traduit le mot *squaw*.

On trouve dans la littérature et la culture populaires tout un faisceau de mythes culturels de l'Amérique du Nord blanche qui ont permis de perpétuer les stéréotypes racistes et sexistes au sujet de la femme autochtone. On décèle par exemple un lien direct entre les stéréotypes racistes ou sexistes et la violence dans la représentation déshumanisante de la *squaw*, qui rend toute femme autochtone vulnérable à la violence physique, verbale et sexuelle.

L'une des nombreuses conséquences du racisme, c'est que le groupe colonisé finit par intérioriser les stéréotypes raciaux et son rejet par la société. Ce processus d'intériorisation est l'une des séquelles les plus préjudiciables, à long terme, de la colonisation. C'est un phénomène qui reste mal compris, mais on en trouve des indices incontestables chez plusieurs groupes opprimés ou minoritaires d'Amérique du Nord. Bon nombre d'auteurs noirs, chicanos et autochtones l'ont clairement défini. La compréhension de ce complexe processus d'intériorisation est peut-être un préalable pour commencer à comprendre les comportements respectifs des opprimés et des oppresseurs dans nos collectivités.

Quand Howard Adams parlait du problème de l'intériorisation dans son ouvrage *Prison of Grass* (1975), il soutenait que les mécanismes de désintégration inhérents à la colonisation ont amené les autochtones à se juger de manière subconsciente par rapport à la société blanche, en adoptant souvent ce qu'il appelait l'«idéal blanc». Ce processus se manifeste notamment par l'intériorisation, c'est-à-dire par l'acceptation et l'intégration des normes, jugements, attentes et représentations de la société blanche dominante. Bon nombre d'auteurs autochtones ont fait ressortir les causes et les conséquences de la lutte qu'ils ont dû mener contre une image d'eux-mêmes

qui leur était imposée de l'extérieur et contre les politiques ainsi engendrées. L'aboutissement de ce processus est souvent la honte et le rejet non seulement de soi-même mais aussi de ses semblables, c'est-à-dire des autres autochtones.

Beaucoup de choses ont changé au sein de la société autochtone depuis *Prison of Grass*. Aujourd'hui, beaucoup plus d'autochtones comprennent les tenants et aboutissants de leur position dans la société canadienne. Plus ils se politisent, moins ils sont enclins à se juger ou à agir en fonction de normes externes. Cela dit, comme les dégâts ont été considérables et que le problème de l'intériorisation existe encore, il me paraît opportun d'étudier comment l'intériorisation autochtone des stéréotypes racistes et sexistes se manifeste dans la violence.

L'une des principales questions qu'il faut se poser est celle-ci : nous savons que des hommes blancs ont infligé des sévices à des femmes autochtones, mais que dire de la violence que des hommes autochtones ont infligée à des femmes et à des enfants autochtones?

La réponse typique à cette question est trop souvent que les agresseurs autochtones ont eux-mêmes été exploités et sont des victimes de la société. Il est incontestable que cette réponse explique en partie le comportement de certains des agresseurs, surtout les jeunes, mais c'est loin d'être une réponse complète et il ne faudrait certainement pas voir là une réponse unique ou définitive à la question.

Nous savons que les femmes des sociétés autochtones subissaient certaines formes de violence avant l'arrivée des Européens. C'est du moins ce qu'indiquent plusieurs observations des premiers Européens ainsi que certaines légendes indiennes (p. ex. les légendes *wehsehkehcha*). Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que le matriarcat empêchait automatiquement les hommes d'avoir un comportement tyrannique envers les femmes; des individus pouvaient faire fi des valeurs les plus fondamentales de leur culture. Aujourd'hui encore, malgré tout le discours sur la Mère nature, les femmes n'ont qu'une égalité et une sécurité toutes relatives.

Il est cependant manifeste que l'invasion européenne a exacerbé la violence, réelle ou potentielle, des sociétés d'origine. Il est tout aussi certain que les hommes autochtones ont intériorisé la dévalorisation des femmes par les hommes blancs. Comme l'affirme un universitaire :

Privés de leurs rôles ancestraux [...] les hommes ont commencé à envahir des domaines qui étaient auparavant la prérogative des femmes, en adoptant certaines des attitudes blanches envers les femmes et en traitant celles-ci comme des inférieures plutôt que comme des égales<sup>3</sup>. [traduction]

Comment se manifeste ce phénomène d'intériorisation dans le contexte de la violence en général et de la violence sexuelle en particulier? Demandons-nous ce qui peut se passer chez un homme autochtone qui est exposé non seulement à la pornographie, mais aussi à une imagerie raciste et sexiste qui présente l'Indien comme un «sauvage» violent et la femme autochtone comme une *squaw* avilie et libertine?

La pornographie influe sur les attitudes et le comportement sexuels des autochtones. Considérant par ailleurs que les médias ne se sont jamais gênés pour projeter des Indiens l'image de brutes invétérées, le problème de l'intériorisation n'a rien d'étonnant.

Il n'en est pas moins troublant. L'intériorisation autochtone de l'image raciste et machiste des hommes et des femmes autochtones a contribué à la violence en général et à la violence sexuelle en particulier.

## Défendre les agresseurs perpétue la violence

Il est difficile de dire s'il y a plus de violence sexuelle dans les collectivités autochtones que dans les collectivités blanches, car nous savons que ce phénomène est aussi très répandu dans les foyers et quartiers blancs, mais il n'y a, à mon avis, aucune raison de se porter à la défense de l'une ou l'autre communauté. Nous devrions plutôt nous employer à réprouver ce genre de crime et à chercher des solutions à une situation intolérable.

Plusieurs choses sont troublantes quand on analyse la violence sexuelle. Il est navrant de constater l'apathie des autochtones aussi bien que des non-autochtones face à ce fléau. S'il faut obliger les dirigeants autochtones à faire face au problème, il est essentiel aussi d'empêcher la population et les gouvernements de s'en laver les mains. On ne saurait s'en remettre aux seuls autochtones pour changer la situation. Les Blancs qui détiennent des postes de pouvoir doivent eux aussi trouver des solutions, car ils ont contribué au problème.

Il est aussi troublant de voir avec quelle facilité on tente d'expliquer la violence sexuelle par les prétendues différences culturelles. Quand on a appris le sort horrible qui avait été fait à une adolescente du lac Brochet, à la fin des années 80, j'ai entendu dans mon entourage des tentatives d'explication et des commentaires qui m'ont stupéfiée. Des gens se portaient à la défense des hommes qui avaient attaqué cette jeune fille de 14 ans (précédemment rapatriée contre son gré au nom de la «culture») en dénaturant la culture autochtone.

De telles faussetés ont suscité énormément de confusion dans beaucoup d'esprits et sur beaucoup de questions. On a non seulement stéréotypé les cultures autochtones en les réduisant à une liste figée de traits de caractère, on a aussi blanchi 500 ans de colonialisme en parlant de simples différences culturelles. On a justifié des phénomènes sociaux issus de la négligence et des politiques sociétales en en faisant des phénomènes culturels. Des problèmes reliés au racisme et au sexisme ont été imputés à la culture autochtone. Quand on invoque des justifications culturelles pour défendre les agresseurs sexuels, on dénature grossièrement la notion de culture et de peuples autochtones. Ce sont les hommes qui agressent, pas les cultures. Dans les sociétés traditionnelles, le viol et la violence faite aux femmes étaient rapidement punis. S'il existait aujourd'hui une seule culture tolérant l'oppression de la femme, il faudrait l'obliger à changer. Mais la violence sexuelle ne devrait jamais être associée à la culture autochtone! C'est une insulte à tout ce qu'il y a de noble et de beau dans

les cultures autochtones! Accepterait-on d'invoquer les différences raciales pour expliquer l'agression sexuelle? Est-il moins raciste d'invoquer les différences culturelles?

Tant qu'on se portera à la défense des agresseurs au nom de la culture, ceux-ci continueront d'échapper à la culpabilité et cela ne fera que perpétuer le problème.

Un autre argument, fort troublant lui aussi, est souvent invoqué pour défendre les agresseurs, à savoir que les hommes commettent des viols ou des agressions parce qu'ils ont été eux-mêmes agressés dans leur jeunesse ou qu'ils ont été victimes de la société. Si l'on poursuit ce raisonnement, les violeurs de femmes et d'enfants ne sont pas responsables de leurs actes puisque ce sont eux aussi des victimes; il ne faut donc pas les punir, ou, s'ils sont punis, la nécessité de rééduquer ces «victimes de la société» devrait peser plus fort dans la balance que le préjudice subi par les véritables victimes! L'oppression politique ne décharge personne de ses responsabilités personnelles et morales au sein de la société. Si des individus sont incapables d'assumer leurs responsabilités personnelles et de faire des choix moraux (facteurs qui fondent notre humanité), ils ne sont pas aptes à vivre en société et il faut les traiter en conséquence.

## Les obstacles auxquels font face les vraies victimes

Quelle est la situation des victimes d'agression sexuelle dans les collectivités autochtones et dans la société dominante? En voici un aperçu bref mais réaliste. Les victimes autochtones font face à certains obstacles qui sont inhérents à toute petite collectivité : manque d'intimité, crainte d'être à nouveau humiliées par les comérages, peur d'être exclues et intimidées par les amis de l'agresseur. Il n'est pas rare que les victimes aient à faire face à l'incrédulité, à la colère ou à la trahison de leur famille. La règle du secret est implicite et jalousement observée. De fait, quiconque voudrait signaler un cas d'agression sexuelle ou un acte de violence s'exposerait à la censure.

Si une victime persiste à vouloir signaler le problème, qui voudra l'écouter? Si elle sort de sa collectivité, elle fait face au racisme et au sexisme qui se manifestent par les reproches, l'indifférence ou l'incrédulité. Les non-autochtones qui œuvrent dans les services sociaux ou occupent des postes de pouvoir connaissent souvent mal le milieu de la victime ou sont portés à ne pas prendre sa plainte au sérieux. Le stéréotype de la promiscuité sexuelle des femmes autochtones est encore largement répandu. En outre, dans beaucoup de collectivités, les femmes ne peuvent faire confiance aux policiers, certains d'entre eux ayant été aussi des agresseurs, surtout dans les générations passées! Finalement, le processus judiciaire constitue en soi un obstacle extraordinaire.

Si la victime réussit à porter son affaire devant un tribunal, elle fait face à une série de nouvelles difficultés. Tout le monde sait que les procès pour viol sont très pénibles, même pour les femmes blanches de la classe moyenne, et qu'il n'y a strictement aucune garantie de justice en bout de ligne. S'il est vrai que seulement 10 % des femmes

blanches signalent les cas d'agression sexuelle, la proportion est considérablement moins élevée chez les victimes autochtones. Et il va sans dire que le pourcentage de condamnations est lamentable.

La clémence éhontée des tribunaux est un autre facteur qui perpétue la violence sexuelle. En règle générale, les voleurs et les petits trafiquants de drogue reçoivent des peines beaucoup plus lourdes que les agresseurs d'enfants, les violeurs ou même les violeurs assassins! C'est là un message déconcertant de notre société sur le peu d'importance qu'elle accorde à la dignité humaine. Bon nombre de communautés autochtones reprochent aux tribunaux d'être particulièrement indulgents à l'égard des autochtones qui s'attaquent à d'autres autochtones. Conjuguées à la facilité avec laquelle on obtient des libérations conditionnelles, ces peines dérisoires sont un nouveau coup porté aux victimes autochtones.

Si la victime parvient à envoyer son agresseur en prison, les représailles ne sauraient tarder. L'agresseur peut sortir de prison en trois semaines ou en six mois, mais il retournera en général directement dans son milieu où il s'adonnera de nouveau à la violence et à l'intimidation.

Que devient la victime dans tout ce système? À qui peut-elle demander de l'aide? Qui se préoccupe de sa réadaptation à elle?

La justice dans son ensemble reproduit dans ses définitions et dans son fonctionnement la situation privilégiée des hommes blancs. Elle est aussi le reflet d'une extraordinaire naïveté, celle qu'on trouve souvent chez les travailleurs sociaux, criminologues et juges libéraux de la société blanche. L'indulgence des juges s'inscrit dans la tendance croissante qui consiste à faire des violeurs et des agresseurs d'enfants des victimes héroïques. On prend davantage en pitié les agresseurs sexuels que leurs victimes. Quel paradoxe!

## Les causes de la violence sexuelle

Étant donné cette tendance à représenter les violeurs comme des victimes – attitude qui ne résout en rien le problème de la violence sexuelle et qui contribue peut-être même à le perpétuer –, n'est-il pas temps de se requestionner? S'il est sociologiquement évident que pauvreté et marginalisation peuvent causer des ravages dans une communauté, il est difficile d'accepter bêtement l'idée que la victime d'hier sera l'agresseur de demain. Si c'était vrai, des millions de femmes commettraient elles aussi des agressions. De plus, si de piètres conditions sociales contribuent nécessairement à façonner des agresseurs, ce phénomène suscite plus de questions que de réponses. Comment explique-t-on en effet que ce soient les hommes qui agressent les femmes et les enfants? Qu'est-ce que cela révèle sur la nature de l'homme? Et sur l'homme autochtone? Qu'il est incapable de penser à autre chose, s'il vit en situation d'oppression, de pauvreté ou d'exploitation, qu'à agresser des femmes et des enfants innocents? Et que cela devrait nous interpeller? Que faire alors des autres statistiques? Que dire de tous ces hommes pauvres et de tous ces hommes agressés qui ne se tournent pas vers la violence?

La violence sexuelle est un phénomène universel qui n'a rien à voir avec l'origine, la culture, la couche sociale ou les moyens financiers. De fait, l'histoire abonde en exemples d'hommes riches, puissants et privilégiés qui ont agressé des femmes et des enfants. Cela porte à croire que l'origine de la violence sexuelle est beaucoup plus troublante qu'on voudrait le croire, mais le phénomène n'est peut-être pas aussi mystérieux qu'on le prétend.

La plupart des adultes qui se livrent à des agressions sont parfaitement conscients de ce qu'ils font, et ils ont choisi de le faire. Comme l'affirmait un groupe de femmes autochtones dans un article consacré aux agressions sexuelles sur les enfants, «les agresseurs savent parfaitement ce qu'ils font, et ils savent que c'est mal». À mon avis, ce sont le sexisme et la misogynie qu'entretiennent notre société qui expliquent le mieux la violence sexuelle. La culture populaire nord-américaine se nourrit de la réification et de l'avalissement de la femme. Celle-ci est présentée comme un jouet sexuel qui doit se prêter aux désirs de l'homme. On invente des stéréotypes sur la sexualité féminine pour rationaliser la violence. Ils visent en fait à préserver le pouvoir masculin, mais il s'agit d'une forme de pouvoir qui est consciente et délibérée, et qui n'a pas nécessairement été provoquée par des traumatismes antérieurs. Évidemment, détenir le pouvoir procure toutes sortes d'avantages et il a toujours été dans l'intérêt des hommes d'assujettir les femmes. La société n'y voit rien à redire. Quant au système de justice pénale, les lois et les jugements nous montrent qu'il a lui aussi ses partis pris.

Violer, dans n'importe quelle culture et selon n'importe quelle morale, c'est faire la guerre aux femmes. Et toute société qui tolère la violence sexuelle consent à cette guerre.

Nous ne saurons peut-être jamais quelles sont les causes exactes de la violence sexuelle mais, quoi qu'il en soit, nous ne devrions jamais excuser l'agresseur en faisant intervenir des raisons psychologiques, personnelles ou politiques. Nous ne devrions jamais justifier ni tolérer la violence sexuelle. Que la justice fasse son devoir et qu'elle «se montre juste», pas seulement parce que c'est essentiel pour la guérison de la victime mais aussi pour proclamer haut et fort que la violence sexuelle est inadmissible. Justice et souci de réadaptation ne sont pas des objectifs qui s'excluent l'un l'autre.

Je ferai une autre remarque, peut-être plus pertinente encore : pourquoi tient-on tant à trouver des raisons ou des explications au fait que des hommes violent des femmes et agressent des enfants? Puisque nous ne le saurons peut-être jamais, n'est-il pas temps d'accorder notre attention aux vraies victimes?

## Recommandations

Toute stratégie visant à réduire ou à éliminer la violence doit bien sûr être axée sur les facteurs susmentionnés. La meilleure solution consiste peut-être à envisager trois types de stratégies : la prévention, l'aide aux victimes, et l'intervention de la justice.

## La prévention

J'estime qu'une œuvre de prévention s'impose. Sinon, comment pourrions-nous jamais endiguer toute cette vague de violence? Certes, cela ne se fera pas du jour au lendemain, mais il faut commencer par les jeunes. Si nous pouvons atteindre les jeunes autochtones, nous constaterons peut-être une amélioration de la situation dans plusieurs domaines. La première série de recommandations concerne donc les jeunes.

De toute évidence, il faut adopter une démarche globale, en agissant sur plusieurs fronts en même temps. La revitalisation socio-économique est impérative. Les êtres humains ont besoin de donner un sens à leur vie, notamment par l'exercice d'une activité économique. Une telle activité est cruciale pour les jeunes qui se retrouvent actuellement piégés dans un néant socio-culturel. Ils cherchent leur place dans un monde qui les a privés de leurs activités traditionnelles sans les préparer à l'urbanisation et à l'industrialisation.

Il faut s'occuper de l'éducation des jeunes autochtones. L'une des séquelles durables de la colonisation est la déformation de l'histoire et des préoccupations autochtones dans les écoles. Celles-ci doivent cesser de présenter l'histoire, les cultures, les peuples et les préoccupations autochtones de manière ethnocentrique ou raciste. Elles doivent par ailleurs faire tout leur possible pour permettre aux jeunes autochtones d'acquérir des compétences et des connaissances pertinentes dans les deux cultures. Il faut aussi changer les attitudes envers les cultures autochtones. Celles-ci ne doivent pas être uniquement présentées comme des vestiges du passé (un passé trop souvent stéréotypé), ce qui paralyse souvent les jeunes : comment peuvent-ils en effet se tourner vers l'avenir si leur culture est définie en fonction du passé? Les jeunes ont besoin de mieux comprendre la vraie nature de leur patrimoine et de leur culture. Ils doivent aussi être convaincus que les définitions culturelles autochtones sont suffisamment souples pour permettre de jeter des ponts entre le passé et l'avenir. Les jeunes autochtones ne devraient pas se sentir obligés de sacrifier les choix professionnels de demain pour rester fidèles à leur identité.

L'ennui est un autre grand problème des jeunes dans bon nombre de collectivités autochtones. Problème trop souvent négligé jusqu'ici, l'ennui est souvent à l'origine des difficultés que connaissent les jeunes car c'est lui qui les pousse vers la drogue, l'alcool, la promiscuité sexuelle, la délinquance, la violence et le suicide. Les responsables communautaires ont le devoir de faire tout leur possible pour offrir des loisirs de qualité aux jeunes. Il leur appartient de dégager des crédits et des ressources pour doter leurs collectivités d'infrastructures sportives et pour réaliser d'autres projets semblables. Il y a déjà bien longtemps que je me demande ce qu'on attend. Pourquoi n'a-t-on jamais fait un effort concerté pour fournir des installations récréatives aux jeunes des collectivités autochtones? Il y a tellement de potentiel inexploité chez nos jeunes. Chaque fois que je regarde une compétition sportive nationale ou internationale, je pense à tous les jeunes autochtones qui pourraient être là eux aussi. N'est-il pas temps de nous engager sur cette voie?

En ce qui concerne le sexe et la violence, notre meilleur espoir pour l'avenir réside probablement dans l'éducation sexuelle. À l'heure actuelle, elle fait grandement défaut dans les foyers et les collectivités autochtones. En règle générale, enfants et adolescents sont livrés à eux-mêmes pour découvrir leur sexualité, et livrés aussi à l'influence de la culture populaire et de camarades malavisés, voire d'agresseurs. En ce sens, les problèmes sexuels se recyclent constamment. Les jeunes autochtones ont désespérément besoin d'une éducation sexuelle de qualité, et les écoles devraient s'en charger (de préférence en faisant appel aux ressources de la collectivité). Cette éducation ne devrait pas seulement porter sur les aspects physiologiques de la sexualité, mais favoriser aussi le respect d'autrui. Il convient évidemment d'accorder une attention particulière au respect de la femme, au respect de la sexualité de l'autre, et au respect de soi. L'éducation sexuelle doit aussi porter sur la sexualité sans risques, la contraception, la maternité, les choix en matière de reproduction et la responsabilité sexuelle. Des questions comme la drogue, l'alcool, le tabagisme, l'inhalation de colle, etc. devraient également être abordées par les écoles.

J'aimerais dire un mot au sujet des adolescentes autochtones. Les récits relatifs aux agressions sexuelles révèlent que bon nombre de femmes autochtones ont été attaquées pendant leur adolescence, même si ce phénomène est encore peu documenté. N'ayant pour ainsi dire aucune éducation sexuelle et vivant dans un milieu propice à l'abus d'alcool et à la violence, les adolescentes sont particulièrement vulnérables aux avances et aux agressions des hommes. Le viol peut avoir des effets dévastateurs sur une adolescente. On a de plus en plus de preuves que les adolescentes violées sont susceptibles de se tourner vers la toxicomanie, la prostitution, l'automutilation et le suicide, sans compter qu'elles risquent évidemment de tomber enceintes ou de contracter une maladie transmise sexuellement. Le taux de suicide des jeunes autochtones de 15 à 24 ans est de cinq fois supérieur à la moyenne nationale. L'auteur d'un ouvrage consacré à la mort d'une collectivité ojibwa du nord-ouest de l'Ontario a établi un lien entre le suicide féminin et l'agression sexuelle<sup>1</sup>.

Les adolescentes sont probablement les plus vulnérables à l'agression sexuelle. Leur sexualité s'est éveillée mais elles n'ont pas encore atteint la maturité sexuelle; elles ignorent bien souvent ce que des adultes sont capables de leur faire, et c'est une autre raison pour rompre le silence. Il n'est pas rare que les adultes qui connaissent les agresseurs taisent cette information. S'il y avait divulgation et si les victimes pouvaient parler ouvertement aux autres jeunes filles, cela contribuerait à protéger celles qui ne se méfient de rien. Il appartient aux adultes (parents, grands-parents, enseignants, ministres du culte, conseillers, etc.) d'apprendre aux adolescentes ce qu'elles doivent savoir au sujet de la sexualité et de la violence sexuelle. En outre, chaque fois qu'il y a violence, la victime devrait avoir accès à un soutien psychologique, médical et juridique. Tous les jeunes autochtones devraient avoir accès à des services de counseling. Ils devraient aussi disposer de refuges pouvant les accueillir s'ils ne se sentent plus en sécurité chez eux ou dans leur collectivité. Certains jeunes peuvent aussi avoir besoin de services psychologiques ou psychiatriques, et parfois même de réconfort spirituel. Garçons ou filles, les jeunes

autochtones ont des rêves et des aspirations pour leur avenir. Toutes les parties concernées devraient s'employer à protéger les jeunes et à faciliter la réalisation de leurs aspirations. Je crois que les collectivités autochtones pourraient organiser différents types de conférences pour parler des besoins des jeunes et leur montrer des modèles positifs.

Si les jeunes étaient bien dans leur peau et avaient le sentiment de pouvoir réaliser leurs rêves, je suis sûre que leurs activités quotidiennes changeraient du tout au tout. Je crois fermement qu'un environnement stimulant les amènerait à rejeter les influences et les comportements néfastes. Si nous voulons mettre fin à la violence, proposons-leur des options constructives, créatrices et enrichissantes. Nos enfants ne méritent pas moins.

## L'aide aux victimes

Le mal dont souffrent en silence les filles et les femmes qui ont été violées ou agressées exige notre attention immédiate. Il faut rompre le silence. Il faut mettre sur pied des systèmes de soutien : refuges, centres d'aide aux victimes de viol, services de counseling et cliniques. Elles ont besoin du soutien de leur famille et des pouvoirs publics. Elles ont besoin de thérapeutes capables de traiter la névrose post-traumatique. Elles ont besoin d'une société compatissante qui accorde la priorité voulue à leur sécurité, à leur dignité et à leur réadaptation. Il faut que les lois soient modifiées et rigoureusement appliquées par un système judiciaire qui se comporte décemment face à la violence<sup>6</sup>.

On ne saurait trop insister sur l'urgence de doter les différentes communautés de services de counseling et de programmes de thérapie. Ces programmes doivent être de qualité et viser le long terme, car l'enfant qui a été violée ou victime de sévices peut être marquée pour la vie. Comme le disaient des femmes autochtones : «La violence sexuelle est une réalité et un enfer qu'on n'a plus le droit d'ignorer [...] Nous réagissons toutes avec douleur et colère [...] quand la vie d'une enfant est détruite à jamais.» Beaucoup de femmes autochtones commettent des actes violents, sombrent dans l'alcoolisme et se retrouvent incarcérées; c'est là une indication qu'elles souffrent de névrose post-traumatique.

Des études ont montré que les femmes autochtones des régions rurales vont s'établir en milieu urbain pour échapper à des problèmes familiaux ou communautaires. Rappelons que la plupart des collectivités autochtones sont petites, ce qui rend la situation encore plus difficile pour les victimes. L'apathie et le manque de leadership ou de soutien familial ont pour effet de chasser les victimes de leur collectivité. Or, rien de cela n'a sa raison d'être. Personne ne devrait être obligé de quitter son foyer pour se sentir en sécurité!

Il appartient aux dirigeants autochtones, aux paliers fédéral, provincial et régional, de prendre fermement position contre la violence, surtout sexuelle. Le message doit être sans équivoque : la violence sexuelle infligée aux femmes, aux adolescentes et aux enfants est inexcusable, intolérable et inadmissible. Que les dirigeants

autochtones prennent des mesures concrètes pour sensibiliser les collectivités aux conséquences destructrices de la violence. Qu'ils fassent de la violence la priorité sociale qu'elle devrait être. Qu'ils organisent des tribunes pour faciliter une prise de conscience sociale. Qu'ils fassent tous les efforts possibles pour prévenir la violence et pour venir en aide aux victimes.

Tous ceux qui sont appelés à côtoyer des autochtones en situation de crise (personnel hospitalier, policiers, avocats, juges, travailleurs sociaux, thérapeutes, employés des sociétés d'aide à l'enfance, etc.) devraient être tenus d'assister à des conférences ou à des ateliers consacrés à la violence sexuelle. Encore une fois, c'est aux dirigeants autochtones qu'il appartient d'en prendre l'initiative, et au gouvernement de débloquer les fonds nécessaires.

Il faut que les femmes autochtones puissent parler en toute franchise des questions difficiles et impopulaires que sont la violence, l'égalité, le patriarcat, le leadership politique, etc. Il faut qu'elles reçoivent une aide pour organiser des tribunes qui leur permettront de discuter ensemble de leurs préoccupations communes. Mais il faut auparavant que l'on prenne conscience de la réalité différente que vivent les Indiennes et les Métisses. Pour ce faire, les femmes autochtones ont besoin de leurs propres organisations, lesquelles doivent obtenir leurs crédits propres, distincts de ceux octroyés aux grands organismes cadres.

Comme je l'ai indiqué précédemment, le problème de la violence résulte dans une grande mesure de notre colonisation. Il revient donc aux dirigeants et aux éducateurs autochtones de faire tout le nécessaire pour faciliter l'organisation de tribunes où il sera question des séquelles de la colonisation sur nos vies, sur nos foyers et sur nos collectivités. Peut-être pourrait-on adopter à ce sujet les idées de Paulo Friere sur la «pédagogie de l'opprimé». Favoriser la prise de conscience de toute la population autochtone est l'une des étapes importantes à franchir sur le chemin de la complétude, et on peut la considérer comme un service aux victimes de la violence. Il faut que les gens comprennent les processus destructeurs de la colonisation et qu'ils saisissent bien les séquelles de leur dépersonnalisation et de leur absence de pouvoir. Il faut que les autochtones comprennent les forces institutionnelles qui ont envahi leur monde et ce qu'elles ont fait à leurs terres et leur économie, à leurs relations, à leurs valeurs et symboles culturels, à leur autodétermination et à leur confiance en eux-mêmes. Il faut qu'ils comprennent aussi que des solutions sont possibles. Il faut qu'ils soient convaincus de pouvoir agir pour changer la situation et que le simple fait d'agir constitue une reprise de pouvoir. C'est lorsqu'ils auront pris conscience des forces qui ont investi leur vie et leur histoire qu'ils pourront le mieux changer la situation.

Il faudra peut-être des années pour aider les autochtones à comprendre et à résoudre le problème de la violence, mais cela ne doit pas nous empêcher de l'enrayer au jour le jour. Même si nous nous entendons sur les causes profondes de la violence sexuelle, nous ne pouvons éliminer immédiatement le problème et nous ne le pourrions peut-être jamais. Outre les programmes sociaux, économiques et éducatifs auxquels nous pouvons avoir recours, nous sommes donc obligés de nous tourner vers la justice pénale pour obtenir protection et justice.

## L'intervention de la justice

En ce qui concerne les changements à apporter au processus judiciaire, il serait superflu de répéter les recommandations exhaustives et généralement excellentes qui se trouvent dans l'*Aboriginal Justice Inquiry Report* (1991). Quiconque oeuvre dans ce secteur se doit de consulter ce rapport. Je recommande aussi la lecture de *The Spirit Weeps*, petit guide publié par le Nechi Institute (1988) dans lequel on peut trouver des informations utiles sur les caractéristiques et la dynamique de l'inceste et de la violence sexuelle faite aux enfants autochtones.

Le système de justice pénale est évidemment très vaste et je ne peux en aborder ici que certains aspects (ceux que je trouve les plus préoccupants), notamment sa trop grande bienveillance à l'égard des agresseurs sexuels et d'autres criminels endurcis. Depuis le milieu des années 60, le système de justice pénale est de plus en plus indulgent à leur endroit. Cette indulgence équivaut à de la négligence. Elle saborde les lois déjà peu rigoureuses qui existent en matière d'agression sexuelle. Lorsque l'agresseur est autochtone, les victimes (en majeure partie des femmes, et souvent des adolescentes) sont forcées de vivre dans la peur et le silence, d'où une victimisation constante. Par exemple, le chef des voyous qui ont commis un viol collectif sur la jeune fille du lac Brochet n'a reçu que quatre ans d'emprisonnement – et c'est tout juste si le juge ne lui a pas présenté ses excuses! À mes yeux, une sentence aussi irresponsable constitue une insulte envers toutes les femmes et témoigne d'un mépris flagrant pour le traumatisme qu'a subi la jeune fille et pour la névrose post-traumatique dont elle souffrira certainement toute sa vie durant.

Bien sûr, il n'y a pas de solutions faciles. Je ne recommande pas non plus de solutions simplistes, mais je crois qu'on a tellement tendance à complexifier les questions de violence qu'on en arrive à adopter et à appliquer des lois absurdes, qui laissent le champ libre aux agresseurs d'enfants, aux violeurs et aux assassins. Le système perd ainsi tout son sens de la dignité humaine : il accorde plus d'importance au vol et aux infractions reliées à l'alcool ou à la drogue qu'au viol d'une personne.

J'aimerais voir le système correctionnel, qu'il soit autochtone ou non, s'orienter vers une structure bilatérale capable de juger différemment les diverses catégories de crimes et de criminels. Il importe de distinguer les actes violents de ceux qui ne le sont pas. Il y a un monde de différence, par exemple, entre le vol d'un magnétoscope et l'agression d'un être humain!

Les auteurs de certains crimes non violents pourraient être tenus de participer à des programmes d'action communautaire au lieu d'être envoyés en prison. On pourrait envisager des «rencontres avec la victime». On pourrait aussi s'inspirer des programmes qui ont été mis en oeuvre aux États-Unis et ailleurs pour punir autrement qu'en incarcérant.

Il convient de distinguer les diverses formes de violence : gifler quelqu'un, par exemple, c'est moins grave que battre une personne, la poignarder ou la blesser d'un coup de fusil, ou encore que se livrer à un acte de violence brutale et délibérée comme l'agression sexuelle ou le meurtre avec préméditation.

Ceux qui se retrouvent impliqués dans des bagarres devraient être dirigés vers des programmes appropriés. Le counseling pourrait être personnel, familial ou communautaire, et comporter un volet éducatif ou thérapeutique.

Les auteurs de crimes violents devraient recevoir des peines sévères d'incarcération, assorties de solides programmes d'éducation et de thérapie.

Les personnes reconnues coupables de crimes violents et délibérés devraient écoper de très longues peines d'emprisonnement et, dans certains cas précis, être expulsées de manière permanente de leur collectivité. Dans les cas de brutalité, de viol ou de meurtre impitoyable, l'expulsion peut être la seule mesure efficace pour protéger les victimes et leurs familles, surtout dans les petites collectivités isolées. En fait, bon nombre de collectivités septentrionales ont déjà réclamé de telles mesures d'expulsion ainsi que des peines plus sévères.

Toutes les formes d'agression sexuelle procèdent d'un même phénomène de violence et doivent presque toutes être considérées comme des actes de violence. Quiconque commet une infraction sexuelle mineure, même un garçon, doit être considéré comme potentiellement dangereux.

Quiconque commet un acte de violence et plaide non coupable en invoquant l'aliénation mentale, l'ivresse, son jeune âge, voire sa pauvreté, doit être placé en détention loin de sa victime. Le jugement «non coupable pour raison d'aliénation mentale» devrait être remplacé par «coupable mais aliéné mental» et entraîner une peine de détention correspondant au crime et à la situation.

Dans le même ordre d'idées, il faut modifier la *Loi sur les jeunes contrevenants*. Je trouve aberrant qu'un garçon de 13 ans puisse assassiner brutalement deux femmes et n'être condamné qu'à trois ans d'emprisonnement<sup>3</sup>. Il est incontestable qu'en entretenant la négligence, la violence et la misogynie, notre culture coloniale peut être blâmée pour les enfants devenus violents (généralement des garçons), mais il n'y a pas de raison pour que des personnes innocentes soient la cible de leur agressivité.

D'ailleurs, tous les jeunes ne sont pas pareils. Il peut y avoir des différences énormes entre deux garçons de 12 ans. Le législateur et les psychiatres devraient être capables de cerner ces différences et d'en tenir compte. Le législateur devrait en outre tenir compte de l'évolution de la société, car les enfants d'aujourd'hui sont beaucoup plus éveillés que ceux d'autrefois.

La réadaptation doit bien sûr demeurer un objectif de tous les instants, que les personnes condamnées aient été violentes ou non. Mais permettez-moi encore une remarque. Trop souvent, des peines fort indulgentes sont imposées au nom de cette réadaptation, comme si les concepts de justice et de réadaptation s'excluaient l'un l'autre. Pourtant, les statistiques montrent que les agresseurs, notamment sexuels, sont rarement réadaptés.

Ce qu'on semble oublier dans ce contexte, c'est ceci : le facteur primordial à prendre en considération dans la sentence n'est pas de savoir si l'agresseur sera réadapté ou non, mais d'abord et avant tout de réparer un tort. Et ce souci de justice doit

s'accompagner d'un message sans équivoque à l'agresseur et à la société leur faisant savoir que la violence sexuelle n'est pas acceptable et qu'elle sera réprimée.

Je crois à la réadaptation mais j'estime que la raison d'être du système de justice pénale est avant tout de faire triompher la justice. La réadaptation ne doit jamais être envisagée aux dépens de la justice.

Il existe des traditions judiciaires dans toutes les cultures anciennes, y compris les cultures autochtones. Celles-ci recouraient autrefois à un vaste éventail de châtiments selon la nature de l'infraction : l'humiliation, l'exclusion, l'amende ou la loi du talion («œil pour œil, dent pour dent»). Nous pouvons peut-être rejeter aujourd'hui certains de ces châtiments, mais il reste que la justice est essentielle au psychisme humain. Il ne saurait y avoir de paix ou de guérison sans justice. Il faut tenir les coupables responsables de leurs actes, ne serait-ce que pour rendre un service thérapeutique à leurs victimes.

Cela dit, les établissements de détention devraient offrir des programmes exhaustifs et obligatoires de réadaptation, axés non seulement sur la thérapie personnelle mais aussi sur la décolonisation et le renouveau spirituel et culturel ainsi que sur une prise de conscience du sexisme et de sa relation avec la violence faite aux femmes.

On devrait évidemment offrir des programmes de réadaptation à long terme aux victimes, à leurs familles et à leurs collectivités, car toute violence a de profondes répercussions sur les familles et les collectivités des victimes.

Je sais qu'il existe divers programmes communautaires favorisant la réconciliation entre l'agresseur et la victime. J'ai lu avec intérêt, dans le rapport d'enquête sur la justice autochtone au Manitoba, la description du Hollow Water Resource Group, au Manitoba, notamment ce commentaire :

[Le modèle] ne contribue pas seulement à réadapter l'agresseur et à soutenir ou reconforter la victime, il offre aussi un mécanisme de guérison et de rétablissement de l'harmonie dans les familles et dans la collectivité [...] Le modèle de Hollow Water a été conçu pour protéger la population contre toute récurrence et pour prévenir de nouvelles agressions<sup>9</sup>. [traduction]

Je conviens que le concept semble prometteur et qu'il faut féliciter les responsables de cette initiative pour leur courage et leur originalité. Mais ce programme est tellement récent et semble tellement axé sur la rééducation qu'il suscite en fait de nouvelles questions. Peut-être est-il encore trop tôt pour savoir s'il sera aussi efficace qu'il le semble. Voici les questions que je me pose. Les victimes des petites collectivités peuvent-elles vraiment décider librement de participer à ces programmes de rapprochement avec l'agresseur? Quel âge ont-elles? Quels actes de violence ont-elles subis? Acceptent-elles de participer à ces programmes par suite de pressions sociales et parce qu'elles n'ont pas d'autre choix? Quelles sont pour elles les conséquences d'une telle participation? Sont-elles suffisamment éveillées, politiquement et socialement, pour pouvoir prendre librement leurs décisions? Les agresseurs sont-ils vraiment réadaptés? Et cela devrait-il être le souci primordial des travailleurs

sociaux, des familles des victimes, des juges et des collectivités? Se peut-il que des agresseurs acceptent de participer à de tels programmes uniquement pour échapper à l'emprisonnement?

Je trouve que l'on dorlote un peu trop les agresseurs sexuels. N'y a-t-il pas d'autres méthodes qui pourraient être plus efficaces sur le plan de la guérison et moins stressantes pour les victimes?

Quand on parle de services destinés aux femmes, on ajoute souvent qu'ils doivent être adaptés à la culture. Bien que cette expression corresponde à un principe défendable, il importe de mieux la définir. Je crains en effet qu'elle ne dissimule l'idée que le devoir culturel des femmes autochtones est de tolérer la violence à tout prix, au nom de la famille ou de la tradition. Cela fait penser aux églises qui exhortent les femmes à ne jamais rompre les «liens sacrés du mariage» même si leur mari les bat et qu'il brutalise leurs enfants. Il faut prendre garde de ne jamais chercher à justifier la violence faite aux femmes et aux enfants au nom de la culture.

S'il faut encourager le counseling familial, il ne faut jamais donner aux femmes l'impression qu'elles doivent tolérer la violence au nom de la famille ou de la culture. Une famille, c'est également un mari qui assume ses responsabilités et qui participe au counseling.

Bien des questions subsistent en ce qui concerne les notions de guérison et de réadaptation, et le souci de protéger la cellule familiale et sociale, même aux dépens des victimes, dont beaucoup sont des enfants. Les études consacrées à la violence faite aux enfants montrent que le foyer familial est parfois l'endroit le plus dangereux pour eux. Nous devons donc veiller à ne pas invoquer de manière simpliste des notions telles que l'unité de la famille, car nous savons hélas que la famille n'est pas forcément un havre de paix. Chaque situation doit être analysée avec soin.

## La poursuite des recherches

Personne n'a de réponses définitives; nous n'avons que des embryons de suggestions. Le problème de la violence, notamment sexuelle, est d'autant plus difficile qu'il touche au cœur même de la politique personnelle, familiale et sociale. C'est aussi un sujet chargé d'émotion. Bien que nous commençons à recueillir des informations plus concrètes et à mieux comprendre les causes et conséquences de la violence, il y a encore beaucoup de recherches à faire à tous les niveaux.

J'estime toutefois qu'il faut privilégier la prévention, la compréhension, le soutien et la protection; c'est là que les budgets et les énergies doivent être concentrés. Il conviendrait aussi de se pencher sur les services, les programmes, le counseling et la thérapie à long terme nécessaires aux victimes.

J'ai évoqué à plusieurs reprises la névrose post-traumatique. Nous savons que la violence sexuelle perturbe les victimes pour la vie. Il faudrait donc étudier les conséquences à long terme de la violence sexuelle.

Je tiens en passant à faire une mise en garde au sujet de l'usage de certains termes et de certaines notions. On parle volontiers de guérison, de counseling et de violence familiale, et, à force d'être répétées, ces expressions peuvent donner l'impression que la violence sexuelle ne cause pas de préjudices irréparables. Autrement dit, un peu de counseling et la douleur s'en ira! On parle tellement souvent de guérison qu'on risque de répandre l'idée qu'il est facile de guérir les victimes. Or, tout porte à croire que la violence sexuelle a des effets extrêmement traumatisants et durables. Est-il d'ailleurs jamais possible de s'en remettre? Je ne veux pas dire qu'il ne faut pas essayer mais simplement qu'il faut éviter d'employer ces termes à la légère, car on risque de banaliser la violence sexuelle quand on a recours à une terminologie qui en atténue la gravité.

Parler de contrevenant plutôt que de violeur de femmes et d'enfants a pour effet de minimiser le caractère délibéré de l'agression sexuelle. Parler de violence familiale ou conjugale concourt aussi à camoufler toute la brutalité à laquelle les femmes et les enfants sont assujettis. De même, on emploie souvent le mot inceste à tort. L'inceste désigne une relation sexuelle consensuelle entre deux personnes que des liens familiaux trop étroits empêchent de se marier. La violence sexuelle infligée à un enfant par un parent masculin n'est pas de l'inceste : c'est du viol et de l'agression. Les enfants, les adolescentes et les femmes ne consentent pas à avoir des relations sexuelles avec leurs parents : elles sont attaquées ou subjuguées.

Je crois que des recherches montreraient que tant qu'on utilisera des expressions aussi édulcorées, il sera difficile de mobiliser les gens face à cet abominable problème.

Il serait par ailleurs indispensable de consacrer des recherches aux familles métisses pour obtenir des données exactes à leur sujet. On manque tellement d'informations sur les Métis du Canada qu'on n'est même pas capable de s'entendre sur leur nombre. Comment peut-on faire échec à la violence si on n'a pas de données précises sur le problème?

En ce qui concerne la justice et les contrevenants, il faudrait effectuer des recherches sur la pertinence des anciennes notions. Il faudrait suivre attentivement l'évolution de projets comme celui du Hollow Water Resource Group.

## Conclusion

Comme la plupart le savent, la violence est un fléau qui sévit depuis longtemps dans beaucoup de collectivités autochtones. Je sais que nous avons répugné à y faire face en partie parce que nous avons dû lutter contre le racisme et les stéréotypes, mais l'heure est maintenant venue de s'attaquer au problème. Si nous ne bougeons pas, un gouvernement autonome ne nous sera d'aucun secours puisque bon nombre d'autochtones auront fui leurs collectivités pour échapper à la violence. Il est possible de régler ces problèmes de manière intelligente, sans avoir recours aux stéréotypes racistes.

Finalement, pour qu'il n'y ait aucun malentendu, je tiens à souligner que je suis parfaitement consciente du dossier lamentable du système de justice pénale en ce qui concerne les autochtones! Enfant, j'ai vu des agents de police agresser la génération de mes parents. Il y en a qui ont tabassé et embarqué mes tantes, mes oncles et ma mère sans aucune raison. Cette génération ne pouvait se défendre devant les tribunaux à cause des problèmes de langue, de discrimination et de pauvreté. J'ai aussi entendu parler d'agents de police et de tribunaux peu portés à prendre la défense des victimes autochtones de la violence autochtone. C'est bien là le comble du racisme. Ce problème mérite autant notre attention que le précédent. N'est-il pas temps de s'élever contre la violence qui règne parmi nous?

Les membres de ma propre collectivité ont tous été victimes de la colonisation, mais ils ne sont pas tous devenus violents. D'ailleurs, pourquoi les victimes autochtones de la violence autochtone devraient-elles porter l'odieux de la colonisation, du racisme et de la négligence du système de justice pénale?

Ce que j'espère, bien sûr, c'est que nos communautés pourront renaître et que leurs membres trouveront l'appui nécessaire à leur épanouissement.

Je vous remercie de nous donner l'occasion d'exprimer nos préoccupations. J'ai bon espoir que la table ronde permettra de trouver des solutions pour garantir protection et justice aux victimes, et aussi pour mieux faire comprendre le problème.

## Notes

1. T.K. Young, 1988, p. 54.
2. Hodgson, Daily, Martens, 1988; *Aboriginal Justice Inquiry Report*, Manitoba, 1991.
3. Dexter Fisher, 1980, p. 13.
4. *Canadian Women Studies*, été/automne 1989, p. 90.
5. A.M. Shkilnyk, 1985, p. 46 et 47.
6. On trouvera des recommandations à ce sujet dans *Aboriginal Justice Inquiry Report*, 1991.
7. *Canadian Women Studies*, été/automne 1989, p. 90.
8. Cause entendue au Manitoba il y a quelques années.
9. *Aboriginal Justice Inquiry Report*, p. 495.

# La politique de financement des services à la personne destinés aux autochtones

*K.A. (Kim) Scott\**

Ce document de réflexion a été rédigé principalement à l'intention des participants à la table ronde : anciens respectés, intervenants du milieu, fournisseurs de services médicaux, organisations nationales et décideurs gouvernementaux. L'auteur a toutefois tenu compte de l'ensemble des Canadiens susceptibles de s'intéresser aux questions de santé et à l'intention desquels ce document sera publié. Par conséquent, même s'il pourra paraître un peu prosaïque à certains, il est à espérer que tous le trouveront clair et percutant.

Le lecteur trouvera une légende des sigles utilisés sous la rubrique «Glossaire». Quant aux expressions «peuples autochtones» et «services à la personne», il y a lieu de les définir plus à fond. L'expression «peuples autochtones» désigne collectivement et individuellement les Métis, les Inuit et les Indiens, par opposition au terme «indigène», qui comporte parfois une connotation péjorative. En effet, le *Petit Robert* définit le mot «indigène» en ces termes : «Qui appartient à un groupe ethnique existant dans un pays d'outre-mer avant sa colonisation.» Le mot «autochtone» en revanche, toujours selon le *Petit Robert*, désigne les personnes qui sont issues du sol même où elles habitent et qui n'y sont pas venues par immigration. Ce terme désigne avec plus d'exactitude l'ensemble des premiers habitants et leurs descendants.

L'expression «services à la personne» désigne l'ensemble des services qu'on regroupe, dans la terminologie euro-américaine, sous les appellations «services de santé» (services médicaux, éducation sanitaire et promotion de la santé) et «services

---

\* Analyste principale en matière de politiques, Commission royale sur les peuples autochtones.

sociaux» (services à l'enfance et à la famille, développement communautaire, aide sociale). Il ne faut pas voir dans l'emploi de l'expression «euro-américain» une marque de mépris pour le Canada, mais un désir de mieux saisir les influences continentales sur la prestation des services à la personne dans le milieu autochtone. Idéalement, la notion de services à la personne destinés aux autochtones devrait regrouper tout ce qui a une incidence sur la personne et sur le corps, notamment le territoire, l'économie, la culture, le logement et l'éducation, pour n'en nommer que quelques-uns. Or, pour traiter de l'ensemble de ces éléments, il faudrait disposer de ressources qui débordent le cadre de ce document. C'est pourquoi les suggestions qui y sont formulées ne concernent que les budgets affectés aux services de santé et aux services sociaux.

## Introduction

Avec leur structure sociale fondée sur les liens de parenté et leur connaissance intime des principes médicaux, les groupes autochtones étaient l'illustration parfaite d'un état d'harmonie entre la santé et le milieu. L'influence euro-américaine allait toutefois créer un état de captivité et de dysfonctionnement. La captivité est une forme complexe d'isolement géographique, économique, juridique et social ayant pour effet d'empêcher les peuples autochtones de profiter de toute la gamme des services à la personne dont bénéficient les autres Canadiens. Quant au dysfonctionnement, jamais il n'apparaît plus évident que lorsqu'on examine l'état de santé des peuples autochtones.

Ce document a pour principal objectif d'attirer l'attention sur les politiques actuelles de financement des services à la personne destinés aux autochtones; il veut aussi stimuler la discussion sur la façon de réviser ces politiques pour que les autorités autochtones responsables de la santé soient à même de dispenser à leurs collectivités des soins de santé plus holistiques. Je soulignerai notamment les singularités des accords fédéraux-provinciaux de cofinancement des services à la personne conclus en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du financement des programmes établis (FPE). J'examinerai également quelques-uns des accords de transfert administratif conclus par les divers ordres de gouvernement du Canada et les autorités sanitaires autochtones (conseils de santé et de services sociaux incorporés, conseils de bandes, conseils tribaux) en ce qui concerne les services habituellement dispensés par des ministères fédéraux ou provinciaux.

Il convient de signaler que cet exposé repose sur l'hypothèse fondamentale selon laquelle la politique de financement doit être suffisamment souple pour permettre le transfert du contrôle des programmes et de l'administration aux autorités sanitaires autochtones lorsque ces organismes souhaitent assumer cette responsabilité et sont prêts à le faire. Cela ne présuppose aucunement que les éléments de politique suggérés revêtent un caractère universel et pourraient répondre aux besoins de toutes les collectivités autochtones. Il s'agit plutôt de montrer que lorsque des collectivités autochtones sont prêtes pour un changement, ce changement peut et doit se faire d'une manière holistique, grâce à une répartition intelligente des ressources affectées

Le transfert administratif n'est qu'une forme de délégation de pouvoirs. Les groupes autochtones n'obtiennent pas l'indépendance morale et la capacité d'autogestion qu'ils recherchent en matière de prestation des services à la personne. Par conséquent, tout transfert de capital santé est assorti d'une loi imposée, de lignes directrices rigides et de l'obligation de rendre des comptes. Par contre, les transferts de contrôle administratif, qui s'accompagnent d'une certaine souplesse en matière de programmes, permettent une plus grande sensibilité aux priorités des services de santé communautaires. Dans tous les cas, cependant, les décisions finales demeurent la responsabilité exclusive des gouvernements qui les prennent. Or, ces décisions, bien qu'elles ne soient pas entièrement arbitraires, varient à l'extrême. Je soulignerai cette variation ainsi que les priorités de financement en examinant diverses opérations de transfert. Je vais également présenter les difficultés que pose la mise en oeuvre d'une politique de financement mal orientée et proposer des solutions de rechange visant à faciliter une approche plus holistique pour la prestation des services à la personne dans le cas des peuples autochtones. Les premières formes de transfert à envisager sont celles que SBSC et le MANC offrent aux collectivités indiennes vivant dans les réserves.

### *Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada*

Le service du transfert des programmes de santé (TPS) de la Direction générale des services médicaux de SBSC offre de transférer aux collectivités autochtones le contrôle administratif d'un sous-ensemble de programmes de santé fédéraux. En gros, le transfert des programmes de santé permet aux collectivités d'avoir accès au financement nécessaire pour faire la planification, évaluer les besoins en matière de santé, procéder aux négociations et effectuer le transfert. Une fois celui-ci effectué, les collectivités administrent les sommes que la DGSM consacrait au personnel des services de santé, à la formation et au soutien, aux installations, aux véhicules et à l'équipement. En outre, le budget de l'administration est fondé non pas sur les dépenses engagées par le ministère pour gérer le programme (ce qui comprend le salaire des cadres du ministère, la planification stratégique et l'information, les affaires intergouvernementales et internationales, de la gestion intégrée, de l'administration du personnel et des communications), mais, ce qui est à la fois pratique et original, sur la population que compte la collectivité. Les seules exigences imposées à cette dernière, une fois le transfert effectué, sont de continuer d'offrir des services de lutte contre les maladies transmissibles, des services d'hygiène du milieu et des services de traitement, et d'avoir un plan d'intervention d'urgence (*Guide du transfert des programmes de santé*, 1989).

Lors d'une évaluation du TPS ayant porté sur une courte période de temps, les collectivités ont dit trouver que cette formule leur accordait plus de latitude, sur les plans des finances et des programmes, pour répondre aux besoins (Adrian Gibbons and Associates, 1992). Les modalités de financement du transfert des programmes de santé suscitent toutefois des critiques, principalement parce qu'elles ne prévoient pas l'évolution ni l'enrichissement des programmes. L'absence de services adéquats pour traiter les victimes du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et du sida constitue la

meilleure illustration des difficultés qu'entraîne l'absence de souplesse une fois le transfert effectué. Il faut être naïf pour espérer poursuivre jusqu'au XXI<sup>e</sup> siècle les efforts de prévention et de guérison relatifs aux toxicomanies et au sida avec les niveaux de ressources de 1990. En fait, les collectivités critiquent ce manque de souplesse et y voient un exercice de compression budgétaire et un programme de municipalisation. Autrement dit, lorsque les ressources deviendront vraiment rares, les collectivités visées par les transferts administratifs devront se tourner vers le gouvernement provincial pour obtenir les crédits supplémentaires dont elles auront besoin, et ce parce que le gouvernement fédéral a choisi de limiter, par le recours au mécanisme de transfert, ses engagements financiers à l'égard de ces collectivités. Or, comme je le disais au sujet du RAPC et du FPE, les collectivités risquent de se retrouver vis-à-vis de rien.

Le système de mesure de l'augmentation de la charge de travail des collectivités que met en place la DGSM (voir l'annexe B) témoigne toutefois d'une tentative en vue d'évaluer avec précision le fardeau qui pèse sur les programmes de santé des collectivités. Son objectif premier est d'assurer l'uniformité du financement au sein des organismes financés par la DGSM. Toutefois, cela ne règle en rien le dilemme des deux poids deux mesures posé par les politiques de financement du gouvernement fédéral et des provinces. Ce système pourrait constituer un instrument important de la politique de financement, avoir une large application après le transfert et faciliter une répartition équitable des ressources consacrées à la santé. Cependant, pour que cet instrument soit véritablement utile, il faudra s'assurer, dès les premiers stades de son élaboration, qu'il permettra la comparaison avec les systèmes provinciaux de mesure de la charge de travail.

De plus, le transfert des programmes de santé exclut les services des autres directions générales de SBSC qui peuvent s'inscrire dans les efforts de prévention et qui sont faciles à partager, tels les services des directions générales de la promotion et de la protection de la santé et de Condition physique et Sport amateur. Ce sont toutefois les sommes normalement consacrées à l'administration de la DGSM qui font le plus manifestement défaut.

### *Les prestations médicales non assurées*

Le TPS ne prévoit pas non plus le transfert des quelque 214 millions de dollars qui sont consacrés chaque année aux prestations médicales non assurées (PMNA) (SBSC, 1993, document télécopié) et qui présentent peut-être l'une des possibilités de réorganisation du capital santé autochtone les plus commodes. Si j'utilise le terme «commode», c'est parce que les ressources consacrées aux PMNA sont faciles à répertorier, contrairement à celles que les systèmes provinciaux de services à la personne fournissent aux peuples autochtones. Les PMNA concernent les médicaments d'ordonnance, les prothèses, les soins dentaires, les lunettes et le transport médical. Idéalement, le transfert de la responsabilité administrative des PMNA aux autorités sanitaires autochtones devrait se faire d'une manière plus attrayante et plus souple, comme c'est le cas en vertu des modes optionnels de financement (ou financement global) offerts par le MAJNC. À l'heure actuelle, le transfert de la responsabilité des

PMNA à une autorité autochtone peut se faire dans le cadre d'un accord de contribution normal. Un tel accord ne permet toutefois pas, à long terme, de conserver les crédits excédentaires ni de les affecter à des programmes de santé à caractère plus préventif, comme dans le cas du transfert des programmes de santé.

Selon la politique actuelle de financement des PMNA, la hausse des coûts peut être régie par la demande, mais non pas contrôlée par programme. Le taux de croissance illustré à l'annexe C n'est que l'une des raisons qui militent en faveur d'une modification de cette politique. La meilleure façon d'illustrer les problèmes pratiques inhérents à une politique de financement régie par la demande est de donner un exemple. Dans une situation où la hausse des coûts est régie par la demande, lorsque les clients (dont le nombre est aussi élevé que la demande le justifie) ont à se déplacer pour recevoir des soins dentaires, leur transport est payé, au même titre que les honoraires du dentiste. Si les services étaient contrôlés par programme, c'est le dentiste qui se rendrait dans la collectivité afin d'y dispenser ses soins.

Figure 1 - Comparaison des coûts

<i>Services régis par la demande</i>	<i>Services contrôlés par programme</i>
24 \$ par déplacement	24 \$ par déplacement
50 clients	1 dentiste
15 déplacements/traitements	30 déplacements
$24 \times 50 \times 15 = 18\ 000\ \$$	$24 \times 1 \times 30 = 720\ \$$
Honoraires = 500 \$	Honoraires = 500 \$
$50 \times 500 = 25\ 000\ \$$	$50 \times 500 = 25\ 000\ \$$
<b>Total: 43 000 \$</b>	<b>Total: 25 720 \$</b>

Il ressort clairement de cet exemple que dans un système où les services sont régis par la demande et un calendrier irrégulier, le coût des PMNA est de 43 000 \$, alors que dans un système où les services sont contrôlés par programme, le dentiste se rendant dans la collectivité deux fois par semaine, le coût est de 25 720 \$.

Si l'on transpose à une plus grande échelle et si l'on prend le cas d'une collectivité nordique où les frais de transport médical oscillent autour de deux millions de dollars par an, il convient de se demander s'il est possible de mieux organiser ces dépenses ou de les fusionner avec les ressources émanant du gouvernement provincial, de façon à offrir les services à la population tout en évitant qu'elle aille se faire soigner dans des établissements éloignés. Car, après tout, même dans le meilleur des cas, rien ne vaut son propre patelin. En outre, l'un des effets secondaires les plus pernicious, quoique non intentionnels, d'un tel service d'évacuation des malades, c'est que les transporteurs y sont souvent perçus comme faisant partie intégrante du système de santé, qu'ils offrent des conseils médicaux et qu'ils renvoient même des malades aux médecins!

Parmi les solutions de rechange à examiner, mentionnons le modèle américain des services de santé adaptés aux Indiens, qui offrent le choix entre des services dispensés à contrat (services contrôlés par programme) et l'achat direct de services (formule qui se compare à celle des PMNA), ou encore la possibilité d'instaurer un programme d'assurance-maladie contrôlé par les autochtones eux-mêmes, formule qui s'apparente à celle retenue par le Conseil attikamek montagnais pour son régime de retraite.

Les efforts déployés récemment afin de limiter la croissance exponentielle du coût des PMNA n'ont guère porté fruit. La méthode d'administration des PMNA mise en place par la Labrador Inuit Health Commission constitue d'ailleurs un exemple de ces efforts. Or, l'examen de cette formule révèle que le transfert de responsabilité par la voie d'accords de contribution permet l'élimination des abus, mais non pas un contrôle par programme (Johnson, 1992). Par conséquent, un transfert de responsabilité par la voie d'un accord de contribution dépourvu de souplesse peut répondre à un objectif de limitation des coûts, qu'il ne faut toutefois pas confondre avec un véritable rapport coût-efficacité, plus facile à atteindre dans un régime où les services sont contrôlés par programme.

La suppression du lait maternisé de la liste des PMNA constitue un autre exemple de mesure qui visait à freiner l'escalade des coûts. Or, cette dépense a simplement été transférée aux budgets d'aide sociale et d'aide à la famille des organismes de services sociaux. Ce n'est là qu'une des nombreuses illustrations des liens étroits entre les services de santé et les services sociaux. Je pourrais mentionner aussi le placement en établissement des personnes handicapées, les soins aux personnes âgées et le traitement des personnes ayant été victimes de violence sexuelle durant leur enfance, autant de services qui se trouvent compris dans le budget des PMNA, lesquelles sont axées sur les symptômes. J'exhorte les lecteurs à se munir d'un plan visant à mieux intégrer les budgets des services de santé et des services sociaux, gage d'une politique de financement des services à la personne à caractère plus holistique.

### *Direction générale du développement social, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien*

La politique de financement des services d'assistance à l'enfance et à la famille à l'intention des Indiens est élaborée par la Direction générale du développement social (DGDS), MAINC. Les fonds nécessaires aux services sont distribués aux collectivités dans le cadre d'accords de contribution rigides pouvant couvrir les soins en établissement pour adultes et enfants, les services d'auxiliaires familiaux, la prévention du placement, le placement en foyer d'accueil, les refuges, les foyers collectifs et l'administration. En outre, bien que l'accord soit structuré selon le concept euro-américain de développement social, ce n'est pas toute la gamme des services généralement accessibles aux Canadiens qui est incluse. Signalons en particulier l'absence des projets de développement communautaire et d'adaptation au travail (SBSC, 1992). Qui plus est, les accords de contribution ne laissent généralement aux collectivités aucune latitude pour modifier l'attribution des fonds selon leurs priorités.

Cependant, des changements considérables et prometteurs ont été apportés à la politique de financement de l'aide à l'enfance et à la famille. Bon nombre de collectivités pourront dorénavant mettre sur pied des services qui fonctionneront selon les normes autochtones, en vertu d'une nouvelle politique de financement appelée «régime de gestion». Il est dommage que cette politique ne prévoie pas l'établissement ni la gestion de services à l'intention des collectivités comptant moins de 251 enfants. Bien que je comprenne les contraintes qui s'imposent en période de restrictions financières, dans un souci d'éthique, je dois souligner que cette catégorie regroupe la plus grande partie des collectivités isolées, où les enfants courent les plus gros risques. Le problème c'est que, dans cette optique, seuls certains enfants semblent avoir droit à une protection.

Si les restrictions de la DGDS sont uniquement d'ordre financier, il faut alors envisager, au nombre des solutions de rechange, la possibilité de puiser dans des fonds généralement disponibles pour la population provinciale, au profit des services aux familles. On peut présumer qu'en l'absence de services, le gouvernement provincial n'est nullement tenu d'en assurer la prestation. Comment peut-on empêcher ces enfants d'être victimes de ce vide juridique laissé par des articles de la *Loi constitutionnelle de 1867*?

Par ailleurs, là où des pouvoirs administratifs en matière de développement social ont été cédés à des autorités sanitaires autochtones, les fonds ne peuvent être indexés qu'en fonction de l'inflation. L'évolution et l'enrichissement d'un programme sont du seul ressort de la DGDS; pour illustrer le dilemme qui se pose ici, citons l'absence actuelle de ressources en matière de prévention du suicide et de prévention des violences sexuelles contre les enfants, et l'absence de services relatifs à la santé mentale des personnes récemment frappées par un deuil.

Dans tous les cas de transfert administratif des services sociaux, sauf un, il est obligatoire de se conformer à la réglementation provinciale. Toutefois, il existe d'autres exemples originaux témoignant de la réceptivité des gouvernements provinciaux, tant en Ontario qu'au Québec. La *Loi sur le bien-être de l'enfance* de l'Ontario reconnaît expressément l'importance de la culture et de la langue lorsqu'il s'agit de l'éducation des enfants autochtones. Le Québec a offert aux collectivités autochtones l'occasion de concevoir leurs propres lois sur la protection de la jeunesse, lesquelles, si elles sont adoptées par l'Assemblée nationale du Québec, permettront aux collectivités d'économiser les frais de supervision professionnelle actuellement payés à la province par les autorités sanitaires autochtones. Dans une certaine mesure, ce modèle permet au Québec de prendre du recul par rapport à l'application interne des services aux familles, et les fonds auparavant consacrés à la supervision professionnelle sont réinvestis dans la collectivité. La première nation Spallumcheen représente l'exemple idéal, car elle exerce ses compétences en se prévalant du processus de réglementation contenu dans l'alinéa 81(1)a) de la *Loi sur les Indiens* de 1868.

### *Modèles provinciaux*

Il y a de nombreux exemples de transfert administratif aux autochtones vivant dans des réserves; cependant, seuls très peu de services à la personne sont culturellement

adaptés aux peuples autochtones vivant à l'extérieur d'une assise territoriale (par exemple, les services d'aide à l'enfance et à la famille pour les Métis à Edmonton; Anishnabe Health à Toronto; Ma Mawi Wi Chi Itata à Winnipeg). Ces services à la personne sont financés au moyen de divers accords qui constituent tous des approches originales et réceptives à l'égard des peuples autochtones sans assise territoriale, mais quelques améliorations pourraient y être apportées en vue de promouvoir une approche plus holistique et préventive, adaptée aux cultures autochtones.

Il est intéressant de constater que les problèmes décelés au niveau des initiatives provinciales de transfert de services à la personne sont très semblables à ceux des initiatives fédérales. Il est clair que le financement s'accompagne de lignes directrices rigides pour les programmes, de rapports inflexibles entre les fonctions relatives aux programmes, de politiques provinciales obligatoires en matière de services, ainsi que d'une formule de financement à caractère correctif axée sur le volume des activités. En d'autres termes, la variable critique déterminant le financement de ces organismes de service est le nombre de cas, interprété selon une stricte définition provinciale (Wayne Helgason, le 16 février 1993; Carolyn Pettifer, le 17 février 1993; communications personnelles). En fait, les efforts de prévention sont entravés par les politiques obligeant les familles à accès direct à signer des accords volontaires de protection de l'enfance. En d'autres termes, ces familles doivent se résoudre à être considérées comme des «cas de protection de l'enfance», selon l'interprétation provinciale, même si elles ne cherchent qu'à étendre leur réseau de soutien pour bénéficier également des services dispensés par ces organismes. Bon nombre de familles sont intimidées par cette exigence; craignant que leurs enfants ne leur soient retirés, elles coupent tout contact et, par conséquent, ne peuvent bénéficier de services de prévention. Le problème, c'est que la politique de financement se fonde clairement sur le nombre d'enfants à charge et ne prévoit aucune mesure pour encourager les organismes à modifier leur orientation. La solution de rechange évidente consiste à réviser la définition de ce qu'est un client admissible et à accorder toute la marge de manoeuvre nécessaire entre l'intervention des familles et les budgets consacrés à la protection de l'enfance.

## Réflexions sur les futures analyses de politiques

Une explication approfondie de l'interdépendance complexe qui existe entre des secteurs stratégiques comme l'éducation, le territoire, l'habitation, l'économie, la culture et les services à la personne dépasserait la portée de la présente étude, mais devrait être examinée dans le cadre de futures analyses de politiques entreprises avec tout le temps et toutes les ressources nécessaires. Les répercussions du changement d'un secteur à un autre sont surtout manifestes si l'on tient compte du fait que seule une formation permet de se préparer à assumer des responsabilités. Des ressources économiques appropriées et de solides bases culturelles sont indispensables au développement des familles. Les collectivités ne peuvent devenir autonomes que si elles disposent d'une assise territoriale suffisante. Toutefois, tant qu'une orientation axée sur les problèmes dictera la politique de financement, ces éléments fondamentaux

ne seront pas couverts par les services à la personne, et les démarches (axées sur les symptômes et dépourvues de vision à long terme) ne seront pas les plus rentables.

L'une des grandes inconnues à l'échelle nationale est la proportion exacte dans laquelle les peuples autochtones sont trop ou pas assez représentés au sein des services à la personne. À l'échelle provinciale, on peut parfois identifier l'origine ethnique des clients. Cependant, aucune analyse des données n'a été entreprise pour déterminer comment le pourcentage d'autochtones influencerait sur le financement destiné aux autorités sanitaires autochtones. Il conviendrait d'examiner dans une certaine mesure la proportion d'autochtones se prévalant de chaque type de service. Des sources bien informées soupçonnent maintenant que cette proportion est plus élevée au sein des services correctifs ou du secteur tertiaire que dans les services de prévention. En d'autres termes, quand il n'y a plus d'autre issue, les peuples autochtones apparaissent dans la clientèle des services dispensés par les organismes de type euro-américain. Cependant, à l'apparition des premiers symptômes d'une maladie, c'est par choix ou pour des raisons d'inaccessibilité ou de manque d'à-propos que les groupes autochtones ne font pas partie de la clientèle des services. En pareil cas, la question du pourcentage d'autochtones a de graves répercussions sur la politique de financement et pourrait fonder une nouvelle répartition des ressources en vue d'assurer un service de santé intégré, accessible et adéquat sur le plan linguistique et culturel. À un niveau très pratique, ce genre de souplesse équivaut à une once de prévention.

Rien n'arrête la coopération interministérielle en matière de services à la personne. Elle se manifeste déjà par l'Initiative de lutte contre la violence familiale (SBSC et MAINC). Une telle coopération permettrait aux collectivités de s'attaquer aux répercussions de l'emploi, de l'habitation, de l'éducation et de la culture sur la santé. L'inflexibilité des accords de financement actuellement en vigueur favorise l'hypothèse ethnocentrique selon laquelle la conception allochtone des soins médicaux et de la santé doit être d'application universelle. Même dans la seule optique des services à la personne, les responsables des services de santé autochtones doivent traiter avec les représentants de nombreux organes gouvernementaux pour gérer leurs programmes de santé (MAINC, DGSM, ministères provinciaux), leurs installations (Travaux publics Canada) et leur personnel (Emploi et Immigration Canada). Quels sont les obstacles à une plus grande coopération interministérielle sur ces questions?

Mon analyse porte avant tout sur les politiques de financement des gouvernements, mais ceux-ci ne sont pas les seuls intervenants d'importance en matière de services à la personne. Certes, de nombreux fonctionnaires bien intentionnés ont facilité les changements survenus au cours des deux dernières décennies, mais les intervenants les plus puissants et les plus importants demeurent les particuliers, les collectivités et les gouvernements autochtones. Néanmoins, notre tâche à titre de participants à une table ronde ne consiste pas à suggérer ce que devraient faire les peuples autochtones, mais à prôner une révision des systèmes canadiens pour permettre aux intervenants autochtones d'orchestrer les changements qui les touchent.

## Conclusion

La politique de financement des services à la personne a été largement élaborée sans la participation des peuples autochtones; en outre, ceux qui sont privés d'assise territoriale, habitent dans les centres urbains et doivent recourir aux services de santé des établissements euro-américains sont fort peu représentés au sein des conseils de santé municipaux et de district. Notre défi consiste à mettre au point un mécanisme interministériel de changement qui, en principe, exercerait de façon moralement indépendante et autonome une emprise sur les soins et le maintien du bien-être. Plutôt que d'utiliser des modèles à saveur autochtone qui se fondent sur des thérapies correctrices et axées sur les symptômes, les peuples autochtones autonomes pourraient prétendre à des systèmes de soins de santé dont la conception tiendrait compte de l'intégration des éléments sociaux et physiques, où la guérison traditionnelle serait une pratique courante, où l'on insisterait en priorité sur la prévention et où les traitements nécessaires seraient facilement accessibles. L'objectif qui guide les efforts déployés par les autochtones en matière de santé n'est pas de créer une réplique des conceptions non autochtones (très propices aux divisions), en matière de services à la personne, mais plutôt de fournir une approche holistique respectueuse des priorités propres aux collectivités, et de prévoir la marge de manoeuvre financière nécessaire pour y parvenir.

Les modèles de transfert administratif servent bel et bien à accroître la participation des groupes autochtones à la prestation et à la gestion des soins de santé. D'autre part, une plus grande participation locale des groupes autochtones, encouragée par une action positive de la part des conseils de santé de district, s'avérerait une amélioration et présenterait un avantage marqué: cela accroîtrait le pouvoir de décision des groupes autochtones à l'égard des ressources en matière de santé. L'inconvénient est que cette solution n'est pas utile à ceux qui souhaitent un système complet en soi et entièrement distinct en ce qui concerne les services à la personne, auquel cas il faudrait prévoir une certaine forme d'accord interministériel de financement global. Enfin, étant donné que les autochtones sont les plus puissants facteurs de changement, les gouvernements doivent se montrer réceptifs et responsables en reconnaissant, en appuyant et en intensifiant davantage les efforts de guérison des peuples autochtones, à l'échelle individuelle et communautaire.

## Questions posées aux participants à la table ronde

1. Comment peut-on faire concorder les responsabilités des gouvernements fédéral et provinciaux en vertu du paragraphe 91(24) et de l'article 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867* lorsqu'il n'existe pratiquement pas de services pour les peuples autochtones?
2. Comment les paiements de transfert fédéraux effectués en vertu du RAPC et du FPE peuvent-ils être redistribués afin que les autorités sanitaires autochtones exercent une plus grande emprise sur le capital santé? Si elles prennent en charge ces ressources, quels seraient les mécanismes de responsabilisation nécessaires? Quelles en seraient les conséquences fiscales?

3. Quelles répercussions la représentation autochtone dans la clientèle des soins de santé et des services a-t-elle sur la politique de financement?
4. Qu'est-ce qui empêche une coopération interministérielle d'accorder un financement aux autorités sanitaires autochtones?
5. En ce qui concerne notamment les prestations médicales non assurées (PMNA), comment doit-on réviser les orientations pour rendre ces prestations plus rentables?
6. À l'échelle régionale ou communautaire, quelles analyses comparatives, complètes et détaillées, ont été effectuées des services de santé à l'intention de tout groupe autochtone isolé (Indiens, Métis ou Inuit) et des Canadiens en général?

## Glossaire

### Autorités sanitaires autochtones:

Conseils dûment constitués sur une assise territoriale ou à l'extérieur de celle-ci, conseils de bande, conseils tribaux.

DGDS: Direction générale du développement social, Affaires indiennes et du Nord canadien.

DGSM: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada.

FPE: Financement des programmes établis.

MAINC: Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

PMNA: Prestations médicales non assurées.

### Peuples autochtones:

Peuples issus du territoire, peuples appartenant à celui-ci.

RAPC: Régime d'assistance publique du Canada.

SBSC: Santé et Bien-être social Canada.

TPS: Transfert des programmes de santé.

## Annexe A

### La Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* se fonde sur les principes fondamentaux exposés ci-après et qui sont importants pour comprendre les idéaux qui inspirent le système canadien de soins de santé.

Voici les critères et conditions auxquels chaque régime provincial d'assurance-santé doit satisfaire pour recevoir la pleine contribution pécuniaire que doit lui verser le gouvernement fédéral en vertu de la loi de 1977 (*Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977*), au cours de chaque année financière :

## Critères

- a) **Gestion publique** : En vertu de l'article 8, le régime d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, être responsable de cette gestion devant le gouvernement provincial et être assujéti à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.
- b) **Intégralité** : En vertu de l'article 9, aux termes du régime, doivent être couverts tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, lorsque la loi le permet, les services dispensés par d'autres professionnels de la santé.
- c) **Universalité** : L'article 10 exige que 100 % des personnes assurées d'une province aient droit aux services de santé assurés prévus par le régime, et ce selon des modalités uniformes.
- d) **Transférabilité** : Conformément à l'article 11, les habitants d'une province qui emménagent dans une autre doivent rester couverts par la province d'origine en ce qui concerne les services de santé assurés, et ce durant tout délai minimal de carence imposé par la nouvelle province de résidence, jusqu'à concurrence de trois mois.

Les services de santé assurés doivent être fournis à des assurés temporairement absents de leurs provinces respectives, selon les modalités suivantes :

- Les services assurés reçus à l'extérieur de la province, mais sur le territoire du Canada, doivent être payés par la province d'origine selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil, à moins qu'il n'existe un autre accord de paiement des coûts entre les provinces. Une approbation préalable peut être requise dans le cas des services facultatifs.
  - Les services reçus à l'extérieur du pays doivent être payés au moins en fonction du coût de services identiques dispensés dans la province d'origine et payés par celle-ci. Une approbation préalable peut également être requise dans le cas des services facultatifs.
- e) **Accessibilité** : En vertu de l'article 12, le régime d'assurance-santé d'une province doit prévoir :
    - des services de santé assurés selon des modalités uniformes, et ne faisant pas obstacle, ni directement ni indirectement, notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant de ceux-ci aux services;
    - une rémunération raisonnable aux médecins et aux dentistes pour tous les services de santé assurés et fournis;
    - des paiements aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

## Annexe B

### *Système de mesure de l'augmentation de la charge de travail communautaire pour les programmes de santé des Indiens et du Nord au niveau communautaire*

#### Contexte

Dans le passé, il n'existait aucune approche uniforme en ce qui concerne l'octroi de ressources pour financer les activités de la Direction générale des services médicaux, de sorte que de graves iniquités se sont produites en matière de financement, non seulement entre des régions, mais au sein d'une même région.

En 1984, on a lancé un projet appelé «Costing the Gap» qui visait à déterminer les façons de combler les lacunes entre, d'une part, les niveaux actuels de services et, d'autre part, les normes relatives aux services de santé. Les responsables de ce projet n'ont pas réussi à produire un instrument réaliste et viable pour justifier les besoins en ressources auprès du Conseil du Trésor.

Le Projet de mesure de l'augmentation de la charge de travail communautaire a été lancé à titre de solution de rechange à «Costing the Gap». Il visait à établir des ratios sur les charges de travail, lesquels serviraient à justifier, à l'intention du Conseil du Trésor, les besoins en ressources, y compris les hausses imputables au volume et à la charge de travail, pour l'année en cours et les années futures, et ce au niveau communautaire. On a défini quatre types de collectivités en fonction des circonstances géographiques et démographiques, car le système se base sur le principe selon lequel aucune collectivité ne doit être financièrement défavorisée.

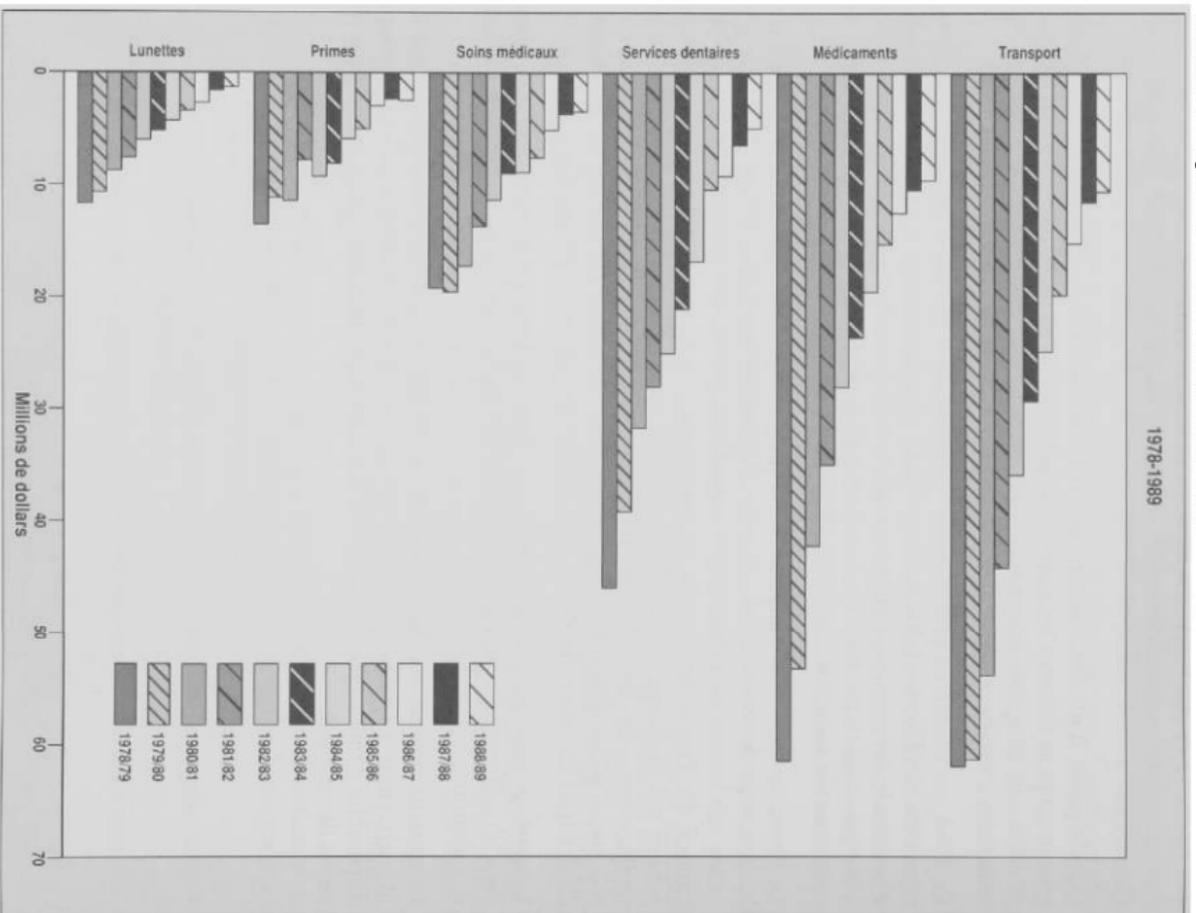
Le système tient compte des services de santé de base, du nombre réel de clients dans les collectivités, ainsi que des calendriers établis pour la prestation des services en question.

Le système prévoit une base équitable de répartition des ressources disponibles. Il fournit aussi à chaque collectivité une indication du niveau des ressources disponibles d'une année à l'autre, et il facilitera la planification à long terme du processus de transfert.

## Annexe C

Figure 1

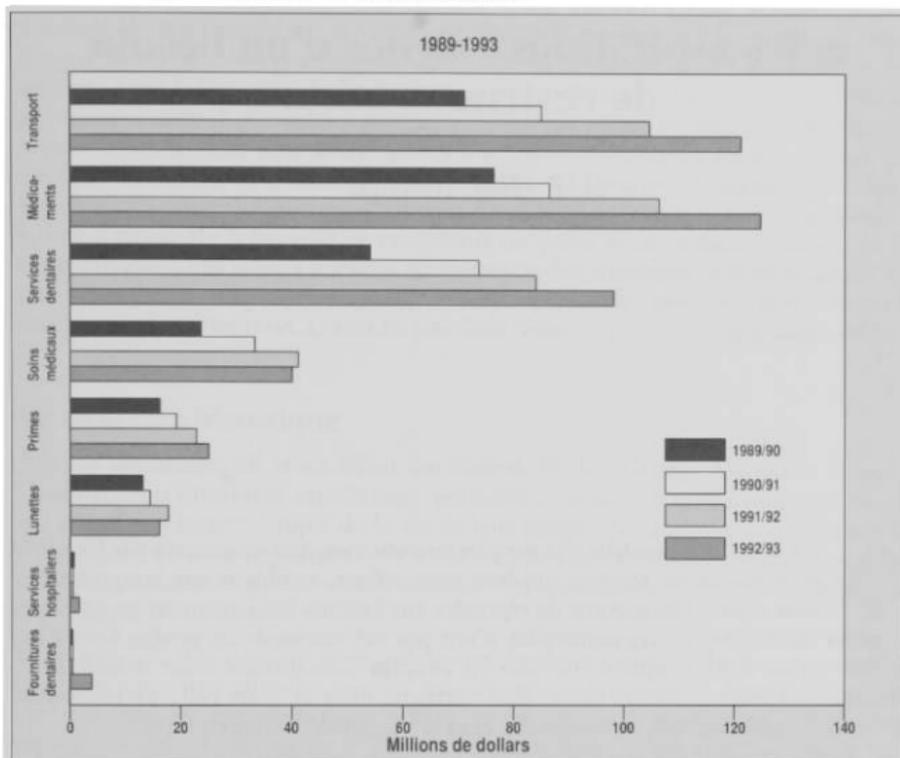
Ensemble des prestations médicales non assurées



Source: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada

Figure 2

## Ensemble des prestations médicales non assurées



Source: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada

## Bibliographie

Adrian Gibbons and Associates, *Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer*, janvier 1992.

Barer, Morris L. et Greg L. Stoddart, *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*, rapport préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, juin 1991.

Santé et Bien-être social Canada, *Régime d'assistance publique du Canada - Rapport annuel 1989-1990*, cat. H75-8/1990, ISBN 0-662-59218-2, 1992.

Santé et Bien-être social Canada, Direction des services médicaux, Transferts de programmes, Politiques et Planification, *Transfert des programmes de santé - Guide*, édition revue et corrigée, septembre 1989.

## Les lacunes, les assises culturelles et les aspirations : signes d'un besoin de restructuration

*W.J. (Bill) Mussell\**

Les besoins insatisfaits des peuples autochtones, tels qu'attestés par les programmes et les services qui leur sont offerts, semblent aux antipodes de leurs désirs. Les moyens de répondre aux besoins fondamentaux et, partant, de poser de solides assises culturelles n'ont pas été examinés en profondeur. Les lacunes ou les défis auxquels font face les peuples autochtones, étant donné leurs aspirations, appellent effectivement une restructuration de leurs collectivités et des structures extérieures qui les desservent et avec lesquelles ils sont en rapport.

Les dirigeants autochtones canadiens aspirent à l'autonomie gouvernementale. Ils veulent que s'améliorent les modes de vie que partagent leurs commettants, et ils veulent assurer le patrimoine des générations futures. Les dimensions sociale, économique et politique de leur vie révèlent le besoin d'opérer des changements fondamentaux. Ces changements renforceront progressivement leur capacité collective de prendre en charge leurs destinées et de connaître la justice sociale. Les indices révélateurs des besoins insatisfaits permettent de comprendre pourquoi la justice sociale est un but à long terme.

Par exemple, les dirigeants communautaires sont de plus en plus nombreux à placer au rang des besoins prioritaires les programmes et services visant à combattre l'alcoolisme et la toxicomanie, la violence et l'agression sexuelle, la négligence à l'égard des enfants et le suicide chez les jeunes, de même que le rattrapage et l'enseignement correctif. Ces besoins témoignent clairement de l'existence de grands problèmes et de grandes questions sur lesquels on a commencé à se pencher

---

\* Chercheur, auteur, intervenant communautaire et agent de formation; membre de la bande Skwah, culture Sto:lo, Colombie-Britannique.

sérieusement il y a environ dix ans. Ils mettent en lumière également d'importantes lacunes, source de difficultés supplémentaires pour tous les intervenants qui cherchent à opérer des changements positifs d'ordre social, économique et politique.

L'auteur, dont on attend des modèles opérationnels représentant les moyens à prendre par les collectivités pour devenir des sujets de la vie, est appelé à relever le pari suivant : faire le lien entre les réalités énoncées ci-dessus et une vision d'autonomie gouvernementale. Les modèles prennent toute leur utilité en tant qu'outils stratégiques lorsqu'ils font suite à un examen du contexte historique ou des racines qui expliquent l'essence et le fondement de la réalité que partagent la plupart des collectivités autochtones. Le présent document de réflexion comporte donc trois volets : la vue d'ensemble à laquelle se rattachent un passé et un présent, l'avenir et la restructuration qui nous y mènera, et l'examen des stratégies préférées assorti de recommandations sur les mesures à prendre. Il posera des questions pertinentes en matière de restructuration. Quant au troisième volet, il sera abordé à la table ronde.

## Le contexte historique

À la fin des années 60 et au début des années 70, feu George Manuel et Harold Cardinal, deux dirigeants autochtones, parlaient de justice comme de quelque chose qui n'était pas caractéristique de la vie de leur peuple. Se trouvant sous la houlette d'étrangers qu'elles apparentaient à des colonisateurs et à des oppresseurs, les sociétés autochtones se sont mises à réfléchir à la « société injuste » et au sens du concept de justice.

Il est possible de rattacher trois définitions fondamentales de la justice sociale à l'histoire contemporaine des peuples autochtones. En aspirant à l'autonomie gouvernementale, les dirigeants peuvent être perçus comme insatisfaits de la définition en vigueur de même que de la définition réformiste. Selon cette première, qui souligne l'importance des droits de l'individu, la mesure de justice existante ne serait pas suffisante pour que tous puissent en bénéficier. Suivant la définition réformiste, il n'y aurait pas suffisamment de justice pour que les démunis et les autres qui en sont privés en bénéficient, et on s'attend donc à ce que le gouvernement assume un rôle d'intervenant clé pour protéger les droits des individus. La Déclaration canadienne des droits adoptée par le gouvernement Diefenbaker a contribué à faire de cette définition une réalité aux yeux de nombreux Canadiens.

Après avoir privilégié pendant trois décennies l'approche qui consiste à protéger les droits de l'individu pour favoriser l'égalité de tous les Canadiens, le gouvernement canadien et ses électeurs se voient interpellés par les dirigeants autochtones qui les somment de modifier la loi pour y consacrer le droit à l'autonomie gouvernementale et d'envisager la mise en place de structures nouvelles et différentes en vue de promouvoir la justice sociale au sein des collectivités autochtones. Il semble que les dirigeants autochtones soient en train de dire que la société, dans sa forme actuelle, est injuste. Cela dit, il faut construire de nouvelles structures sociales, politiques et économiques pour supprimer les causes profondes de l'injustice. Cette perception de

la justice sociale sera retenue ici à l'appui d'arguments en faveur d'une restructuration profonde.

### Questions repères

1. Quels sont quelques-uns des modèles opérationnels qui permettraient aux individus et aux collectivités autochtones de prendre en charge les services de santé?
2. Comment peut-on faciliter la démarche vers l'autogestion et quel rôle devrait assumer chacun des intervenants dans le domaine de la santé (la collectivité, le particulier, les systèmes de soins et le gouvernement) en vue de faciliter l'autogestion?

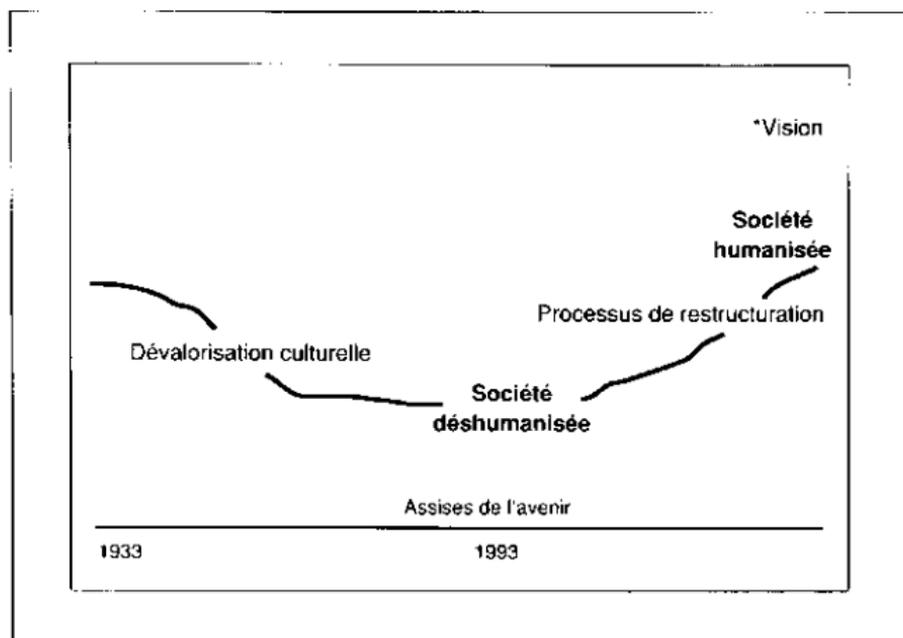
Le présent document devrait aborder les moyens les plus efficaces d'habiliter les collectivités et les particuliers à prendre en charge les services de santé. Il y a lieu de définir clairement ce que signifie l'autogestion.

### *Deux dimensions de la vue d'ensemble : le passé et le présent*

Les groupes qui ont connu sans trêve l'exploitation, la domination et l'isolement partagent des réalités semblables. Au dire de Paulo Freire, pédagogue brésilien, les groupes qui ont connu l'oppression se doivent de définir clairement les effets des forces positives et négatives qui s'exercent sur eux. Pour pouvoir planifier leur avenir, il leur faut absolument connaître les mythes ou faussetés qui ont pris sur leur vie. Les travaux de Freire portent principalement sur la façon dont les personnes se donnent de tels moyens. Grâce à l'analyse de l'iniquité, les gens acquièrent les connaissances pratiques leur permettant de restructurer leur vie. Il s'agit là d'un processus d'habilitation nécessaire à la transformation d'un mode de vie de dépendance (vivre en tant qu'objet de la vie) en un mode de vie caractérisé par la maîtrise de soi et l'autodétermination (vivre en tant que sujet de la vie). «Sujet de la vie» s'entend d'une personne qui agit, qui est consciente et qui, grâce à sa conscience, est apte à continuer à engendrer des connaissances et à créer l'histoire. Les thèmes du présent exposé seront traités dans cette optique. Le schéma qui suit, espérons-nous, illustre l'esprit de la démarche envers le changement ou le flux de l'énergie qui, à terme et dans certaines conditions, aboutit au changement.

### La vision

Prenons l'hypothèse selon laquelle l'autonomie gouvernementale est l'expression qui énonce le plus fidèlement le «mode de vie désiré» ou la vision poursuivie. Quel est le mode de vie désiré? Les valeurs comme celles qui se rattachent à la famille, à la Terre nourricière, aux ressources naturelles, à l'approche holistique de la santé, à la coopération et au partage, entre autres, donnent à entendre que la qualité de la vie est importante au premier chef. Celle-ci prend toute son importance lorsque nous nous arrêtons pour constater les signes de son absence de nombreuses collectivités. Nombre des forces qui composent la dynamique de la vie de ces collectivités sont



déshumanisantes. Dans ces conditions, il est donc possible de se reporter à la notion de société humanisée mise en avant par Paulo Freire pour faire comprendre la nature du mode de vie désiré.

À l'instar des particuliers, les collectivités qui subissent les affres de l'oppression ne connaissent que rarement le changement désiré; au contraire même, elles mobilisent souvent leur énergie pour résister au changement. C'est «l'état actuel des choses» qui les rend le plus à l'aise, et si les décisions prises par autrui font leur malheur, elles ont l'habitude de demander à des tiers d'intervenir. Les membres de ces collectivités ont tendance à ne pas se reconnaître les ressources personnelles et matérielles pour pouvoir amorcer de leur propre chef une action constructive. En fait, ils accueillent mal les responsabilités et les redoutent souvent. Au cours du siècle écoulé, les peuples autochtones ont appris à réagir aux décisions des autres; ce n'est qu'aujourd'hui qu'ils commencent à découvrir l'importance de la proactivité. Pourquoi la plupart des groupes autochtones sont-ils paralysés par l'inaction? Un examen des relations qu'ont entretenues les groupes autochtones et les colons qui ont pris en main le pays fournit des explications possibles des conditions que connaissent actuellement les sociétés autochtones.

### La dévalorisation culturelle

Le concept de la dévalorisation culturelle sert à énoncer les effets des forces négatives qui influent sur la vie des peuples autochtones depuis plus d'un siècle, voire beaucoup plus longtemps dans certaines régions du Canada. La culture est perçue

comme un mode de vie qui évolue sous l'effet des forces de provenance externe et de celles qu'engendre elle-même l'entité sociale.

Dans les tout premiers temps de la colonisation du Canada, les peuples autochtones sont considérés comme non civilisés, et ils sont la proie de divers types de stratégies qui visent à les changer. Ainsi des réserves sont aménagées à la fois pour les protéger et pour les préparer à l'assimilation par la société canadienne naissante. Les réserves ont également pour objet de limiter radicalement l'usage que peuvent faire les autochtones de leur territoire traditionnel et, à terme, la plupart des économies traditionnelles s'éteignent. On peut donc dire de ceux qui ont empêché les peuples autochtones de connaître un essor à titre de sociétés distinctes qu'ils ont préféré les éliminer en tant que peuples culturellement distincts.

Les enfants ont été soustraits à l'influence de leur famille et de leur communauté en vue d'être éduqués. À cette fin, des agents de l'Église et du gouvernement les ont placés dans des pensionnats où ils ont été contraints d'apprendre l'anglais et d'adopter de nouvelles façons de se vêtir, de penser et de se comporter. Des générations successives d'enfants sont, pour la plupart, devenus incapables de communiquer avec leur famille et nombre d'entre eux ont appris à rejeter leur culture et leur identité. Ils s'exposaient à des châtiments sévères chaque fois qu'ils adoptaient un comportement qui tenait de leur culture d'origine, et ils étaient récompensés lorsqu'ils réussissaient à s'adapter à leur nouveau mode de vie. Cet embrigadement, jumelé à des soins en milieu surveillé, a marqué leurs années de formation et donc leur vie tout entière.

Le conformisme était de rigueur dans les pensionnats. Pendant de nombreuses années, le programme des établissements consistait à préparer des générations successives d'adultes à devenir des journaliers, non pas des infirmières, des enseignants, des médecins, des avocats ou des entrepreneurs. La plupart des jeunes gens ont répondu aux attentes des administrateurs et des enseignants, et sont rentrés chez eux sans avoir acquis les compétences sociales et scolaires ni les connaissances de base qui leur auraient permis de vivre à part entière dans leur propre société ou dans les sociétés voisines. On peut en conclure qu'ils étaient considérés comme inaptes à exercer une profession dans un contexte occidental. Par ailleurs, si on leur reconnaissait les aptitudes nécessaires, aucun moyen valable ne leur était offert pour les préparer au succès ou leur fournir les ressources pour réussir. Cette attitude continue de conditionner la vie des communautés des premières nations et celle des autres collectivités autochtones.

Bon nombre de personnes qui vivent dans ces collectivités s'estiment incapables de s'instruire ou de concurrencer efficacement d'autres Canadiens à l'école ou au travail, ou même de «réussir» dans leur propre milieu. Un grand nombre d'entre elles ont intériorisé l'image de soi que leur avaient inculquée les administrateurs et les enseignants qui dirigeaient les pensionnats et les écoles. À mesure que les premières générations de jeunes gens ont été diplômés, qu'ils se sont mariés et ont eu des enfants, ils ont mis en pratique la pensée qui leur avait été inculquée. Ce faisant, ils ont préparé leurs enfants à une vie caractérisée par le conformisme et la dépendance envers d'autres qui allaient penser et agir à leur place.

Il ressort de cet état de choses que les familles et les individus qui sont autonomes et disciplinés, qui possèdent des aptitudes sociales et qui mettent à profit leur capacité de subvenir aux besoins des autres, sont souvent isolés et dénigrés par leurs voisins. En règle générale, ils ne sont pas perçus comme une ressource humaine valorisée, une ressource dont le mode de vie a ses racines dans des traditions patrimoniales et culturelles solides. Ils ont réussi en tant qu'apprenants à la maison, dans la collectivité et à l'école. Ils ont leurs idées propres, ils se chargent des décisions qui les concernent et ils sont souvent à même d'exprimer le fondement de leur pensée et de leurs sentiments. Le négativisme et le rejet auxquels ils se heurtent sont souvent l'expression du malheur, de la jalousie ou d'autres sentiments négatifs puissants que d'autres font rejallir sur eux. Les particuliers et les familles qui jouissent d'une certaine liberté, qui prisent leur patrimoine et qui souhaitent que leur collectivité soit forte sont perçus par de plus en plus d'autochtones comme des dirigeants souhaitables. Leurs ressources personnelles, sociales et autres sont nécessaires pour relever des défis importants, notamment celui qui consiste à vaincre le «pouvoir» du statu quo qu'a fini par incarner une population passive et dépendante.

En tirant des enseignements de l'histoire et en prenant connaissance de l'apprentissage fait par diverses autres cultures, il nous est possible de voir sous un jour plus franc les motifs qui expliquent pourquoi les premières nations et d'autres peuples autochtones parviennent rarement à opérer des changements planifiés issus des collectivités. À défaut de rompre les cycles d'oppression qui se succèdent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des collectivités autochtones, leurs influences dégradantes continueront de s'exercer.

### *La société déshumanisée : la réalité de l'heure*

1. Le bouleversement des réseaux de soutien tels que la famille étendue et le clan est source de perturbations sociales à cause a) de la mise en établissement des enfants d'âge scolaire, et ce depuis six générations dans certaines régions du pays; b) du phénomène des mères célibataires; c) de la séparation et du divorce; d) de la négligence à l'égard des enfants, du mauvais traitement de ces derniers et de la mise en tutelle qui en découle; e) de l'adoption des enfants en dehors de leur milieu culturel.
2. La fréquence de la violence familiale et des mauvais traitements infligés aux personnes âgées; le taux élevé de suicide chez les jeunes; l'alcoolisme et la toxicomanie.
3. Les autochtones risquent davantage que la population en général de contracter diverses maladies (respiratoires, circulatoires, gastro-intestinales ou infectieuses de même qu'une parasitose), et de subir des blessures accidentelles et des empoisonnements.
4. Des logements et des installations sanitaires insalubres.
5. Des conditions psychologiques, sociales et économiques déplorables.
6. Des services de santé, des services sociaux et des services d'éducation inadéquats, inaccessibles et mal adaptés à la culture.

7. La division des populations provoquée par la crainte, le soupçon, la jalousie et l'incapacité d'interagir.
8. Les pouvoirs des institutions extra-communautaires sont supérieurs à ceux des institutions intra-communautaires.
9. Les programmes et les services conçus en vue de «servir les autochtones» visent le plus souvent à pallier des lacunes plutôt qu'à stimuler l'aptitude au changement.
10. Les programmes et les services sont fragmentés à l'extrême. Il n'est pas rare que trois ou quatre travailleurs, parfois plus, soient affectés à une famille sans qu'il y ait collaboration entre eux et sans qu'ils s'efforcent de coordonner leurs efforts et leurs ressources.
11. Les réseaux de la collectivité sont souvent en butte à l'indifférence.
12. Les politiques sont souvent le fruit de faits fortuits, plutôt que de planification viable et proactive.
13. L'information, les connaissances et les compétences en provenance de cultures étrangères et dont les origines remontent à plusieurs dizaines d'années continuent de donner de piètres résultats.

L'invasion culturelle, telle que la définit Paulo Freire, occupe une place importante dans le mode de vie des peuples opprimés. Chacun des aspects d'une société déshumanisée correspond, de près ou de loin, à des perturbations réelles qui frappent les cultures autochtones. La capacité collective des peuples autochtones de transmettre les éléments de leurs cultures respectives et les moyens qu'elles comportent a été profondément altérée. Lorsque le peuple se met à imiter l'opprimeur, la mentalité de ce dernier devient la mentalité de l'opprimé. Après que cinq, six, voire sept générations ont connu l'exploitation, la domination et l'isolement de source extra-communautaire, les pouvoirs générateurs de ces conditions ont pris racine dans les collectivités mêmes. L'intervention d'étrangers n'est donc plus nécessaire pour que les autochtones connaissent un traitement négatif, humiliant et déshumanisant.

### *Les assises culturelles*

1. La famille est l'institution première de la communauté autochtone. Il n'est pas rare que des individus placent les besoins et les désirs de la famille avant les leurs, quoique certains signes révèlent la montée de l'individualisme.
2. Le territoire et les ressources naturelles qu'il renferme sont essentiels au maintien de l'intégrité des cultures autochtones.
3. Les traditions transmises jusqu'à notre époque ont survécu parce qu'elles fonctionnent. Elles sont valorisées parce qu'elles procurent l'assurance de la survie et de la capacité de relever les défis à mesure que l'avenir se dessine.
4. Les structures sur lesquelles reposent la prise de décisions qui présentent des conséquences pour tous les membres de la collectivité, de même que la mise en

oeuvre de ces décisions, sont en voie d'être recréées et parfois renforcées grâce aux connaissances des anciens; ceux-ci ont appris des coutumes traditionnelles sociales, économiques et politiques qui permettent de répondre aux besoins de sécurité, de survie, et de développement, de même qu'à d'autres besoins prioritaires.

5. La découverte et la redécouverte des pratiques spirituelles anciennes suscitent un intérêt accru pour l'histoire des autochtones et une grande fierté chez un nombre croissant d'autochtones et de familles autochtones.
6. On constate la découverte et la redécouverte de l'essence de l'enseignement et de l'apprentissage, y compris l'apprentissage par l'expérience, et des techniques connexes, fondés sur la tradition. Ces démarches débouchent sur la création de conditions et de situations qui engendrent le pouvoir de se changer.
7. On constate le renouvellement ou le renforcement de la croyance selon laquelle on a le droit d'avoir une vie à part entière dans ce pays et de posséder ses communautés et ses sociétés. La lutte en vue de faire reconnaître et consacrer ses droits fondamentaux, qui a abouti, par exemple, à des mesures de cogestion des pêches et des ressources forestières, témoigne d'une nouvelle idéologie.
8. Au cours des ans, une vision optimiste de l'avenir a primé. La confiance en des lendemains meilleurs est une attitude puissante.
9. L'approche holistique de la santé, qui englobe la santé physique, émotive, intellectuelle et spirituelle, est fondée sur de solides traditions autochtones et demeure un but que partagent un très grand nombre de familles.

## **Analyser la réalité pour jeter des ponts vers l'avenir**

L'intégration des connaissances pratiques que représentent la vision, la dévalorisation culturelle, la réalité de l'heure et les assises culturelles permet de dresser un tableau qui peut servir a) à étudier les points forts et les points faibles des programmes et des services offerts aux peuples autochtones, et b) à encadrer la présentation de stratégies du changement. Étant donné l'orientation prise par cette table ronde, la santé et les questions sociales connexes seront au premier plan des thèmes abordés. Voici les traits essentiels du tableau.

1. Les collectivités autochtones en tant que lieux voués à un avenir prometteur.
2. Les collectivités autochtones en tant qu'entités ayant une histoire et des assises culturelles importantes.
3. L'absence de connaissances pratiques qui permettraient de définir clairement la réalité et de réaliser la planification nécessaire à la restructuration des sociétés.
4. La volonté qu'ont les dirigeants et les travailleurs communautaires de consolider les assises de la collectivité, d'augmenter la qualité de la vie et d'accéder à des ressources pour opérer des changements.

5. Le petit nombre d'autochtones qui possèdent un diplôme d'études secondaires.
6. La dépendance de plus de la moitié des familles envers l'aide sociale.
7. La dépendance de plus de 60 % des familles à l'égard des soins en milieu surveillé.
8. La cellule familiale et la famille étendue en tant que premières institutions sociales.
9. Le manque de confiance des individus et des familles dans leur capacité de se changer eux-mêmes ou de changer leur famille ou leur collectivité.
10. Le fait que nombre d'individus et de familles croient que tout ce qui est blanc est bon.
11. La nécessité de guérir, étant donné que les traumatismes infligés aux jeunes enfants au sein des familles, dans les pensionnats et d'autres milieux ont des conséquences graves pour près de 80 % de la population;
12. Le fait qu'environ 20 % de la population, de la naissance à l'âge de 18 ans, subit les effets du syndrome d'alcoolisme foetal ou d'autres effets provoqués par la consommation d'alcool pendant la grossesse.
13. L'accaparement quasi constant des dirigeants et des travailleurs par des problèmes et des questions graves.
14. L'échec habituel des stratégies de lutte aux problèmes (par exemple offrir du counselling individuel à un client dont la vie est dominée par l'alcool, sans passer par le soutien de la famille).
15. Le fait que des institutions extra-communautaires sont investies de pouvoirs supérieurs à ceux des institutions communautaires : par exemple le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et la Direction générale des services médicaux de Santé nationale et Bien-être social Canada.

Il faut trouver de nouvelles stratégies pour régler les problèmes qui minent l'énergie et les ressources limitées des collectivités autochtones. Il faut appuyer ces stratégies sur les traditions et d'autres atouts culturels de la population. La famille, tant la cellule familiale que la famille étendue, constitue l'institution sociale clé. Plutôt que de s'attacher à servir ou à traiter l'individu, lorsque la situation s'y prête, il faut procéder par le truchement des forces familiales et s'appuyer sur ces forces, démarche qui multiplie les occasions de partager et d'augmenter la connaissance. Les autochtones ne disparaîtront pas. Il est donc important de faire appel aux méthodes de développement communautaire qui permettent de renforcer le tissu social que partagent toutes les familles.

Il est indispensable également de remanier les autres priorités. Les administrations communautaires, en commençant par le conseil élu, ont été imposées de l'extérieur. Aucune information probante ne permet de conclure au bon fonctionnement de cette structure. En clair, elle ne suffit pas à répondre aux besoins de contrôle local

(responsabilités et obligation de rendre compte); elle est incapable de relever le défi qui consiste à gérer ses intérêts (qui sont du ressort d'organismes extra-communautaires); et elle est inapte à la planification efficace. Si les conseils élus ont suscité de graves problèmes, les groupes autochtones n'ont pas pour autant eu accès aux ressources nécessaires aux travaux de recherche et développement qui permettraient d'étudier les formes de gouvernement traditionnelles et les moyens traditionnels de répondre aux besoins des parties concernées. La recherche sur des questions telles que la guérison, l'approche holistique de la santé, l'éducation des enfants et autres fait également défaut.

Dans la plupart des secteurs de la santé, de l'éducation et des services sociaux, on estime que les peuples autochtones sont dépourvus de confiance en eux-mêmes et qu'ils ont tendance à douter de leur capacité de changer de comportement. Ce n'est que depuis un an environ que certains responsables oeuvrant dans les secteurs susmentionnés se sont mis à découvrir qu'un grand nombre d'autochtones ont été traumatisés pendant leur jeunesse et qu'il était possible de les aider à se prendre en main par un processus de guérison (ou de deuil) et de développement individuel (suivant une approche holistique) avant qu'ils entreprennent des études supérieures ou cherchent de l'emploi, notamment dans le domaine des services sociaux. L'enseignement et la formation qui, par leur conception, partent de l'expérience de l'apprenant (afin d'imprimer une pertinence culturelle au processus d'enseignement ou d'apprentissage) ne sont pas encore appliqués en classe. Il est indispensable de trouver de nouvelles stratégies et de nouvelles façons de faire, compte tenu des niveaux d'instruction actuels et des mauvaises expériences vécues de longue date dans le système d'enseignement régulier. À ces conditions s'ajoute le besoin de former des spécialistes compétents, à savoir des gestionnaires, des administrateurs, des thérapeutes, des conseillers, des enseignants, des avocats et des entrepreneurs. Ce besoin appelle une action sur le plan de la recherche et des possibilités de formation et d'études. La conception des moyens d'action doit tenir compte non seulement des conditions énoncées ci-dessus, mais également de la grande dépendance à l'égard de l'aide sociale, phénomène qui semble se perpétuer avec les générations.

## La vision et la restructuration

Les personnes qui possèdent une identité sûre sont les plus aptes à entretenir des rapports avec autrui, à poser des questions raisonnables et réfléchies, et à trouver le temps d'écouter le point de vue des autres. Ces personnes sont également dotées d'une vision. À l'instar du point sur la carte qui marque la destination d'un long voyage, la vision peut être considérée comme le but de la vie. Dans les sociétés autochtones de l'Ouest canadien, l'expression d'une vision est devenue populaire il y a moins de 20 ans. Ces visions ont rendu implicite le besoin de connaître ses antécédents ou l'histoire de sa famille et de sa collectivité. La connaissance du passé fonde la connaissance du présent et son enchaînement avec l'avenir. D'après l'expérience de l'auteur, la plupart des discussions portant sur les visions ont eu lieu à l'occasion de réunions dont l'objet était d'examiner des stratégies pour constituer une communauté de familles saine et solide.

Lorsqu'on possède une vision lucide de la réalité, il est possible de catégoriser les forces et les faiblesses. Lorsqu'ils étudient la collectivité, les dirigeants, les travailleurs et les bénévoles chargés de la planification peuvent relever, à une étape préliminaire du processus, les éléments qu'ils souhaitent changer. L'étude peut déboucher sur une description de certaines des caractéristiques des programmes et des services qui sont offerts à la collectivité dans le domaine de la santé et les domaines connexes. En pareil cas, nombre des descripteurs utilisés se rapporteront à la source des programmes et services, soit le plus souvent le premier ou le deuxième ordre de gouvernement.

1. La plupart des services sont conçus et offerts d'une manière qui vise à pallier des lacunes. Si la démarche permet de répondre aux besoins à court terme, elle ne passe pas normalement par l'acquisition des connaissances nécessaires pour que les malades ou les clients trouvent leurs propres solutions ou pour qu'ils ressentent la satisfaction que procure l'acquisition de moyens de mieux répondre à ses propres besoins ou à ceux des autres. Cette façon de faire perpétue le statu quo en poussant de plus en plus loin la dépendance.
2. Les services, quels qu'ils soient, dont on fait la promotion auprès des collectivités autochtones, sont le miroir de la culture «dominante», malgré les preuves abondantes des piètres résultats des approches et des méthodes conçues dans ces conditions. Le risque est grand de renchérir sur la dépendance existante.
3. Les services sont extrêmement morcelés et ne sont pas nécessairement conçus pour répondre efficacement aux besoins d'une famille, d'une personne entière ou d'une communauté. Aucun des intervenants ne s'est attaché à offrir aux travailleurs qui sont au service d'une même famille une formation conçue en vue de promouvoir la coopération, la coordination et l'assistance réciproque. Les conditions actuelles ne changeront pas si aucun programme d'éducation ou de formation axé sur ces objectifs n'est mis en oeuvre.
4. Les aspects négatifs ou les lacunes sont toujours mis en évidence. Cette situation existe depuis suffisamment de générations pour que les populations autochtones actuelles perçoivent plus clairement leurs lacunes que leurs forces. La plupart d'entre elles savent qu'une statistique qui met en lumière leurs faiblesses procure des arguments convaincants à qui cherche à obtenir un financement. De quelle façon cette perception mine-t-elle les efforts visant à promouvoir l'habilitation des autochtones?
5. Aucune attention importante n'a été accordée aux forces de la collectivité. Jusqu'à récemment, les enfants qui avaient besoin de protection étaient le plus souvent placés dans des foyers à l'extérieur de la collectivité et dans une culture différente. Même aujourd'hui, il est difficile d'obtenir des ressources pour des projets de développement communautaire qui visent à opérer des changements collectifs. Quiconque s'est-il déjà engagé sérieusement, à ce jour, à promouvoir un changement issu des structures existantes de la collectivité autochtone?

6. Jusqu'à présent, on ne constate aucune mise en valeur notable des structures, des systèmes et des ressources humaines qui permettraient aux collectivités d'assumer les fonctions et les responsabilités que leur cèdent les bureaucraties fédérale et provinciale. Si les projets de transfert sont connus depuis un certain temps, la scolarisation et la formation du personnel éventuel au sein de la collectivité ne sont pas des priorités. Il en va ainsi également de la recherche-développement nécessaire à la conception et à la mise en place de structures gouvernementales et de systèmes connexes adaptés à la culture de la collectivité. Quels enseignements peut-on tirer de cette situation en ce qui concerne les organismes extra-communautaires qui participent au processus de délégation?
7. Les échanges qui sont censés mener à des stratégies ou à des solutions acceptables de part et d'autre tiennent davantage de l'anti-dialogue que du dialogue. Leur aboutissement ne correspond que rarement aux besoins ou aux désirs que les gens pensent avoir exprimés. L'issue montre que le processus n'a pas mené à la création ou à la recréation des connaissances qui caractérisent le dialogue ou l'action réciproque entre plusieurs parties résolues à trouver des réponses qui satisfassent tous les intéressés. Souvent, les consultations qui ont lieu entre les dirigeants autochtones et les fonctionnaires, ou entre les administrateurs autochtones et les collectivités, n'aboutissent pas à l'objectif poursuivi.

La plupart des situations décrites ci-dessus s'appliquent au premier et au deuxième ordre de gouvernement, de même qu'aux structures administratives conçues par les dirigeants autochtones mêmes. Cet état de choses soulève certaines des questions relatives aux moyens nécessaires pour entreprendre une restructuration et permettre ainsi aux sociétés autochtones de connaître la justice sociale telle que décrite au début du présent exposé. Les questions suivantes sont pertinentes au regard de l'objet de cette table ronde.

1. Peut-on s'entendre pour accepter les collectivités des premières nations et les autres collectivités autochtones en tant que parties distinctes et uniques de la mosaïque canadienne?
2. Peut-on s'entendre pour dire que les collectivités des premières nations et les autres collectivités autochtones possèdent une histoire et une culture légitimes?
3. Comment les collectivités des premières nations et les autres collectivités autochtones se définissent-elles par rapport à la société extérieure?
4. Les collectivités autochtones peuvent-elles, sans exception, partager une vision commune? Les bandes qui composent les diverses cultures définissables pourront-elles partager une vision commune au XXI<sup>e</sup> siècle?
5. Peut-on concevoir que les institutions extra-communautaires préparent un éventail complet d'organes de direction communautaires, à caractère culturel, et leur donnent les ressources nécessaires pour qu'ils soient en mesure de gérer les collectivités des premières nations et les autres collectivités autochtones?

6. Plus les systèmes extra-communautaires empiètent sur la vie de la collectivité autochtone, moins celle-ci a les moyens de diriger ses propres affaires. Les responsables des systèmes de gestion des questions économiques (production, distribution et consommation), de la socialisation (écoles, tribunaux, services policiers) et des services d'assistance (aide aux familles et à l'enfance) fournis par une bureaucratie impersonnelle sont-ils disposés à renoncer à leur contrôle, même en le partageant à titre d'associés?
7. Un véritable dialogue est-il possible lorsque les parties à la consultation ou à la négociation diffèrent tellement par leurs antécédents, leurs traditions, leurs idéologies et leurs langues?
8. Le rôle du dirigeant élu est en évolution dans les collectivités autochtones, et il semble en voie de changer dans la société canadienne en général. Nous avons tiré quelques enseignements du référendum, dont certains peut-être pour la seconde fois. Comment est-il possible pour les gens d'évoluer dans l'unité? Lorsqu'il est décidé qu'une chose est souhaitée, que se passe-t-il ensuite? N'avons-nous pas besoin de moyens qui permettent aux dirigeants d'opérer des changements stratégiques et de les mettre en oeuvre?
9. Les assemblées communautaires où se déroulent des échanges semblent constituer une tribune acceptable pour la prise de décisions dans les collectivités autochtones. Cette façon de faire donne aux participants, semble-t-il, un sentiment d'appartenance à l'égard des décisions, à condition que leurs porte-parole en respectent l'esprit. Comment est-il possible de concilier les besoins des collectivités autochtones et les conventions canadiennes en matière de leadership?
10. Il semble que l'économie axée sur la rémunération et l'aide sociale ait changé la relation qui existe entre les gens et celle qui les unit à la terre. La dépendance qui en résulte a un effet dévastateur sur la qualité de la vie. Quels moyens peut-on prendre pour promouvoir l'autonomie et l'aide réciproque, et pour créer des milieux communautaires sains?

# Le droit à la santé conféré par traité

*Alma Favel-King\**

Le présent document vise à susciter la discussion autour des questions suivantes:

- Comment le processus fédéral de transfert administratif des services de santé, qui vise à permettre aux collectivités de prendre en charge ces services, et la reconnaissance du droit à la santé conféré par traité peuvent-ils influencer sur l'état de santé des membres des premières nations?
- Ce processus favorisera-t-il une approche holistique du maintien de la santé et, dans l'affirmative, selon quelles modalités?
- De quelle façon le rôle des organismes provinciaux et fédéraux de la santé évoluera-t-il?

En raison de la complexité et de la nature du sujet, quelques précisions s'imposent afin de bien cerner les problèmes qui se posent. D'ailleurs, compte tenu du caractère particulier de la relation entre le gouvernement et les premières nations assujetties aux traités et compte tenu aussi des paramètres de la discussion, je traiterai uniquement des aspects de la question qui ont trait aux membres de ces nations.

---

\* Directrice exécutive du portefeuille Santé et Développement social à la Federation of Saskatchewan Indians.

## Rappel historique

Les premières nations croient toutes fermement que l'accès aux services de santé, voire l'existence même de ceux-ci, est un droit issu de traité. L'histoire montre que leur bien-être futur était l'une des principales préoccupations des Indiens au moment où ils négociaient des traités. Constatant la diminution des populations de bisons et l'apparition des maladies européennes, nos ancêtres tenaient à assurer la survie des générations futures. Dans le Traité n° 6, une clause mentionne expressément le droit à la santé; les représentants de la Reine y promettent qu'un *medicine chest* sera mis à la disposition des premières nations par l'agent des Indiens. L'interprétation de cette clause donne lieu à des litiges depuis nombre d'années. De plus, les premières nations et le gouvernement fédéral ne prêtent pas du tout le même sens au terme «santé» et la terminologie employée est différente.

Pour le gouvernement fédéral, le *medicine chest* en question est l'équivalent d'une trousse de premiers soins. Par contre, les premières nations y voient une allusion à la disponibilité de tout un éventail de services de santé primaires, secondaires et tertiaires. D'après les témoignages des anciens, la Reine avait promis à ses sujets, au moment de la négociation des traités, qu'elle s'occuperait d'eux de la même manière qu'ils s'étaient occupés d'eux-mêmes jusque-là. La conception holistique de la santé chez les premières nations a amené celles-ci à donner une interprétation élargie à cette promesse.

Jusqu'à la fin des années 40, le ministère des Affaires indiennes était responsable de tout ce qui touchait les programmes et les services offerts aux populations indiennes. Cette responsabilité a été transférée à la Direction générale des services médicaux (DGSM) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, décision dont je n'ai pas approfondi le motif aux fins du présent document. Il est évident que la DGSM a assumé la responsabilité des services de santé sans tenir compte des traités. La conception et la prestation des services de santé par le gouvernement fédéral donnent à penser que celui-ci poursuit des objectifs strictement humanitaires.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) a délégué la responsabilités des services de santé à la dgsm, en se réservant cependant toutes les autres dimensions des services et des programmes destinés aux premières nations, à savoir ceux qui ont un lien direct avec l'état de santé, comme les routes, le logement, les systèmes d'adduction d'eau et d'égout, et l'aide financière nécessaire aux fins de l'alimentation, de l'habillement, du logement et de ce que le ministère appelle les «soins aux adultes». De plus, un certain nombre d'autres ministères fédéraux assument des responsabilités connexes. Les systèmes d'adduction d'eau et d'égout fournissent un bon exemple de l'imbroglio administratif qui en résulte. C'est l'hygiéniste du milieu à la Commission de la fonction publique qui est chargé de recommander des infrastructures communautaires propres à enrayer les maladies transmises par l'eau – un problème commun à nombre de collectivités des premières nations – mais c'est le MAINC qui finance les systèmes communautaires et c'est la DGSM qui s'occupe des aspects traitement et prévention. Le MAINC finance les bandes indiennes sans vraiment connaître la gravité de la situation, et aucun mécanisme n'oblige ce ministère à examiner les recommandations des travailleurs de la santé ou des dirigeants de bandes.

L'absence de coordination en matière de planification oblige certains ministères à engager des dépenses pour résoudre des problèmes qui n'auraient jamais dû se poser.

La dynamique des relations entre le MAINC et la DGSM n'a pas toujours été axée sur les besoins des premières nations: elle gravitait plutôt autour de l'exécution de leurs mandats respectifs, énoncés par le législateur. La chose est devenue particulièrement manifeste lorsque les premières nations ont voulu régler la question du droit à la santé conféré par traité. La Direction générale des services médicaux a toujours soutenu que, en dépit de sa responsabilité relative aux services de santé, celle-ci reposait sur une obligation morale de la Couronne fédérale et que le ministère des Affaires indiennes est chargé des questions touchant les traités. Voici la position de la DGSM:

La responsabilité de discuter des traités avec les premières nations, au nom du gouvernement fédéral, appartient au MAINC. Si la santé figure à l'ordre du jour des discussions, la DGSM représente alors le ministère de la Santé et du Bien-être social. Sa participation est cependant assujettie au mandat global du MAINC et au cadre des discussions.

Cependant, le MAINC a précisé que, comme la DGSM est responsable de la santé, c'est d'elle que relève la question du droit à la santé conféré par traité. Il n'existe aucune circonstance documentée où le MAINC et la DGSM ont arrêté d'un commun accord une démarche visant à vider cette question.

## **La politique de transfert et ses incidences possibles sur le droit à la santé conféré par traité**

En 1979, le gouvernement fédéral a annoncé la Politique sur la santé des Indiens. Celle-ci constitue le premier énoncé des principes suivant lesquels la Direction générale des services médicaux devait veiller à améliorer l'état de santé des premières nations, mandat qui aurait les trois axes suivants:

- Développement communautaire permettant, sur les plans socio-économique et culturel, d'éliminer ou de minimiser ce qui nuit au bien-être de la collectivité;
- Réaffirmation des relations traditionnelles de confiance entre les premières nations et le gouvernement fédéral;
- Intégration à l'actuel système de santé canadien.

C'est également durant cette période qu'ont augmenté, de façon générale, les attentes des premières nations en ce qui touche la constitutionnalisation du droit à l'autonomie gouvernementale et la reconnaissance de l'ensemble des droits issus de traités. L'adoption de la *Loi constitutionnelle de 1982* a polarisé le débat sur l'autonomie gouvernementale et sur la responsabilité relative aux services destinés aux Indiens, notamment la santé.

Entre 1983 et 1986, la Direction générale des services médicaux a financé la réalisation d'un certain nombre de projets au sein des collectivités des premières nations de

tout le pays pour voir comment pouvait se faire le transfert administratif des services de santé. Compte tenu des résultats de ces projets et de la volonté des premières nations de prendre en main la prestation des services de santé, le gouvernement fédéral a annoncé l'Initiative de transfert des programmes de santé, dont les objectifs étaient:

- de permettre aux collectivités autochtones de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds selon les priorités de la collectivité;
- de rendre les collectivités autochtones davantage responsables face à leurs membres;
- de veiller au maintien de la santé et de la sécurité du public par l'obligation de participer à certains programmes.

Les premières nations ont jugé ces objectifs acceptables. Nombre de leurs collectivités ont tiré parti de cette nouvelle initiative de financement pour procéder à une évaluation des besoins de la collectivité et pour amorcer une démarche qui permette de concevoir des stratégies touchant le type d'approches et de services nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des collectivités et de leurs membres. Cette initiative a permis aux premières nations de tester leur propre capacité de gérer des programmes et d'éliminer les obstacles culturels et linguistiques à la prestation des services de santé. Les services dont elles assurent l'administration et la prestation sont jugés plus acceptables par leurs membres et, dans bien des cas, ont donné lieu à une hausse de la demande. Les ressources limitées qui sont affectées à cette initiative ne permettent pas de faire face à cette hausse, notamment en ce qui a trait aux programmes de santé mentale. Le gouvernement fédéral a toujours refusé d'intégrer les activités qu'il qualifie d'«améliorations aux programmes» à l'Initiative de transfert des programmes de santé. Les premières nations ont donc du mal à donner suite à leurs priorités spécifiques en se contentant des crédits limités consentis depuis toujours en ce domaine par le gouvernement, ce qui les oblige à consacrer de précieuses ressources à l'élaboration de propositions et à l'exercice de pressions en vue d'obtenir des fonds d'autres sources.

Au moment de l'évaluation des incidences à court terme du transfert de la responsabilité des services de santé destinés aux Indiens, qui a été menée en 1992 dans 12 collectivités signataires d'accords de transfert et dans 18 autres qui avaient pris part à la planification et aux négociations préalables à un tel transfert, les participants ont mentionné à maintes reprises que le droit à la santé conféré par traité n'était pas reconnu. Il faut donc se poser la question suivante: les premières nations qui acceptent le transfert de responsabilité définissent-elles du même coup pour l'avenir le droit à la santé conféré par traité? Dans son arrêt récent concernant l'affaire *Bear Island Foundation (Temaqami c. Le procureur général de l'Ontario)*, la Cour suprême du Canada a statué que les précédents serviront pour l'interprétation actuelle et future des traités. En ce qui a trait à l'Initiative de transfert des programmes de santé, si une bande accepte de se voir céder, par la Direction générale des services médicaux, la responsabilité de la prestation des services de santé et, aux termes de la *Loi sur les Indiens*, les pouvoirs relatifs à ces services, le droit à la santé conféré par traité sera-t-il défini à la lumière des ententes écrites que les premières nations ont conclues avec le gouvernement fédéral?

On peut affirmer que le droit à la santé conféré par traité est en voie d'être défini par les diverses politiques qu'instituent et mettent en oeuvre les bureaucrates fédéraux. La Direction générale des services médicaux a fondé son programme de prestations de santé non assurées sur le principe qu'elle est un organisme de dernier recours. Le contrat qu'elle a passé récemment avec la Croix Bleue pour que celle-ci assume certaines responsabilités de sa Section des services de santé non assurés, a donné lieu à une réduction sensible du nombre de médicaments mis à la disposition des premières nations. De plus, les politiques relatives à divers services (examens de la vue, approbation des ordonnances, soins dentaires, soutien de l'autonomie) sont en train d'être révisées à la lumière de la réduction des programmes et des services provinciaux. Cette réaction en chaîne est attribuable à la conjoncture économique. Il est donc manifeste que le droit à la santé dépend de la situation financière des gouvernements fédéral et régionaux et non des traités proprement dits.

## **Les mesures législatives et le partage des compétences**

Comme nous venons de le voir, la conjoncture amène les gouvernements fédéral et provinciaux à se décharger de leurs responsabilités ou à réduire la gamme des services offerts aux citoyens, y compris les premières nations. L'évaluation et la réorganisation des systèmes provinciaux de soins de santé au Canada entraînent l'adoption de nouvelles lois provinciales. Il est clair dans ces mesures législatives que les provinces ne reconnaissent pas la compétence des premières nations et qu'elles ne comprennent pas non plus le processus qui doit mener à l'autonomie gouvernementale. En l'absence de lois fédérales ou de lois adoptées par les premières nations, ce sont les lois provinciales qui s'appliquent dans les territoires des premières nations. Une fois que les gouvernements provinciaux auront occupé ce champ de compétence, il pourrait être très difficile de les en déloger. Encore une fois, si les premières nations reconnaissent et acceptent l'application des lois provinciales, cela va-t-il compromettre l'autonomie gouvernementale?

## **Le gouvernement fédéral et les questions de réorganisation**

Il y a quelque temps, le ministère des Affaires indiennes et la DGSM ont subi une profonde restructuration conformément à la volonté de l'administration fédérale de comprimer ses effectifs. Il s'ensuit que les premières nations sont parfois privées du soutien qu'elles estiment nécessaire pour aménager les infrastructures qui leur permettraient d'assumer l'administration des programmes et des services et d'accéder à l'autonomie gouvernementale. Cette restructuration des rouages fédéraux n'a pas amélioré les communications ni la coordination de la planification entre le MAIIC et la DGSM; elle a plutôt amené nombre de cadres supérieurs régionaux à se disputer les rôles et responsabilités que devaient leur réserver les nouvelles structures. Là encore, ces changements ne semblent pas tenir compte des besoins ni des objectifs des premières nations.

## La santé telle que définie par les premières nations

Tout au long de l'histoire des premières nations, la définition de la santé a gravité autour des multiples dimensions de l'être humain, les aspects physique, psychologique, affectif et spirituel étant en équilibre et en harmonie les uns avec les autres, ainsi qu'avec le milieu et les autres êtres. Cette conception s'est heurtée au modèle médical occidental qui, jusqu'à tout récemment, définissait la santé comme l'absence de maladie. Cette différence de perception a empêché toute communication. Le modèle conçu et mis en oeuvre par la Direction générale des services médicaux pour ses programmes correspond à la conception occidentale de la santé. L'état de santé et les conditions sociales de la plupart des premières nations du pays mettent en lumière les obstacles dressés par ces conceptions divergentes.

## Les conditions actuelles

La situation lamentable des premières nations a été bien documentée au cours des dernières décennies. En règle générale, c'est une honte nationale et une honte face aux autres pays. Les taux de mortalité et de morbidité observés chez les autochtones ont toujours été plus élevés que dans le reste de la population. L'espérance de vie des autochtones à la naissance est inférieure de près de dix ans à celle de leurs compatriotes non autochtones. Depuis 1987, le taux de mortalité foetale et infantile des premières nations est presque deux fois plus élevé que la moyenne nationale. C'est dans les rangs de la jeunesse autochtone que le taux de suicide est le plus élevé au pays. L'alcoolisme et les toxicomanies sont monnaie courante dans nombre de collectivités autochtones. Le jeune autochtone a plus de chances de se retrouver en prison que de terminer avec succès ses études secondaires.

En dépit de cette situation déprimante, beaucoup de premières nations ont entrepris un processus de guérison. Cependant, elles se heurtent à de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de la réticence de leurs membres ou des politiques et des lignes directrices fédérales en vigueur. Bien que l'ensemble de la population reconnaisse notre droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, les deux organes fédéraux chargés de la santé et du développement social des premières nations suivent, semble-t-il, la même ligne de conduite que par le passé.

## Les changements qui s'imposent

Comme on l'a vu ci-dessus, la situation actuelle est tragique dans les collectivités autochtones. Pour exacerber le problème, l'approche «ping-pong» adoptée par le gouvernement fédéral dans l'attribution des responsabilités touchant le droit à la santé conféré par traité a occasionné de nombreuses difficultés aux collectivités des premières nations. En conséquence, la démarche suivante serait plus indiquée:

Premièrement, le droit à l'autonomie gouvernementale doit être reconnu.

Deuxièmement, en dépit de la reconnaissance des droits ancestraux ou issus de traités dans la *Loi constitutionnelle de 1982*, le gouvernement fédéral n'a pas exercé le leadership nécessaire pour appliquer les dispositions de cette loi. Des mesures doivent être prises pour que les principes énoncés dans les traités deviennent le fondement de tous les programmes, politiques et procédures adoptés par le gouvernement fédéral.

Troisièmement, une réorganisation s'impose au niveau fédéral en ce qui a trait aux responsabilités touchant tous les programmes et services destinés aux premières nations.

Quatrièmement, un poste de commissaire fédéral ou d'ombudsman des traités devrait être créé. Son titulaire aurait pour tâche de surveiller dans quelle mesure les ministères fédéraux respectent leurs obligations à l'égard des premières nations.

Voici quelques précisions sur les recommandations formulées ci-dessus.

### *1. La reconnaissance du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale*

Les premières nations ont toujours soutenu que, même s'il n'a jamais été reconnu officiellement, leur droit à l'autonomie gouvernementale existait avant l'arrivée des Européens et que, de ce fait, il est inhérent.

Les discussions récentes sur les modifications proposées à la *Loi constitutionnelle de 1982* ont finalement laissé entrevoir une solution à ce vieux problème. La population canadienne a rejeté ces propositions, mais il est évident que le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale aurait été reconnu s'il n'avait fait partie d'un ensemble de propositions controversées.

À la suite du rejet des modifications constitutionnelles, nombre de dirigeants et de politiciens ont affirmé que la question du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale pouvait se régler par une collaboration étroite avec les premières nations et qu'il était possible d'y arriver en marge du processus constitutionnel.

Beaucoup de premières nations ont entrepris de se doter de leur propre forme de gouvernement autonome.

Étant donné les différences profondes qui existent entre les collectivités autochtones, il est impossible de décrire en détail à quoi ressemblerait un gouvernement autonome et comment la santé serait administrée. Cependant, il y aurait des éléments communs. Les premières nations délimiteraient leur champ de compétence à l'égard d'une vaste gamme de services, de politiques, de normes et de modalités d'application. Elles auraient des pouvoirs législatifs. Il est raisonnable de penser qu'elles procéderaient à la rédaction d'une loi sur la santé des premières nations, qui serait axée sur les collectivités. Des lois pourraient également être adoptées, selon les circonstances, aux niveaux provincial et national.

Cette loi sur la santé des premières nations énoncerait:

- les pouvoirs exclusifs aux premières nations assujetties aux traités;

- les pouvoirs déjà partagés ou à partager avec les gouvernements fédéral et provinciaux, ou délégués à ceux-ci;
- les pouvoirs conférés exclusivement au gouvernement fédéral par la voie de traités;
- la philosophie sous-tendant la guérison;
- les principes sur lesquels reposent les programmes;
- les normes de santé de la collectivité;
- le processus de surveillance et d'application des normes.

À la suite de l'adoption d'une telle loi, le rôle des gouvernements fédéral et provinciaux serait sensiblement modifié. On suppose que le gouvernement fédéral fournirait aux premières nations les ressources nécessaires à la conception, à la gestion et à l'application de leur propre système de soins de santé. Il n'aurait plus à assurer la prestation directe des services de santé. En outre, le gouvernement fédéral favoriserait les discussions entre les actuels fournisseurs de soins et les premières nations, et aiderait celles-ci à déterminer comment prendre en charge les services. L'administration des prestations non assurées par la Croix Bleue en serait un exemple.

Le gouvernement fédéral fournirait aux premières nations les fonds nécessaires, de la même manière qu'il effectue des paiements de transfert aux provinces, ainsi que des ressources pour divers services de santé qu'il fournit actuellement.

Les premières nations auraient la possibilité de négocier, avec les administrations provinciales ou municipales, ou les deux, des ententes applicables à des services particuliers, comme l'hospitalisation et les soins de santé. Les fournisseurs de services auraient ainsi des comptes à rendre aux premières nations.

## 2. L'application de la Loi constitutionnelle de 1982

Comme on l'a vu ci-dessus, les droits ancestraux ou issus de traités sont confirmés par la *Loi constitutionnelle de 1982*. Même si cette loi a maintenant 11 ans, le gouvernement fédéral n'a donné aucun signe visible qu'il entendait régler la question du droit à la santé. En dépit des différentes interprétations qu'en donnent le gouvernement fédéral et les premières nations, il est primordial que les deux parties se concertent pour en arrêter une définition commune. La façon d'y parvenir dépendrait des premières nations qui peuplent les diverses régions assujetties aux traités.

Des arguments ont été avancés en faveur des premières nations qui ont négocié des traités avant la signature du Traité n° 6, qui fait allusion au fameux *medicine chest*. On pourrait faire valoir que le droit à la santé est un droit ancestral, en fonction du sens donné à ce terme dans la *Loi constitutionnelle de 1982*.

La confusion et le désaccord qui règnent actuellement demeureront tant qu'on n'aura pas arrêté de définition commune du droit à la santé conféré par traité. Le gouvernement fédéral doit amorcer un processus pour enfin reconnaître ses responsabilités à l'égard de ce droit.

### *3. La réorganisation de l'administration fédérale*

Une fois que le gouvernement fédéral aura reconnu l'obligation fiduciaire que les traités lui confèrent à l'égard des services de santé destinés aux premières nations, il devra procéder à une réorganisation s'il veut s'en acquitter.

Comme on l'a vu plus haut, il y a, outre le MAINC et la DGSM, plusieurs ministères dont les services intéressent directement les premières nations, par exemple, Emploi et Immigration (formation), la Société canadienne d'hypothèques et de logement (logement), Environnement (Plan vert), le Secrétariat d'État, le Solliciteur général, Santé et Bien-être social (hygiène du milieu) et Travaux publics Canada (les immeubles qui abritent les services de santé dans les réserves).

Pour répondre efficacement aux besoins des premières nations, les divers aspects des programmes, du financement et des services de soutien fédéraux devraient être concentrés en un seul ministère fédéral et confiés à un même ministre. Cela présenterait les avantages suivants:

- La réduction des frais d'administration de tous les programmes et services. À l'heure actuelle, chaque ministère a ses propres structures administratives et financières. L'unification de ces dernières permettrait de réaliser des économies et d'en faire bénéficier les premières nations. Ce ministère intégré devrait offrir des services régionaux structurés en fonction des frontières provinciales plutôt que des «super-régions» qu'on est en train de délimiter. Depuis la Confédération, les relations établies entre premières nations l'ont été à l'intérieur des provinces. Le gouvernement fédéral ne devrait pas, au gré de sa fantaisie, modifier la dynamique de ces relations à ce stade crucial du processus qui doit mener à l'autonomie gouvernementale et à la prise en charge des programmes et des services par les premières nations. Le ministère intégré devrait déléguer des pouvoirs étendus à ses organismes régionaux de façon que les décisions puissent se prendre en temps opportun et efficacement.
- L'intégration et l'adoption de mécanismes susceptibles de régler les problèmes des premières nations et de tenir compte de leurs priorités. Les premières nations pourraient satisfaire à leurs besoins si elles disposaient des ressources nécessaires pour effectuer de manière holistique la planification requise à divers égards (logement, systèmes d'adduction d'eau et d'égout, formation, etc.) au lieu de devoir s'adresser à plusieurs ministères, comme c'est le cas actuellement. Elles savent qu'une vaste planification et que des infrastructures communautaires intégrées s'imposent pour régler les problèmes de violence familiale, d'alcoolisme, de toxicomanie et, en somme, tous les problèmes qui ont une incidence directe sur l'état de santé de leurs populations.

### *4. La nomination d'un commissaire fédéral ou d'un ombudsman chargé des traités*

Pour garantir que le gouvernement fédéral et les premières nations s'acquittent de leurs responsabilités respectives en vertu d'une entente touchant la prestation des services aux populations autochtones, il est impératif de mettre sur pied un mécanisme

de surveillance. La création d'un poste de commissaire fédéral ou d'ombudsman chargé des traités répondrait à ce besoin. On s'attendrait à ce que les premières nations négocient le mandat du titulaire de cette charge. Au nombre des attributions de celui-ci pourraient figurer la surveillance et la réglementation des agrissements du gouvernement fédéral. Le commissaire ou ombudsman interviendrait pour remédier aux manquements.

## La portée des recommandations

La reconnaissance du droit à la santé conféré par traité, la rédaction de lois et la délimitation des champs de compétence dans un contexte d'autonomie gouvernementale, ainsi que la coordination des activités du gouvernement fédéral, sont essentielles pour que les premières nations puissent régler les problèmes auxquels se heurtent leurs membres dans le domaine social et dans celui de la santé, et pour qu'elles puissent le faire d'une manière qui soit adaptée à leurs besoins, à leurs désirs et à leur culture. Ce n'est que dans la mesure où les méthodes seront intégrées, où elles seront axées sur la collectivité, où elles tiendront compte de toutes les dimensions de la personne humaine et où elles respecteront les droits inhérents des premières nations que celles-ci pourront voir leur état de santé s'améliorer et connaître le bien-être.

## Conclusion

Les recommandations énoncées ici ne sont réalistes et applicables que si le gouvernement fédéral s'emploie sérieusement à satisfaire aux besoins des premières nations dans le domaine social et dans celui de la santé.

Il faut opérer sans tarder les changements qui s'imposent si les premières nations doivent un jour occuper la place qui leur revient dans la société canadienne. Ces dernières sont disposées à faire face aux difficultés que comporte tout changement, mais elles comptent sur un partenariat avec les citoyens et les gouvernements du Canada.

# Les autochtones des régions éloignées et nordiques

*Iris Allen\**

La Labrador Inuit Health Commission (LIHC) se réjouit de pouvoir participer à ce processus de discussion et de résolution des problèmes. Nous avons beaucoup d'informations à partager avec vous parce que la LIHC a préparé une série de documents et de rapports sur la santé des Inuit du Labrador. Comme le temps est limité, nous allons mettre en valeur certains aspects clés au cours de notre exposé oral et nous vous remettrons des rapports écrits. Nous allons tout d'abord vous parler un peu de nos problèmes avant de décrire ce que nous faisons actuellement et ce que nous entendons faire. Nous vous donnerons ensuite un aperçu de quelques-uns des obstacles qui entravent notre progrès. Nous concluons par des recommandations dont la mise en oeuvre nous aiderait à régler certains de nos plus graves problèmes de soins de santé dans les collectivités inuit du Labrador.

## L'état de santé des Inuit du Labrador

En bref, l'état de santé des Inuit du Labrador est bien pire que celui des Canadiens moyens. Au nombre de nos problèmes, citons les revenus insuffisants, le chômage ou le sous-emploi, le manque d'instruction, des logements insalubres, l'alcoolisme, le tabagisme, des infrastructures insuffisantes (eau et égouts) et la violence familiale. Ces mêmes problèmes affligent les collectivités autochtones de tout le Canada et nous sommes certains qu'ils sont déjà bien connus. Les rapports que nous allons déposer décrivent l'incidence de la maladie, les taux de mortalité, etc.

---

\* Directrice, Labrador Inuit Health Commission.

C'est la santé mentale qui nécessite actuellement le plus d'attention. Nous sommes très préoccupés par la violence dans nos familles et au sein de nos collectivités. Nous nous sentons impuissants, même si nous savons que certaines collectivités commencent à travailler ensemble à l'élaboration de stratégies et de plans. L'exploitation des enfants, le vandalisme, l'inhalation d'essence etc... sont autant de problèmes de santé mentale qui nous préoccupent grandement.

L'une de nos collectivités, Nain, tient actuellement une série de rencontres publiques pour examiner ces problèmes. On espère que la collectivité opérera de vrais changements et en acceptera la responsabilité. L'autre collectivité est celle de Rigolet qui vient de connaître un cas d'homicide suivi d'un suicide, et qui cherche maintenant des façons de régler une telle crise au niveau communautaire.

## La Labrador Inuit Health Commission

La LIHC est l'organisme affilié créé par la Labrador Inuit Association (LIA) pour examiner les questions relatives à la santé. Formée en 1985, elle relève du conseil d'administration de la LIA. Elle est subventionnée par la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada.

La philosophie, les buts et les objectifs de la LIHC sont bien décrits dans notre guide des politiques et de la procédure. En bref, la LIHC est très préoccupée, entre autres par le problème du logement et celui des emplois significatifs, et par leurs répercussions sur la santé des Inuit du Labrador. Les rouages du système de soins médicaux suscitent également une part de préoccupations, mais ils ne constituent qu'une dimension restreinte de la santé.

Nous avons eu la chance de pouvoir compter sur un noyau permanent de programmes. Le programme des représentants en santé communautaire (RSC) fonctionne depuis 1985. Au Labrador, les RSC ne fournissent aucun soin de santé primaire comme ils le font dans d'autres régions du Nord du Canada. Nous nous félicitons de ce que nos RSC puissent consacrer leur temps à l'enseignement et à la promotion de la santé dans leurs collectivités, particulièrement dans les écoles. Nous avons actuellement des RSC à Nain, Hopedale, Makkovik, Postville et Rigolet. Malgré le nombre considérable d'Inuit du Labrador vivant à Northwest River et à Happy Valley/Goose Bay, nous n'avons pas réussi à convaincre la Direction générale des services médicaux que le programme devrait englober ces collectivités.

Yhealth Liaison Program est un autre programme de base. Il s'occupe de faciliter l'accès des Inuit du Labrador au système de soins de santé, où qu'ils se trouvent. Les piliers du programme sont le commis préposé à l'aiguillage et le traducteur-interprète qui sont tous les deux en poste à l'hôpital Melville de Happy Valley/Goose Bay. D'autres interprètes sont embauchés au besoin afin d'accompagner un patient à l'hôpital de St. Anthony. Nous comptons sur l'aide du centre d'amitié de St. John's pour aider les patients qui y sont envoyés.

Le programme de prestations médicales non assurées est offert à partir de notre siège social à Northwest River, avec l'aide des RSC et de l'équipe de liaison-santé. La

LIHC est extrêmement fière de ce programme puisque nous sommes l'un des deux seuls groupes autochtones du pays à administrer un programme complet nous-mêmes plutôt que de recourir aux services de la Direction générale des services médicaux. Celle-ci a commandé dernièrement un rapport sur notre programme et celui de Conne River; les conclusions ont été favorables.

L'un de nos plus récents programmes est celui des soins dentaires. La LIHC a engagé dernièrement un thérapeute dentaire pour la collectivité de Nain. Ce programme a déjà produit d'excellents résultats au cours des sept derniers mois, particulièrement en ce qui a trait à l'hygiène dentaire des enfants d'âge scolaire. La LIHC espère offrir le programme de thérapie dentaire à d'autres collectivités à mesure que nous acquerrons plus d'expérience à Nain.

La LIHC espère intervenir davantage en ce qui concerne la violence familiale. Un chercheur a été embauché en 1992 afin de réaliser une évaluation des besoins suscités par la violence familiale au sein des collectivités inuit du Labrador. L'évaluation en question englobait la mesure du besoin, les services déjà offerts, les problèmes ou les obstacles auxquels se heurte la prestation des services et les statistiques. Elle est terminée et un rapport a été présenté. La prochaine étape consisterait à planifier et à coordonner des services et des programmes de lutte contre la violence familiale, conformément aux besoins déterminés par les collectivités inuit du Labrador, et à exercer des pressions pour les obtenir.

La LIHC a embauché dernièrement une coordonnatrice en matière de violence familiale qui a commencé à promouvoir les programmes de lutte contre la violence familiale destinés aux Inuit du Labrador. La commission déterminera les «chaînon manquants» dans les services actuels et commencera à combler les lacunes, ce qui nécessitera beaucoup de coordination et de communication à tous les niveaux. Elle estime qu'elle peut intervenir en cette matière au nom des membres de l'Association des Inuit du Labrador. Ces deux projets d'évaluation et de coordination ont été financés par des programmes fédéraux récents.

La LIHC répond aux demandes d'intervention accrue en matière de santé mentale à l'intention des collectivités inuit du Labrador. Conformément à la Brighter Futures Initiative, la commission a embauché récemment un coordonnateur de la santé mentale et un spécialiste de l'intervention en matière de suicide. Ces personnes s'occuperont du problème permanent et croissant que représentent les suicides et de leurs nombreuses répercussions. L'intervention auprès des suicidaires et les services de counseling constituent la priorité immédiate des deux collectivités inuit du Labrador actuellement en crise - Nain et Rigolet.

La LIHC se propose de recourir aux services des responsables de la santé mentale qu'elle vient d'embaucher pour élaborer, de concert avec la Labrador Inuit Association (LIA), le Labrador College, les responsables de la collectivité et d'autres travailleurs de la santé, un programme complet de formation à l'intention des travailleurs de la santé et des services communautaires, qui touchera tous les aspects pertinents de la santé mentale.

Les responsables de la santé mentale seront également invités à faciliter l'établissement d'une équipe de crise dans chaque collectivité. Ce processus sera mis en oeuvre en collaboration avec les dirigeants, les anciens, les spécialistes et toutes les parties intéressées. Les travailleurs de la santé mentale seront invités à faire partie de cette équipe qui comprendra d'autres spécialistes locaux tels que les RSC, les travailleurs sur le terrain du Labrador Inuit Alcohol and Drug Abuse Program (LIADAP), ceux de la LIA et d'autres. De cette manière, les services de soutien aux clients s'inscrivent dans la collectivité et ne sont pas retirés lorsque le «spécialiste itinérant» s'en va.

La LIHC a également l'intention d'offrir des programmes de counseling dans les collectivités. Ces programmes comprendront au départ un service d'écoute téléphonique à Nain qui sera ensuite offert dans toute la région inuit du Labrador. Le service d'écoute comprendra des services de soutien et de compte rendu autant à l'intention des clients que des fournisseurs de soins.

La LIHC cherche également à retenir les services d'un psychologue pour une période prolongée. Ce spécialiste travaillera avec l'équipe de santé mentale et dispensera de la formation afin que le personnel puisse commencer à acquérir des compétences en counseling; il organisera des ateliers, travaillera en tête à tête avec les clients et aidera les employés à acquérir des connaissances relatives à tous les aspects des services de soutien et des réseaux en matière de santé mentale communautaire.

La LIHC est en mesure de mettre à profit les ressources existantes pour intervenir dans beaucoup d'autres aspects des soins de santé. Nous travaillons en collaboration avec le conseiller pédagogique de la LIA afin de favoriser les carrières en soins de santé grâce à des séances individuelles d'orientation et des visites dans les établissements de santé et d'enseignement. Nous faisons également de l'action sociale.

La LIHC et la LIA ont contribué à la mise en oeuvre d'un programme d'accès aux soins infirmiers au Labrador College. Nous sommes très fiers des quatre membres de la LIA qui sont présentement inscrites à ce programme à Goose Bay. D'autres membres terminent actuellement leurs études de sciences infirmières à l'Université Memorial de Terre-Neuve. La remise de diplômes de spécialistes de la santé à ces personnes sera un premier pas vers la prestation de services par du personnel autochtone.

Afin de favoriser la sensibilisation à la culture inuit chez les spécialistes de la santé, la commission et Torngasok (l'institut culturel de la LIA) ont organisé un atelier à l'hôpital Melville de Goose Bay. Le succès de cette initiative a suscité des demandes de la part du GRHS Hospital de St. Anthony et du Western Memorial Regional Hospital de Corner Brook. Ces demandes aideront les étudiantes du programme d'accès lorsqu'elles déménageront à Corner Brook pour terminer leur formation en sciences infirmières.

La LIHC touche également de nombreuses dimensions de la santé autochtone et de la recherche à l'échelle nationale. Nous avons effectué nos propres études dans de nombreux secteurs et nous surveillons toutes les études sur la santé au Labrador. Le conseil d'administration de la LIA a créé un comité de santé dont le mandat consiste

à surveiller toutes les études sur la santé exécutées en collaboration avec les Inuit du Labrador.

## Les plans d'avenir

La LIA et la LIHC viennent de terminer un processus de consultation des collectivités afin d'établir un plan pour les cinq prochaines années. Le tout avait commencé avec la tenue d'une conférence sur la santé à l'automne 1991, au cours de laquelle des délégués des collectivités ont énoncé les problèmes courants et examiné diverses structures organisationnelles susceptibles de répondre aux attentes des Inuit du Labrador. La démarche s'est poursuivie à l'Assemblée générale annuelle du printemps 1992 où les membres ont demandé à l'association, à la LIHC et au Labrador Inuit Alcohol and Drug Abuse Program (LIADAP) d'amorcer une fusion graduelle de tous les programmes de santé destinés aux Inuit du Labrador au sein d'un département de santé communautaire relevant de la LIA. On y regroupera les activités de la commission et du LIADAP ainsi que les services de santé publique maintenant offerts par la province de Terre-Neuve par l'entremise des Grenfell Regional Health Services (GRHS). Des comités de santé communautaire seront formés au sein de ce nouveau département de la santé communautaire. Les étapes de transition entre l'acquisition et la prise en charge des programmes comprendront une formation permanente des employés en poste et nouvellement embauchés. Les connaissances ainsi acquises en matière de soins de santé devront ensuite être transmises aux membres de la LIA afin qu'ils puissent assumer les rôles et les responsabilités qui vont de pair avec la prise en charge et le transfert. Les employés et les membres doivent être bien préparés à faire face aux diverses tâches et attentes. Il appartient à la LIHC de faire en sorte que tous commencent à assumer ces rôles de façon responsable. Lorsque cette phase sera opérationnelle, la prochaine étape consistera à prendre en charge le fonctionnement des postes infirmiers dans nos collectivités.

Conformément à ce plan, la LIHC commence à élaborer un plan de santé communautaire qui porterait sur les détails de l'entreprise. Si ce programme semble ambitieux, notons qu'il s'agit d'une progression naturelle à l'intérieur d'un cheminement qui nous a vu passer à un nouveau programme une fois le précédent bien rodé. Bien que cela signifie essentiellement la fin de la LIHC sous sa forme actuelle, le département de santé communautaire, plus global et plus complet, est davantage conforme à la démarche holistique de santé prônée par les membres.

## Le département de santé communautaire de la LIA: les obstacles

Il y a de nombreux obstacles à surmonter pour que les Inuit du Labrador puissent progresser dans le domaine des soins de santé. Pour plus de détails, vous voudrez bien consulter le document intitulé «Review of Labrador Inuit Health and Health Services».

1. Les questions de compétence et d'admissibilité créent encore des problèmes quotidiens dans nos rapports avec les divers ordres de gouvernement. Chaque fois que nous demandons l'accès à un nouveau programme ou à une nouvelle disposition du gouvernement, la question de notre admissibilité fait surface et engendre des mois de retard. Le cas des prestations médicales non assurées est un bon exemple. Il a fallu trois ans à la Direction générale des services médicaux pour délibérer sur notre admissibilité. Nous avons obtenu ce programme seulement en 1989. L'Initiative contre la violence familiale est un autre exemple. Nous avons dû demander d'en faire partie et faire des pressions parce qu'elle n'a pas été automatiquement élargie de façon à nous englober, comme ce fut le cas pour d'autres groupes autochtones. Et nous n'avons alors obtenu que quelques volets du programme sans pouvoir profiter des autres.
2. La confusion des compétences fait en sorte que les quatre groupes suivants définissent actuellement la politique de santé des Inuit du Labrador: 1) le gouvernement fédéral, par l'entremise des Services de santé des Indiens et des populations du Nord de la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada; 2) le gouvernement provincial de Terre-Neuve, par l'intermédiaire de son Department of Health; 3) les Services de santé régionaux - Grenfell Regional Health Services (qui gèrent actuellement les postes infirmiers et le programme de santé publique); 4) les membres de la LIA, par l'entremise de la LIHC. Ces groupes ne travaillent pas bien ensemble en dépit des efforts de chacun. Ils ont tous des priorités différentes et une compréhension différente des besoins et de la façon dont il faudrait y répondre.

Voici un exemple qui illustre ce que nous venons d'avancer. Il faut garder à l'esprit que le bien-être des Inuit du Labrador est notre principale préoccupation.

Une mère dont l'enfant a un grave problème d'oreille et qui essaie de composer avec la confusion du système de soins de santé peut souvent se rendre compte qu'il est difficile et frustrant d'obtenir les traitements appropriés. La politique d'aiguillage des GRHS est telle que l'enfant doit être envoyé à leur établissement de soins secondaires de St. Anthony. Le parent n'a pas le droit de choisir qui consulter, par exemple un spécialiste de St. John's. Le programme des prestations médicales non assurées est un programme de dernier recours. Nous devons par conséquent utiliser les services offerts dans la région de Grenfell. Le programme de la Direction générale des services médicaux ne fait aucune place au choix individuel.

Tout le processus peut mener à l'inscription sur une liste d'attente et peut-être à un voyage à St. Anthony, uniquement pour se faire aiguiller vers St. John's. Ce système de soins de santé sème de la confusion chez nos membres.

3. Le programme des RSC n'a pas réalisé tout son potentiel. Si nous sommes chanceux de pouvoir compter sur des RSC qui ont reçu une formation de base et dont le taux de roulement est très faible dans nos collectivités, nous avons été incapables de leur procurer des programmes permanents de perfectionnement professionnel. Cela est très important pour un groupe de travailleurs de la santé

qui œuvrent seuls dans des collectivités isolées. Nous avons dû également faire preuve de beaucoup de créativité pour trouver des façons d'assurer une supervision et une coordination adéquates afin que chaque RSC ne soit pas toujours forcé de créer sa propre documentation à partir de rien.

Les spécialistes de la santé ne reconnaissent pas nos RSC comme des membres à part entière de l'équipe de soins de santé. La situation s'améliore mais nous devons continuer à faire valoir que nos RSC sont des travailleurs clés de la santé dont la connaissance du milieu échappe à beaucoup de spécialistes de la santé. Une introduction au programme des RSC pourrait également être intégrée à la formation des spécialistes de la santé avant qu'ils travaillent dans les localités du Nord.

4. Les Inuit du Labrador sont le seul groupe inuit de la région de l'Atlantique. La structure organisationnelle de la Direction générale des services médicaux est orientée du nord vers le sud, ce qui nous donne peu de chances de collaborer avec les Inuit du Québec. Depuis que les Territoires du Nord-Ouest ont bénéficié du transfert, nous n'avons pratiquement aucune chance de rencontrer les Inuit de cette région. Le personnel régional et national de la Direction générale des services médicaux ne semble pas sensible aux différences entre les Inuit et les Indiens. Nous recevons constamment des documents qui parlent seulement d'Indiens inscrits, de chefs et de conseils tribaux, etc. Au cours des réunions, nous devons toujours rappeler aux gens que nous ne vivons pas dans des réserves, que notre situation est différente. Le degré d'isolement de nos collectivités est également mal compris. Nous ne sommes pas un groupe autochtone urbain, nos collectivités sont isolées et se trouvent dans des régions où le climat est rude, où les possibilités économiques sont limitées et où il est difficile de se déplacer pour obtenir des produits et des services essentiels. On nous a présenté, à l'occasion d'une réunion annuelle, un document rédigé par la Direction générale des services médicaux qui affirmait qu'il n'existe pas de collectivités isolées dans la région de l'Atlantique.
5. Les services aux handicapés sont très limités dans les collectivités du nord du Labrador. Les Inuit handicapés du Labrador ont toujours relevé du ministère provincial des Services sociaux. Jusqu'à récemment, la LIHC ne pouvait offrir à ces clients que les services des représentants en santé communautaire. Ceux-ci visitent régulièrement les handicapés, répondent à leurs demandes individuelles et collectives, et les aiguillent si possible vers les organismes de services compétents. Ils exécutent ces fonctions de concert avec beaucoup d'autres responsabilités.

L'argent versé dernièrement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada et la Direction générale des services médicaux sert à rémunérer un chercheur et à réaliser une évaluation des besoins des handicapés de toutes les collectivités inuit du Labrador.

Voici quelques-uns des problèmes vécus par les handicapés dans leurs collectivités:

- Très peu d'immeubles sont accessibles en fauteuil roulant;
- Le seul mode de transport en hiver est la moroneige et le komatik, ce qui est très inconfortable pour une personne handicapée;
- En été et en automne, les routes de gravier sont mal entretenues et les voyages en véhicule tout terrain sont très inconfortables;
- Les possibilités d'emploi et les programmes de formation sont limités;
- Les maisons sont mal conçues, ce qui rend difficiles les déplacements en fauteuil roulant;
- Lorsqu'ils existent, ce qui est rare, les programmes de soutien à domicile (relève et soins à domicile) sont limités;
- Les services offerts par l'entremise de divers établissements sont souvent méconnus. S'il faut recourir à des services spéciaux qui sont dispensés seulement à l'extérieur de la collectivité, il est nécessaire de se déplacer en avion, avec tous les problèmes que cela comporte.

Il y a beaucoup à faire pour commencer à répondre aux besoins des Inuit handicapés du Labrador.

6. La LIHC espère commencer à assumer plus de responsabilités à l'égard des infirmières de la santé publique et des postes infirmiers. Les négociations relatives aux infirmières de la santé publique sont déjà en cours. Nous n'ignorons pas que la démarche sera longue. Toutefois, nous croyons que si toutes les parties collaborent et travaillent honnêtement ensemble, il sera possible d'accélérer le processus.

En ce qui a trait aux infirmières et aux postes infirmiers du Nord, les Inuit du Labrador sont très préoccupés par le fait que certaines collectivités comptent seulement une infirmière dans un poste infirmier. Cette personne se trouve dans une situation difficile et stressante. Elle doit travailler cinq jours par semaine et être prête à répondre aux appels vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine, trois cent soixante-cinq jours par année. Nous espérons régler cette situation dans notre propre plan de santé communautaire; nous nous penchons actuellement sur ces questions avec les organismes compétents.

Quant aux services de spécialistes comme les cardiologues, les gynécologues et autres, les patients doivent se rendre à l'extérieur de leurs collectivités, aussi loin qu'à St. John's (Terre-Neuve) ou Halifax (Nouvelle-Écosse). Ils doivent s'absenter longtemps de chez eux; cette expérience peut s'avérer traumatisante pour quelqu'un qui se sent malade, seul et loin de la maison.

## Recommandations ou solutions possibles

1. Le gouvernement fédéral devrait se concerter avec le gouvernement provincial pour rendre une décision provisoire quant à l'admissibilité des Inuit du Labrador aux programmes de santé et de services sociaux, en attendant les résultats du processus de revendications territoriales qui peut durer encore plusieurs années.

2. La Direction générale des services médicaux devrait engager des crédits afin d'offrir des programmes permanents de formation aux RSC, aux travailleurs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et à tous les travailleurs de la santé mentale.
3. Tous les ordres de gouvernement qui fournissent des soins de santé aux Inuit du Labrador doivent collaborer. C'est la seule façon d'obtenir pour nos membres des soins de santé d'une qualité égale à celle dont bénéficient les Canadiens moyens.
4. Il faut offrir plus d'aide financière et professionnelle aux collectivités inuit du Labrador pendant que nous tentons de trouver des solutions à nos problèmes, particulièrement dans le domaine de la santé mentale.
5. Il faut donner aux collectivités inuit la possibilité de se prononcer sur les programmes de soins de santé et leur permettre de prendre en charge leurs vies et l'avenir de leurs enfants.
6. Il faut donner aux Inuit du Labrador le pouvoir de constituer des conseils de santé et des comités afin de planifier, de mettre en oeuvre et de surveiller tous les services de santé offerts à leurs collectivités. Il faut nous donner la possibilité d'avoir notre propre système de santé et d'en assumer la responsabilité.
7. Il faut consentir plus d'efforts pour offrir les services dans les collectivités mêmes plutôt que d'obliger les gens à se déplacer pour aller consulter des spécialistes.
8. Il faut favoriser les carrières en santé afin de compter plus d'infirmières, de médecins et de personnel paramédical inuit.
9. Toutes les collectivités isolées ont besoin de réseaux d'adduction d'eau et d'égout qui fonctionnent, de logements salubres et d'emplois significatif.
10. Des ressources d'urgence doivent être mises à la disposition des collectivités en crise et ces ressources doivent être suffisantes et faciles à mobiliser.
11. Pour les personnes handicapées:
  - Il faut financer la construction de rampes d'accès et autres dispositifs dans tous les immeubles publics et les maisons privées, lorsque cela est nécessaire;
  - Il faut offrir à toutes les personnes handicapées la possibilité d'occuper un emploi significatif et de prendre part à toutes les manifestations ou activités communautaires;
  - Il faut consentir plus d'efforts pour assurer des moyens convenables de transport dans les collectivités du Nord, en modifiant les motoneiges, les fauteuils roulants, etc.
  - Des programmes permanents de relève et de soins à domicile doivent être réalisés dans toutes les collectivités;
  - Les besoins des handicapés doivent être pris en considération dans la planification et la conception des nouvelles maisons et dans la modification des maisons actuelles pour les collectivités du Nord;

- Les Inuit du Labrador, par l'entremise de la LIHC, doivent obtenir suffisamment de crédits et de pouvoir pour assumer la responsabilité de tous les services de santé offerts aux handicapés.
12. Toutes les collectivités du Nord doivent pouvoir compter sur au moins deux infirmières et sur les services de soutien connexes, au niveau communautaire et régional.
  13. Il faut demander aux organismes de santé de faire en sorte que des spécialistes visitent régulièrement les collectivités inuit du Labrador.
  14. Il faut reconnaître la compétence de la LIHC en matière de prestation de soins de santé.

# La santé et la vie sociale des autochtones handicapés: un point de vue albertain

*Brenda J. Sinclair*

Ce document de réflexion porte expressément sur la situation actuelle des autochtones handicapés ainsi que sur les conditions sociales ayant une incidence sur leur vie; il propose des recommandations applicables à l'échelle du pays.

Pour simplifier mon mémoire et faire en sorte qu'il soit tout entier consacré aux besoins des autochtones handicapés, j'ajoute en annexe une courte bibliographie à l'intention des lecteurs qui désireraient un complément d'information.

Dans les pages qui suivent, l'expression «soins de santé» fait référence:

- aux soins de santé proprement dits;
- à l'intervention des guérisseurs traditionnels.

On trouvera aussi une section intitulée «Les obstacles à l'autonomie», qui couvrira les aspects suivants:

- le soutien personnel;
- l'accessibilité (collectivité, logement);
- le transport.

Mon étude exclut les domaines suivants: soutien financier, activités culturelles et récréatives, information, éducation et formation.

Le mot «autochtones» désigne ici les Indiens assujettis aux traités et les membres de bandes vivant ou non dans les réserves, les Indiens visés par le projet de loi C-31, les Indiens non inscrits et les Métis vivant ou non dans des établissements.

Les renseignements présentés dans ce rapport s'appuient sur une recherche que j'ai menée, de 1991 à 1993, sur les autochtones handicapés de l'Alberta.

## La situation actuelle des autochtones handicapés

«Les problèmes et besoins spéciaux des Indiens handicapés sont complexes, résistent aux solutions simplistes et appellent des considérations particulières.»

*A Study of the Special Problems and Needs of North American Indians with Handicaps both on and off the Reservation, 1987, Native American Research and Training Centre.*

Cette remarque est aussi valable pour le Canada de nos jours que pour les États-Unis en 1987. Les problèmes que rencontrent les autochtones handicapés sont souvent attribuables au partage des compétences à l'égard des autochtones entre divers ordres de gouvernement, et à la pénurie de programmes et de services adaptés aux cultures et aux traditions autochtones.

## Les soins de santé et la guérison traditionnelle

### *Les soins de santé à titre de droit conféré par les traités*

Les autochtones assujettis aux traités considèrent la santé comme un droit conféré par ceux-ci. Toutefois, les autochtones inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* – notamment ceux qui habitent dans des réserves ou dans des lieux isolés – n'ont pas accès à la gamme complète de services médicaux offerts aux autochtones habitant en milieu urbain et aux autres Canadiens non autochtones. En outre, les services dont ils disposent ne sont pas axés sur la collectivité ni contrôlés par des autochtones, pas plus qu'ils n'ont été élaborés en consultation avec ces derniers.

### *Les Indiens inscrits*

Les autochtones inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* ou dont le statut a été rétabli en application du projet de loi C-31 sont admissibles au Programme des prestations médicales non assurées, administré par la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé et Bien-être social Canada. Les avantages dont ils bénéficient englobent les produits et services suivants: soins dentaires, soins de la vue, médicaments d'ordonnance, produits pharmaceutiques destinés à des fins thérapeutiques, équipements et fournitures divers, ambulances. Qu'ils soient ou non prescrits par un médecin, les soins spéciaux ne sont couverts que s'ils s'inscrivent dans les lignes directrices de la DGSM.

## *Les Métis et les Indiens non inscrits*

Les Métis et les autochtones non inscrits sont couverts par les régimes provinciaux d'assurance. Cela signifie que, même s'ils ont accès à des programmes comme un service de relève, des soins infirmiers à domicile et la réadaptation, aucun de ceux-ci n'est couvert par la DGSM, et il en va de même pour les soins dentaires et d'ophtalmologie liés à des besoins spéciaux.

## *L'accès aux guérisseurs traditionnels*

Les Indiens inscrits jouissent d'un avantage: la DGSM assume les frais entraînés par la consultation d'un guérisseur traditionnel. Une personne désirant consulter un tel guérisseur doit en faire la demande par écrit au directeur de la DGSM du secteur où elle habite. Les frais de transport sont remboursés. La guérison traditionnelle n'est pas couverte par le programme provincial.

## *Écoutons les gens!*

Voici des commentaires qui ont été formulés par des autochtones handicapés.

### **La difficulté de se faire soigner**

Il n'y a pas d'hôpital ici de sorte que, lorsque nous sommes vraiment malades, on nous éloigne de nos foyers et de nos familles; à l'hôpital, nous nous inquiétons pour nos proches.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Il n'y a pas de soins de santé dans l'établissement; il faut quitter la collectivité.

*- Métis vivant dans un établissement*

### *Problèmes et solutions spécifiques*

Un grave problème qui se pose aux autochtones handicapés, qu'ils habitent dans des réserves ou des établissements, ou à l'extérieur de ceux-ci, est l'isolement. Dans les réserves et les établissements, la situation est compliquée par l'absence d'une autorité expressément responsable des soins de santé aux autochtones handicapés.

## **L'isolement**

Les autochtones handicapés désirent:

- Un travailleur autochtone chargé de dispenser des soins de santé aux handicapés dans les réserves, les établissements et les collectivités rurales;
- L'aide d'un travailleur pour remplir les formulaires;
- L'aide d'un travailleur pour leur faciliter l'accès aux services et aux programmes;
- L'aide d'un travailleur pour évaluer leurs besoins;

- La présence de travailleurs ayant reçu une formation leur permettant de mieux comprendre les besoins des handicapés, ainsi que les services et programmes disponibles;
- Des visites à domicile: un infirmier ou une infirmière une fois par semaine; un auxiliaire familial une fois par semaine; quelqu'un pour le grand ménage de printemps et d'automne; quelqu'un pour les travaux de peinture et l'entretien du terrain, en été; quelqu'un pour les préparatifs d'hiver.

### **L'absence de programmes pertinents**

Les autochtones handicapés désirent:

- Des programmes de soins de santé adaptés à leur culture et disponibles dans leur collectivité (notamment pour les handicapés mentaux);
- Un groupe de soutien des handicapés, formé de membres de la collectivité, pour promouvoir les besoins des handicapés auprès du chef et du conseil, et auprès des dirigeants de l'établissement et de la collectivité;
- Une modification de la politique des soins de santé «sur demande», et une attitude plus dynamique chez les fournisseurs de ces services.

### **L'amélioration des services à la collectivité**

Les autochtones handicapés désirent:

- La visite hebdomadaire d'un médecin;
- Un bureau de médecin accessible;
- Une infirmerie avec un médecin à plein temps;
- Une clinique dans la collectivité;
- Leur propre centre médical, avec des ergothérapeutes, des médecins, des infirmiers et infirmières, et des représentants de la santé communautaire;
- Les fonds nécessaires pour embaucher un travailleur qui s'occuperait des handicapés mentaux;
- Un financement accru permettant d'améliorer les services et les installations.

### ***La difficulté de faire appel à un guérisseur traditionnel***

Notre vie durant, nous avons vécu selon nos coutumes, et lorsque nous en avons le plus besoin, ils ne nous y autorisent plus.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Les hôpitaux n'autorisent pas nos guérisseurs à s'occuper de nos malades hospitalisés.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Il faut qu'il y ait un endroit où il puisse être avec les anciens, loin de la société qui le contrarie [...] pour qu'il puisse guérir, [...] bénéficier des soins, de l'amour et de la loyauté nécessaires à sa guérison.

*- membre d'une bande vivant hors réserve*

## Le choc des cultures

Bon nombre d'autochtones handicapés, notamment ceux qui sont hospitalisés ou habitent les centres urbains, ont du mal à avoir accès à un guérisseur. Étant donné le scepticisme de nombreux médecins non autochtones à l'égard des guérisseurs, et leur crainte face aux médecines naturelles, il est difficile pour les autochtones de trouver un guérisseur. Les hôpitaux eux aussi sont souvent réticents à accueillir des guérisseurs dans leurs locaux, craignant d'éventuelles poursuites, voyant d'un mauvais oeil le mélange des remèdes traditionnels et des médicaments modernes, et en raison des codes hospitaliers et des problèmes d'aération.

Qui plus est, les autochtones handicapés sont le plus souvent vus par des professionnels de la santé qui n'ont ni la formation ni les connaissances nécessaires pour comprendre les cultures ou les traditions autochtones, ce qui peut contribuer à l'inconfort des personnes traitées.

## L'accès aux guérisseurs traditionnels

Les autochtones handicapés désirent:

- La reconnaissance de leur culture;
- La venue dans leur région de personnes ayant une formation adaptée à leur culture;
- Une aide extérieure de la part de personnes ayant une telle formation;
- Des fonds de déplacement pour consulter des guérisseurs habitant d'autres collectivités;
- L'autorisation de la guérison traditionnelle dans les hôpitaux;
- Une réunion spéciale avec les administrateurs d'un hôpital pour prévoir l'aménagement d'une salle réservée aux pratiques de guérison traditionnelles;
- Des fonds pour payer le recours intensif aux guérisseurs traditionnels, ainsi que les déplacements, les repas et l'hébergement pour au moins une semaine;
- L'admission des guérisseurs au chevet de nos malades hospitalisés.

## Résumé des problèmes énoncés

1. La plupart des réserves et des établissements sont dépourvus de médecins et de services médicaux; certaines collectivités bénéficient de visites hebdomadaires de médecins.
2. Les services médicaux spécialisés (orthophonie, physiothérapie) ne sont dispensés que dans les grands centres.
3. Les professionnels de la santé ne sont habituellement pas des autochtones et connaissent souvent mal les cultures autochtones.
4. Les cliniques médicales sont parfois inaccessibles; il faut attendre longtemps avant d'obtenir un traitement.
5. Les frais de déplacement et certains frais médicaux ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance (p.ex. les soins dentaires, les lunettes et les régimes alimentaires spéciaux).
6. On ne met l'accent ni sur le bien-être ni sur la prévention des maladies.

7. Il n'y a pas toujours de guérisseurs traditionnels sur place, de sorte que les déplacements et le financement posent des problèmes.
8. Les politiques des hôpitaux interdisent la pratique de la guérison traditionnelle.
9. Il n'existe aucune autorité locale ou provinciale expressément chargée de répondre aux besoins des autochtones handicapés.

### *Recommandations éventuelles*

- Il faudrait revoir le Programme des prestations médicales non assurées et procéder à des consultations pour s'assurer que les besoins des handicapés sont bien compris et qu'on en tient compte en établissant les orientations.
- Les chefs et conseils de bande et les dirigeants métis devraient s'employer à sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux cultures et aux traditions autochtones.
- Les chefs et conseils de bande et les dirigeants métis devraient insister sur la prévention des maladies dans leurs réserves et leurs établissements, en adoptant et en faisant adopter des programmes pertinents.
- Les dirigeants autochtones devraient favoriser la création d'organismes locaux et provinciaux aptes à faire valoir les intérêts des autochtones handicapés.

## **Les obstacles à l'autonomie: le soutien personnel**

### *La difficulté d'obtenir un soutien personnel*

Les organismes font ce qu'ils veulent et non pas ce que nous voulons. Ils dispensent des services, mais seulement à leur façon.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Les Services sociaux disent que cela concerne les Affaires indiennes; le ministère renvoie la balle à la DGSM, qui dit finalement non, de sorte que personne ne m'aide.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Rien n'est encore établi dans la collectivité au niveau du soutien personnel.

*- Métis vivant dans un établissement*

On apporte de l'équipement dans la collectivité, mais personne ne l'installe; il est donc inutile.

*- Métis vivant dans un établissement*

### **L'accès au soutien personnel**

Le soutien personnel aux handicapés comprend l'équipement technique et les services à la personne permettant d'aider la personne à domicile, au travail ou dans la collectivité, offerts par divers ministères, organismes spécialisés, établissements d'enseignement ou organismes de bénévoles. L'accès aux services de soutien dépend

souvent de plusieurs facteurs: nature du handicap, connaissance des services disponibles et de la façon de s'en prévaloir, et lieu de résidence. Les autochtones handicapés vivant en milieu rural, qui ne font pas suffisamment valoir leurs droits ou n'ont pas de militants pour les représenter, et dont le handicap ne correspond pas au mandat des fournisseurs de services, sont défavorisés par rapport aux autres.

### **Les programmes fédéraux**

Les autochtones inscrits qui sont handicapés et habitent dans des réserves ou hors de celles-ci sont admissibles à un soutien personnel offert sous forme de programmes et d'équipement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) ou la Direction générale des services médicaux (DGSM). En ce qui concerne l'équipement, la DGSM est chargée de «tout ce qui bouge» (prothèses, fauteuils roulants, appareils auditifs) tandis que le MAINC s'occupe de «tout ce qui est fixe». Les deux administrations financent des programmes de soins aux adultes conçus «pour répondre aux besoins médicaux, sociaux et personnels de personnes n'ayant jamais eu d'autonomie ou ayant perdu une partie de celle-ci». La DGSM dispense des services en vertu de programmes de santé communautaire, et le MAINC finance des services sociaux dans le cadre de son Programme de soins aux adultes.

### **Les services à domicile**

Les services à domicile prévus par le Programme de soins aux adultes du MAINC sont essentiellement dispensés par des auxiliaires familiaux chargés d'aider les handicapés pour l'entretien ménager, les repas et les contacts sociaux. Les soins à domicile sont généralement administrés par des bandes ou des travailleurs sociaux. Les services sont financés individuellement. Leur disponibilité n'est pas toujours assurée, tout comme peuvent fluctuer les normes liées à l'évaluation, à la supervision, à la gestion de cas et aux besoins en formation. Les soins personnels, comme l'aide pour la toilette, ne sont pas remboursés, pas plus que l'assistance aux familles, comme les services de relève. Les bandes peuvent cependant recevoir des fonds leur permettant d'offrir leurs propres services, mais très peu assument cette responsabilité.

### **Le programme de facilitation de la vie quotidienne**

Tous les autochtones non inscrits et les Métis handicapés sont admissibles aux mêmes programmes que les autres citoyens de la province. Le programme de facilitation de la vie quotidienne permet de fournir aux autochtones handicapés de l'équipement comme des fauteuils roulants, et offre un soutien à des organismes comme l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), appelés à leur venir en aide.

## *Écoutons les gens!*

### **Le manque de services de soutien**

Les autochtones handicapés désirent:

- Des programmes de soutien au sein de la collectivité pour favoriser l'autonomie;
- Des services de soutien qui font passer les besoins du handicapé avant ceux de l'organisme;
- La prestation de services de soutien à la nation métisse;
- Des travailleurs, notamment des travailleurs sociaux, plus respectueux des traditions;
- Des soins de santé dispensés par des auxiliaires familiaux qui se rendent à domicile; une plus grande réceptivité des Affaires indiennes et de la DGSM à l'égard de leurs besoins;
- Des ressources accrues pour favoriser l'accès aux services;
- Un programme qui amènerait des travailleurs de la santé et des infirmières à aider les handicapés vivant dans les établissements méris.

### **Le manque de personnel compétent, de ressources et d'information**

Les autochtones handicapés désirent:

- Que les travailleurs qui s'occupent d'eux soient compétents;
- Qu'un programme de «survie dans la société» soit mis sur pied, assorti d'ateliers d'information, de personnel bien formé et de personnes-ressources;
- Que les gens soient sensibilisés à la condition des personnes handicapées;
- Que les chefs, les conseils et les dirigeants métis reconnaissent la nécessité d'améliorer la vie des handicapés;
- Que les dirigeants commencent à demander de l'argent pour des programmes dans leurs collectivités respectives.

### **L'insuffisance des soins à domicile, des soins aux adultes et des visites médicales à domicile**

Les autochtones handicapés désirent:

- Un service fiable d'auxiliaires familiaux dans la collectivité;
- Des services à domicile pour s'occuper d'une fillette et donner un répit à la personne qui en prend soin;
- Un service de soins à domicile hivernal (chaque bande devrait avoir un programme pour les handicapés et prendre des dispositions pour leur fournir de la viande de gibier et du poisson);
- Une rémunération pour les personnes qui prodiguent des soins aux handicapés et qui s'occupent de leur toilette;
- Des soins pour les handicapés adultes vivant dans les réserves;
- Des visites médicales à domicile;
- Des séances régulières et plus spécifiques de conseils thérapeutiques;

- Un plus grand nombre de visites à domicile et une plus grande discrétion de la part des représentants de la santé communautaire.

### **Le manque de personnel autochtone**

Les autochtones handicapés désirent:

- Un plus grand nombre de travailleurs autochtones dans le domaine des soins de santé;
- Une invitation aux organismes de services à recruter des autochtones afin de répondre aux besoins réels des autochtones handicapés;
- Un autochtone représentant l'INCA pour travailler auprès des autochtones malvoyants;
- Un comité issu de la collectivité, chargé de déterminer les besoins et de retenir les services d'autochtones pour prodiguer des soins à domicile aux handicapés;
- L'élargissement de l'aide actuellement disponible grâce à l'embauche de travailleurs autochtones: infirmiers et infirmières, préposés aux soins à domicile, conseillers pour les handicapés.

### **L'absence d'un programme de vie autonome**

Les autochtones handicapés désirent:

- Un milieu d'habitation supervisé, adapté à la culture autochtone, pour les handicapés mentaux et les personnes souffrant de troubles émotifs;
- Un programme de vie autonome au sein de leurs collectivités respectives.

Résumé des problèmes énoncés

1. Les autochtones handicapés trouvent que les organismes sont rigides, bureaucratiques et lents. Dans les réserves, le partage des compétences entre les ministères fédéraux engendre la confusion lorsqu'il s'agit de déterminer quel ministère est responsable de la prestation d'un service.
2. L'information sur les services est inexistante ou difficile à comprendre.
3. Il n'y a pas assez de fournisseurs de services et de soins pour répondre aux besoins, et certainement pas assez de personnel autochtone dans ce domaine.
4. Il existe peu de services ou de programmes spécialement adaptés aux autochtones handicapés ou à leurs familles (p. ex. service de relève ou équipement spécial). Le soutien aux handicapés mentaux laisse particulièrement à désirer.
5. Les visites à domicile sont rares. Peu de travailleurs ont la formation nécessaire pour s'occuper des handicapés ou connaissent bien les coutumes autochtones.

### **Recommandations éventuelles**

- Il faudrait accorder la priorité aux besoins des autochtones handicapés, à savoir:
  - Régler les problèmes que posent la fragmentation des compétences et la dispersion des services, en regroupant les services médicaux, sociaux et pédagogiques;

- Prendre immédiatement des mesures pour remédier à la pénurie de services aux autochtones handicapés habitant dans des réserves et des établissements;
- Entreprendre des consultations approfondies avec les gouvernements autochtones au sujet des questions, des principes et des méthodes à privilégier relativement aux services aux autochtones handicapés.
- Les chefs et conseils de bande et les dirigeants métis devraient instaurer, dans les réserves et les établissements, des programmes pour former des professionnels autochtones de la santé.
- Les chefs et conseils de bande devraient demander à tous les professionnels de la santé travaillant dans une réserve de suivre des cours de sensibilisation à la culture et aux traditions autochtones.

## Les obstacles à l'autonomie: l'accessibilité

### *Les problèmes*

#### Le logement

Toutes les maisons ont un rez-de-chaussée et un étage et la porte avant est située à l'étage. Aucun des bâtiments de la réserve n'a de rampe d'accès. Quel isolement! Les responsables du logement ne voient pas là une priorité.

*membre d'une bande vivant dans une réserve*

La maison est dotée de rampes, mais les portes ne sont pas assez grandes pour un fauteuil roulant.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Ma maison n'a ni chauffage ni eau courante; sans mon mari, j'éprouverais beaucoup de difficultés, je ne pourrais vivre seule.

*- Métis habitant en milieu rural*

Le conseil ne reconnaît pas le caractère spécial de la maladie mentale, ni la nécessité de logements spéciaux.

*- Métis vivant dans un établissement*

Trois familles habitent dans la maison avec la personne handicapée.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

#### La collectivité

Toutes les rampes mènent aux portes latérales, jamais aux portes principales, ce qui nous donne l'impression d'être des citoyens de seconde classe.

*- Métis vivant dans un établissement*

Il n'y a pas de service d'accompagnement ni de transport pour les aveugles, de sorte que tous les immeubles de la collectivité leur sont inaccessibles sans aide.

– Indien non inscrit habitant en milieu rural

Les handicapés et leurs besoins ne sont pas une priorité pour le conseil.

– Métis vivant dans un établissement

Les constructeurs ne pensent jamais à l'accessibilité. Cela limite l'accès des handicapés à de nombreux programmes et projets.

– membre d'une bande vivant dans une réserve

Les rues ne sont pas asphaltées pour les personnes en fauteuil roulant et celles qui utilisent une marchette; on n'accorde pas assez d'attention à des services comme le déneigement et l'enlèvement de la glace.

– membre d'une bande vivant dans une réserve

Pour se prévaloir de la plupart des services comme l'éducation, la thérapie et la formation, il faut sortir de son foyer et de sa collectivité, laisser derrière soi les structures de soutien et la famille.

– membre d'une bande vivant dans une réserve

### ***L'accessibilité, une plus grande difficulté en milieu rural***

Bien que l'accès aux installations et aux immeubles publics pose un problème à la plupart des handicapés, la situation est pire chez les autochtones, car bon nombre d'entre eux habitent dans des régions rurales où les bâtiments et leurs environs n'ont pas été modifiés. Même si le gouvernement fédéral a intégré à son *Code national du bâtiment* des normes visant à éliminer les obstacles, ces normes s'appliquent seulement aux immeubles fédéraux. D'ailleurs, l'«accessibilité» à ces immeubles est généralement définie comme un ensemble de dispositions permettant l'entrée des fauteuils roulants, de sorte que les lieux ne sont pas forcément adaptés aux autres handicapés, par exemple les malentendants ou les malvoyants.

Ni le *Code national du bâtiment* ni le code provincial n'insiste suffisamment sur l'obligation de se conformer aux normes. Aucune amende n'est prévue en cas d'infraction. Un handicapé qui ne peut avoir accès à un immeuble public peut déposer une plainte en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, mais le processus est long et souvent complexe.

### ***Le manque de sensibilisation***

Le manque de sensibilisation est souvent le plus gros obstacle à l'accessibilité. Bon nombre de mesures qui amélioreraient l'accessibilité d'un immeuble ne coûtent pas cher (rampes, mains courantes, meilleur éclairage, signalisation), mais les propriétaires ou les occupants des immeubles omettent souvent d'en tenir compte car ils sont insensibles aux besoins des handicapés. Cette attitude se manifeste également

chez les gens d'affaires et ceux qui pratiquent des professions libérales. Les autochtones handicapés constatent que leurs structures locales (églises, centres médicaux, bureaux de bande ou d'établissement, écoles, installations récréatives, salles communautaires) sont inaccessibles. Ceux qui habitent dans les centres urbains bénéficient des mêmes possibilités d'accès que les non-autochtones handicapés, mais la situation est différente dans les réserves et les établissements.

### *Les stimulants fédéraux*

Le gouvernement fédéral offre aux propriétaires d'immeubles des stimulants afin de rendre leurs installations plus accessibles aux autochtones handicapés. Par exemple, le MAJNC offre une subvention unique aux bandes désirent accroître l'isolation thermique d'un bâtiment public dans une réserve. De même, dans le cadre de son programme Planification de l'emploi, Emploi et Immigration Canada met jusqu'à 10 000 \$ à la disposition des employeurs qui désirent améliorer leurs lieux de travail pour en faire un milieu sans obstacles. Des exemptions d'impôt fédéral sont prévues pour les propriétaires qui désirent rénover des bâtiments. Dans les réserves, on n'utilise pas ces stimulants, soit parce que les chefs de bande n'en connaissent pas l'existence, soit parce qu'ils ne se préoccupent pas des besoins de leurs handicapés.

### *Écoutons les gens!*

#### **Le manque de logements convenables**

Les autochtones handicapés désirent:

- Des logements construits en fonction des normes;
- La prise en considération des besoins des handicapés avant la construction d'un immeuble;
- Des logements de plain-pied;
- Une personne spécialisée dans la construction ou la rénovation de logements à l'intention des handicapés, pour enseigner aux gens à construire des rampes, des mains courantes, des entrées et des supports de douche;
- Des logements économiques dotés d'un système de chauffage et de l'eau courante pour les handicapés;
- L'attribution d'un caractère prioritaire au logement étant donné la détresse émotionnelle, physique et mentale des personnes visées;
- Un effort pour que soient faites les rénovations demandées;
- Des fonds plus faciles à obtenir pour les rénovations;
- Une collaboration entre la DGSM, les Affaires indiennes et les responsables du logement, afin que l'on assume collectivement les coûts des rénovations et services; une meilleure information;
- Une collaboration entre les Affaires indiennes et la SCHL, pour examiner l'utilisation des fonds consacrés au logement.

## Le manque de logements supervisés

Les autochtones handicapés désirent:

- Un ensemble d'habitation supervisé, construit pour les handicapés mentaux et administré par des autochtones, selon les valeurs autochtones: celles que l'on retrouve dans la maison de leurs propres parents;
- L'aménagement d'appartements et de maisons où s'exerce une supervision compétente, permettant de s'occuper des handicapés et de les aider à prendre leurs médicaments;
- Un sentiment de sécurité, une meilleure protection des anciens et des handicapés qui craignent de se faire agresser ou voler.

## Des immeubles communautaires inaccessibles

Les autochtones handicapés désirent:

- Un groupe de travail communautaire pour contribuer à la construction et à la rénovation de bâtiments pour les handicapés;
- L'attribution, par le conseil, d'un caractère prioritaire aux handicapés et à leurs besoins;
- La création d'un groupe d'action pour contribuer à résoudre les problèmes et à sensibiliser les gens;
- Un changement d'attitude de la part du conseil et des politiciens;
- Des ateliers pour les responsables du logement dans les réserves afin de leur montrer comment rendre les bâtiments et logements vraiment accessibles;
- Des rénovations pour rendre les immeubles publics accessibles aux handicapés physiques, et l'application des codes national et provincial du bâtiment;
- Un service d'accompagnement et de transport pour les aveugles, car tous les bâtiments leur sont inaccessibles sans aide;
- L'asphaltage d'un tronçon de route d'au moins deux milles par la collectivité.

Résumé des problèmes énoncés

## Le logement

1. Les logements actuels sont inférieurs aux normes et ne sont pas équipés de manière à répondre aux besoins spéciaux (pas de rampes, robinets et poignées d'accès difficile, absence de plomberie intérieure, chauffage insuffisant).
2. Les handicapés n'ont ni les fonds ni les capacités pour apporter les rénovations nécessaires à leurs logements.
3. Les gens ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir de l'aide. L'information est insuffisante ou difficile à comprendre. Les organismes gouvernementaux semblent rigides, trop bureaucratiques.
4. Les dirigeants autochtones ne semblent pas comprendre les besoins des handicapés, et ces besoins n'entrent guère en ligne de compte lorsque les logements sont conçus et attribués.
5. Les nouveaux logements sont trop coûteux pour les handicapés et pas nécessairement adaptés à leurs besoins physiques.

6. Les logements sont souvent surpeuplés.

### La collectivité

1. La fragmentation des compétences suscite la confusion chez les autochtones handicapés, qui se demandent si c'est le MAINC ou la DGSM qui doit s'occuper des problèmes d'accessibilité.
2. Bon nombre d'immeubles publics n'ont pas été modifiés pour les malvoyants ou les personnes à mobilité réduite (pas de rampes, de portes coulissantes ni de mains courantes, éclairage insuffisant, escaliers abrupts).
3. Le manque de routes asphaltées et de trottoirs, ainsi que l'enlèvement insuffisant de la neige et de la glace restreignent la mobilité.

### Recommandations éventuelles

- Les dirigeants autochtones nationaux devraient rédiger un énoncé de principes faisant de l'aménagement de logements appropriés pour les autochtones handicapés une priorité.
- La Société canadienne d'hypothèques et de logement devrait modifier ses politiques afin de faire de la construction de logements pour les autochtones handicapés une priorité.
- Les chefs et conseils de bande et les dirigeants métis devraient accorder priorité à la collecte et à la diffusion de renseignements relatifs aux logements et aux services nécessaires aux handicapés dans leurs collectivités respectives.
- Les chefs et conseils de bande et les dirigeants métis devraient faire de l'élimination des obstacles une priorité.
- Les handicapés et les groupes représentant les autochtones handicapés devraient être encouragés à se mobiliser contre les obstacles à leur accessibilité dans les immeubles publics, en recourant aux lois fédérales ou provinciales sur les droits de la personne.
- Les chefs et conseils de bande devraient recommander au MAINC et à la DGSM d'étudier et de résoudre le problème de la fragmentation des compétences relatives aux immeubles publics fédéraux dans les réserves.
- Les chefs et conseils de bande devraient s'assurer que tous les programmes et activités spéciales (éducation, formation, culture et loisirs) offerts dans les réserves sont accessibles aux handicapés.

### Les obstacles à l'autonomie: le transport

De nos jours, les gens ne nous transportent plus gratuitement, à cause du coût élevé de l'essence et de la vie.

*- membre d'une bande vivant dans une réserve*

Il n'y a pas de services ici. Un aller simple en taxi pour se rendre en ville coûte 45 \$.

*- Métis vivant dans un établissement*

Il n'y a pas de fourgonnette médicale ni d'autre véhicule capable d'accueillir un fauteuil roulant.

- *Métis vivant dans un établissement*

Pas de moyens. Pas de trottoirs pour les fauteuils roulants. Pas de fourgonnette spéciale à l'usage de la collectivité.

- *membre d'une bande vivant hors réserve*

Je possède mon propre véhicule, mais je n'ai pas d'argent pour l'essence, les plaques d'immatriculation ni pour l'assurance. Le magasin est situé à 55 km.

*membre d'une bande vivant dans une réserve*

### ***Un transport inadéquat et limitatif***

Le transport est l'un des principaux problèmes qu'éprouvent les autochtones handicapés, dont bon nombre habitent dans des collectivités rurales ou des régions isolées. Le transport est à ce point insuffisant et il y a si peu d'occasions d'effectuer même un court voyage que certains handicapés ont de la difficulté à répondre à leurs besoins les plus élémentaires, par exemple faire leurs courses ou consulter un médecin. Bon nombre d'entre eux n'ont pratiquement aucune occasion d'exercer des activités éducatives, récréatives, sociales, culturelles ou professionnelles. Ce manque de transport a de graves répercussions sur les enfants, qui ne jouissent parfois que d'un accès limité à l'éducation et aux loisirs.

### ***Un financement insuffisant***

La DGSM ne paie pas le transport des autochtones inscrits habitant hors réserve qui ont besoin d'aller se faire traiter dans un centre médical, mais elle assume les frais de transport, y compris l'hébergement et les repas pendant le voyage, de ceux qui vivent dans les réserves. Les frais d'accompagnement ne sont couverts que si l'état du malade exige la présence d'une autre personne. Ne sont pas remboursés les frais des déplacements pour événements familiaux malheureux. C'est d'autant plus regrettable que la DGSM ne fournit pas de services d'infirmières à domicile ni d'auxiliaires familiaux supervisés par des infirmières sauf en cas d'urgence, lorsque aucune autre forme d'aide n'est disponible. Par conséquent, les autochtones handicapés ayant besoin de soins de santé, mais préférant demeurer chez eux en compagnie de leur famille et de leur amis, ne reçoivent pas nécessairement de soins appropriés en pareil cas. Par ailleurs, s'ils se rendent à l'extérieur de la réserve pour recevoir des soins, les frais de déplacement d'un ami ou d'un membre de la famille qui les accompagnerait ne sont pas remboursés.

### ***Le transport médical***

Le transport à des fins médicales pose un problème à la plupart des autochtones handicapés, quel que soit l'endroit où ils vivent domicile et qu'ils soient ou non visés par la *Loi sur les Indiens*. En général, les médecins et les services médicaux ne sont pas disponibles dans les réserves et les établissements; en outre, les services médicaux

spécialisés pouvant être nécessaires aux handicapés ne sont offerts que dans les centres urbains. Le transport public des autochtones handicapés est soit inexistant, soit insuffisant, et rares sont les réserves ou établissements qui disposent de véhicules adaptés au transport de personnes en fauteuil roulant.

### *Le transport scolaire*

En vertu d'un programme du gouvernement fédéral, on dispose d'un financement pour les enfants autochtones handicapés de 6 à 19 ans fréquentant l'école ou pour les membres de bandes inscrits à un programme postsecondaire. Le transport saisonnier est l'une des dépenses couvertes. Ce financement s'applique lorsqu'une personne fréquente une école locale ou a dû déménager à cette fin. Il faut s'adresser individuellement au conseil de bande ou de tribu pour obtenir les fonds nécessaires. Le ministère provincial de l'Éducation assure le transport de tous les enfants autochtones handicapés vers les écoles élémentaires ou secondaires, et ces frais sont remboursés par le gouvernement fédéral dans le cas des Indiens inscrits.

Les activités des enfants sont toutefois limitées, et les enfants handicapés ne bénéficient pas nécessairement d'un moyen de transport pour exercer des activités parascolaires ou sociales; en outre, selon la nature de leur handicap, les enfants autochtones peuvent être forcés de quitter leur foyer et d'aller s'installer dans un centre urbain pour recevoir une éducation ou une formation spéciale.

### *Le transport public*

Le transport public à partir des réserves et des établissements, vers d'autres réserves ou vers les centres urbains, est insuffisant pour la plupart des autochtones, mais pratiquement inexistant pour ceux qui sont handicapés. Bien qu'il existe des fonds d'immobilisation permettant d'aider les dirigeants autochtones à acheter un véhicule, les bandes et conseils locaux estiment normalement qu'ils n'ont pas les moyens d'assumer un tel service étant donné que les frais d'exploitation ne sont couverts par aucune subvention. Dans les cas où des bandes ont réussi à acheter et à utiliser un véhicule équipé, celui-ci ne sert pas toujours exclusivement à transporter des handicapés et il est souvent indisponible. Les propriétaires individuels ne sont pas enclins à adapter leurs véhicules, et ce pour plusieurs raisons: l'adaptation est coûteuse et il n'existe actuellement aucune aide gouvernementale pour les propriétaires privés. En outre, les conducteurs de véhicules adaptés doivent suivre un programme spécial de formation qui entraîne des dépenses additionnelles. Étant donné l'absence de subventions et les coûts élevés de fonctionnement, les entreprises privées ne participent pas au transport des handicapés. Les autochtones handicapés habitant des régions rurales ou isolées sont donc pénalisés.

## *Écoutons les gens!*

### **L'absence de transport pour les handicapés graves**

Les autochtones handicapés désirent:

- Un personnel compétent pour le transport médical des handicapés graves;
- Un service comme le DATS dans les collectivités rurales;
- Des moyens de transport permettant aux handicapés de recevoir des soins de santé sans devoir payer comptant;
- Une fourgonnette spéciale accessible aux fauteuils roulants.

### **Le manque de transport à des fins autres que médicales**

- Une fourgonnette de bande pour répondre aux besoins de base des handicapés (courses, emploi, occupations quotidiennes);
- Une fourgonnette spéciale appartenant à la collectivité et utilisée pour les activités sociales et récréatives;
- Une fourgonnette spéciale permettant le transport des handicapés à l'intérieur des établissements et des réserves ou à l'extérieur;
- Un système de coupons de taxi administré par les services sociaux;

### **Des programmes et des services de transport insuffisants**

- Un programme pour aider les handicapés à sortir de leur domicile;
- Une fourgonnette ainsi qu'un autobus pour handicapés;
- Un organisme qui aiderait les handicapés à exercer sous supervision des activités récréatives, sociales, culturelles ou personnelles;
- Un complément d'information au sujet des services de transport et des programmes disponibles.

Résumé des problèmes énoncés

1. Un transport accessible est difficile à obtenir et souvent coûteux. Seules quelques collectivités possèdent une fourgonnette équipée pour accueillir les fauteuils roulants.
2. Il n'existe pratiquement aucun moyen de transport public vers les réserves, les établissements et les régions rurales, et encore moins pour les handicapés désirant exercer des activités sociales ou récréatives, ou vaquer à leurs occupations quotidiennes.
3. Les moyens de transport privés sont rares et coûteux, et souvent peu sûrs ou inconfortables pour les handicapés.
4. Les autochtones handicapés habitant en milieu rural ou dans des réserves et des établissements sont dépourvus de moyens de transport et donc incapables de subvenir à leurs besoins en matière d'éducation, de santé, d'emploi, de loisirs et de culture.
5. Bien qu'il existe des fonds d'immobilisation pour l'achat de véhicules adaptés, aucune aide gouvernementale n'est prévue pour les frais de fonctionnement, qui découragent la plupart des bandes d'investir dans le transport des handicapés.

### *Recommandations éventuelles*

- Il faudrait demander à la DGSM d'assouplir le Programme des prestations médicales non assurées afin qu'il soit possible de rembourser les frais de transport d'un accompagnateur lors de voyages effectués pour des raisons humanitaires.
- Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient élaborer et financer conjointement un programme prévoyant l'achat et/ou la modification de véhicules privés en vue de répondre aux besoins des autochtones handicapés.
- Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient fournir aux collectivités autochtones une subvention spéciale pour couvrir les coûts en capital et les frais de fonctionnement de véhicules spéciaux.
- Les dirigeants de collectivités autochtones devraient faire du transport des handicapés une priorité.

### **Conclusion**

En 1988, un groupe de réflexion a tenu une réunion à Cornwall (Ontario) afin de permettre aux autochtones handicapés et aux personnes sympathiques à leur cause de discuter de leur situation. Les participants ont alors mis un certain nombre de problèmes en évidence:

1. Les attitudes des collectivités, des chefs et des conseils de bande, des gouvernements et des professionnels de la santé à l'égard des handicapés;
2. Les barrières physiques dans les logements privés, les installations récréatives et les moyens de transport publics;
3. Le manque d'information sur les services offrant un soutien financier, des conseils, des soins de santé, etc.;
4. L'absence de perspectives de croissance dans les domaines professionnels et éducatifs;
5. La mauvaise coordination des services et l'ambiguïté au niveau du partage des compétences.

Nous sommes maintenant en 1993 et les autochtones handicapés sont toujours aux prises avec les mêmes problèmes.

En 1990, le Réseau national autochtone de sensibilisation aux handicapés voyait le jour. Il poursuit un double but:

- Supprimer les obstacles qui empêchent les autochtones handicapés de participer pleinement à la vie communautaire;
- Créer des occasions permettant aux autochtones handicapés d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer de façon significative au développement de leur collectivité, de leur région et du Canada.

Actuellement, le Réseau est le seul organisme revendiquant des changements au nom de tous les autochtones handicapés canadiens.

En juin 1992, une conférence des handicapés membres des premières nations, tenue en Alberta, a donné lieu à la recommandation suivante:

- Que soit créé un organisme provincial pour les handicapés, au sein duquel seraient représentés tous les autochtones handicapés.

En Alberta, on prend actuellement des mesures pour constituer des groupes locaux de soutien, pour faire connaître les préoccupations et besoins individuels des autochtones handicapés, et pour former un organisme provincial qui s'occuperait des intérêts de ceux-ci à l'échelle de la province.

Comme les gens l'ont dit, ni leurs dirigeants ni les ministères ne comprennent les intérêts des autochtones handicapés ou ne leur accordent une priorité suffisante. Les décisions qui touchent ces derniers sont prises sans qu'ils aient voix au chapitre, et souvent par des fonctionnaires non autochtones travaillant dans des villes lointaines. Les problèmes que posent la multiplicité des sphères de compétence ainsi que l'isolement attribuable à la distance, à l'invalidité et à la pauvreté créent une barrière souvent insurmontable pour les autochtones handicapés qui désirent être des membres à part entière de leur communauté.

On ne répond pas à leurs besoins en ce qui concerne l'accessibilité, le logement, l'éducation, le transport, les soins de santé, les activités culturelles et récréatives, l'appui financier et le soutien personnel. Même lorsqu'il existe des programmes ou une aide gouvernementale à leur intention, ils en ignorent l'existence ou n'y ont pas accès. Par conséquent, les autochtones handicapés se sentent passifs, lésés et croient que personne ne les écoute.

Toutefois, ceux de l'Alberta s'organisent actuellement et s'exprimeront bientôt non seulement à l'échelle nationale par l'entremise du Réseau national autochtone de sensibilisation aux handicapés, mais aussi aux niveaux provincial, régional et local.

Je terminerai en formulant une dernière recommandation:

- La Commission royale sur les peuples autochtones devrait encourager tous les autochtones handicapés à participer activement à l'établissement d'organismes locaux et provinciaux pour défendre leurs intérêts.

## Bibliographie

1. *Obstacles*, Rapport du Comité spécial concernant les invalides et les handicapés, suite au rapport: Population autochtone, 1980-1981.
2. *The Proceedings of the Disabled Native Persons' Think Tank*, Cornwall, Ontario, 1988.
3. Réseau national autochtone de sensibilisation aux handicapés, *Information Kit. Literacy and Aboriginal People with Disabilities*, 1990. *Management Training and Aboriginal Persons with Disabilities*, 1990.
4. Réseau national autochtone de sensibilisation aux handicapés, *A Needs Assessment: Aboriginal People and Disability*, septembre 1990.

# Au-delà des fournisseurs de soins: une politique en matière de santé et de services sociaux pour les années 90

*Sharon Helin\**

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas simplement comme l'absence de toute maladie ou infirmité. C'est aussi la définition que nous donnerons à ce terme ici. Depuis bien des années maintenant, les premières nations aspirent au mieux-être, à des soins de santé acceptables et à des services sociaux adaptés à leur culture. Cette recherche a été tantôt fructueuse, tantôt parsemée d'embûches. En cours de route, des améliorations importantes, équivalant à celles dont jouit la population en général dans des domaines comme les maladies contagieuses, ont été apportées aux soins de santé. De plus, des programmes sociaux comme le Nuu-chah-nulth Family Child Services Program ont été élaborés et mis en oeuvre avec succès. Au fil des ans, les premières nations ont décrit des myriades de cas qui montrent le besoin d'améliorations dans les soins de santé, voire de personnel soignant dans certaines collectivités. Elles n'ont cessé de répéter comment leurs enfants ont été enlevés par les organismes de l'État et exploités sexuellement, et ont relaté à maintes et maintes reprises leur expérience des pensionnats. Chacun de ces cas recèle sa part de souffrances individuelles et collectives. Des études innombrables ont été commandées et réalisées. Pourtant, comme l'atteste la documentation, l'état de santé des premières nations laisse toujours à désirer par rapport à celui de la population en général. En outre, selon une étude comparative de la santé des premières nations aux États-Unis et au Canada, notre état de santé ici au Canada est inférieur à celui des premières nations aux États-Unis. Il serait faux de présumer que la situation actuelle, en ce qui a trait aux soins de santé et aux services sociaux offerts aux premières

\* B.A., M.S.P.

nations, est le résultat d'un examen insuffisant de la situation. Bien au contraire, il semble qu'on ait maintenant des études suffisamment détaillées pour passer aux actes et faire preuve d'innovation.

Les soins de santé sont perçus comme une nécessité pour les premières nations. Les mouvements populaires du pays ont connu des succès d'un océan à l'autre, de Puktawagan à Kanawake en passant par Nuu-chah-nulth, la vallée de la Nass et le projet de santé et de services sociaux des Atikamekw. Le modèle de changement se trouve dans ces collectivités des premières nations. Pour qu'un changement s'effectue et que cette tendance fructueuse se maintienne, les institutions doivent changer à tous les niveaux.

## Les services de santé

Les questions touchant la santé sont nombreuses en pays indien. Elles comprennent les soins à domicile des personnes âgées, la santé des enfants, la santé mentale, l'inhalation de solvants, la prévention des blessures, la santé des hébés, le rôle de parent, le dépistage du cancer, la recherche sur le cancer, l'arthrite, les services aux personnes handicapées, la santé des adolescents, le VIH et le sida, les maladies évitables et les comportements à risque. À ces questions, il faut ajouter les conflits de compétences; le programme des prestations de santé non assurées, actuellement administré par la Direction générale des services médicaux; une échelle de rémunération comparable pour les employés des programmes de santé dont la responsabilité a été transférée aux premières nations; l'élaboration de règlements pertinents; et une ferme volonté de la part des premières nations d'assurer l'accès à des services de santé de qualité pour tous les autochtones. Il est essentiel que les systèmes de soins de santé tiennent compte de la culture autochtone.

## Les services sociaux

En 1992, au moins trois rapports importants ont été publiés en Colombie-Britannique seulement, et on peut présumer que des rapports semblables ont aussi été rendus publics dans d'autres provinces. En Colombie-Britannique, ces rapports portaient les titres suivants: *Liberating Our Children - Liberating Our Nations*; *Protecting Our Children - Supporting Our Families*; et *Indian Child and Family Services Standards Project: Final Report*.

Les recommandations et observations formulées dans *Liberating Our Children - Liberating Our Nations* vont au coeur du sujet. En voici quelques extraits:

La législation provinciale doit explicitement reconnaître la compétence et la responsabilité des nations autochtones concernant la prise de décisions, et régler les problèmes des familles et des enfants autochtones; il convient de mettre sur pied des organismes de services aux enfants et aux familles autochtones et de définir «autochtone» et «famille autochtone»; il y a lieu d'élaborer des

mesures législatives qui obligeraient les gouvernements provinciaux à reconnaître le droit d'une nation ou d'une collectivité autochtone d'assumer la responsabilité des décisions à l'égard du *Family and Child Service Act*, par l'entremise d'un organisme mandaté par cette nation ou cette collectivité.

Les services aux familles et aux enfants de la collectivité autochtone se caractérisent par leur absence, leur insuffisance et leur fragmentation. Cette situation est due à l'incapacité des gouvernements fédéral et provincial de reconnaître leurs obligations envers les peuples autochtones. Si nous voulons la changer, nous devons de toute évidence prêter une oreille attentive à ce que les premières nations ont à dire au sujet de la prestation des services.

Si l'on veut réduire le nombre d'enfants recevant des soins en Colombie-Britannique, la responsabilité de l'aide à l'enfance doit être cédée aux collectivités autochtones. Et il y a un point sur lequel nous ne saurions trop insister, à savoir que le gouvernement doit reconnaître les coûts considérables et réels qui vont de pair avec cette responsabilité.

*Conseil tribal Ktunaxa/Kinbasket*

Nous avons besoin d'un système de prestation de soins pour nos enfants et de guérison pour nos familles où nos traditions et nos cultures constituent la ligne directrice principale.

*Louis Riel Metis Association*

Il est essentiel que les membres de la collectivité participent activement à la planification de l'aide à l'enfance, à la solution des problèmes et à la prise des décisions.

*- Conseil de bande Heiltsuk*

Nous parlons de beaucoup plus que la protection de l'enfance, nous parlons des services aux enfants, des services sociaux, du développement social, de l'aide à l'enfance, de mesures législatives, du retour aux valeurs familiales, de l'unité, et de notre façon de vivre non seulement à titre individuel, mais dans nos familles et nos communautés.

*- USMA Family and Child Services*

Il faudrait doter les collectivités autochtones de ressources qui tiennent compte des différences culturelles et qui puissent faire échec à la violence physique, sexuelle et affective ainsi qu'à la négligence dont souffrent les enfants, tout en favorisant l'épanouissement familial.

*- Conseil de la nation squamish*

Les premières nations sont les mieux placées pour prendre des décisions au sujet du mieux-être de nos enfants. En fonction non de normes externes, mais de nos propres normes.

– *Northwest Band Social Workers Association*

Les nations et les collectivités autochtones doivent avoir accès à une source garantie de fonds pour être en mesure d'offrir une vaste gamme de services préventifs holistiques et globaux. Ces services doivent respecter la culture de la nation ou de la collectivité autochtone à laquelle ils sont destinés, et être fournis par des membres de cette collectivité.

Nous recommandons que les gouvernements mettent des ressources à la disposition des nations et des collectivités autochtones pour qu'elles déterminent comment les normes étrangères pourraient être remplacées par des méthodes de partage des connaissances et de prestation des soins qui leur conviendraient davantage.

Il n'y a pas de doute dans notre esprit que le système doit changer complètement.

– *Indian Homemakers Association of B.C.*

La responsabilité touchant la conception et la prestation de services aux familles et aux enfants doit être transférée aux collectivités autochtones.

*Conseil tribal Ktunaxa/Kimbasket*

Un système qui donne plus d'argent à des «étrangers» pour qu'ils s'occupent de nos enfants qu'il n'en donnerait à une famille autochtone est intrinsèquement mauvais.

– *Louis Riel Metis Association*

Il est très clair que le gouvernement provincial a lamentablement échoué au chapitre de la protection de l'enfance, surtout en ce qui concerne les enfants autochtones.

– *Conseil tribal Ktunaxa/Kimbasket*

Votre façon d'arracher les enfants à leurs familles a beaucoup fait souffrir les collectivités; elles prendront des générations à s'en remettre.

– *Metis Council of Port Alberni*

Nous devons harmoniser les lois de l'homme avec les lois de la nature afin de remplir nos obligations envers nos enfants, nos familles et nos collectivités.

## Quel est donc le problème?

Les difficultés qui affligent les premières nations depuis des générations sur le plan des soins de santé et des services sociaux sont bien documentées. Pourtant, les peuples indiens sont toujours défavorisés par rapport à l'ensemble de la population. Les premières nations ont clairement indiqué que la source du problème était l'imposition des normes et des solutions de la société dominante à toutes les questions autochtones. Le rapport provincial de l'Aboriginal Committee dit ceci:

La principale caractéristique du chauvinisme culturel est l'attitude de la société dominante, qui n'a d'estime que pour ses propres valeurs culturelles et qui considère les valeurs des autres comme anormales et dignes de correction.

Et voici un extrait du rapport concernant l'Indian Child & Family Services Standards Project:

Il n'est pas trop difficile de comprendre qu'en fournissant aux premières nations des services adaptés à leur culture, on ne rejette pas les normes euro-canadiennes; on ne fait que reconnaître que des cultures différentes peuvent avoir des priorités différentes et qu'il existe plus d'une façon d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être général des enfants.

Dans une publication de 1991 intitulée *What is the Indian Problem*, Noel Dyck, professeur associé à l'Université Simon Fraser, examine d'un oeil critique les relations passées et actuelles entre les Indiens et les gouvernements du Canada, expliquant comment le «problème» indien a été créé et comment il a été perpétué et aggravé par les politiques et les pratiques administratives qui avaient d'abord été conçues pour servir de solutions. Il dit que la façon d'aborder le problème indien trahit une croyance profonde selon laquelle les différences perçues entre les Indiens et les autres Canadiens constituent une situation regrettable qui doit être corrigée.

Paradoxalement, la phrase «quel est le problème indien» est davantage un constat qu'une question. On est tellement convaincu de l'existence d'un problème indien qu'on se lance dans toutes sortes de théories avant même de poser la question. C'est comme si on était en présence d'un postulat.

Selon Noel Dyck, il faudrait parler de la question indienne plutôt que du problème indien. Combien de fois avons-nous pris part à des discussions de fond avec à l'esprit des solutions préconçues?

Pour élaborer des programmes adaptés à la culture autochtone, nous devons apprendre à voir le monde à travers plusieurs prismes culturels. Malheureusement, dans les systèmes d'éducation occidentaux, les pédagogues incitent depuis longtemps les enfants indiens à voir et à nommer les choses selon l'opique culturelle des Blancs, même si cela les prive de leur perception de la réalité et de leur identité culturelle bien distincte. Les enfants de la société dominante

pour leur part ont rarement l'occasion de voir le monde selon un autre point de vue. Ils en viennent donc à croire qu'il n'existe qu'un monde, qu'une réalité et qu'une vérité – ceux qu'ils connaissent personnellement – et ils sont portés à rejeter tous les autres.

À l'évidence, cette façon d'agir n'a pas donné de bons résultats. Si nous voulons infléchir la prestation des soins de santé et des services sociaux dans les années 90, nous devons trouver une nouvelle orientation, une nouvelle manière d'être et de travailler ensemble qui réponde aux besoins des deux cultures. Vu les statistiques et l'état actuel de nos collectivités, nous devons encourager le changement et croire que, parce qu'il est nécessaire, il est également possible. Mais il nous faut pour cela accepter que les différences culturelles permettent de comprendre l'humanité des gens et qu'il n'existe pas qu'une vérité, qu'une expérience, et qu'une histoire: il y a au contraire plusieurs vérités, plusieurs expériences, et plusieurs façons de régler les problèmes et d'élaborer les programmes.

## Comment modifier la prestation des services

Avant de traiter des modifications à apporter à la prestation des services, il est essentiel de se pencher sur le fil conducteur qui unit tous les écrits sur la question, vu que les problèmes liés aux services de santé et aux services sociaux ne doivent pas être examinés en vase clos. Nous devons plutôt considérer l'ensemble du tableau socio-économique et politique au moment où nous commençons à examiner les recommandations et à élaborer des politiques qui soient assez souples pour répondre aux besoins des collectivités. Certains ont dit qu'il valait mieux prendre un chemin tortueux et aller quelque part que ne pas bouger du tout. Alors, quel est le chemin à prendre? Comment faire pour que les recommandations aboutissent à quelque chose de concret?

La population des premières nations est très jeune, le taux de natalité y est très élevé, et la scolarisation plus faible que dans de la population en général; le taux de chômage élevé nuit à l'économie, d'où les effets prévisibles sur la santé et le climat social. Bien des gens sont forcés de vivre dans des collectivités rurales ou isolées qu'ils n'ont pas choisies, les déplacements ainsi occasionnés sont souvent difficiles et coûteux, et la culture et le mode de vie indiens sont différents de ceux de la culture canadienne dominante. En général, les premières nations ont moins de chances de s'épanouir et de devenir des personnes, des familles et des collectivités saines. Enfin, même si les conséquences à long terme de la colonisation sont bien connues, elles persistent encore aujourd'hui, et c'est là une réalité trop souvent oubliée et sous-évaluée.

Dans une optique institutionnelle, il existe un écart énorme entre la définition que le gouvernement donne à l'expression «premières nations» et celle que lui donnent les collectivités. Pourtant, celles-ci sont les mieux placées pour définir cette question de «citoyenneté».

Il semble que les bureaucraties soient tout simplement incapables de concevoir une démarche concertée à l'égard de la prestation des soins. Les premières nations sont

toujours coincées entre divers ministères et entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il leur faut se faire entendre des véritables décideurs; c'est uniquement ainsi qu'on assistera à des améliorations notables de la prestation des services au cours des années 90.

Voilà longtemps que les premières nations réitèrent le besoin d'intégrer leurs coutumes traditionnelles et leur point de vue culturel à la planification et à la mise en oeuvre des programmes communautaires. Lorsqu'il y a eu pareille intégration, les programmes se sont en général avérés très fructueux. Il faut que les soins soient donnés dans une optique holistique; or, la plupart des bureaucraties fonctionnent dans un cadre hiérarchique où les décisions sont prises en haut et transmises vers le bas. Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, les particuliers sont souvent coincés entre le ministère des Affaires indiennes et la Direction générale des services médicaux. Une façon de régler ce problème permanent serait de faire appel à un comité interministériel qui collaborerait étroitement avec les premières nations de l'ensemble du pays. On pourrait aussi s'inspirer du modèle utilisé avant le transfert des programmes: un comité des premières nations avait été créé pour étudier le dossier et orienter la démarche. Les membres du comité provenaient de partout au pays et la démarche a semblé avantageuse pour toutes les parties. Bien que je ne sois pas un chaud partisan du travail en comité, un comité interactif composé de représentants des premières nations et du gouvernement pourrait constituer un premier pas dans la bonne direction.

Les gouvernements doivent s'engager à écouter les premières nations et à prendre des mesures immédiates si nous voulons faire partie de «Santé pour tous» d'ici l'an 2000.

Si nous aspirons réellement au changement, nous devons regarder au-delà des fournisseurs de soins pour examiner comment, quand et par qui sont prises les décisions. Des changements s'imposent à tous les échelons des organismes. Nous devons examiner l'incidence des études effectuées à l'échelon de la collectivité sur la conception et la mise en oeuvre des programmes, et prendre en considération les succès autant que les échecs. Par exemple, les premières nations ont obtenu, par leur lobby, que la Direction générale des services médicaux leur transfère la responsabilité des soins de santé et, dans certains cas, que les services aux enfants et aux familles qui étaient fournis par des institutions provinciales soient assurés à l'échelle locale. Il est à noter que ces transferts de responsabilités n'étaient pas censés remédier à tous les maux, mais simplement corriger une partie du problème. En effet, au fil des ans, bien des préoccupations ont été exprimées au sujet des niveaux de financement, des populations croissantes et de la capacité d'offrir à long terme des soins de qualité aux collectivités. Le conseil tribal Ktunaxa/Kinbasket disait en 1992:

Si l'on veut réduire le nombre d'enfants recevant des soins en Colombie-Britannique, la responsabilité de l'aide à l'enfance doit être cédée aux collectivités autochtones. Et il y a un point sur lequel nous ne saurions trop insister, à savoir que le gouvernement doit reconnaître les coûts considérables et réels qui vont de pair avec cette responsabilité.

En plus du coût des soins de santé, l'Assemblée des premières nations a mentionné au cours des deux conférences nationales sur le transfert des responsabilités dans le domaine de la santé que le financement, les installations et le programme de prestations de santé non assurées constituaient une question de première importance.

La hiérarchie des soins de santé et des services sociaux comprend les collectivités, les individus, les familles, les fournisseurs de soins, les cadres intermédiaires, les stratèges, les comités consultatifs communautaires, les comités ministériels, les sous-ministres adjoints, les sous-ministres, les ministres, un Premier ministre, les premiers ministres provinciaux, les juges, les avocats, les tribunaux et les policiers. Tous ces intervenants prennent des décisions qui influent sur la vie quotidienne des premières nations et de leurs collectivités. Bref, nous avons de vastes bureaucraties dont le travail consiste en partie à atténuer ou à régler le fameux «problème indien» dont parle Noel Dyck.

Le fait que les ministères soient encore aux prises avec le problème indien aujourd'hui, malgré les politiques et les mesures extraordinaires qui ont été approuvées dans le passé, témoigne non seulement de l'impuissance des gouvernements et de leurs politiques mais aussi de l'étonnante résistance des premières nations et de leur volonté de conserver leur identité. Grâce au travail de nos grands-pères et grand-mères, des politiques jugées inacceptables par les premières nations ont pu être rejetées. Mentionnons par exemple la réaction des premières nations au Livre blanc de 1969. Les succès remportés depuis lors sont nombreux. Aujourd'hui, le travail des premières nations dans l'ensemble du pays a déjà eu une incidence sur la façon de faire des gouvernements, mais il reste beaucoup de travail à accomplir.

En plus des fournisseurs de soins et des organismes, il faut compter avec des facteurs comme les différences de valeurs, les concepts culturels, les conflits de compétences, et les perceptions des personnes qui ont du pouvoir et de celles qui n'en ont pas. Les programmes destinés aux personnes âgées constituent un bon exemple des différences entre la culture dominante et les premières nations. Les personnes âgées ont toujours été la force motrice des collectivités autochtones. Pour nous, elles sont et seront toujours ce qui unit les individus, les familles et les collectivités. Elles font leur travail discrètement et laissent des traces que les plus courageux parmi nous peuvent suivre. Lorsque j'étais enfant, mes grands-parents m'ont donné des racines; lorsque je suis devenue jeune adulte, ils m'ont donné des ailes et je me suis envolée en quête de trésors terrestres. Quand mon grand-père est mort en 1984, ma grand-mère et moi avons de nouveau choisi de vivre ensemble, non sans résistance et sans pleurs de ma part. Maintenant que je suis plus âgée, je vois bien que mes larmes étaient vaines et que les années que nous avons passées ensemble sont plus précieuses que n'importe quel trésor. Encore une fois, elle m'a donné des racines et, en juillet 1992, comme elle avait besoin d'une présence permanente auprès d'elle à la maison, j'ai quitté un poste à temps plein pour être avec elle, ce qui m'a procuré à nouveau un formidable sentiment de liberté. Merci, grand-mère.

Le monde des soins de santé et de la médecine ne voit pas ma grand-mère du même oeil. Il voit un non-être d'un certain âge qui a vécu assez longtemps et qui a des plaquettes déformées, un faible taux d'hémoglobine, des problèmes rénaux et cardiaques, des cataractes aux deux yeux, et qui ne peut marcher sans trébucher. Malheureusement, il y a une foule de personnes âgées comme elles parmi les premières nations ou la population en général qui sont oubliées par les programmes et les services gouvernementaux. Les fournisseurs directs de soins à l'échelle communautaire sont victimes d'une lutte de pouvoir entre les divers ordres de gouvernement. Il arrive que, même lorsque le fournisseur de soins sait quoi faire et comment, il ne peut intervenir à cause de problèmes de responsabilité civile et de conflits de compétences. Si l'on ajoute à cela les attitudes de la profession médicale envers les personnes âgées, la situation est chaotique même dans le meilleur des cas. Ces gens qui ont surmonté de grandes épreuves, qui nous ont tellement rendu service et qui ont tant à nous apprendre méritent infiniment plus que ce que nous pouvons leur offrir maintenant. Les politiques élaborées à l'intention des personnes âgées doivent nécessairement répondre à des questions déontologiques. À quel âge une personne peut-elle légitimement mourir? Qui décide? Nous devons, à tout le moins, nous efforcer de préserver la dignité des personnes âgées et concevoir des politiques qui respectent leur valeur personnelle et collective dans un monde qui semble croire que la valeur des gens diminue avec l'âge. Il en va de même des femmes, des enfants et des collectivités. Malgré la théorie des retombées économiques des années 80, il y a très peu d'avantages pour ces éternels oubliés du système.

Les fournisseurs de soins comptent au nombre des personnes, des familles et des collectivités. Pour opérer des changements, nous devons aller au-delà des fournisseurs de soins et examiner le processus décisionnel. Aller au-delà des fournisseurs de soins ne signifie pas que ces derniers ou les collectivités sont laissés pour compte, mais plutôt qu'ils participent aux décisions de façon à favoriser une stratégie concertée. Cela s'impose si nous voulons que les gens aient un sentiment d'appartenance à l'égard des programmes et des collectivités, et si nous voulons survivre comme nation.

## L'optimisme n'est pas de mauvais goût

Il y a autant de points d'intervention dans le domaine des soins de santé et des services sociaux qu'il y a de questions à examiner. Si l'intervention s'inscrit dans une approche holistique des soins de santé, elle aura probablement un effet plus marqué que les politiques fédérales actuelles qui tentent de régler le problème indien d'une façon morcelée.

Au cours des dernières années, la responsabilité de certains soins de santé et services aux familles et aux enfants est passée avec succès des institutions gouvernementales aux organismes locaux. Cette transition n'a pas eu d'effet défavorable sur les institutions gouvernementales, qui restent intactes et omniprésentes. Le succès des nouveaux programmes offerts par la collectivité prouve non seulement que les premières nations sont capables d'administrer les programmes mais que, à bien des égards,

elles peuvent être beaucoup plus efficaces que les organismes fédéraux. Il existe deux écoles de pensée pour ce qui est des transferts aux premières nations: la première voit dans ces initiatives une autre stratégie des gouvernements fédéral et provinciaux pour se décharger de toute responsabilité, financière ou autre, à l'égard du mauvais état de santé des premières nations. La deuxième, qui est reliée à l'autonomie gouvernementale et à l'autodétermination, fait dire à ses tenants: «À l'heure actuelle, les transferts ne nous donnent pas tout ce que nous voulons, mais ils nous donnent une certaine mesure de contrôle, et nous prendrons tout le contrôle que nous pouvons obtenir.» Ce contrôle, il va sans dire, doit être conforme aux traditions et à la culture.

Les stratégies pourraient miser sur les succès déjà remportés par certaines collectivités des premières nations. Même si le progrès n'a pas toujours été aussi rapide que la plupart l'auraient voulu, il est néanmoins sensible. Avant 1945, la responsabilité de la santé des Indiens incombait au ministère des Mines et des Levés; aujourd'hui, elle relève de Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services médicaux. Selon son énoncé de mission, la Direction est chargée «de fournir et/ou de coordonner la prestation de soins de santé aux groupes clients dont elle est responsable [...] d'augmenter la participation de la communauté à tous les aspects du programme de santé». Assurons-nous qu'elle respecte cet engagement et qu'elle confie la coordination des services de santé aux premières nations. Travaillons ensemble afin d'établir des systèmes de soins de santé et de services sociaux qui tiennent compte de notre culture. Tenons toujours la Direction pour responsable lorsque la prestation de services adaptés aux différences culturelles entraîne une utilisation accrue des services.

Idéalement, pour faciliter d'autres changements, on mettra davantage l'accent sur la formation et l'éducation des premières nations afin qu'ils soient à même de jouer des rôles clés dans tous les aspects des soins de santé et des services sociaux. C'est ce que font en partie les initiatives telles que le First Nations Health Care Professions Program de l'Université de la Colombie-Britannique, le Special Premedical Studies Program de l'Université du Manitoba et d'autres programmes du même genre aux universités de l'Alberta, de Toronto et de la Saskatchewan. Toutefois, il est grandement temps d'examiner le financement de ces programmes. À l'heure actuelle, ils sont financés à titre de projets expérimentaux de trois ans et les responsables sont encouragés à trouver des fonds auprès des autres paliers de gouvernement. On a réussi, jusqu'à un certain point, à obtenir des fonds en dehors du gouvernement fédéral; dans certains cas toutefois, cela s'est avéré impossible. Afin d'accroître le nombre de professionnels autochtones de la santé dans les collectivités des premières nations, il faudra que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un engagement indéfectible puisque les programmes ne doivent pas être interrompus, d'autant plus qu'on aura besoin de professionnels de la santé de tous genres, en milieu rural comme en milieu urbain, au niveau de l'administration et à celui des services proprement dits.

Le défi est de taille mais nous devons le relever, pour nos enfants, nos familles et nos collectivités. Comment favoriserons-nous l'élaboration de politiques qui respectent notre culture? Comment faciliterons-nous le changement à tous les niveaux du sys-

tème? Comment mettrons-nous en pratique les nombreuses recommandations qui ont été formulées?

Comme tant d'autres avant nous, ainsi que l'affirmait la philosophe Béatrice Bruteau: «Nous ne pouvons attendre que le monde tourne, que les temps changent et qu'une révolution nous entraîne dans une autre voie. Nous sommes l'avenir. Nous sommes la révolution.» Les cas vécus, les études, notre cheminement reflètent notre histoire; les décisions que nous prenons aujourd'hui détermineront notre avenir. Comment élaborerons-nous des politiques qui tiennent compte de notre culture et de notre sens communautaire?

## Le climat actuel

Nous vivons dans un monde où les paradigmes évoluent, où il y a des fermetures d'hôpitaux et de lits, où les utilisateurs doivent payer, où il y a des licenciements de personnel hospitalier, où la liste des prestations non assurées s'allonge sans cesse, où les médecins préfèrent aller s'installer aux États-Unis et où il faut déboursier de plus en plus pour divers services. La Colombie-Britannique procède à une refonte des districts régionaux et des conseils d'hôpitaux. Les anciens conseils d'hôpitaux deviendront des conseils de la santé communautaire: les premières nations qui ont tant fait pour siéger aux conseils d'hôpitaux doivent maintenant repartir à zéro pour être représentées aux conseils de la santé. La Direction générale des services médicaux est en pleine réorganisation, le rapport sur les services de santé non assurés se fait toujours attendre, et le gouvernement fédéral doit tenir une élection à l'automne. C'est dans ce contexte que s'inscrit la discussion sur la prestation des services de santé et des services sociaux adaptés à la culture autochtone.

Idéalement, aucune institution de l'extérieur ne devrait intervenir dans le quotidien des premières nations; nous devons néanmoins, pour le moment, nous accommoder des structures et des institutions en place. Pour faciliter le changement institutionnel, il faut qu'autochtones et non-autochtones apprennent à dialoguer et à échanger de l'information. Une consultation réciproque permettra de trouver des solutions ensemble.

Dans un monde de restructuration, de réorganisation, de cession et de transfert des responsabilités, de fermeture d'hôpitaux et de paradigmes en évolution, il est encore possible de modifier l'orientation des politiques qui visent les collectivités des premières nations. Jusqu'ici, on s'en est tenu à un seul et unique mode de fonctionnement en matière de santé. Un mode de fonctionnement qui a fait ses preuves. Il y a un paradigme qui a eu de profondes répercussions sur la prestation des services de santé aux premières nations, à savoir l'approche traditionnelle des soins de santé. C'est ce qu'attestent les voix des membres de la collectivité dans les innombrables études, dans les histoires, dans la littérature et dans les nombreux programmes fructueux en cours au pays; c'est lorsque les gens se sentent concernés par l'élaboration des et la mise en oeuvre des programmes que ces derniers réussissent le mieux. Il nous revient donc de concevoir une démarche concertée et rigoureuse à l'égard des soins de santé et d'obtenir les ressources suffisantes pour opérer un changement.

## Bibliographie

- Indian Conditions – A Survey.* Minister of Indian Affairs and Northern Development, Ottawa, 1990.
- Agenda for First Nations and Inuit Mental Health, Report of the Steering Committee.* Medical Services Branch, June, 1991.
- Statement of the Government of Canada on Indian Policy, 1969.* Published under the authority of the Honourable Jean Chrétien, MP, Minister of Indian Affairs and Northern Development, Ottawa, 1969.
- The Aboriginal Peoples of British Columbia: A Profile.* Province of British Columbia, Ministry of Native Affairs, 1990.
- First Nations Health Transfer Forum.* Union of Ontario Indians and the Assembly of First Nations, November, 1985.
- Special Report: The National Indian Health Transfer Conference.* Assembly of First Nations, Ottawa, Ontario, 1987.
- Indian Policy in the New Conservative Government, Part I: The Neilsen Task Force of 1985.* Sally M. Weaver, Native Studies Review, 1986.
- Indian Child and Family Services Standards Project: Final Report.* First Nations Congress, July, 1992.
- Liberating Our Children – Liberating Our Nations.* Report of the Aboriginal Committee, Community Panel, Family and Children's Services, Legislative Review in B.C., October, 1992.
- Protecting Our Children, Supporting Our Families: A Review of Child Protection Issues in B.C.* Ministry of Social Services, January, 1992.
- Dyck, Noel, *What is The Indian 'Problem': Tutelage and Resistance in Canadian Indian Administration.* Institute of Social and Economic Research, Memorial University, St. John's, Newfoundland, 1991.
- Ferguson, Marilyn, *The Aquarian Conspiracy: Personal and Social Transformation in the 1980's.* J.P. Tarcher, Inc., Los Angeles, 1980.
- Highwater, Jamake, *The Primal Mind: Vision and Reality in Indian America.* Harper & Row, New York, 1981.

# Vers la réalisation d'un rêve: l'éducation professionnelle dans le domaine de la santé

*Dianne Longboat\**

Les diplômes, les licences ou les certificats professionnels que décernent les universités dans les domaines des soins de santé ont toujours représenté un but difficile à atteindre pour les autochtones, à la portée de bien peu d'entre eux dans les générations précédentes.

Une étude réalisée par Santé et Bien-être social Canada en 1983 ne dénombrait que 200 spécialistes de la santé autochtones sur 325 000 enquêtés au Canada. Sur ce nombre, il y avait seulement 16 médecins, quatre dentistes, un pharmacien et un physiothérapeute. Les autres étaient des infirmiers ou infirmières (sans distinction entre les détenteurs d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un diplôme collégial). Ainsi, en 1983, moins de 1% des spécialistes de la santé étaient d'origine autochtone. On ne donnait pas de précisions sur le lieu de travail de ces personnes ni sur la population desservie, autochtone ou autre.

En 1993, on compte au Canada 51 médecins, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un orthophoniste (M.Sc. santé) qui se déclarent autochtones. Les chiffres courants sont présentés au tableau 1 de l'annexe 2. Ils témoignent d'une progression minimale et demeurent nettement insuffisants pour répondre aux besoins de la population autochtone en matière de soins de santé. Cette population se chiffre à environ un million de personnes, réparties dans plus de 600 collectivités, dont la croissance démographique est supérieure à la moyenne nationale.

\* B.A., B.Ed., M.Ed. First Nations House, Office of Aboriginal Student Services and Programs, Université de Toronto. Le présent document a été réalisé avec l'aide de l'Université de l'Alberta - M<sup>me</sup> A.M. Hodes - et de l'Université du Manitoba - M. Gene Degen, Ph.D.

L'enseignement professionnel dans le domaine des soins de santé doit avoir pour but d'inculquer aux étudiants autochtones des notions sur les méthodes thérapeutiques autochtones traditionnelles et sur les problèmes de santé actuels, tout autant que sur les pratiques médicales modernes.

Les citoyens des premières nations et tous nos cousins d'origine autochtone ont le droit d'exiger des soins médicaux prodigués par des autochtones oeuvrant au sein de nos collectivités, dans notre milieu culturel, et offrant leurs services professionnels dans nos langues. Pour atteindre cet objectif, il faudrait former des milliers de spécialistes de la santé chez les autochtones de la génération à venir. C'est là une entreprise monumentale qui suppose une stratégie, une politique, des lois et des engagements financiers correspondants de la part des partenaires intéressés:

- les gouvernements fédéral et provinciaux;
- les universités;
- les premières nations et les associations autochtones.

Or, on ne peut guère s'attendre à des changements institutionnels dans le domaine de la politique et du financement sans l'intervention du législateur. Les dirigeants des premières nations et des collectivités autochtones doivent s'atteler immédiatement à la tâche de fixer les objectifs et, en collaboration avec les autres pouvoirs publics et les universités, de définir une stratégie, une politique et un échéancier, de trouver les appuis financiers nécessaires et d'adopter les lois susceptibles de favoriser les changements qui s'imposent pour abolir les obstacles qui entravent l'accès des autochtones à l'éducation professionnelle dans le domaine de la santé.

Il importe de prendre conscience de la réalité indigène dans le cadre de laquelle ces changements sont proposés. Notre population est grandement menacée. Les séquelles de la colonisation ont marqué les générations successives. Nous connaissons les taux de suicide les plus élevés du pays dans le groupe d'âge le plus jeune, un décrochage scolaire qui se situerait entre 60 et 80 %, les taux de mortalité et de morbidité les plus élevés et les niveaux de scolarité les plus bas de tous les groupes ethniques ou raciaux du Canada. Aux États-Unis, le taux d'obtention d'un diplôme universitaire chez les autochtones américains est d'environ 10 %. Il est de quelque 6 % au Canada. Les jeunes gens risquent davantage de faire de la prison que d'obtenir un diplôme universitaire. La pauvreté extrême est le résultat direct de la colonisation. L'expulsion des territoires traditionnels, une économie de bien-être social, et les restrictions de chasse et de pêche sont autant de causes des troubles physiques et culturels qui ont bouleversé les collectivités traditionnelles.

Des logements inadéquats et surpeuplés, des services d'égout et d'adduction d'eau médiocres, entraînent des conditions sanitaires lamentables, ainsi que la recrudescence des épidémies et des maladies contagieuses comme la tuberculose, alors qu'on les croyait disparues. L'alcoolisme, la toxicomanie, les mauvais traitements, et la violence sexuelle imposée aux femmes et aux enfants sont monnaie courante et touchent, par leurs répercussions, pratiquement toutes les collectivités autochtones. La douleur, l'amertume et l'impuissance refoulées engendrent de l'hostilité dans les relations familiales et personnelles. Chacun d'entre nous, dans une certaine mesure,

souffre de comportements dysfonctionnels. La recherche de l'identité, l'estime de soi et la dignité sont des éléments bien concrets dont il faut tenir compte dans le processus de ressourcement. La population autochtone a souffert des actions génocides des gouvernements coloniaux. Si ces actions ne sont plus aussi flagrantes de nos jours, elles continuent à se répercuter sur les autochtones par leurs effets à long terme. L'esprit des gens a été affecté par la colonisation, mais il n'a pas été détruit. La réponse, pour nous, réside dans la prise de conscience du fait que nous sommes les descendants de générations qui ont beaucoup enduré pour que nous puissions être là aujourd'hui. Notre survie en tant que peuple dépend d'un processus de ressourcement qui, par des enseignements et un cérémonial traditionnels, puisse rétablir l'esprit de notre peuple. C'est là peut-être la seule réalité autochtone qui ait vraiment fait ses preuves.

Chacune des collectivités autochtones, qu'elle soit urbaine ou rurale, a besoin de sa loge de guérison. Toute association militante au service des autochtones doit pouvoir compter sur l'aide des anciens, des enseignants traditionnels et des cercles de guérison pour étayer son travail. La spiritualité donne à la population la force de comprendre le but de la vie et lui rend la dignité. Elle encourage les gens à s'attaquer aux problèmes auxquels ils sont confrontés avec confiance, avec fierté et avec la certitude que les générations futures profiteront du ressourcement qui se fait aujourd'hui.

## **Les obstacles à la formation professionnelle dans le domaine des soins de santé**

### *Les obstacles scolaires à la poursuite d'études universitaires*

La plupart des étudiants autochtones désireux de s'inscrire à un programme universitaire proviennent des collectivités des premières nations. Ils sont issus du réseau d'écoles primaires des réserves, dont le financement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) est nettement insuffisant. Le taux de roulement élevé chez les enseignants, le peu de place accordée à l'enseignement des sciences et des mathématiques dans les programmes d'études, ainsi que l'absence de laboratoires préparent mal l'élève à des études secondaires en sciences et en mathématiques.

Pour fréquenter l'école secondaire, la plupart des élèves autochtones doivent quitter leur village. À ce moment-là, les enseignants et les conseillers pédagogiques de l'Ontario ont procédé au classement des étudiants, dirigés vers le cycle de base (cours professionnel de deux ans), vers le cycle général (cours de quatre ans préparatoire au collège) ou vers le cycle avancé (cours de cinq ans préparatoire à l'université). Un bon pourcentage des élèves autochtones sont cantonnés dans les programmes de deux ou quatre ans en raison des attitudes négatives qui caractérisent les décideurs. Il importe d'entreprendre l'éducation antiraciste des enseignants et des conseillers afin de les inciter à examiner de près le concept de «privèlège».

La majorité des élèves autochtones abandonnent les sciences et les mathématiques vers la dixième année. L'impression que ces cours sont «trop difficiles» ou «ennuyeux» est généralisée. Les élèves subissent de fortes pressions de la part de leurs camarades pour quitter l'école le plus vite possible. En Ontario, les élèves peuvent obtenir leur diplôme de douzième année sans avoir suivi de cours de sciences et de mathématiques. Ils se trouvent ainsi empêchés d'accéder aux programmes universitaires en sciences de la santé.

Le taux de décrochage varie de 60 à 80 % selon l'école. Les élèves déclarent qu'ils ne se sentent pas concernés par le programme d'études. Tout dans l'attitude des camarades de classe milite contre l'excellence.

Bien des écoles secondaires du Nord n'offrent pas de cours avancé ouvrant droit aux crédits préuniversitaires de l'Ontario nécessaires pour l'admission aux études universitaires. Les élèves des écoles du Nord ne jouissent donc pas de l'égalité d'accès à l'université par rapport à leurs homologues du Sud.

Les services d'orientation et de planification professionnelle sont insuffisants. Les élèves connaissent rarement les choix qui s'offrent à eux pour leurs études et leur carrière. Les conseillers leur remettent des formulaires de demande d'inscription à des collèges ou à des universités sans connaître à fond les qualités et les points forts des élèves. Le plus souvent, ils ignorent la politique d'admission des universités. Il s'ensuit des retards dans le dépôt des dossiers et un accès insuffisant des étudiants à l'information sur les formalités d'inscription. En règle générale, les conseillers ne travaillent pas avec les élèves dès leur arrivée à l'école secondaire en vue de préparer à long terme leur orientation vers le programme le plus approprié. Au bout du compte, les élèves doivent décider seuls du programme universitaire à choisir. Il s'agit souvent d'un coup de dé, qui représente un gaspillage de temps et d'argent lorsque les élèves doivent abandonner le programme, changer d'orientation ou recourir à des cours d'été pour rattraper le temps perdu.

En raison de tous ces obstacles scolaires, un pourcentage non négligeable d'étudiants, soit quelque 30 % d'entre eux se retrouvent dans la catégorie des étudiants adultes. Il s'agit d'étudiants de 25 ans ou plus, ayant souvent deux enfants ou davantage, parmi lesquels prédominent les mères célibataires qui doivent se soumettre à la discipline du rattrapage scolaire avant d'avoir accès à l'université. Ces années supplémentaires consacrées aux études entraînent des difficultés financières. Elles créent une mentalité de rattrapage qui nuit à l'estime de soi.

À l'université surgit un nouvel ensemble d'obstacles. Les étudiants autochtones ont souvent du mal à triompher des formalités d'inscription. En raison du nombre élevé de demandes annuelles (20 000 pour la seule Université de Toronto), les dossiers sont souvent triés par des systèmes informatisés en fonction d'un rendement minimum (notes de 78 %, par exemple) qui ne tient pas compte du potentiel scolaire de l'étudiant ni de ses particularités. Les étudiants autochtones se découragent souvent après avoir essuyé un premier refus. Ils se montrent alors hésitants à combler leurs lacunes scolaires ou à améliorer leur dossier pour un deuxième essai. Il se refusent souvent à recourir aux cours de recyclage pour augmenter leur moyenne pondérée

cumulative. Comme personne ne les aide à interpréter la lettre de refus qu'ils ont reçue, ils y voient un rejet permanent. Il faudrait que des conseillers de l'université participent aux inscriptions et aident les étudiants à préparer une deuxième demande.

À vrai dire, il faudrait que les conseillers participent tout autant au processus de refus des demandes qu'à celui de l'admission. Il incombe aux universités d'intégrer à leurs services aux étudiants une orientation axée sur la culture.

En Ontario, il est actuellement impossible, contrairement à ce qui se passe dans certaines provinces de l'Ouest, de dénombrer les étudiants autochtones inscrits aux divers programmes d'études. Sur les formulaires de demande, aucune section ne prévoit de renseignements facultatifs pour les autochtones, de sorte qu'il est pratiquement impossible de savoir s'il y a des autochtones d'inscrits à moins qu'ils ne choisissent de s'identifier comme tels. Les universités devraient s'employer à obtenir une dispense au *Code des droits de la personne* afin d'être en mesure de réunir de l'information fournie à titre volontaire par les étudiants autochtones. Il est essentiel que les organismes de services aux étudiants autochtones puissent repérer leur clientèle pour planifier efficacement l'amélioration de leur expérience universitaire.

De nombreux étudiants peuvent avoir besoin de services de promotion, de tutorat ou d'orientation sans savoir que ces services existent à leur intention. Dans certains cas, le recours à ces services peut faire la différence entre l'augmentation de la moyenne scolaire et le décrochage.

Il arrive que l'université ne tienne nullement compte de sa population d'étudiants autochtones, préférant accorder la priorité aux dispositions sur l'égalité d'accès dans sa politique d'admission et à la notion de liberté universitaire dans son enseignement. Elle peut se contenter de croire que les autochtones inscrits à ses programmes sont tout à fait adaptés aux normes et aux valeurs de la vie universitaire. Dans ce contexte, on ne trouve naturellement pas de programme d'études autochtones. Ce n'est guère qu'en histoire, en anthropologie et dans quelques autres cours que la réalité autochtone trouve une certaine place. L'étudiant autochtone qui suit les cours de la majorité peut alors se sentir marginalisé étant donné que le contenu de ces cours ne fait aucune place aux problèmes et aux besoins particuliers des autochtones. L'absence de toute dimension autochtone (qu'il s'agisse de culture ou de santé) dans les cours de sciences de la santé empêche les étudiants de faire le lien entre la théorie et la vie réelle.

Si l'établissement ne reconnaît pas les besoins particuliers des étudiants autochtones, les services aux étudiants dans les domaines suivants peuvent alors être complètement inadéquats sur le plan culturel:

- recrutement;
- promotion de l'admission;
- orientation;
- cours de soutien;
- conseils relatifs aux études;

- prêts et bourses;
- logement;
- recherche de garderies;
- associations d'étudiants autochtones;
- programmes culturels.

Pourtant, tous ces services représentent un filet de sécurité pour les étudiants, qui sont nombreux à être éloignés de leur famille et qui comptent sur eux pour se faire un nouveau réseau d'amis. Le soutien personnel assuré par des personnes de la même culture contribue à humaniser le milieu étranger que constitue l'université.

L'université elle-même doit améliorer son image. Bon nombre des premières nations jugent que les établissements ne défendent que leurs propres intérêts, sans s'intéresser aux questions autochtones. En continuant de projeter cette image, l'université ne peut être considérée par les premières nations que comme un agent de colonisation. Lorsque les associations d'autochtones ont besoin de services d'experts-conseils ou de spécialistes, elles s'adressent rarement aux universités. Il conviendrait donc que la direction des universités procède à une sérieuse réévaluation des positions, en collaboration avec des représentants des autochtones, afin de discuter de la façon de travailler efficacement avec les autochtones, notamment dans le domaine du transfert des soins de santé. Il importe que la politique de l'université en matière de recherche soit claire, qu'elle tienne compte des impératifs culturels et qu'elle intègre les principes de l'approche participative aux méthodes de recherche.

### *Les obstacles institutionnels*

Un nombre relativement restreint d'établissements dans l'est du Canada, mais un peu plus dans l'ouest, se sont donné une politique générale destinée à améliorer l'accès des autochtones à tous les secteurs des programmes universitaires, à l'embauche et aux comités. Les autochtones doivent non seulement pouvoir s'inscrire à titre d'étudiants, mais doivent aussi avoir accès à l'emploi et participer aux travaux des principaux comités de l'université qui détiennent le pouvoir de décision.

Jusqu'à présent, en Ontario, la politique d'équité en matière d'emploi semble s'appliquer en vase clos. Elle n'est pas directement liée à une politique générale de l'université ou à une stratégie qui englobe le recrutement et le maintien de l'effectif en matière d'emploi et d'admission.

On constate par ailleurs une tendance, dans les établissements, à répondre aux besoins des autochtones et à gérer leurs programmes dans le cadre plus vaste des services multiculturels, où la nature particulière et originale des programmes autochtones passe inaperçue en raison des besoins exprimés de façon plus vigoureuse par les autres groupes. Cette situation est particulièrement manifeste sur la côte est, où les programmes des autochtones sont regroupés avec ceux des Noirs, et en Ontario, où les groupes d'autochtones figurent sur les mêmes listes que les femmes et les handicapés à titre de composante de la structure multiculturelle de Toronto.

## *Les obstacles financiers*

### **Les lignes directrices financières du MAINC et des premières nations**

De tous les facteurs qui influent sur la réussite scolaire des étudiants, le manque d'argent est sans contredit la cause la plus décisive et la plus courante du décrochage.

Les taux accordés par le MAINC à l'égard des frais de subsistance des étudiants sont nettement insuffisants pour la vie en ville, compte tenu des dépenses que celle-ci entraîne. L'étudiant cétibaraire ordinaire doit travailler à temps partiel pour subvenir à ses besoins. Son rendement scolaire en souffre. Les programmes de financement à l'intention des étudiants diplômés sont rares. À vrai dire, il est de plus en plus difficile d'obtenir de l'aide financière pour les programmes d'études supérieures ou de certificat professionnel à mesure que le nombre d'inscriptions augmente au premier cycle et que la demande s'accroît. Les études supérieures, que ce soit en dentisterie, en médecine ou en orthophonie, ne donnent pas nécessairement droit à l'aide financière du MAINC ou des premières nations. La priorité a en effet été accordée aux élèves sortant des écoles secondaires en quête d'un premier diplôme universitaire.

Le financement des études postsecondaires a été fixé et plafonné par le MAINC il y a de nombreuses années. La concurrence pour l'obtention de fonds est aujourd'hui beaucoup plus vive car la population s'est accrue sans que les enveloppes de financement n'augmentent en conséquence. Les étudiants subissent des tensions énormes du fait que le financement n'est pas assuré au-delà d'une année par le MAINC ou les premières nations.

Pour combattre les abus, apparemment, le gouvernement du Canada impose une limite au nombre de mois pendant lesquels un étudiant peut bénéficier de l'aide fédérale. L'idée, au départ, était de dissuader les gens de devenir des étudiants permanents vivant de bourses d'études.

L'année universitaire est souvent plus longue dans les facultés de médecine que les autres facultés. Les études de médecine en troisième et quatrième année se poursuivent sans interruption, les étudiants recevant des affectations cliniques. Les lignes directrices fédérales en matière de financement ne tiennent pas compte de cette réalité. Au moment où l'étudiant en médecine atteint le stade de l'internat, il a épuisé tous ses mois-étudiants. Il conviendrait d'adapter les lignes directrices de manière à tenir compte de la durée des études.

Les étudiants contractent souvent des emprunts pour payer des lunettes, l'assurance-maladie, des prothèses auditives, des aides pour difficultés d'apprentissage, des frais de dentiste ou des ordonnances coûteuses, dont le remboursement n'est pas prévu dans les bourses fédérales. Ces frais contraignent les étudiants à se trouver un emploi rémunéré qui s'ajoute à leur travail scolaire.

De nouvelles difficultés surgissent lorsque les organismes de financement, comme les administrations des premières nations ou du MAINC, exigent des attestations d'assiduité ou des relevés de notes. Or, la plupart des établissements n'ont pas pour pratique de les établir au milieu de l'année. Il s'ensuit que les fonds de janvier sont

souvent versés en retard aux étudiants, qui doivent contracter des emprunts ou utiliser des marges de crédit jusqu'à l'été.

## **Le Régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario**

Les fonds d'aide aux Métis et aux Indiens non inscrits font cruellement défaut. Il est certes possible de faire appel au Régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario (RAFFO), mais celui-ci n'accorde que des prêts et non des bourses. Les autochtones sont en général réticents à s'endetter de cette façon et peuvent décider d'abandonner leurs études s'ils n'ont pas d'autre choix.

## **Les besoins non satisfaits**

La plupart des étudiants autochtones appartiennent à la première génération de jeunes faisant des études universitaires. Ils laissent souvent derrière eux des frères et sœurs plus jeunes qui ont besoin du soutien de leurs parents. Il est donc très difficile pour ces derniers de leur venir en aide dans ces conditions. Les étudiants plus âgés ont parfois eux-mêmes deux enfants ou plus à nourrir. Les bourses du gouvernement fédéral ou des premières nations ne tiennent pas compte de ces dépenses familiales, de sorte que les étudiants touchés doivent s'endetter pendant l'année, espérant trouver un emploi d'été, mais ils parviennent rarement à rembourser leurs dettes. L'indemnité de 675 \$ par mois à l'intention des étudiants célibataires est insuffisante d'environ 200 \$ et doit être révisée à la hausse. L'indemnité pour les livres ne couvre qu'environ le tiers des frais réels. Il serait plus réaliste à cet égard de prévoir 600 \$ par an.

Il conviendrait de revoir la politique du gouvernement sur l'éducation postsecondaire des autochtones et d'y apporter des changements tenant compte des points suivants:

- les demandes d'aide des étudiants;
- les besoins des étudiants;
- les programmes de soutien dans les universités;
- les objectifs des premières nations relatifs à l'emploi des diplômés;
- la stratégie à long terme concernant l'augmentation du nombre d'étudiants poursuivant des études supérieures;
- les engagements à long terme en matière de financement.

Dans certaines universités, le budget de base pour le financement de l'éducation des autochtones est extrêmement limité. Il semble normal que les autochtones se chargent d'aller chercher eux-mêmes les fonds nécessaires aux programmes des autochtones. Pour bon nombre des premières nations, c'est là se contenter de vœux pieux pour répondre aux besoins des autochtones. Il est essentiel d'adopter, à l'échelle de l'université, une politique pour rendre prioritaires les besoins des autochtones, et de l'assortir d'un budget de base suffisant pour combler les lacunes dans le domaine des services d'orientation, des bourses, des conseils relatifs aux études, de la révision des programmes et de l'engagement de professeurs autochtones.

## Les obstacles géographiques

Les collectivités des premières nations et les collectivités métisses sont avant tout rurales, mais une partie de plus en plus importante de la population autochtone (51 %) vit désormais dans des villes ou des grandes agglomérations urbaines. Les nations se trouvant dans les régions rurales ou dans le Nord reçoivent avec un certain retard l'information d'actualité sur la politique d'admission des universités, sur les ateliers internes à l'intention des conseillers en orientation ou sur les emplois d'été pour étudiants. Les étudiants du Nord ou leurs conseillers hésitent parfois à participer à des cours d'été d'enrichissement ou à des ateliers internes à cause des frais élevés de déplacement.

Les étudiants qui doivent quitter leur famille pour fréquenter l'université, située à des centaines, voire des milliers de kilomètres de chez eux, connaissent de longues périodes de solitude extrême, de mal du pays et de dépression. En conséquence, ils peuvent avoir énormément de difficulté à se concentrer sur leurs études. Les manifestations communautaires et les réunions familiales peuvent également détourner les étudiants de leur travail. La mortalité dans la famille, qui frappe parfois en série, incite certains étudiants à interrompre leurs études pour retrouver la paix de l'esprit.

Les étudiants autochtones sont très attachés à la famille et à la communauté. Ils sont issus de cultures communautaires qui leur dictent des modèles de comportement, de participation et de responsabilité. Ceux qui étudient en sciences de la santé se retrouvent dans des programmes qui sont sans doute parmi les plus exigeants de l'université. Ces étudiants ont besoin d'argent pour faire une pause leur permettant de rendre visite à leur famille, renouer avec les aînés et participer à des cérémonies. Ce sont là des éléments essentiels de l'identité culturelle, de l'équilibre spirituel, mental et physique, de la relation avec leur peuple. Il conviendrait d'examiner l'opportunité d'établir une catégorie de financement pour tenir compte des obligations familiales et communautaires à respecter.

Les conseillers en éducation ont besoin de formation interne à l'université pour être en mesure de connaître le milieu universitaire et de se familiariser avec la politique d'admission en vigueur, pour rencontrer leurs homologues de l'université et pour voir à l'oeuvre les services offerts aux étudiants autochtones. Il conviendrait que le MAINC débloque des fonds pour couvrir les frais de déplacement des conseillers. À long terme, ces mesures auraient pour effet d'améliorer les compétences des travailleurs des services aux étudiants puisqu'ils disposeraient de renseignements plus exacts et plus à jour sur les points suivants :

- les exigences relatives aux certificats professionnels;
- la planification des cours;
- les choix d'université qui s'offrent;
- les perspectives d'emploi.

Les emplois d'été auprès d'un mentor sont particulièrement utiles dans le domaine des soins de santé. Les étudiants qui demeurent dans des régions éloignées ou dans le Nord ont en général peu accès à ce genre d'enrichissement à cause des frais élevés de déplacement et de subsistance que suppose un séjour loin du foyer.

Les frais de déplacement et les distances à parcourir sont également des facteurs déterminants lorsqu'il s'agit de planifier des cours d'été d'enrichissement en sciences et en mathématiques. Il arrive que les publications qui annoncent ces cours ne parviennent pas à temps aux conseillers ni aux étudiants. Dans certains cas, les étudiants qui en entendent effectivement parler sont réticents à quitter leur foyer pour parcourir seuls une si longue distance, surtout en avion, ou ont eu la chance de se trouver un travail d'été, leur garantissant un peu d'argent de poche pour l'année universitaire à venir. Des cours dispensés sur place répondraient alors aux besoins de ces étudiants.

Les carrières en soins de santé ne sont pas toujours celles que préfèrent les étudiants autochtones. Il faudrait dans cette perspective améliorer l'image qui est attachée aux spécialistes de la santé. Le taux élevé de roulement du personnel non autochtone dans les services de santé des collectivités des premières nations ou des collectivités autochtones a longtemps nui à la continuité des soins, introduisant la méfiance dans la relation médecin-patient.

Des patients gravement malades sont transportés par avion des régions éloignées vers des établissements où le personnel n'est pas autochtone. Ces lieux sont considérés par les patients et leurs familles comme étrangers et hostiles. Ce genre d'expériences crée l'impression que les professions dans le domaine des soins de santé ne valent pas qu'on y consacre ses énergies. Une nouvelle génération de spécialistes autochtones de la santé pourrait changer radicalement cette image négative.

### *Les obstacles personnels et sociaux*

La colonisation et le racisme latent ont laissé des marques profondes sur les étudiants autochtones, dont l'estime de soi a gravement souffert. Certains étudiants manquent de confiance dans leurs rapports avec l'établissement sur les questions d'admission, les difficultés scolaires et les problèmes personnels. Les longues années d'études en sciences de la santé (de 4 à 10 ans) font que certains étudiants autochtones qui manquent de confiance refusent de relever le défi malgré leur aptitude à réussir.

Nombreux sont les étudiants autochtones qui ne sont pas encouragés à travailler avec régularité pour obtenir de bonnes notes. Ils ne sont pas incités par leurs parents, professeurs et conseillers à viser l'excellence. Le préjugé voulant que les mathématiques et les sciences soient trop difficiles prend facilement le dessus; à la première occasion, ces cours sont abandonnés. Les portes de l'université en sciences de la santé s'en trouvent fermées.

Dans le cas de la minorité d'étudiants exceptionnels, les collectivités ont misé sur eux dans les années 80 et 90 avec beaucoup d'espoir. La majorité d'entre eux sont les premiers de leur famille à fréquenter l'université. Si grande que soit la valeur accordée à l'éducation, il reste de difficiles problèmes de réadaptation aux valeurs et aux normes de la collectivité après la fin des études. Parfois, les pressions des pairs incitent les étudiants à ne pas quitter leur collectivité pour se rendre à l'université. On redoute l'acculturation ou l'on craint les critiques concernant certaines pratiques (la dissection, par exemple, dans les classes d'anatomie).

Une fois que les étudiants se mettent à fréquenter l'université, il leur arrive de se heurter à des stéréotypes raciaux de la part de leurs camarades étudiants et de leurs professeurs. Les services spécialisés offerts par les conseillers autochtones sont utiles à court terme, mais c'est sur un programme d'études autochtones qu'il faut compter à long terme pour faire connaître les questions aborigènes et assurer l'éducation antiraciste de tous les étudiants. Les cours sur les méthodes de guérison traditionnelles et sur la santé des autochtones sont essentiels dans les facultés de sciences de la santé.

Les étudiants autochtones ressentent l'animosité des autres étudiants, qui voient d'un mauvais oeil les programmes de financement du MAINC ou des premières nations, et qui s'opposent aux bourses réservées uniquement aux autochtones en sciences de la santé. Les mesures d'action positive et d'équité sont parfois qualifiées de discrimination à rebours. Ces attitudes créent un climat malsain pour les étudiants autochtones et peuvent polariser l'opinion. Les étudiants autochtones ressentent des pressions supplémentaires en étant constamment surveillés dans leur rendement scolaire. Les modèles sont importants pour se donner une bonne image de soi, mais sont pratiquement inexistants pour les autochtones en sciences de la santé. La rareté des spécialistes de la santé d'origine autochtone, susceptibles de servir de guides, ou des conférenciers invités dans les écoles secondaires et à l'université, nuit directement au recrutement d'étudiants autochtones dans les sciences de la santé. Les membres de la National Aboriginal Physicians Association (NAPA), qui regroupe aussi les spécialistes du domaine paramédical, donnent des cours dans quelques universités ontariennes, mais les effets de leur travail sur les étudiants autochtones ne se fait pas encore pleinement sentir à l'école secondaire.

Même si les premières nations et les associations autochtones ont déclaré que la santé communautaire figurait parmi leurs priorités, il importe d'insister sur le fait que l'enseignement professionnel demeure la clé de l'essor des soins de santé. Les spécialistes de la santé accèdent facilement à des postes de direction et de décision. Au même titre que la santé communautaire, l'enseignement professionnel a un rôle capital à jouer dans la création de modèles de comportement et dans l'éducation du public concernant la santé des autochtones. Les membres de la NAPA sont d'importants modèles à cet égard. Leur présence montre clairement qu'il est possible de faire carrière dans les services professionnels de santé. Dans la réflexion sur la réorientation de la politique et de la législation, la participation de cet organisme est essentielle. Celui-ci pourra contribuer à lever les obstacles et à élaborer des stratégies pour accroître le nombre de membres de la profession.

## **Les stratégies d'accroissement du nombre de professionnels de la santé**

### *L'établissement d'objectifs par les dirigeants autochtones*

Les chefs des premières nations et des associations autochtones nationales doivent stimuler la volonté politique des gouvernements fédéral et provinciaux, et favoriser

l'investissement financier nécessaire pour que l'éducation postsecondaire des autochtones devienne une priorité, en attendant l'autonomie gouvernementale et le transfert des responsabilités en matière de soins de santé. Il importe d'adopter des mesures législatives pour fixer les modalités de l'éducation collégiale et universitaire ainsi que pour établir les affectations annuelles du Conseil du Trésor.

Les premières nations doivent prendre l'initiative de nouer des relations de travail plus étroites avec les universités en vue de définir des programmes plus pertinents en sciences de la santé, tenant compte des besoins sanitaires et des méthodes de guérison traditionnelles des autochtones. Il conviendrait de mettre en place, dans toutes les universités du Canada, des services aux étudiants adaptés sur le plan culturel. Un comité autochtone, chargé de la planification des nouveaux programmes universitaires, devrait dépendre directement du recteur et du bureau des gouverneurs.

Les universités doivent créer un partenariat avec les premières nations afin de comprendre les besoins de formation professionnelle et d'évaluer le nombre de diplômés nécessaires en vue de l'autonomie gouvernementale. On compte de nombreux diplômés en sciences de la santé dont l'existence n'est pas connue des premières nations. Les universités devraient instituer une manifestation, comme une cérémonie de collation des grades ou un pow-wow, pour mettre en valeur les diplômés d'origine autochtone. Ce genre d'événement ferait connaître l'importance de l'éducation universitaire et créerait des modèles susceptibles d'inspirer les étudiants plus jeunes.

### *Une action axée sur l'amélioration de l'enseignement secondaire*

Les élèves autochtones risquent fort d'être orientés ailleurs qu'en mathématiques ou en sciences entre la 7<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> année, ou d'abandonner ces cours. La puberté, les pressions des pairs et l'emploi sont des facteurs qui viennent compliquer ce problème. On n'a pas suffisamment accordé d'importance à ce groupe d'âge. Quelle que soit l'efficacité des services universitaires de recrutement et d'aide aux étudiants, le nombre de diplômés autochtones des écoles secondaires ou des élèves possédant l'équivalent d'une 12<sup>e</sup> année de l'Ontario en sciences et en mathématiques demeure insuffisant. Le nombre d'étudiants autochtones qui s'inscrivent dans les programmes de sciences de la santé à l'université est minime et témoigne des taux élevés de décrochage en 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> année.

Pendant les années 90, il conviendrait de mettre l'accent sur les élèves du secondaire, soit de la 7<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année. Des programmes d'été d'enrichissement en sciences et en mathématiques, reconnus par les conseils scolaires ou le gouvernement provincial, doivent être offerts aux élèves et à leurs parents ou tuteurs, soit à l'échelon communautaire soit, en résidence, à l'université. Actuellement, la First Nations House de l'Université de Toronto planifie un tel programme mais n'a pas encore trouvé les fonds nécessaires (programme de cours d'été en sciences des premières nations, du niveau de la 7<sup>e</sup> année de l'Ontario).

Afin de favoriser le maintien de l'effectif étudiant, il faudrait revoir le programme de sciences et de mathématiques de la 7<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année de manière à lui intégrer un

contenu, des méthodes d'enseignement et des modes d'évaluation adaptés aux autochtones. Le contenu devrait être axé sur des situations de la vie réelle en privilégiant l'apprentissage par expérience et la pertinence contextuelle. Le projet pilote en sciences et en mathématiques mené chez les Mohawks d'Akwesasne témoigne de l'efficacité de cette stratégie.

### *L'adaptation du milieu universitaire*

À l'université, il convient de mettre en place un ensemble différent de stratégies. L'annexe 1 présente une analyse du degré de réussite dans l'application de ces stratégies. Cette section en expose la nature et le bien-fondé.

L'université se doit de créer un milieu qui montre clairement aux premières nations et aux étudiants autochtones que l'établissement s'est engagé à répondre aux besoins des autochtones en matière d'éducation. Cet engagement doit notamment porter sur les points suivants:

- Une meilleure liaison entre les premières nations et l'université en vue de conférer aux comités d'autochtones un plus grand pouvoir décisionnel au sein de l'université pour orienter l'élaboration de la politique d'enseignement, des programmes universitaires et des services aux étudiants à l'intention des autochtones;
- Un appui officiel du recteur de l'université et des doyens des facultés de sciences de la santé;
- Une politique d'admission favorable aux programmes des sciences de la santé jusqu'au moment où les déséquilibres quantitatifs auront été rectifiés (le rapport des médecins autochtones à la population autochtone est de 1 pour 33 333, tandis qu'il est de 1 pour 575 dans le cas de la population canadienne en général);
- Une stratégie de recrutement prévoyant des brochures et des affiches destinées expressément aux autochtones, des indemnités de déplacement à l'intention des recruteurs pour qu'ils puissent atteindre les étudiants des premières nations et des collectivités autochtones se trouvant dans les réserves et les villes, des services d'action sociale dispensés par des étudiants autochtones à des collectivités autochtones;
- Des services aux étudiants et des structures d'aide adaptés à la culture autochtone et offerts par un personnel autochtone pendant les années d'études professionnelles et préparatoires;
- Des conseils et de l'aide en matière d'inscription;
- La planification des études;
- Des services-conseils sur des questions personnelles, financières et scolaires;
- La présence d'un ancien en résidence et des séminaires culturels;
- Des emplois d'été pertinents sur le plan culturel et clinique;
- Une aide financière suffisante pour les étudiants célibataires et les chefs de famille;
- Des prêts et bourses destinés expressément aux autochtones;
- Des résidences pour les autochtones;
- Des services de garde d'enfants;
- La santé des autochtones intégrée aux programmes;

- De nouveaux cours sur la santé des autochtones répondant aux besoins des collectivités autochtones;
- Des stages cliniques dans des collectivités autochtones permettant aux étudiants de travailler avec des patients autochtones;
- Des cours préparatoires à l'université, avec crédits, adaptés sur le plan culturel;
- L'embauchage de professeurs, de conférenciers invités, d'anciens et de guérisseurs d'origine autochtone pour travailler en collaboration avec les facultés de sciences de la santé;
- La participation des autochtones aux comités de recrutement universitaires;
- Une aide financière consentie par l'université;
- Des liens avec les autres universités de manière à former un réseau efficace de services de qualité à l'intention des étudiants autochtones;
- Des fonds de perfectionnement du personnel permettant la liaison avec les autres universités, la participation à des conférences, la création de réseaux de personnes-ressources;
- Une interaction entre les guérisseurs traditionnels, les professeurs, les étudiants, le personnel de la Direction générale des services médicaux, les spécialistes autochtones, les organismes sanitaires autochtones.

## Les obstacles au soutien des programmes de promotion des sciences de la santé

### *Le caractère à long terme des programmes*

Les stratégies présentées plus haut représentent des initiatives à long terme visant l'enseignement primaire et secondaire; elles ont également pour but d'offrir aux étudiants plus âgés des cours préparatoires à l'université. Les études médicales supposent en général un cours de quatre ans pour l'obtention d'un baccalauréat en sciences, un cours de médecine de quatre ans et deux années d'internat pour l'obtention d'une licence. Ce sont donc dix années d'études qui attendent l'étudiant sans qu'il puisse compter sur l'aide financière du MAEC ou de la bande pendant tout ce temps. Pour être efficace, la stratégie d'éducation repose sur un engagement à long terme sur le double plan de la politique et du financement, étant entendu qu'il faudra attendre plusieurs années avant que les étudiants n'obtiennent leur diplôme. Le caractère à long terme des programmes de promotion est en soi un obstacle à la création de tels programmes dans les universités.

### *Le financement*

Dans le passé, les universités ont eu du mal à trouver des fonds pour ce genre de programmes en raison des difficultés financières qu'elles connaissaient elles-mêmes. Elles ne disposent donc pas de l'argent nécessaire pour financer des programmes considérés comme peu justifiables ou peu rentables en raison du petit nombre d'étudiants touchés.

C'est pourquoi, au départ, tous les programmes de formation dans le domaine de la santé à l'intention des Indiens et des Inuit ont été financés par le gouvernement fédéral, au Manitoba, dans le cadre d'une initiative fédérale-provinciale ou dans le cadre du Programme de carrières pour les Indiens et les Inuit dans le domaine de la santé, relevant de la Direction générale des services médicaux.

La Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada impose des délais aux bénéficiaires des fonds de perfectionnement. Dans un premier temps, les fonds sont accordés pour une période de trois ans, avec la possibilité d'une prolongation de trois autres années compte tenu du fait qu'il est impossible à un étudiant d'obtenir en trois ans le diplôme d'un cours de quatre ans (durée normale pour la plupart des carrières dans le domaine de la santé).

De toute évidence, la politique actuelle du gouvernement a été conçue de manière à favoriser le financement de programmes visant à recruter des étudiants dans les carrières du domaine de la santé. L'Université de l'Alberta a fait la preuve qu'il était possible de réaliser un recrutement fructueux de façon régulière. Mais, après six ans, il reste encore le plus difficile à accomplir: maintenir l'effectif. En six ans, l'Université de l'Alberta a réussi à former trois médecins diplômés. Or, si le financement est interrompu, la majorité des étudiants (8 inscrits et 4 nouveaux prévus) se retrouveront en difficulté financière.

De nombreuses fondations privées ont adopté une politique semblable à celle du gouvernement fédéral. Elles veulent bien accorder des bourses d'études, mais pour une durée limitée. Dans certains cas, elles acceptent de financer certains aspects d'un programme. Ainsi, l'Université de l'Alberta a été en mesure d'obtenir auprès d'une fondation des fonds pour des bourses d'étudiant et auprès d'un organisme professionnel des fonds pour des voyages d'animation sociale. Toutefois, les fondations ne sont pas disposées à accorder des fonds pour activités spéciales lorsque la bourse initiale provient d'ailleurs.

*Université de l'Alberta, A.M. Hodes, 1993*

Les fondations sont davantage enclines à financer de nouveaux projets dont il est possible de mesurer les résultats. À l'Université de Toronto, une fondation a contribué à financer le projet pilote en sciences et en mathématiques à l'intention des autochtones d'Akwesasne et le programme d'été en sciences des premières nations visant des élèves de la 7<sup>e</sup> année aux cours préuniversitaires de l'Ontario. Il faut trouver des fonds pour le financement à long terme de ces projets. Aucun programme d'éducation ne peut s'autofinancer complètement.

Les difficultés de financement sont encore plus vives dans le cas des programmes de formation de spécialistes de la santé, car ces programmes sont accusés de s'adresser à une élite, en particulier dans le cas de la médecine. On sent des réticences au niveau gouvernemental devant l'idée d'accorder des fonds à un nombre relativement restreint d'heureux élus alors que l'argent pourrait profiter à un plus grand groupe.

Cette attitude est également celle de certains groupes des premières nations qui s'opposent à l'idée de remettre les fonds à un établissement plutôt que de les dépenser dans la collectivité. Les pressions politiques exercées par ces groupes influencent la Direction générale des services médicaux, qui envisage alors de supprimer des programmes qui ont fait leurs preuves.

Si ces attitudes l'emportent, rien ne changera à l'échelon communautaire. Les postes de soutien et d'aide dans les centres de services de santé des réserves et des hôpitaux voisins continueront à être occupés par les premières nations, mais des non-autochtones, qui ne sont pas directement touchés par la santé des autochtones, continueront à accaparer les postes de spécialistes et de cadres. En conséquence, les premières nations ne réussiront pas à prendre en charge leurs propres services de santé au niveau professionnel.

Le danger à l'échelon institutionnel – comme en témoignent de nombreux programmes aux États-Unis – est double. Une fois qu'elle a admis un grand nombre d'étudiants appartenant à des groupes sous-représentés, l'université a l'impression d'avoir fait sa part. On sabre alors dans les programmes, ayant jugé que le problème de représentation est réglé, vu le grand nombre d'inscrits. On ne s'interroge nullement sur le maintien de cet effectif. Lorsque les étudiants commencent à se heurter à des problèmes et qu'aucun programme ne peut apporter du secours, c'est tout le système qui est menacé. L'université retire alors son soutien et réduit le nombre d'admissions faute de disposer des structures nécessaires pour traiter le cas de ces étudiants désormais appelés «à problèmes». La réussite même du programme entraîne sa chute.

*Université de l'Alberta, A.M. Hodes, 1993*

## Les stratégies de changement

### *La reconnaissance des besoins*

Les programmes qui réussissent le mieux à produire des diplômés autochtones en sciences de la santé sont ceux qui reconnaissent les besoins des premières nations et des associations autochtones dans leurs aspirations à l'autonomie gouvernementale.

Ces programmes sont solidement ancrés dans la collectivité, qui les appuie grâce à de puissants comités d'autochtones occupant une place de choix dans la structure de l'université.

Le transfert des services de santé du gouvernement fédéral aux premières nations a donné un nouvel élan ou une justification aux programmes de promotion des sciences de la santé. Les spécialistes autochtones de la santé qui détiennent une licence seront les chefs de file dans l'élaboration de la politique et la prestation des soins primaires, car ils seront en mesure d'offrir leurs services dans le milieu culturel (et dans la langue) de la population desservie.

C'est ce groupe qui entreprendra d'établir la relation de coopération entre les praticiens modernes et les guérisseurs traditionnels. À mesure que la médecine parallèle s'intégrera aux programmes des écoles de médecine, les possibilités de collaboration se multiplieront à tous les niveaux.

Les étudiants ont manifesté leur détermination à préserver leur culture, leur langue et leurs valeurs traditionnelles durant leurs études. Les meilleurs programmes de promotion sont ceux qui intégreront la culture aux programmes et aux services aux étudiants, reconnaissant le besoin de réalisation de soi. La science autochtone, les pratiques de guérison et les questions d'actualité en matière de santé trouvent ici confirmation de leur efficacité.

Les éducateurs autochtones doivent travailler en étroite collaboration avec les universités dans les buts suivants:

- Présenter les professions du domaine de la santé comme un objectif réaliste et possible à atteindre;
- Réviser les programmes de sciences, d'anglais et de mathématiques de la maternelle à la 10<sup>e</sup> année pour leur ajouter un contenu autochtone et les adapter à des méthodes pédagogiques autochtones;
- Mettre en oeuvre des programmes universitaires visant à encourager les étudiants autochtones à accéder à des carrières du domaine de la santé;
- Revoir les lignes directrices de financement de manière à tenir compte des dépenses que doivent engager les étudiants pendant de longues années d'études ardues dans le domaine des sciences de la santé, où les coûts sont plus élevés;
- Demander que la Direction générale des services médicaux appuie les programmes fructueux de manière à permettre leur pleine intégration au système universitaire.

Il est urgent de créer une fondation ou une caisse de dotation pour l'éducation des autochtones, dont le mandat serait semblable à celui du Native American College Fund. Cette fondation pourrait notamment prévoir des fonds pour les dépenses scolaires des étudiants, pour la conception des programmes et pour les bourses de base.

Lorsque les nations autochtones se rapprocheront davantage de leur objectif de prendre en charge leurs propres institutions, les possibilités de voir surgir des collèges et des universités autochtones se feront de plus en plus concrètes au cours des dix prochaines années. À mesure qu'évoluera la situation, il conviendra d'évaluer les

partenariats pour permettre aux universités et aux institutions autochtones d'apporter leur pleine contribution dans leurs domaines respectifs.

## Recommandations

### *Les premières nations*

Les dirigeants autochtones doivent établir le rythme du changement en créant un partenariat avec les gouvernements et les universités dont le but serait d'obtenir une entente sur les objectifs de l'enseignement postsecondaire, sur les niveaux de financement appropriés et sur le soutien à accorder aux établissements qui s'emploient à faciliter l'accès aux sciences de la santé. Il conviendra d'adopter des mesures législatives pour protéger l'enseignement postsecondaire autochtone contre l'érosion continue du financement.

Les chefs des premières nations doivent donner l'exemple en élaborant des stratégies d'amélioration de l'éducation de leur population. Il y aurait lieu de créer des organismes jouissant d'un pouvoir de décision au plus haut niveau de la structure universitaire afin qu'ils puissent exercer une influence sur la politique, les programmes et les services aux étudiants.

La politique autochtone à élaborer doit porter notamment sur les points suivants:

- L'évaluation des besoins des étudiants ainsi que des besoins de la collectivité en prévision de l'autonomie gouvernementale;
- L'examen des programmes universitaires et collégiaux existants du point de vue du recrutement et du maintien de l'effectif;
- La révision des lignes directrices gouvernementales en matière de financement des étudiants et des programmes de services aux étudiants;
- L'élaboration d'objectifs concernant la formation professionnelle des autochtones sur une période de cinq ans;
- L'estimation du nombre de diplômés requis dans chaque profession; le soutien des programmes de services aux étudiants dans les universités; l'aide à l'élaboration de nouveaux programmes incluant des modèles de téléenseignement;
- Les perspectives d'avenir concernant la structure des universités et collèges dirigés par les autochtones.

### *Le gouvernement du Canada*

Le gouvernement du Canada devra adopter des mesures législatives habilitantes pour lui permettre de répondre aux vœux des premières nations et des gouvernements autochtones sur la question du régime, de la politique et du financement selon les besoins de l'enseignement postsecondaire. Les administrations autochtones doivent avoir le contrôle des fonds destinés à l'enseignement postsecondaire provenant des affectations annuelles du Conseil du Trésor. Une aide financière est nécessaire aux fins suivantes:

- Frais de scolarité, livres, frais de subsistance, de déplacement et de garderie des étudiants;
- Services aux étudiants dans les établissements (cofinancement);
- Élaboration de nouveaux programmes, recherche;
- Fonds de planification et de démarrage pour la création de nouveaux établissements d'enseignement postsecondaire autochtones;
- Fonds de démarrage à long terme (10 ans) pour les programmes de carrière dans le domaine de la santé dans les universités, visant à former des médecins diplômés et d'autres spécialistes agréés dans des domaines connexes;
- Dotation plus élevée pour le programme des bourses en soins de santé de la Direction générale des services médicaux afin de permettre une aide financière aux étudiants jusqu'à l'obtention de leur diplôme.

### *Les universités*

Les universités seront davantage en mesure de répondre aux besoins des autochtones en matière d'éducation une fois que les premières nations et les associations autochtones auront défini clairement ces besoins et que des fonds de démarrage auront été débloqués aux fins des services aux étudiants, de l'élaboration des programmes et de la recherche.

Il importe que les universités engagent une réflexion dans les domaines suivants:

- Politique d'admission; objectifs pour l'augmentation du nombre d'inscrits dans toutes les facultés et tous les programmes de sciences de la santé et autres;
- Services aux étudiants adaptés sur le plan culturel;
- Stimulants financiers à l'intention des étudiants;
- Stages cliniques appropriés dans les collectivités autochtones;
- Politique universitaire sur l'accès des autochtones à l'éducation et à l'emploi;
- Refonte des programmes dans toutes les disciplines afin d'intégrer les connaissances autochtones aux programmes existants, et d'élaborer de nouveaux cours sur la guérison traditionnelle, la santé des autochtones et les sciences autochtones;
- Politique d'admission reconnaissant que les autochtones forment un groupe dont les besoins sont particuliers et qu'ils sont sous-représentés dans le domaine des soins de santé; les demandes des étudiants devraient être examinées à part;
- Programmes préparatoires aux sciences de la santé universitaires (comme ceux de l'Université du Manitoba – voir l'annexe 1), qui sont nécessaires pour préparer les étudiants adultes à l'entrée à l'université;
- Services aux étudiants adaptés culturellement, essentiels dans tous les collèges et toutes les universités;
- Programmes d'études autochtones. Il conviendrait de mettre sur pied des cours ouvrant droit à des crédits afin de promouvoir l'identité, les langues et les connaissances culturelles. Il est important que des professeurs autochtones présentent le point de vue autochtone et servent de modèles;
- Planification provinciale et nationale, en vue de coordonner les programmes de manière à répondre au mieux aux besoins des étudiants et d'éviter le double emploi;

- Soutien publiquement affiché des questions autochtones à l'université (par exemple, pow-wow de fin d'études, bourses autochtones, résidences autochtones);
- Dispositions en vue de permettre l'identification des autochtones à titre volontaire sur les formulaires d'inscription;
- Présence en permanence dans chaque université d'un coordonnateur à la promotion des sciences de la santé.

Plusieurs programmes fructueux de promotion des sciences de la santé à l'intention des autochtones ont contribué à la production du présent document:

- Université du Manitoba: Special Pre-Medical Studies Program;
- Université de l'Alberta: Native Health Careers Program;
- Université de Toronto: Office of Aboriginal Student Services and Programs et Aboriginal Health Professions Program.

On trouvera à l'annexe 1 une description complète des objectifs, des services et des répercussions de ces programmes.

## Annexe 1

# Programmes de promotion des sciences de la santé auprès des étudiants autochtones dans quatre universités canadiennes

### Université du Manitoba Programme spécial d'études pré médicales

*M.C. Stephens, M.D. Ph.D., G. Degeu, M.Ed., C. Hoy, M.D., S. Marusik, M.Ed.*  
*Départements de la santé communautaire, des sciences et de l'éducation permanente*  
*Université du Manitoba*

#### Aperçu

Depuis 1979, le Special Premedical Studies Program (programme spécial d'études pré médicales) de l'Université du Manitoba a connu beaucoup de succès en ce qui a trait à la préparation des étudiants autochtones à l'admission aux facultés de sciences de la santé. Un volet du programme a permis de suivre et d'aider les étudiants depuis leur admission jusqu'à l'obtention de leur diplôme professionnel.

Ce programme unique en son genre recrute des étudiants désireux de se préparer à la médecine et leur offre des services d'aide complets d'ordre scolaire, financier et personnel, en plus de cours d'enrichissement jusqu'à leur entrée à la faculté de médecine.

Les diplômés de ce programme (dont cinq médecins, trois dentistes, un pharmacien et un physiothérapeute) exercent leur profession principalement auprès des autochtones dans les diverses régions de la province. Ils oeuvrent en outre à plusieurs autres niveaux pour améliorer les soins de santé au profit de la population autochtone.

## Introduction

Il y a dix ans, au Manitoba, on ne connaissait qu'un seul autochtone à avoir obtenu son diplôme de médecine à l'université. Aujourd'hui, on en connaît six autres dans la province, dont cinq ont bénéficié du programme spécial d'études pré médicales (PSEP). Par ailleurs, trois dentistes, un physiothérapeute et un pharmacien ont obtenu leur diplôme dans le cadre de ce programme, qui prépare actuellement trois étudiants en médecine, un en dentisterie et deux en réadaptation médicale, tous d'origine autochtone. D'autres étudiants du PSEP ont obtenu un diplôme en sciences infirmières et trois personnes étudient actuellement dans cette discipline.

## Ce qu'est le PSEP

Il s'agit d'un programme créé en 1979, au Manitoba, dans le but de préparer des étudiants autochtones, des adultes principalement, à l'admission à l'une des facultés de sciences de la santé. L'objectif était de corriger le problème de sous-représentation de ce groupe dans les professions de soins de santé.

Le PSEP a pris modèle sur les autres programmes ACCESS de l'Université du Manitoba, de l'Université de Brandon et des collèges communautaires, ainsi que sur le programme INMED de l'Université du Dakota du Nord.

Voici quelques chiffres et résultats :

### En janvier 1991

Effectif total du PSEP	146
Nombre d'étudiants actuellement inscrits	28
Diplômés possibles	118
Diplômés autres que dans le domaine de la santé	28/118
Diplômés dans les sciences de la santé	13/118
Étudiants actuellement inscrits dans les facultés de sciences de la santé (PSEP uniquement)	9/118
<b>Taux de réussite</b>	
Total	43 %
Entrée dans les facultés de sciences de la santé	19 %
Sortie des facultés de sciences de la santé	100 %

## Le programme

Le PSEP a son siège au centre du campus principal, à la Division de l'éducation permanente. On peut décomposer le programme en cinq éléments principaux : recrutement, sélection, aide personnelle, soutien financier, aide et enrichissement scolaires.

## Recrutement

Les employés, de même que des étudiants à l'occasion, rendent visite à des collectivités à divers moments pendant l'année afin de leur présenter de l'information sur le programme et de repérer des candidats possibles. Les dossiers de recrutement sont également envoyés dans les écoles et à des organismes à vocation sociale ou autre. Ces dernières années, on a fait appel aux médias, on s'annonce dans les journaux et à la radio, et l'on a produit une bande vidéo de courte durée, qui a été largement diffusée de façon à atteindre le plus grand nombre possible de candidats éventuels.

## Sélection

Les demandes d'inscription au programme sont acceptées jusqu'au premier avril de chaque année. La sélection des étudiants se fait en deux étapes. On procède d'abord à une présélection dans le but de choisir les candidats à l'entrevue. Dans un deuxième temps, on fait venir à l'université les candidats présélectionnés pour un séjour de quatre journées. Le séjour comprend une initiation au programme et à l'université, puis des entrevues. Les candidats sont choisis en fonction de leur motivation et de leur aptitude à suivre un programme de formation en soins de santé. Entrent également en ligne de compte les besoins scolaires, financiers et sociaux des candidats.

## Catégories d'aide

Le PSEP propose trois catégories d'aide:

1. Aide financière pendant les années d'études pré médicales et pendant les années de fréquentation ultérieure d'écoles professionnelles, incluant les frais de déménagement, de scolarité, de livres, de conseillers d'élèves, de subsistance, etc.
2. Aide personnelle, répondant aux besoins en ce qui a trait à l'adaptation à la ville et à l'université, à la gestion financière et à la gestion du temps, aux déménagements, à la garde des enfants et à la prestation de conseils sur des questions personnelles. Il y a un conseiller parmi le personnel permanent. L'aide personnelle est prodiguée pendant les années pré médicales et se poursuit, selon les besoins, pendant les années d'études professionnelles. En règle générale, une fois que les étudiants ont été admis dans une école professionnelle, ces besoins s'atténuent ou disparaissent. Il en surgit d'autres, naturellement, comme ceux qui ont trait à l'obligation de lire une quantité phénoménale d'ouvrages. Toutefois, comme c'est le cas pour tous les autres étudiants, l'adaptation se fait avec l'encouragement des professeurs qui connaissent le programme et qui entretiennent des relations suivies avec ces étudiants.
3. Aide et enrichissement scolaires, revêtant de nombreux aspects qui sont essentiels à la réussite de l'étudiant. La planification des cours, les conseils et les contrôles sont les exemples de base. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'étudiants marginaux, qui ne sont pas issus des milieux scolaires traditionnels et qui doivent en

quatre ans être à la hauteur d'une concurrence extrêmement vive pour l'admission à des facultés de sciences de la santé. Une fois admis, ils doivent survivre. C'est pourquoi cette aide scolaire doit mettre l'accent sur le perfectionnement de l'étudiant. Les conseils sont considérés comme une fonction pédagogique, aidant les étudiants à canaliser leurs efforts d'apprentissage selon un cadre réaliste. Il y a des cours de soutien dans toutes les matières.

Un des aspects les plus importants du PSEP a trait, pendant les première et deuxième années, au «rattrapage» en chimie et en physique pour les étudiants qui n'ont pas bénéficié d'une solide formation en sciences. Les classes reçoivent au moins six heures de cours par semaine en chimie et en physique, au lieu de trois, et se poursuivent pendant une année supplémentaire. Au départ, on pensait que seulement la chimie et la physique exigeraient des cours d'enrichissement mais on s'est vite aperçu qu'il fallait également, pour la majorité des étudiants, développer les aptitudes et les connaissances en mathématiques en plus de leur apprendre à mieux lire et étudier. Pour toutes ces activités, on engage des chargés de cours.

Les étudiants, toutefois, ne suivent pas uniquement des cours dans des classes séparées. Ils sont également inscrits à des cours réguliers et dès la troisième année ils suivent le rythme de la majorité. Le counseling continue d'être offert selon les besoins. Avec les années, le programme s'est assoupli, s'adaptant aux besoins scolaires et personnels de chacun. Certains peuvent ne faire appel au programme que pour obtenir des conseils et de l'aide financière. D'autres peuvent compter sur un système de soutien total et intensif.

Le volet des sciences de la santé est un aspect important de ce programme global. Afin de stimuler et de maintenir l'intérêt à long terme, on invite les étudiants à se présenter régulièrement aux cours et à participer aux activités du campus des sciences de la santé. Ces activités sont coordonnées par un membre du PSEP, détaché du service médical du Nord relevant du département des sciences de la santé communautaire.

Pendant la première année, on organise un séminaire hebdomadaire sur des sujets de réadaptation médicale, de dentisterie et de médecine. Des professeurs spécialisés dans ces domaines donnent des exposés informels pour favoriser la discussion. Les étudiants visitent également des cliniques et des hôpitaux dans toute la ville. Dans la mesure du possible, on invite des conférenciers autochtones travaillant dans le domaine de la santé et d'anciens étudiants du PSEP désormais rattachés à une faculté de sciences de la santé.

On organise par ailleurs des stages de six semaines pendant l'été dans un milieu médical à l'intention des étudiants de première et de deuxième année. Il s'agit le plus souvent d'hôpitaux ruraux et urbains, d'infirmiers du Nord, de cliniques communautaires, de centres de désintoxication, d'établissements de soins, de cliniques dentaires, de services de réadaptation médicale, de pharmacies, etc.

Pendant la deuxième année, la série de séminaires se poursuit, mais cette fois sur des sujets plus spécialisés, comme la physiologie, et les chargés de cours sont des étudiants

diplômés. On propose des démonstrations et des visites de laboratoire. Des cliniciens sont également invités.

La troisième année, des classes préparatoires à l'examen MCAI/DAT ont lieu chaque semaine. Elles consistent surtout en exercices, révisions, épreuves et lectures dont l'objectif est de faire en sorte que, dans la mesure du possible, les étudiants comprennent ce qu'implique ce genre d'examen. Il s'agit également de stimuler l'étude et la révision des matières visées. Une autre session de six semaines, plus intense et continue, s'ajoute pendant l'été qui précède la dernière année du PSEP, avant le MCAI/DAT final.

Le volet régulier du programme comprend en outre des activités préparatoires à l'entrevue d'admission à la faculté de sciences de la santé. Il faut se rappeler que pratiquement tous les étudiants du programme sont les premiers membres de leur famille à fréquenter l'université et, à plus forte raison, une école de médecine ou de dentisterie. Les étudiants ordinaires ont en général de la famille ou des amis qui ont fréquenté l'université ou qui sont des médecins, des dentistes, des thérapeutes, etc. Par voie de conséquence, ils sont moins intimidés par l'entrevue d'admission, à laquelle ils peuvent s'initier de façon informelle auprès de leurs connaissances. Pour les étudiants autochtones, la familiarisation se fait dans le cadre du PSEP grâce à l'intervention de mentors bénévoles de diverses facultés et, désormais, d'anciens du PSEP. L'accent est mis sur les très nombreuses réalisations des étudiants eux-mêmes pendant leurs années préuniversitaires, que ces derniers ont tendance à minimiser mais que les comités d'admission apprécient grandement.

## Programme professionnel de soins de santé

Comme nous l'avons mentionné, une fois que les étudiants ont obtenu leur diplôme du PSEP, s'ils réussissent à se faire admettre dans une faculté de sciences de la santé, ils deviennent des étudiants du Professional Health Program (programme professionnel de soins de santé).

Ces étudiants maintiennent le contact établi précédemment avec le J.A. Hildes Northern Medical Unit. À ce chapitre, le Manitoba a la chance de bénéficier de ce programme, dont l'idée revient au Dr J.A. Hildes et à ses associés, membres de ce qui est maintenant le Northern Medical Unit (service médical du Nord-SMN). Ce service, qui a aujourd'hui 20 ans, offre des traitements médicaux et se consacre au développement des services de soins de santé, de l'éducation et des mesures préventives auprès d'environ 25 000 personnes vivant dans des régions rurales et éloignées du Manitoba et dans le district de Keewatin des Territoires du Nord-Ouest.

En raison de sa très longue présence dans des collectivités autochtones, le service comprend de nombreux spécialistes qui peuvent servir de mentors auprès des étudiants dans toutes sortes de domaines. Pour les étudiants du programme professionnel, ces relations sont privilégiées et se traduisent par de l'aide pédagogique, des cours de soutien, des avis sur les choix professionnels qui s'offrent, des conseils personnels et l'utilisation des installations à toute heure du jour et de la nuit. Elles se traduisent

également par des stages dans le Nord, en compagnie d'un consultant pendant de courtes périodes, ou par des activités visant à susciter l'intérêt pour les questions touchant la santé des autochtones. Le tout se déroule soit dans le cadre du service médical du Nord, soit selon d'autres mécanismes mis au point spécialement.

Depuis ses débuts, le SMN réalise des programmes à l'intention des étudiants réguliers. Son but est de promouvoir la compréhension chez les étudiants en médecine et en dentisterie des conditions sanitaires dans les collectivités éloignées et des facteurs qui sont à l'origine de ces conditions, de manière à les familiariser avec une culture différente et à favoriser la compréhension de cette culture.

Ces programmes s'adressent aux étudiants en médecine de première et de deuxième année. Ils sont offerts en été et durent dix semaines. Il y a également des cours facultatifs et des stages de six semaines par rotation en médecine familiale. Enfin, on compte un programme de B.Sc. en médecine dans le cadre duquel la recherche se fait sur un sujet touchant la santé des autochtones. Dans tous ces programmes, les étudiants se rendent dans les collectivités pour y travailler et apprendre. Les programmes de ce genre sont rares dans les autres facultés de sciences de la santé du Canada. En ce qui a trait aux étudiants inscrits au programme professionnel, nous essayons toujours de réaliser leurs vœux de participation. À vrai dire, tous ceux qui sont passés par l'école de médecine ont eu l'occasion d'aller dans le Nord dans le cadre d'un de ces programmes.

D'autres activités encore ont fait régulièrement partie du programme professionnel grâce aux contacts avec le SMN. Ainsi, lorsque notre première classe d'inscrits au programme professionnel en était à ses années de formation clinique (médecine, dentisterie et réadaptation médicale), nous sommes entrés en relation avec l'American Association of Indian Physicians et avons commencé à envoyer tous nos étudiants à leurs assemblées annuelles. Cet événement continue à faire partie des activités régulières du programme et la Direction générale des services médicaux verse souvent des subventions de participation. Le but principal est de présenter aux étudiants des modèles professionnels d'origine autochtone. Des relations étroites ont fini par se nouer entre les étudiants et médecins américains et canadiens, permettant à de nouvelles idées de jaillir, comme celle de créer une association professionnelle de médecins autochtones au Canada.

Par ailleurs, comme les membres du service médical du Nord et du Département des sciences de la santé communautaire ont oeuvré avec dynamisme au sein de l'Union pour la santé des populations circumpolaires, nos étudiants ont été envoyés aux assemblées internationales de cette organisation et y ont présenté des travaux.

Localement, nous essayons toujours d'informer nos étudiants sur les activités d'intérêt, comme les conférences sur la santé des autochtones ou autres, les conférences sur l'éducation, les ateliers, etc. Il y a toujours un membre du SMN qui s'emploie à solliciter une participation gratuite à ces événements auxquels prennent part nos étudiants du PSEP et du programme professionnel. Nous essayons de promouvoir l'intérêt pour les questions autochtones et nous visons, par toutes ces activités, à stimuler les qualités de leadership dans les deux groupes d'étudiants.

## Financement du programme

Le programme est entièrement financé par la province du Manitoba, par l'intermédiaire d'Éducation et Formation Manitoba. Les indemnités de subsistance, les livres et les frais de scolarité sont payés dans le cadre d'ententes avec les bandes du Manitoba et le ministère des Affaires indiennes.

## Conclusion

Malgré les améliorations qu'il est toujours possible d'apporter au PSEP et au programme professionnel, le bilan général après douze ans montre que le programme a, sur le plan de l'efficacité, atteint son objectif de former des spécialistes de la santé d'origine autochtone au Manitoba. Un accord spécial avec les Territoires du Nord-Ouest permet d'ailleurs à des étudiants de ce territoire de participer au programme. Nous accueillons actuellement un de ces étudiants.

La plupart de nos diplômés oeuvrent auprès de collectivités autochtones du nord du Manitoba. Ce sont des médecins et des dentistes qui travaillent dans la région d'Island Lake, à l'est du lac Winnipeg, à Churchill, à Cross Lake et à Pukatawagan.

Il serait déraisonnable de se fixer pour objectif un taux de réussite dans les carrières professionnelles de 100 % à l'université, ce qui est également impensable pour les autres étudiants en études pré-médicales. En effet, combien d'étudiants ordinaires qui entreprennent des études universitaires avec l'idée de faire carrière dans un domaine de la santé réalisent leur rêve? Personne ne le sait mais le pourcentage ne doit pas être bien élevé. C'est pourquoi le taux de réussite du programme est fort encourageant.

Il importe de signaler que les étudiants qui ne finissent pas comme spécialistes de la santé poursuivent quand même leurs études universitaires et obtiennent un diplôme selon sensiblement la même proportion que les étudiants de la majorité. Ce point n'est pas négligeable puisque ces personnes obtiennent une formation universitaire et entrent sur le marché du travail ainsi qualifiées. C'est donc là un effet secondaire intéressant.

Comme l'a mentionné un éditorial du *Journal de l'Association médicale canadienne*, il s'agit de l'ancêtre de tous les programmes du genre du Canada<sup>1</sup>. Enfin, plus récemment, d'autres provinces ont lancé des programmes dans les écoles professionnelles. C'est là une initiative importante, mais il faudrait consacrer plus de réflexion, d'efforts et d'argent pour préparer l'admission à ces facultés professionnelles, car bien peu nombreux sont les étudiants ayant la formation voulue pour entrer dans ces facultés. Plus important encore, les gouvernements provinciaux et fédéral devraient prendre acte du fait que quelque 80 % des jeunes autochtones ne terminent pas leurs études secondaires, contrairement à ce qui se passe pour l'ensemble des Canadiens, qui sont 70 % à détenir un diplôme de fin d'études secondaires. Tant que cette situation persistera, on ne voit guère comment on pourrait se passer des programmes spéciaux ACCESS.

Un autre point important à signaler a trait à l'aide financière qu'il faut accorder pour garder les étudiants à l'université. Lorsqu'il s'agit d'étudiants adultes, et la majorité des participants au PSEP et au programme professionnel sont effectivement des étudiants plus âgés, ayant souvent une famille, l'aide financière est vitale pendant toute la durée de leurs études. Mais l'argent, si important soit-il, est loin d'être suffisant en soi.

Il est de notoriété publique que les étudiants autochtones ne bénéficiant que d'une aide financière présentent un taux de réussite beaucoup moins élevé pour l'obtention d'un premier diplôme universitaire au Canada (de l'ordre de 5 à 6 %). D'autres formes d'aide, comme le soutien scolaire et personnel, demeureront essentielles jusqu'au jour où toute une génération d'autochtones diplômés de l'université pourra à son tour aider les générations suivantes.

## Notes

1. Gilmore, A. «La formation de nouveaux médecins a toujours des retombées qui servent les intéressés de façon plus générale», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1990, 142, p. 160 et 161.
2. Hull, J. An Overview of the Education Characteristics of Registered Indians in Canada, Working Margins Consulting Group, Winnipeg, pour Affaires indiennes et du Nord Canada, 1986.

## Université de Toronto First Nations House

### Leadership, croissance spirituelle et excellence scolaire

Depuis la création du Aboriginal Health Professions Program (AHPP), en avril 1986, jusqu'à l'ouverture de l'Office of Aboriginal Student Services and Programs (OASSP) destiné aux étudiants autochtones, l'Université de Toronto s'est toujours engagée à offrir aux étudiants autochtones des programmes universitaires de première qualité et des services adaptés sur le plan culturel. La population des étudiants autochtones qui s'identifient comme tels a grimpé chaque année de 20 % depuis 1986, ce qui montre que les étudiants fondent leur choix de programme universitaire sur l'excellence, puisque l'université n'offre pas encore de programme d'études autochtones.

Très tôt, les obstacles à la poursuite d'études postsecondaires ont été mis en évidence par les étudiants, les conseillers, les professeurs et les chefs des premières nations. Ensemble, les collectivités autochtones et l'université ont dressé le profil de l'étudiant autochtone susceptible de réussir : identité bien définie et qualifications scolaires assurant un leadership dans le domaine choisi.

En se fondant sur les besoins des étudiants, on a élaboré des programmes et des services visant à donner à l'étudiant autochtone le maximum de chances de réussite dans ses études universitaires. Le taux actuel de maintien de l'effectif est de 95 %. À notre avis, ce taux élevé s'explique par l'existence de programmes culturels et les mécanismes d'aide mis en place. Toutefois, nous reconnaissons que, si impressionnants qu'ils soient, les chiffres ne sont que des données historiques, de sorte que les programmes et services risquent de se dégrader dans l'avenir si nous n'arrivons pas à nous montrer proactifs. Les besoins de la collectivité évoluent et, pour continuer à réussir, nous devons arriver à répondre à ces besoins dans l'avenir de façon aussi satisfaisante que nous l'avons fait dans le passé. C'est dans cet esprit que nous avons conçu les services et les programmes exposés dans la présente proposition.

À l'heure actuelle, nous comptons un effectif de 140 étudiants qui se déclarent d'origine autochtone, mais nous savons que le nombre réel est en fait supérieur. La plupart de ces 140 étudiants sont inscrits à un programme professionnel ou se préparent à des études supérieures. Nous avons un programme préuniversitaire bien rodé, qui prépare des étudiants adultes aux études universitaires. Bon nombre de nos diplômés sont les premiers autochtones à exercer dans ce domaine.

Au Canada :

- Orthophonie
- Ergothérapie
- Recherche médicale

En Ontario :

- Pharmacie
- Physiothérapie
- Médecine (femmes médecins)

Nous formons l'élite de la prochaine génération qui fera de l'autonomie gouvernementale une réalité pour les collectivités des premières nations de l'Ontario. Les dirigeants des premières nations nous ont signalé qu'ils comptaient sur des diplômés accomplis, de la plus haute compétence, se sentant très proches de leur peuple et respectant les valeurs traditionnelles et les traditions spirituelles. De 25 étudiants seulement qu'il était en 1986, notre effectif est maintenant de 140. Nous avons des diplômés en droit, en travail social, en éducation, en médecine, en physiothérapie, en orthophonie, en ergothérapie, en santé communautaire, en administration des affaires, en histoire et nous en aurons bientôt, en génie, en psychologie, en mathématiques et en pharmacie.

Les deux tableaux ci-dessous présentent l'effectif par faculté et le nombre de diplômés. Depuis la création du OASSP et de l'AHPP, nous avons fait de notre mieux pour respecter les orientations définies par les dirigeants des premières nations :

- assurer une formation de première qualité;
- respecter les enseignements traditionnels;
- préparer l'autonomie gouvernementale.

#### Données sur l'effectif étudiant, 1992-1993

Faculté	Nombre d'étudiants	Année
Arts et sciences (incluant l'année préparatoire)	98	De 1 à 4
Santé communautaire	2	Doctorat
Éducation	2	Première
Génie	3	1 et 2
Anglais	1	Doctorat
Droit	16	De 1 à 3
Administration (MBA)	1	Maîtrise
Mathématiques	1	Doctorat
Médecine	2	Deuxième
Sciences infirmières	1	Troisième
IEPO	6	M.A. et doctorat
Pharmacie	2	1 et 2
Réadaptation médicale (physiothérapie)	3	2 à 4
Travail social (M.A.)	2	Première
Divinité (théologie)	1	Maîtrise

Remarque : Le nombre d'inscriptions ne peut être confirmé avant la fin novembre.

#### Nombre de diplômés (26)

Travail social (M.A.)	4	Mathématiques (M.A.)	1
Histoire (M.A.)	1	Santé communautaire (M.A.)	1
Orthophonie (M.A.)	1	Droit	1
Éducation (B.É.d.)	4	Physiothérapie	1
Médecine	4	Ergothérapie	1
Programme préparatoire	7		

#### Services adaptés à la culture

Ces services visent à améliorer l'accès des étudiants autochtones à l'université ainsi qu'à favoriser le maintien de l'effectif.

L'Office of Aboriginal Student Services and Programs (OASSP) des premières nations offre les éléments suivants :

- Recrutement
- Promotion des admissions
- Conseils personnels
- Cours de soutien
- Logement des étudiants autochtones
- Recherche de garderies
- Médiathèque
- Bourses d'études et de perfectionnement
- Planification financière
- Séminaires culturels
- Ancien en résidence
- Association étudiante
- Programme des professions de la santé pour autochtones
  - Atelier d'initiation aux services de santé
  - Programme scientifique d'été
  - Projet pilote en sciences et en mathématiques

### ***Recrutement***

L'agent de recrutement organise des expositions sur les carrières, des ateliers et des conférences sur la planification de l'éducation. Il se rend dans les collectivités des premières nations de même que dans les écoles secondaires fréquentées par un grand nombre d'autochtones.

- Il existe un vidéo sur les carrières possibles dans le domaine de la santé.
- Des dossiers d'information sur les carrières dans les nombreuses disciplines universitaires sont également diffusés.
- Un guide à l'intention de l'étudiant autochtone explique les normes d'admission, les programmes d'études et les services aux étudiants. On peut l'obtenir auprès de la First Nations House à l'OASSP.

Jusqu'à présent, l'agent de recrutement s'est adressé à plus de 3 000 étudiants autochtones et s'est rendu dans quelque 75 collectivités en Ontario.

### ***Promotion des admissions***

Le conseiller en matière d'admission et d'études aide les étudiants à s'inscrire à l'Université de Toronto. Les étudiants sont invités à communiquer avec le conseiller pour définir leur stratégie et leurs options. Des renseignements sont également présentés sur les programmes des autres universités tant canadiennes qu'américaines. On demande aux étudiants de remplir un formulaire de l'OASSP de manière à permettre au personnel de défendre leur cause. Les étudiants qui changent de cours ou de programme d'études sont encouragés à consulter le conseiller en matière d'admission et d'études. Celui-ci assure la liaison entre les étudiants autochtones et l'administration de l'université pour faire en sorte que les étudiants respectent les

critères de cours pour réussir et obtenir leur diplôme. Les candidats autochtones bénéficient de «facteurs spéciaux» d'admission et, dans certaines facultés, de «places réservées».

### *Conseils personnels*

Les étudiants peuvent obtenir des conseils personnels et spirituels, de même que des conseils en planification de carrière et en planification budgétaire, avant leur inscription et pendant toute la durée de leurs études à l'université. Le conseiller rencontre les étudiants sur rendez-vous et se rend également dans d'autres écoles. Son rôle est d'assurer le bien-être émotif des étudiants ainsi que leur stabilité financière pendant leurs études à l'université. Il aide également les étudiants à faire la transition entre le mode de vie rural et urbain, entre l'école secondaire et l'université, entre une culture et une autre. Le conseiller gère le fonds de bourses au profit des étudiants autochtones. Il aide enfin les étudiants à dresser un plan financier leur permettant d'assumer les frais élevés de la vie en ville selon un budget fixe.

### *Cours de soutien*

Pendant l'année universitaire, deux enseignants sont actuellement au service de tous les étudiants autochtones qui fréquentent l'Université de Toronto. Les domaines visés sont les suivants :

- Anglais, techniques d'étude, rédaction de dissertations et préparation aux examens;
- Sciences et mathématiques.

Les étudiants peuvent obtenir, en dehors des heures normales de bureau, des rendez-vous avec les moniteurs chargés des cours de soutien. Ces derniers mettent sur pied des ateliers spécialement adaptés aux besoins des étudiants, en particulier sur la rédaction de dissertations, les techniques de recherche, la préparation des examens et les questions à choix multiples.

### *Aide financière, bourses d'études et de perfectionnement*

Une aide financière est offerte aux étudiants inscrits auprès du ministère des Affaires indiennes ou par l'intermédiaire du Bureau d'administration de la bande à laquelle appartient l'étudiant. Les Indiens inscrits, de même que les Indiens non inscrits et les Métis, peuvent présenter une demande de bourse à l'OASSP.

- Bourses de perfectionnement : En 1988-1989, l'OASSP a créé des bourses de perfectionnement à l'intention des étudiants des premières nations inscrits à plein temps à un programme de l'université menant à un diplôme.
- Des bourses d'études peuvent être obtenues par les étudiants du premier cycle d'origine autochtone, inscrits à plein temps.
- Un fonds de bourses d'études de 20 000 \$ établi par l'université est géré par l'OASSP au profit des étudiants autochtones.

Les Métis et les Indiens non inscrits peuvent s'adresser au bureau des prêts-bourses

pour obtenir de l'information sur le Régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario (RAFEO).

### *Logement des étudiants autochtones*

L'OASSP dispose d'une maison destinée expressément aux autochtones. Elle se trouve au 43, avenue Sussex. Elle comprend cinq chambres entièrement meublées et le loyer est raisonnable. La distance entre la maison et le campus peut être parcourue à pied et on peut y louer des chambres pendant l'été.

L'université dispose par ailleurs d'un certain nombre de résidences ordinaires. Le conseiller peut aider les étudiants à trouver un logement convenable, soit à l'université, soit ailleurs en ville, par l'intermédiaire des services de logement.

### *Recherche de garderies*

Les conseillers renseignent les étudiants qui doivent faire garder des enfants pendant la journée sur les services qui existent dans la ville. Il existe une agence de services de garde autochtone à Toronto.

### *Médiathèque*

Un centre d'étude doté des équipements nécessaires, comme des ordinateurs, ainsi qu'une bibliothèque, modeste mais en développement continu, sont offerts aux étudiants.

### *Programmes culturels*

L'OASSP, à la First Nations House, est beaucoup plus qu'un simple bureau d'administration. Le personnel et les étudiants organisent des ateliers culturels, des retraites et des cérémonies visant à accroître nos connaissances sur l'importance de l'identité et des valeurs traditionnelles dans le monde moderne.

### *Ancien en résidence*

L'ancien en résidence joue le rôle d'un modèle par ses enseignements traditionnels et ses conseils dans l'optique spirituelle traditionnelle. Il fait le lien entre les questions intéressant les premières nations et les événements communautaires. Les anciens se relaient, offrant ainsi aux étudiants divers points de vue sur les connaissances autochtones et l'épanouissement personnel.

### *Association étudiante*

La Native Students Association (NSA) a un bureau et une salle commune à la First Nations House où les étudiants peuvent se détendre, échanger des idées, prendre un café et nouer de nouvelles amitiés. C'est un endroit où les étudiants peuvent se rencontrer et s'entraider. La NSA organise des manifestations sociales et divers événements culturels ou récréatifs. Les événements spéciaux et la Semaine des

études autochtones font partie du mandat de la NSA. Une loge de purification est également prévue dans le mandat de la NSA, à des fins d'enseignement culturel.

## La planification des études et le perfectionnement

### *La sensibilisation de l'institution aux cultures et aux questions autochtones*

Le rôle de l'OASSP est de promouvoir un milieu universitaire qui réponde aux besoins intellectuels, spirituels et psychologiques des étudiants autochtones.

Les étudiants ont mis en évidence le besoin de créer un programme d'études autochtones à la faculté des arts et des sciences. Les cours de base, au nombre de 12 à 15, seraient offerts aussi aux facultés professionnelles de manière à ce que tous les étudiants puissent s'initier aux questions aborigènes. Par exemple, un cours de la faculté de pharmacie sur les méthodes de guérison traditionnelles pourrait être donné aux étudiants de première année de médecine au pavillon du Programme des études autochtones. On a entrepris des discussions au conseil d'administration sur l'opportunité d'ouvrir un institut pour la culture et la recherche autochtones.

Les facultés suivantes ont commencé à planifier des changements aux programmes :

- Faculté des arts et des sciences : discussions préliminaires touchant un éventuel programme d'études autochtones, la linguistique, le centre d'art dramatique, les études canadiennes, les beaux-arts, le programme des études féminines;
- IEPO : programme d'éducation autochtone;
- Faculté du travail social : révision des programmes, recrutement de professeurs autochtones, ressources documentaires, stratégies de recrutement;
- Année préparatoire : révision des programmes, cours de soutien;
- Faculté de droit : conception des programmes, nomination des professeurs, conseiller des étudiants autochtones, programme de soutien des études, ateliers sur la Commission royale;
- Faculté d'éducation : programme de formation des enseignants autochtones;
- Faculté des sciences infirmières : révision des programmes;
- Faculté de musique : cours de musique ethnique;
- Collège de Scarborough : nouveaux cours – Le Canada et le multiculturalisme, Les cultures des premières nations d'Amérique du Nord, Les populations autochtones du Canada (en préparation);
- Faculté de foresterie : symposium sur la foresterie autochtone; nouveau cours – Les collectivités autochtones du Canada et leur milieu forestier;
- Faculté de génie : programme AMIK;
- Faculté de dentisterie : prix spécial pour l'ensemble des quatre années d'étude;
- Faculté de pharmacie : nouveau cours – Méthodes de guérison des premières nations; mentors, bourses, recrutement;
- Faculté de médecine : cours facultatif – Méthodes de guérison traditionnelles chez les autochtones;

- Division de l'orthophonie et de la pathologie du langage : programme de mentors, nouveau séminaire;
- Santé communautaire : conférenciers invités concernant la santé des autochtones.

Les autres facultés ou divisions du domaine des sciences de la santé ont pris depuis longtemps des mesures pour favoriser l'admission, le maintien de l'effectif et l'agrément professionnel des autochtones dans leurs programmes d'études :

- médecine;
- dentisterie;
- pharmacie;
- sciences infirmières;
- physiothérapie;
- orthophonie et pathologie du langage;
- ergothérapie;
- éducation physique et sanitaire.

## Recherche sur les questions autochtones

L'OASSP, grâce à ses nombreux contacts avec les associations autochtones et à sa participation aux comités autochtones du recteur et du doyen, est bien placé pour faire valoir les priorités de recherche mises en évidence par le comité de direction. Le rôle de l'OASSP au sujet de ces questions, au sein des divisions et des départements, sera de promouvoir une meilleure utilisation des ressources limitées dont on dispose pour la recherche, en assurant leur affectation aux domaines de recherche jugés importants par les autochtones.

En outre, l'OASSP devrait examiner la possibilité de créer un centre à l'Université de Toronto pour la recherche relative à l'autonomie gouvernementale, à l'autonomie économique, à la pérennité de l'environnement et au développement communautaire.

Ce centre, en collaboration avec d'autres universités intéressées, pourrait s'employer à développer les connaissances et les compétences dans les domaines jugés essentiels au développement des autochtones par les premières nations et par les associations autochtones, comme les suivants : agriculture selon les principes du développement durable, gestion des forêts, gestion des ressources humaines, études d'architecture, éducation, sciences de la santé, gestion des richesses naturelles, droit, développement culturel et génie. L'envoi d'étudiants et de professeurs dans les milieux autochtones, dans le cadre des travaux de recherche, en vertu de contrats ou d'affectations, favoriserait l'obtention de résultats plus concluants et utiles, et permettrait de former des spécialistes ayant une vision réaliste des objectifs des autochtones et de leurs problèmes de développement.

À court terme, l'OASSP, en donnant suite aux décisions du comité de direction, est en mesure de donner des avis sur la politique, les priorités et la démarche en matière de recherche, pour les projets touchant les autochtones. Le bureau continuera à être la

plaque tournante de l'université pour tout ce qui concerne les autochtones.

## **Aboriginal Health Professions Program**

En 1986, l'Aboriginal Health Professions Program (AHPP) a vu le jour à l'Université de Toronto. Son mandat est d'accroître le nombre de spécialistes de la santé d'origine autochtone connaissant aussi bien les méthodes traditionnelles que les pratiques médicales modernes, de façon à mieux servir les populations des premières nations, que ce soit en milieu urbain ou dans les collectivités des premières nations.

### *Initiation aux sciences de la santé*

Ce programme vise à susciter l'intérêt pour les carrières dans le domaine des soins de santé. Il s'agit d'un atelier d'une fin de semaine qui regroupe des élèves autochtones de la 9<sup>e</sup> année aux CPO à l'Université de Toronto, où ils participent à des activités d'apprentissage pratique dans le domaine de la santé, tant d'un point de vue traditionnel que moderne, et rencontrent des spécialistes de la santé dans leur milieu de travail.

### *Programme scientifique d'été des premières nations*

Ce programme offre aux étudiants autochtones des cours en sciences et en mathématiques menant au niveau intermédiaire et avancé ainsi qu'à des crédits des CPO. Les étudiants des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années sont invités à présenter une demande d'admission aux cours préparatoires. L'étudiant avance dans le programme sur une période de six étés, prenant des cours enrichis en sciences et en mathématiques pendant les deux premiers étés et obtenant des crédits pour sciences de 10<sup>e</sup> année, de 11<sup>e</sup> année, de 12<sup>e</sup> année et des CPO, les quatre étés suivants.

Les cours et les laboratoires du programme de cinq semaines ont lieu sur le campus de l'Université de Toronto. Anciens, enseignants traditionnels, professeurs et conseillers autochtones, parents, personnel et conseillers de l'Université de Toronto se concertent pour créer un milieu permettant aux élèves de renforcer leurs connaissances des sciences autochtones et d'acquérir les outils nécessaires pour progresser dans leurs études scientifiques.

### *Projet pilote en sciences et mathématiques autochtones*

Il s'agit d'un projet d'élaboration de programme d'études d'une durée de quatre années visant à intégrer les sciences, les mathématiques et la pédagogie autochtones aux études de la 7<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année. Le projet est exécuté conjointement par le Conseil scolaire de Stormont, Dundas, Glengarry, par le conseil scolaire des Mohawks d'Akwesasne et par l'OASSP.

## **Université de l'Alberta, Faculté de médecine Programme de carrières en soins de santé pour les autochtones**

### **Historique**

Personne n'ignore les iniquités dont sont victimes les autochtones du Canada sur le plan de la santé. Mentionnons entre autres l'espérance de vie plus courte, les taux de mortalité infantile et les taux de morbidité plus élevés que ceux de l'ensemble de la population. Qui plus est, les autochtones qui veulent en qui doivent consulter un médecin appartenant à leur propre culture se heurtent à un obstacle supplémentaire. La proportion de médecins autochtones par rapport à l'ensemble de la population autochtone en 1993 n'est que de 1 pour 33 333, tandis que pour l'ensemble de la population, le rapport est de 1 médecin pour 515 habitants. En Alberta, où les Indiens visés par les traités représentent 2 % de la population, seulement trois des quelque 4 000 médecins sont d'origine autochtone. La faculté de médecine de l'Université de l'Alberta décernera en 1993 le premier diplôme à un médecin autochtone. Afin de réaliser la parité, au moins 80 autres autochtones visés par les traités devraient devenir médecins; ce chiffre passe du simple au double si l'on tient compte aussi des Métis et des Indiens non inscrits.

### **Le mandat du Programme de carrières en soins de santé pour les autochtones**

Le programme a comme mandat d'encourager davantage d'étudiants autochtones à envisager une carrière en médecine et de faciliter leur admission au programme d'études afin d'accroître la représentation des médecins autochtones au Canada.

La faculté est d'avis que les étudiants autochtones qui ont à cœur leur identité culturelle et leurs traditions agiront comme modèles pour les jeunes autochtones, mèneront la lutte en faveur de l'amélioration des normes de santé autochtones et enrichiront la vie de la faculté dans son ensemble.

Afin de remplir ce mandat, la faculté a créé des conditions spéciales d'admission au programme de médecine pour les étudiants autochtones et mis en oeuvre une politique dynamique de recrutement à l'échelle nationale.

En 1988, on a ajouté deux places par an à chacune des classes de première année du programme de médecine à l'intention des étudiants d'origine autochtone, aux termes de l'article 35 de la partie 2 de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Ces places sont réservées aux étudiants autochtones. Si aucun autochtone ne présente de demande, elles ne sont pas accordées aux autres étudiants. Tous les étudiants autochtones doivent satisfaire aux préalables énoncés dans l'annuaire. Toutefois, les demandes des étudiants qui se déclarent d'origine autochtone sont examinées séparément.

Afin de mettre cette nouvelle politique d'admission en oeuvre, la faculté a créé l'Office of Native Health Care Careers Program dont le coordonnateur est payé par la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada. Depuis lors, le nombre d'étudiants autochtones en médecine est passé à 11, soit un nombre supérieur au nombre total d'étudiants autochtones inscrits dans toutes les facultés de médecine du Canada réunies. Ces étudiants, qui viennent de partout au Canada, sont d'origines diverses : Abénakis, Pieds-noirs, Cris, Delawares, Inuit, Métis, Mohawks, Ojibwas, Odawas et Saulteux.

## Les services offerts

Le programme offre les services suivants :

### *Services aux étudiants*

- Conseils sur les modalités d'admission et la planification de programmes préalables à l'admission;
- Services de rattrapage et de soutien;
- Conseils personnels et financiers;
- Accès aux bourses d'études et de perfectionnement;
- Aide dans la recherche d'emplois d'été comportant des volets clinique et culturel pertinents;
- Aiguillage vers d'autres écoles professionnelles de soins de santé qui réservent des places à des étudiants autochtones.

### *Projets et ressources*

- Journée annuelle de la santé autochtone organisée par la faculté de médecine où prennent la parole d'éminents autochtones exerçant dans le domaine de la santé, formés tant à la médecine occidentale qu'à la médecine autochtone traditionnelle;
- Au cours de l'année, conférenciers invités qui abordent diverses questions de santé autochtone et de guérison traditionnelle;
- Bourses Darcy Tailfeathers – Deux bourses de 1 000 \$ offertes à des étudiants en médecine autochtone au cours du déjeuner annuel Darcy Tailfeathers;
- Cours obligatoire en santé autochtone pour tous les étudiants en médecine de la faculté;
- Participation au SIHA Native Health Issues Committee comprenant des retraites d'étudiants et des sueries traditionnelles avec des anciens autochtones;
- Visites dans les écoles comportant une forte proportion d'autochtones; ateliers sur les carrières dans les réserves et dans les collectivités du Nord;
- Possibilité de visiter des cliniques dans les réserves en compagnie de médecins embauchés à contrat;
- Cours facultatifs dans des contextes culturels spécifiques;
- Possibilités de contacts sociaux avec un vaste éventail de spécialistes intervenant dans la santé des autochtones;
- Possibilités d'assister à des conférences et à des ateliers pertinents sur le plan culturel et clinique.

## **Exigences d'admission au programme de médecine**

1. Les candidats au programme de médecine doivent avoir terminé au moins deux années d'études universitaires et cinq cours complets avant d'être admis. L'obtention d'un diplôme de premier cycle est fortement recommandée.
2. Les candidats doivent avoir une moyenne minimale de 7 sur une échelle de 9 points.
3. Tous les candidats doivent avoir terminé les cours préalables suivants : chimie organique et inorganique, biologie, physique et anglais, et un demi-cours de statistique.
4. Tous les candidats doivent se présenter au Medical College Admissions Test (MCAT) au plus tard l'automne précédant l'année d'admission.
5. Tous les candidats doivent présenter une autobiographie et deux lettres de référence, et passer une entrevue.
6. Tous les candidats doivent présenter une attestation de leurs antécédents autochtones.

## **Université de la Colombie-Britannique Programme des professions de la santé pour les premières nations**

### **Historique**

Le First Nations Health Care Professions Program - FNHCPP (programme des professions de la santé pour les premières nations), créé en 1988, est avant tout un programme d'accès et de services de soutien. Ses objectifs principaux sont les suivants: 1) accroître le nombre d'étudiants des premières nations en sciences de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique; 2) offrir des services de soutien aux étudiants inscrits dans les facultés, écoles et programmes de sciences de la santé.

De 1988 à 1991, l'ensemble du financement a été assuré par le Programme de carrières de santé des Indiens et des Inuit, relevant de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada. Depuis 1991, la Direction générale des services médicaux ne finance plus le programme qu'en partie, l'écart étant comblé par le ministère de la Santé et par le ministère de l'Enseignement supérieur de la Colombie-Britannique. Le ministère des Affaires autochtones (C.-B.) a apporté une aide précieuse sous forme de lobbying.

À l'université, la direction du programme revient au vice-recteur, affaires universitaires, au bureau du recteur. En 1990, la faculté de médecine a convenu de former un partenariat avec la First Nations House of Learning en vue de trouver des fonds

pour la poursuite du programme. L'orientation et la réalisation du programme sont assurées par un comité consultatif comprenant des membres du corps professoral, des membres des collectivités des premières nations et le personnel de la First Nations House of Learning à l'université. Le programme est administré dans des locaux offerts par le bureau du coordonnateur des sciences de la santé, au Woodward Instructional Resources Centre.

## Les objectifs du programme

Comme l'explique la brochure du programme, les buts et objectifs du FNICPP sont les suivants:

- Améliorer l'accès des étudiants des premières nations aux études en soins de santé à l'Université de la Colombie-Britannique et leur fournir des services de soutien;
- Consulter les collectivités des premières nations afin de déterminer les questions de santé à régler;
- Collaborer avec la faculté de médecine et les autres facultés et écoles de sciences de la santé pour l'élaboration de cours et de séminaires répondant aux besoins des premières nations en matière de soins de santé;
- Assurer la liaison avec les collectivités des premières nations aux fins du lancement de programmes ou d'activités de recherche communautaires dans le domaine de la santé;
- Stimuler, chez les élèves du secondaire, l'intérêt pour les carrières dans le domaine de la santé au moyen d'un programme scientifique d'été.

## Activités

Afin d'atteindre les objectifs du programme, le FNICPP se livre aux activités suivantes:

- Recrutement d'étudiants grâce à la participation à des expositions sur les carrières, à des assemblées communautaires des premières nations, à des relations avec les collègues et les écoles;
- Diffusion de renseignements sur le programme et l'admission au moyen d'envois postaux, de stands d'information et d'orientation scolaire directe;
- Constitution de réseaux avec les programmes de formation en soins de santé des premières nations existant ailleurs au Canada et aux États-Unis;
- Exécution de programmes mettant en valeur les carrières de la santé, comme le programme scientifique d'été, le Synala Program et le programme des scientifiques dans les écoles;
- Planification et organisation de cours et de séminaires sur la santé des autochtones;
- Prestation de services de soutien sur le campus aux étudiants en sciences de la santé;
- Aménagement d'une médiathèque à l'intention des étudiants, des professeurs et des collectivités des premières nations.

## Réalisations du programme

### 1. Inscriptions

Le nombre d'étudiants des premières nations à s'inscrire à l'UCB est passé de trois en 1988 à 22 pour l'année universitaire en cours (1992-1993). Le premier étudiant autochtone en médecine obtiendra son diplôme en mai et un deuxième étudiant autochtone est inscrit en première année de médecine. On compte actuellement des étudiants en médecine, en sciences infirmières, aux études supérieures (sciences et psychologie de l'orientation), en travail social, en études pré médicales et en études préparatoires à la dentisterie.

### 2. Services de soutien

Les services de soutien offerts sur le campus sont les suivants:

- conseils sur la procédure d'inscription et le choix de cours;
- conseils personnels et financiers;
- cours de rattrapage et de soutien;
- mentors (s'il y a lieu);
- ancien en résidence;
- renforcement de l'identité culturelle;
- aide financière limitée pour des conférences et des ateliers pertinents.

### 3. Réseaux

Le programme a noué de solides relations avec d'autres programmes de formation dans le domaine de la santé, des organismes et des collègues, tant au Canada qu'aux États-Unis. Des liens étroits ont été établis avec d'autres programmes canadiens à l'occasion du symposium national de 1991 sur l'élaboration du programme d'action sanitaire des premières nations pour les années 90, parrainé par le programme des professions des premières nations dans le domaine de la santé.

### 4. Liaison

Ce programme entretient d'étroites relations avec les facultés, écoles et programmes de sciences de la santé de l'Université de la Colombie-Britannique. Il assure également la liaison avec les écoles, les collèges, les organismes de santé, les collectivités autochtones et les ministères.

### 5. Promotion

Afin de promouvoir le programme, le FNHCPP a préparé et diffuse un peu partout une brochure et une affiche. En outre, il a recours régulièrement à des communiqués pour faire la publicité des nouveaux programmes. Les activités et les programmes du FNHCPP ont fait l'objet de reportages dans plusieurs journaux et à la radio. Une revue nationale a consacré un article au programme scientifique d'été pour en souligner l'originalité.

## 6. Cours et séminaires

Des journées de sensibilisation à la santé des autochtones ont été organisées chaque année dans le but d'informer les étudiants et les professeurs de l'université. La manifestation de deux jours réunit des expositions et des conférenciers. Ces deux dernières années, le cours de biologie 418 a été offert par la faculté des sciences. Ce cours met l'accent sur les questions touchant la santé des autochtones. De plus, le coordonnateur du FNHCPP est régulièrement invité à s'adresser aux étudiants en sciences de la santé.

## 7. Recherche

Grâce aux fonds obtenus du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le programme a été en mesure de réunir des données sur la recherche effectuée par les collectivités autochtones, ou en leur nom, dans le domaine de la santé. On s'attache actuellement à saisir cette information dans une base de données, qui sera sous peu accessible aux collectivités, chercheurs et étudiants autochtones.

## 8. Projets

Afin de stimuler l'intérêt pour les carrières dans le domaine de la santé, le programme a lancé une série de projets susceptibles d'attirer les étudiants vers les sciences de la santé et l'éducation postsecondaire. Ces projets sont décrits ci-dessous.

### Programme scientifique d'été

Ce programme annuel en résidence, qui connaît beaucoup de succès, a été offert à l'Université de la Colombie-Britannique pendant cinq étés. Deux groupes de 20 étudiants suivent une semaine de cours et de travaux pratiques dirigés par des professeurs de l'université.

### Programme des scientifiques dans les écoles

Le FNHCPP s'appuie sur ce programme mis en oeuvre par le ministère de l'Éducation pour promouvoir les sciences et la technologie en général. Le coordonnateur organise des tournées de scientifiques de l'UCB dans les écoles fréquentées par un grand nombre d'étudiants autochtones. Ces scientifiques sont spécialisés dans les sciences de la santé ou sont des généralistes.

### Synala Honours Program

Ce programme, fondé sur un programme d'excellence dans les régions rurales de l'Alaska, a fait l'objet d'une expérience pilote à l'UCB en 1992. Il visait à encourager les étudiants autochtones déjà engagés dans des études à poursuivre leurs efforts au niveau supérieur après l'obtention de leur diplôme. Les étudiants et le personnel sont unanimes à recommander la poursuite du programme.

## **AISES**

Le FNICPP a largement contribué à la création de la première section canadienne de l'American Indian Science and Engineering Society (AISES), à l'UCB. La société comprend actuellement 40 membres. Elle participe au recrutement d'étudiants autochtones du secondaire pour la formation postsecondaire.

## Annexe 2

Tableau 1 : Native Physicians Association of Canada, 1992-1993, Statistiques courantes

## Médecins en exercice

51 médecins autochtones se présentant comme tels  
34 membres actifs de l'Association.

Université	Inscrits	Diplômés
<i>Études de médecine</i>		
Université de la Colombie-Britannique	1*	
Université de l'Alberta	10	1*
Université du Manitoba	4	1
Université Western Ontario	1	
Université McMaster	2	2
Université de Toronto	3	4**
Université de Montréal	1	1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>10</b>

\* Obtiendront leur diplôme en mai-juin 1993. \*\* Ne se présentant pas comme tels.

Source: Native Physicians Association of Canada.

Tableau 2 : Professions paramédicales

Université	Inscrits	Diplômés
<i>Dentisterie</i>		
Université de l'Alberta	1*	*(deux autres en hygiène dentaire et 1 diplômé)
Université du Manitoba	1	
<i>Pharmacie</i>		
Université du Manitoba	1	
Université de Toronto	2	
Université de l'Alberta	2	
<i>Réadaptation médicale (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et pathologie du langage)</i>		
Université du Manitoba	1 (physio)	
Université de Toronto	3 (physio)	1 (pathologie du langage) 1 (ergothérapie) 1 (physiothérapie)
Université de l'Alberta	1	1
<i>Sciences infirmières</i>		

On ne dispose pas de cette information à l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada ni à la Division des soins infirmiers de Santé et Bien-être social Canada

Note : Un étudiant fréquente aussi le programme de laboratoire médical à la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta.

Source: Native Physicians Association of Canada.

**Tableau 3 : Université du Manitoba, Statistiques courantes, PSEP**

- 15 étudiants par an intéressés par la médecine, la dentisterie, la pharmacie, la réadaptation médicale
- les étudiants ayant réussi le programme peuvent demander l'inscription à la faculté de leur choix. Ils reçoivent alors l'aide du Programme professionnel de soins de santé.

Diplômés	Inscrits	Candidats
Médecine - 7	3	3
Dentisterie - 3	1	
Pharmacie - 1	1	1
Réadapt. méd. - 1	5	3

Presque tous les diplômés travaillent auprès des collectivités autochtones à titre de cliniciens et, plus récemment, à l'élaboration de politiques.

Source: Gene Degen, Université du Manitoba.

**Tableau 4 : Université de l'Alberta, Statistiques courantes**

Faculté de médecine : Effectifs actuels 1992-1993

a) Programme de doctorat en médecine : 11 étudiants

Année univ.	Candidats	Admis	Inscrits	Abandons
1988	2	2	1	1
1989	3	3	1	0
1990	11	4	4	0
1991	4	3	3	0
1992	8	4	3	0
1993	8	1 (reporté de 1993)		

b) Laboratoire médical : Étudiant inscrit en troisième année

*Faculté de médecine : Diplômés*

- Un étudiant a obtenu en 1988 un diplôme en administration des services de santé.
- Un étudiant devrait obtenir son diplôme de médecin en juin 1993.

*Faculté de réadaptation médicale*

- Un étudiant a obtenu son diplôme de physiothérapeute en 1991.
- Un étudiant devrait obtenir un diplôme en physiothérapie en 1993.

*Faculté de pharmacie*

- Un étudiant devrait obtenir un diplôme en pharmacie en 1993.
- Un étudiant est inscrit en première année de pharmacie.

*Faculté de dentisterie*

- Un étudiant est inscrit en première année du programme de DDS.
- Un étudiant a obtenu un diplôme d'hygiène dentaire en 1992.
- Un étudiant est inscrit en première année et un autre devrait obtenir son diplôme en hygiène dentaire en 1993.

*Faculté des sciences infirmières*

En 1991-1992, on comptait 10 autochtones inscrits en sciences infirmières; un étudiant a obtenu son diplôme en 1992. La faculté ne dispose pas de statistiques sur le nombre de diplômés dans les années précédentes.

Toutes les facultés professionnelles du domaine de la santé de l'Université de l'Alberta offrent des postes spéciaux aux autochtones admissibles :

Faculté de médecine :	1 poste en plus du contingent du programme de doctorat 1 poste en laboratoire médical
Faculté de dentisterie :	1 poste en dentisterie 1 poste en hygiène dentaire
Faculté de pharmacie :	1 poste
Faculté de réadaptation :	2 postes en physiothérapie 2 postes en ergothérapie
Faculté des sciences infirmières :	4 postes en cours préparatoire

*Prévisions sur cinq ans : 1993-1997*

- 14 diplômés du programme de médecine.
- Un minimum de 11 étudiants au programme de médecine. (D'après la pratique d'admettre au moins 2 étudiants par an, avec report d'une admission en 1993.)

**Tableau 5 : Université Lakehead, Statistiques courantes**

Cohorte	Année	Inscription au NNEP	Admis au B.Sc.Inf.	Toujours au B.Sc.Inf.	Diplômés
I	Jan.-Juil. 1987	12	9	3	2
II	1987 à 1988	12	8	1	
III	1988 à 1989	12	7	1	
IV	1989 à 1990	12	7	1	
V	1990 à 1991	13	8	5	
VI	1991 à 1992	14	7	7	
Total		*75	46	18	**2
Pourcentage d'inscrits		100 %	46 %	24 %	

\* Les 11 étudiants de la cohorte actuelle (VII) ne figurent pas dans ce résumé. Puisqu'ils ne sont pas encore admissibles au programme de B.Sc.Inf., leur inclusion fausserait les pourcentages.

\*\* Signalons qu'à ce jour, seuls les étudiants des première et deuxième cohortes ont pu terminer le programme de cinq ans et donc obtenir un diplôme.

# L'intégration des sciences et de la culture traditionnelle

*Rabael Jalan\**

Les soins prodigués par les médecins, les dentistes et les autres spécialistes de la santé sont assujettis à toutes sortes de contrôles professionnels. Dans le milieu médical contemporain, on est d'avis que, grâce à sa panoplie de médicaments et de méthodes d'intervention, seule la médecine moderne peut remédier efficacement aux problèmes de santé. L'expérience et les leçons des siècles passés, malgré tout ce qu'elles ont permis d'apprendre sur la santé et la prévention des maladies, ont été largement délaissées par le corps médical. La culture et les modes de vie traditionnels sont considérés comme arriérés et ritualistes, sans fondement scientifique. La société moderne préfère se fier à ce qui est immédiatement vérifiable. Les médicaments sont mis au point et approuvés sur la base d'expériences faites en laboratoire ou en milieu contrôlé. Les résultats observés à court terme ne constituent peut-être qu'un élément de l'ensemble. Il arrive souvent que les effets à long terme soient négligés ou qu'ils ne soient pas entièrement contrôlés. Ce n'est que depuis quelques années qu'on examine les effets à long terme de certains procédés médicaux et techniques. On commence à explorer le potentiel de l'auto-guérison et à s'intéresser à des questions qui influent sur la santé de la communauté, comme par exemple l'éducation et la prévention.

Il ne fait aucun doute que les progrès scientifiques et technologiques ont contribué à améliorer sensiblement la qualité de la vie sur la planète. Toutefois, l'acceptation de tout ce qui est nouveau a entraîné le rejet et même la condamnation des anciennes pratiques et traditions, jugées non scientifiques. Certains chercheurs commencent seulement à reconnaître la sagesse des anciens.

---

\* Indian Health Careers Program, Saskatchewan Indian Federated College.

Les pratiques traditionnelles de guérison se sont transmises de bouche à oreille, de génération en génération. Très peu de méthodes ont été consignées par écrit. Les anciens guérisseurs s'en remettaient aux remèdes naturels et reconnaissaient aussi la puissance de la nature et de la spiritualité. Les mouvements environnementaux d'aujourd'hui, qui prêchent une plus grande harmonie avec la nature et la protection de cette dernière, ont beaucoup en commun avec la philosophie et les pratiques autochtones. Il semble que nous soyons revenus au point de départ.

Nous en sommes maintenant à un point de l'histoire où l'ancien et le moderne pourraient se fondre et nous mettre sur la voie d'un mode de vie plus équilibré. Pour réaliser cet équilibre entre l'ancien et le moderne, il faudra aborder notre système d'éducation de façon novatrice. L'apprentissage traditionnel auprès des anciens de la collectivité et l'éducation donnée dans les établissements d'enseignement devraient coexister. Il faudra rapidement prendre cette direction, sans quoi le vaste fonds de connaissances non documentées sera perdu à jamais pour les générations à venir.

## La situation actuelle

Dans le système actuel d'enseignement des sciences, on suppose que ceux qui proviennent de certains milieux culturels sont incapables d'apprendre les sciences. On semble croire que les autochtones ne sont pas en mesure d'apprendre les mathématiques et les sciences à cause de leur culture et du milieu dont ils sont issus. Un nombre imposant d'étudiants semblent souffrir de ce que l'on pourrait appeler l'anxiété des mathématiques et des sciences. Ce problème ne touche pas que les étudiants autochtones; il est généralisé. L'école élémentaire et l'école secondaire n'enseignent pas aux élèves suffisamment de concepts mathématiques et scientifiques fondamentaux. On n'y développe pas leur capacité d'analyse et ils ont ensuite de la difficulté à résoudre d'eux-mêmes un problème. Ils ne sont donc pas prêts pour l'université. Le passage de l'école à l'université est très difficile pour de nombreux étudiants. Cette difficulté est plus marquée chez les enfants autochtones parce que le système scolaire ne les encourage pas à apprendre les mathématiques et les sciences. On peut en voir les conséquences dans de nombreux domaines exigeant des connaissances en sciences, particulièrement dans le domaine des soins de santé.

Les soins de santé sont un important sujet de préoccupation chez les peuples autochtones, qui sont grandement sous-représentés dans les professions médicales. C'est pourquoi ils sont rarement soignés par des gens qui sont réceptifs à leur culture et à leurs préoccupations. Les collectivités autochtones isolées n'arrivent pas à attirer les médecins. Cette situation ne changera pas tant qu'il n'y aura pas un nombre suffisant de médecins et d'autres professionnels de la santé autochtones.

Il faut attirer davantage d'étudiants autochtones vers les professions médicales. Parmi ceux qui accèdent à l'université, nombreux sont ceux qui renoncent à la médecine parce qu'ils estiment ne pas avoir reçu une bonne formation de base en mathématiques et en sciences. Ils se tiennent loin des domaines exigeant des mathématiques et des sciences. De plus, les étudiants provenant des réserves ont de la difficulté à s'adapter au système en général. Si l'on veut attirer davantage d'étudiants

autochtones dans ces domaines, il faudra s'employer à promouvoir les programmes de mathématiques et de sciences dans les collectivités autochtones.

## Le département des sciences du SIFC

Le département des sciences du Saskatchewan Indian Federated College (SIFC), qui est affilié à l'Université de Regina, offre un programme destiné à répondre à ce besoin. En 1985, la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, désireuse de répondre aux préoccupations exprimées à l'Assemblée internationale des premières nations en 1982, finançait une initiative prise par le Saskatchewan Indian Federated College en vue de se doter d'un programme de carrières dans le domaine de la santé à l'intention des étudiants indiens, qui allait devenir l'Indian Health Careers Program (IHCP).

L'un des objectifs du programme est d'offrir des expériences d'apprentissage qui permettront aux étudiants de mieux comprendre la culture indienne, la médecine indienne traditionnelle, les besoins actuels et futurs en matière de santé et les aspirations des peuples indiens. Le programme offre ainsi cinq cours de sciences de la santé destinés aux Indiens. Ces cours ont été conçus en fonction de deux objectifs spécifiques. Le premier est de transmettre aux étudiants des renseignements sur le système de soins de santé tel qu'il s'applique actuellement aux autochtones. Le deuxième est d'améliorer la compréhension qu'ont les étudiants du fondement des pratiques traditionnelles chez les peuples autochtones des Amériques: état de bien-être, de malaise et de plénitude. On insiste également sur la philosophie religieuse traditionnelle et sur les pratiques autochtones qui découlent de l'interaction avec les non-autochtones. Les étudiants voient comment ces changements ont touché la pratique actuelle de la religion et de la guérison.

Toutefois, le principal objectif du programme est d'offrir des cours de niveau universitaire préprofessionnel de première et de deuxième année qui permettront aux étudiants de satisfaire aux critères d'admission des programmes d'enseignement postsecondaire en sciences de la santé et d'obtenir des crédits reconnus par ces programmes. Les responsables de l'IHCP avaient le choix de permettre à leurs étudiants de suivre les cours de mathématiques et de sciences de l'université ou d'offrir leurs propres cours dans ces domaines. Les étudiants avaient de la difficulté à s'adapter au grand nombre d'élèves qui composent les classes de mathématiques et de sciences de l'université. C'est pourquoi le département des sciences a été créé au SIFC. Les programmes qu'il offre sont conçus pour aider au maximum les étudiants des premières nations à poursuivre leur formation dans le domaine choisi.

Le département des sciences du SIFC cherche constamment à améliorer la qualité et l'efficacité du programme:

1. En recrutant des professeurs qualifiés et dévoués pour donner les cours de niveau préprofessionnel nécessaires.
2. En prévoyant de petites classes d'introduction aux mathématiques et aux sciences afin d'aider les étudiants débutants.

3. En offrant soutien et enrichissement scolaire aux étudiants faibles en mathématiques et en sciences. Certaines classes se réunissent cinq ou six heures par semaine plutôt que les quatre prévues. Les professeurs sont disposés à consacrer beaucoup de temps aux étudiants après les heures de classe afin de les aider à revoir la matière et à approfondir des notions. Ces contacts informels leur permettent de connaître chacun des étudiants et aident ces derniers à se sentir plus à l'aise en classe.
4. En élaborant un programme qui tient véritablement compte de la réalité et des préoccupations des premières nations.

Nous nous sommes concentrés sur l'enseignement, les solutions et la recherche, en axant celle-ci sur le contenu des programmes. Nous aimerions également insister davantage sur le recrutement, la poursuite des études, le remaniement des cours et l'engagement des premières nations. Par exemple, l'un de nos buts immédiats est de recruter une classe d'environ 25 étudiants et de leur dispenser la formation qui les préparait à la plupart des professions de la santé. Nous croyons que cela permettrait l'établissement d'un climat d'unité et de camaraderie qui n'existe pas actuellement.

Au cours des dernières années, le département des sciences a subi les contrecoups des restrictions budgétaires et manqué de professeurs alors qu'il y a de plus en plus d'inscriptions aux cours d'introduction aux mathématiques et aux sciences dans les différents programmes: préprofessionnel, préparation à l'enseignement secondaire, administration de la santé, etc. Heureusement, l'immense dévouement du personnel de la faculté a permis de maintenir la qualité du programme.

## Les résultats

L'accroissement du nombre d'inscriptions à tous les cours offerts par le département des sciences confirme le succès de l'entreprise. Nous avons constaté une augmentation du nombre d'étudiants des premières nations ayant manifesté le désir et la capacité d'apprendre les mathématiques et les sciences. De nombreux étudiants non indiens se sont inscrits aux cours suivis par les Indiens; ils veulent se familiariser avec la tradition, la culture et les méthodes de guérison des premières nations.

L'expérience que nous avons de l'évolution du programme nous a appris d'importantes leçons. Il n'y a pas vraiment de différence entre les capacités d'apprentissage des étudiants autochtones et non autochtones. En enseignant les mathématiques et les sciences aux étudiants des premières nations, nous avons observé que, lorsqu'on leur en donne la chance et qu'on les y encourage, ceux-ci sont tout aussi capables que les autres de s'y retrouver. Le problème est plutôt dû au fait qu'ils ne sont pas bien préparés et donc peu motivés à embrasser une formation professionnelle nécessitant des connaissances en mathématiques et en sciences.

La promotion de l'éducation passe par la stimulation intellectuelle, morale, sociale et spirituelle des enfants. Il convient d'encourager l'originalité et une saine attitude de questionnement plutôt que le conformisme et une acceptation passive des normes

établies. Une éducation interculturelle et une sensibilisation aux cultures diverses qui coexistent dans notre monde favoriseront la tolérance tout en enrichissant notre bagage de connaissances.

**QUATRE  
INITIATIVES  
SOCIALES  
COMMUNAUTAIRES**



# La bande du Grand Lac Victoria

*Richard Kistabish\**

La bande du Grand Lac Victoria demeure encore aujourd'hui la seule bande autochtone de l'est du Canada non sédentarisée dans une réserve. Sa population habite, au Québec, un territoire bordé au nord par les Abitibis, à l'ouest par les Témiscamingues, au sud par Maniwaki, et à l'est par les Atikamekw. Durant les années 80, pour la nième fois de son histoire, cette communauté a tenu un référendum sur l'admission à un statut de réserve (offerte sur un plateau d'argent par le ministère des Affaires indiennes). Une fois de plus, l'occupation du territoire, le nomadisme et certaines activités traditionnelles ont eu préséance par consensus. Néanmoins, le prix attaché à cette «liberté», ce sont les tracasseries administratives quotidiennes et ad nauseam imposées par les deux paliers de gouvernements.

À la naissance de la Confédération canadienne en 1867, l'agent de la Compagnie de la Baie d'Hudson en poste au Grand Lac Victoria écrivait:

Le Grand Lac est maintenant le poste éloigné le plus rentable de Mingan au lac à la Pluie.

Depuis lors, l'exploitation forestière «sauvage», les barrages hydro-électriques, l'or et le cuivre extraits du ventre de la terre, l'effondrement du marché de la fourrure, la chasse et la pêche par la culture «dominante», tous ces facteurs et bien d'autres ont conduit l'économie du Grand Lac à l'agonie.

---

\* Aide-conseil à la coordination, Grand Lac Victoria.

En parallèle, le paysage socio-sanitaire de cette collectivité s'est aussi détérioré progressivement. À un point tel qu'en 1980, le chef Donat Papatisse a décidé d'administrer une médecine de cheval à tous ces problèmes. Il a fallu d'abord rapatrier au Grand Lac les quelques services déjà en place (représentant en santé communautaire, soins infirmiers) qui étaient gérés par une réserve limitrophe; puis attaquer de front les phénomènes infectieux qui pullulaient dans la communauté: otites, bronchites, pneumonies, tuberculose, parasites intestinaux, etc.

Une équipe multidisciplinaire s'est donc graduellement bâtie: conciergerie, organisation communautaire, entretien ménager, omnipraticiens, pédiatrie, psychiatrie, coordination, agent PNI.AADA, accompagnateur-interprète, agents de liaison en service social et en éducation, agent de prévention sociale. Avec le temps, les praticiens ont souscrit de concert à une philosophie d'approche «systémique» qui s'inspire des techniques de réseau et pourrait désormais faire école en milieu autochtone. Ses prémisses tiennent à l'égalité entre tous les intervenants (la parole de la personne qui passe la vadrouille est aussi importante que celle du médecin), la libre circulation de toute l'information, l'exclusion des actions solo et la sélection judicieuse de chaque nouveau membre par des représentants du Grand Lac.

Entre-temps, les microbes pathogènes étant relativement neutralisés, la population du Grand Lac s'est employée à corriger les lacunes des services sociaux amérindiens, à savoir la séquestration de l'enfant dans un milieu «malade» et l'intervention habituellement in extremis. Une plainte en bonne et due forme déposée devant la Commission de protection des droits de la jeunesse le 15 décembre 1988 a conduit à une enquête en profondeur d'une durée de deux ans. Le rapport a inspiré une intervention ministérielle musclée et la nomination d'un médiateur pour rapprocher les parties en cause. Les services sociaux se sont finalement ralliés à l'équipe multidisciplinaire du Grand Lac et, par surcroît, ont adhéré à sa philosophie de travail. Autre corollaire, des psychopédagogues et un pédopsychiatre se sont joints au réseau de traitement. Chaque enfant a commencé à recevoir l'aide indispensable. Qui plus est, des groupes d'enfants et d'adolescents sont en voie de création afin d'aider à métaboliser la souffrance découlant de services antérieurs.

Durant la période 1988-1992, le portrait global des suites de la violence et des viols est enfin apparu clairement, avec ses dimensions épidémiques. Devant la netteté de l'image, une vaste campagne policière a été déclenchée en mai 1992: les victimes ont dénoncé conjointement les horreurs de leur passé. Une dizaine d'agresseurs sont en ce moment sous les verrous; quelques autres seront traduits en justice dans les prochains mois. Encore là, l'équipe de service dans cette opération psychosociale a eu à s'adapter à l'analyse autochtone du tandem agresseur-agressé. Ainsi, les victimes souhaitent habituellement pour leur agresseur une peine jumelée à une démarche thérapeutique. Elles savent qu'elles auront forcément à côtoyer leur agresseur après sa libération. En outre, un des écueils auxquels se heurte cette dynamique, c'est le sous-financement des thérapies pour les victimes d'agression sexuelle (et autres): les montants alloués ne permettent qu'une cure de quelques mois, la plupart du temps un simple préambule au traitement. On abandonne le patient en pleine intervention

chirurgicale. La situation est d'autant plus paradoxale qu'il est souvent plus facile d'obtenir un traitement convenable pour un agresseur incarcéré.

Certains prétendent qu'une telle approche multidisciplinaire coûte cher. Un coup d'oeil attentif à l'exploitation des richesses naturelles du territoire depuis plus d'un siècle nous montre l'évidence: le grenier du gouvernement canadien s'est longtemps gonflé à bloc à partir des taxes sur le commerce du bois de l'Outaouais supérieur, des fortunes dignes des contes de fée y ont germé et mûri, et l'or jaune coule encore dans les coffres du dominateur. On parle donc de miettes et de menue monnaie pour contrer les séquelles de ce vampirisme.

La libre circulation de l'information est une pierre angulaire du travail en équipe avec la population du Grand Lac. Pour être fonctionnelle, cette diffusion doit se faire par osmose. Par exemple, quand c'est nécessaire, la victime et/ou la femme d'un agresseur emprisonné devraient être éclairées sur l'évolution thérapeutique de celui-ci. Elles se butent aux pièges absurdes de la Loi sur l'accès à l'information et à la prétendue confidentialité. Cette obscurité et ces pannes du courant de la communication donnent naissance à de graves problèmes sociaux. Nous ne pouvons analyser en détail cette question dans ce bref résumé. Toutefois, on ne peut l'escamoter. Ce chemin mène tout droit à un cul-de-sac. Au fond, on parle ici d'examiner les droits individuels par opposition aux droits collectifs. Les lois et les règles du jeu qui encadrent actuellement ces droits sont dictées par la culture dominante. L'équilibre entre l'individuel et le collectif est très bien défini chez les peuples autochtones. C'est le rôle de la Commission royale d'amorcer la réflexion et de proposer une adaptation pertinente du rapport individuel-collectif.

Trois autres recommandations que pourrait retenir la Commission faciliteraient le travail d'équipes multidisciplinaires analogues à celles du Grand Lac. Tout d'abord, par l'entremise de son service de recherche, la Commission pourrait faire toute la lumière sur l'entente de 1966-67 (Santé publique) entre les gouvernements fédéral et provincial en ce qui a trait aux services sociaux amérindiens. Il faut absolument rouvrir cette entente et la moderniser.

Par ailleurs, la Commission pourrait proposer un mécanisme garantissant une véritable collaboration entre les services sociaux, les services de santé et les services judiciaires (probation, prisons, tribunaux, libérations conditionnelles, etc).

Dernier point à souligner, la Commission pourrait ouvrir les yeux des autochtones sur la fréquence troublante du syndrome d'alcoolisme foetal et des syndromes organiques cérébraux secondaires. Et combien d'individus sont porteurs de formes subcliniques qui n'ont jamais été diagnostiquées?

# Métis Child and Family Services

*Caroline Pettifer\**

Nous nous démenons sans arrêt. Nous avons un mandat politique qui nous vient de la nation métisse de l'Alberta. Nous sommes un organisme provincial. Nous n'oeuvrons pas qu'en milieu urbain; nous répondons aux besoins des enfants et des familles métis partout dans la province.

Même si au cours des neuf dernières années nous avons surtout dispensé nos services dans la ville d'Edmonton, nous nous efforçons de fournir ces services à toutes les collectivités de la province. Pour ce faire, il faut que le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral nous autorisent à participer aux décisions qui nous concernent et que des ententes nous permettent de nous consacrer à notre propre travail auprès des collectivités.

Nous avons signé une entente-cadre avec l'Alberta et, plus tard, un protocole d'entente avec les Alberta Family and Social Services. Ces ententes nous permettent de faire de la planification concertée et de prendre des initiatives communes, de discuter de partenariats et de voir avec le gouvernement provincial comment nous pourrions unir nos efforts pour mieux répondre aux besoins des enfants et des familles métis partout dans la province. C'est un processus, aussi, dans lequel nous pourrions être associés de beaucoup plus près avec le gouvernement fédéral.

Je pense qu'il est vraiment important qu'un organisme voué à la prestation de services soit investi d'un mandat politique pour offrir ces services, particulièrement quand il s'agit de conclure des ententes avec la province ou le gouvernement fédéral.

---

\* Présidente de Métis Child and Family Services, organisme qu'elle a fondé il y a neuf ans.

Les ententes actuelles nous obligent à facturer les services rendus, et cela n'est pas bon. Nous n'avons rien à faire d'une association avec les gouvernements fédéral et provincial si les programmes et les orientations sont définis aux paliers administratifs supérieurs de ces gouvernements, sans que nous soyons consultés et que la collectivité métisse ait le moindre mot à dire dans la conception et la mise en place de ces programmes. La question du financement limite vraiment nos possibilités.

Notre organisme a conclu quelque chose comme cinq ententes différentes: une avec la ville d'Edmonton; deux ou trois, je pense, avec la province; et deux avec le gouvernement fédéral. Nous dépensons trop de temps et d'énergie à quémander les fonds dont nous avons besoin pour accomplir notre travail.

Ce que nous voulons, essentiellement, c'est accomplir notre travail auprès des enfants et des familles en adoptant une approche holistique et intégrée. Une bonne partie du travail que nous faisons s'effectue auprès des familles, dans le cadre du système public d'aide à l'enfance et principalement dans le domaine des services de soutien. Le mécanisme de financement en place ne nous permet cependant pas de jouer le rôle que nous voudrions jouer.

À cet égard, je pense que pour arriver à faire modifier des lois ou des règlements, pour amener un gouvernement à changer des choses, il faut avoir des appuis politiques. La politique est ce qui fait changer les choses. Nous sommes donc fermement convaincus que le travail que nous effectuons auprès de nos politiciens et l'appui qu'ils nous donnent en retour sont vraiment cruciaux en ce qu'ils nous donnent les moyens d'influer sur les orientations.

Nous avons bien du mal à nous faire comprendre quand nous voulons obtenir du gouvernement qu'il nous laisse participer aux décisions qui mènent à ces changements.

La collectivité métisse ne manque pas de ressources humaines. Il y a une multitude de gens avec lesquels nous sommes appelés à travailler. Les Métis ont été exposés aux mêmes calamités que les autres autochtones du pays. Beaucoup d'entre nous ont survécu et s'en sont bien sortis, mais nous ne connaissons que trop bien le problème. Nous savons la souffrance qu'éprouvent ces familles et tous les problèmes sociaux qu'elles rencontrent. Je pense que beaucoup d'entre nous, parce que nous sommes passés par là, pouvons comprendre ces familles et partager avec elles nos processus de guérison.

Il est très important de se sentir valorisé et de se reconnaître une identité. La base d'un milieu sain et favorable à l'épanouissement des enfants est une famille qui encadre bien ces derniers et leur donne un sentiment de dignité. Voilà le genre de choses qu'il faut inculquer à nos enfants et à nos familles si nous voulons être une société saine sur le plan physique, psychologique et affectif.

Ce ne sont là que quelques exemples de nos interventions auprès des familles métisses – un aspect de l'approche holistique. Mais, comme je le disais, nous ne pouvons fonctionner d'une façon holistique et intégrée sans le mécanisme de financement que cela suppose.

Si je devais proposer une solution pour l'ensemble du problème, je dirais à tous ces ministères fédéraux que le financement à la pièce n'est pas une bonne façon de procéder. Prenons toutes ces tranches de financement que nous recevons des gouvernements fédéral et provincial et regroupons-les. Signez une entente fédérale-provinciale avec la collectivité métisse et vous verrez que nous saurons trouver nos propres solutions et nos façons bien particulières d'intervenir auprès des enfants et des familles. Et ce sera un succès.

Si vous cherchez une solution, faites participer les Métis aux décisions et faites-le d'une manière qui nous convienne, au lieu de nous imposer les volontés du gouvernement fédéral ou du gouvernement provincial. Donnez-nous la chance de parler et de discuter d'un processus de participation coopérative aux décisions qui nous concernent.

# Développement communautaire, sobriété et suivi post-cure dans la réserve d'Alkali Lake

*Joyce Johnson et Fred Johnson\**

Au printemps 1992, la bande d'Alkali Lake a reçu une aide financière de Santé et Bien-être social Canada, dans le cadre du volet Recherche communautaire du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, pour effectuer des recherches visant principalement à déterminer les facteurs ayant le plus incité les gens d'Alkali Lake à devenir sobres et à le demeurer. Le volet consacré à la recherche quantitative est intitulé «Étude de la sobriété et du suivi post-cure dans la réserve d'Alkali Lake - 1993». On a aussi effectué une étude chronologique distincte des initiatives sociales qui sous-tendent le «mouvement de sobriété» depuis 1972. Les résultats de ces recherches seront publiés et mis à la disposition d'autres collectivités qui sont encore aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou qui n'ont pas encore entrepris de suivi post-cure.

Le problème à combattre est l'alcoolisme, cette maladie contre laquelle la médecine ne connaît pas de remède et qui peut seulement être contrôlée par l'abstinence. Pour lutter efficacement contre ce problème et ses effets, il faut posséder une connaissance approfondie de la maladie. Si elle est si difficile à combattre, c'est simplement parce que très peu de gens la connaissent vraiment bien et savent comment la soigner. Et l'on ne sait presque rien des méthodes de suivi post-cure qui sont essentielles au maintien de la sobriété chez les personnes traitées.

Ce manque de connaissances sur l'alcoolisme transparait dans les statistiques consternantes sur les problèmes sociaux des autochtones. Le taux de suicide chez les jeunes autochtones âgés de 15 à 19 ans est six fois supérieur à la moyenne nationale.

\* Conseillers, programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Conseil de bande d'Alkali Lake (Colombie-Britannique).

Le nombre d'enfants autochtones en traitement et le nombre d'adultes en prison sont aussi six fois supérieurs à la moyenne nationale. Bien que de nombreuses collectivités autochtones aient réalisé d'importants progrès sur la voie du développement social, économique et culturel, il y en a beaucoup d'autres qui demeurent prises au piège de la pauvreté, du désespoir et de l'alcoolisme. C'est pour ces dernières que cette recherche a été effectuée.

En 1985, on a produit un film intitulé *The Honour of All - The Alkali Lake Story*, qui a été vu partout en Amérique du Nord. Depuis, nous recevons régulièrement des appels et des lettres provenant habituellement de personnes qui ont vu le film et chez lesquelles il a fait naître une lueur d'espoir. Elles nous demandent comment nous avons procédé et s'il est possible d'obtenir davantage d'information.

L'étude se divise en deux parties. La première consiste en un bref historique documentant les interventions qui ont permis à Andy et Phyllis Chelsea de transformer la collectivité et qui suit en parallèle les événements relatés dans le film. La deuxième partie porte directement sur l'alcoolisme, c'est-à-dire sur les méthodes que les gens de la réserve ont trouvées utiles pour cesser de boire et demeurer sobres au moyen d'un suivi post-cure. Dans cette étude, on a établi une distinction entre la sobriété (et son maintien au moyen d'un suivi post-cure) et le sevrage proprement dit. «Cesser de boire» et «demeurer sobre» y sont présentés comme deux choses distinctes. Dans le cas de la réserve d'Alkali Lake, la première étape s'est déroulée au niveau communautaire, sous l'autorité du chef de bande et du travailleur social de la bande. La deuxième étape a été franchie au niveau personnel; elle consistait à suivre la thérapie nécessaire pour demeurer sobre. L'expérience menée au lac Alkali a mis en lumière la nécessité de ces deux étapes. Les interventions au niveau communautaire et le suivi post-cure personnel constituent tous deux des éléments essentiels du processus de guérison communautaire.

En se fondant sur l'étude chronologique des méthodes d'intervention utilisées à Alkali Lake depuis 1972 et sur les données recueillies en 1992, on arrive aux conclusions suivantes.

- 1. La confrontation.** La confrontation a été utilisée pour amener les gens à cesser de consommer de l'alcool. Les éléments clés de cette méthode sont la présentation des options, l'ultimatum et le suivi de l'ultimatum. Si les étapes sont correctement suivies, l'ultimatum perd son caractère coercitif et les gens ont le sentiment d'avoir fait le choix eux-mêmes.
- 2. Le suivi post-cure.** À lui seul, le traitement ne suffit pas à garantir la sobriété. De nombreux aspects du suivi post-cure doivent être développés pour faciliter le processus de guérison. En l'absence de ce suivi, les risques de rechute sont élevés, ou la personne sevrée conserve ses comportements d'alcoolique. D'après l'étude chronologique, les cours d'épanouissement personnel offerts depuis 1981 ont contribué à faire franchir aux gens la phase dite du «plateau» et à les débarrasser de leurs comportements d'anciens alcooliques pour les inciter à s'engager dans des programmes individuels de guérison et d'épanouissement personnel. C'est après les ateliers d'épanouissement personnel tenus entre 1981 et 1985 que la

collectivité a atteint un taux de sobriété de 95%. La guérison doit être un processus permanent et intensif et se faire à l'intérieur de la collectivité.

3. *L'alcool et l'aide psychosociale individualisée.* Si l'on en juge par l'efficacité de la méthode de confrontation et le succès des initiatives de suivi post-cure à Alkali Lake, il appert que les intervenants sociaux devraient recevoir une plus grande formation en traitement de l'alcoolisme et apprendre à travailler efficacement avec des clients alcooliques. Les recherches révèlent que les clients alcooliques et les collectivités aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ne sont pas des «cas désespérés»: ils peuvent être favorablement influencés par les incitatifs à la sobriété, les interventions structurées et les ressources de guérison et de suivi.
4. *Le soutien familial.* Les statistiques ont montré que le soutien de leur famille est le facteur qui a le plus influé sur la décision des gens de cesser de boire. Il est donc recommandé que les travailleurs sociaux acquièrent une plus grande formation en théorie des systèmes (famille) et une meilleure compréhension des modèles holistiques (cercle d'influences).
5. *Le soutien spirituel.* L'étude chronologique a révélé qu'il n'y avait pratiquement plus de cérémonies spirituelles autochtones vers la fin des années 70. On estime toutefois que près de la moitié de la population adulte (environ 100 personnes) participe aujourd'hui à des rites traditionnels comme la suerie et la cérémonie du calumet. Au cours des 15 dernières années, la pratique des rites spirituels a été ravivée et réapprise à dessein à Alkali Lake. On peut en conclure que ce genre d'intervention planifiée pour raviver et réapprendre les rites spirituels autochtones a joué un rôle important et considérable dans le rétablissement de la collectivité d'Alkali Lake.

## Résumé des constatations

### Question 1.

Par quels moyens êtes-vous devenu(e) sobre?

- Le «soutien familial» (25 % de toutes les réponses) et les «ateliers d'épanouissement personnel» (20 %) ont été les deux principaux moyens utilisés pour cesser de boire. Les «centres de traitement» (12 %) et les «réunions des AA» (11 %) ont aussi été mentionnés.

### Question 2.

Quels ont été les moyens les plus efficaces?

- Les facteurs qui ont le plus aidé dans les méthodes utilisées pour arrêter de boire ont été la «volonté personnelle» (24 %) et la «famille» (17 %).

### Question 3.

Pourquoi?

- Les principales raisons mentionnées ont été le «soutien spirituel» (28 %) et le «soutien familial» (23%).

### Question 4.

Quel événement ou facteur important vous a incité(e) à devenir sobre?

- Les principales raisons mentionnées ont été la «famille» (48 % de toutes les réponses) et un «facteur spirituel» (31%).

### Question 5.

Qu'est-ce qui vous a aidé(e) à demeurer sobre?

- Les facteurs le plus souvent mentionnés ont été le «soutien spirituel» (25 %, y compris les réunions des AA et les sueries) et les «groupes de soutien» autres que les AA (18 %).

### Question 6.

Quels ont été les facteurs les plus efficaces pendant votre programme de suivi?

- Les facteurs le plus souvent mentionnés ont été le «soutien spirituel» (34 %, y compris les AA et les sueries) et les «groupes de soutien» autres que les AA (19 %).

# Un modèle pour la prestation des services de santé et des services sociaux au peuple atikamekw: théorie, pratique et nécessité

*Louis Hanrahan\**

Cet article décrit brièvement un modèle de prestation de services communautaires destiné à faciliter une démarche intégrée à l'égard des services de santé et des services sociaux dans trois collectivités atikamekw du centre du Québec.

En 1983-1984, peu après s'être regroupées sous une nouvelle association cadre appelée Atikamekw Sipi, les trois bandes atikamekw – les Manawan, les Wemotaci et les Opiticiwan – ont annoncé leur intention de prendre en charge la prestation des services sociaux au peuple atikamekw.

Les bandes ont adopté des règlements administratifs leur accordant le pouvoir de fournir tous les services sociaux aux habitants des trois collectivités. Ce pouvoir a ensuite été cédé à Atikamekw Sipi. Les Atikamekw exerçaient ce qu'ils considéraient comme leur pouvoir légitime. Par conséquent, ils n'ont signé aucune entente avec les autorités provinciales à quelque niveau que ce soit, même dans le cas des services législatifs touchant la protection de la jeunesse et les jeunes contrevenants.

Les Atikamekw ont pu acquérir les fonds nécessaires à la prestation des services sociaux dans le cadre d'une entente conclue avec les autorités locales du MAINC. Cette entente prévoyait le transfert à Atikamekw Sipi de tous les fonds pour les services sociaux fournis aux clients atikamekw. Avant la prise en charge des services sociaux, des accords étaient intervenus entre les bandes individuelles et Santé nationale et Bien-être social Canada pour financer la mise en oeuvre, notamment, du Programme

---

\* Ancien directeur des Services de santé et des services sociaux, Conseil de la nation atikamekw.

national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et du Programme de représentants de la santé communautaire. La responsabilité de ces programmes a été transférée ultérieurement à Atikamekw Sipi.

Le financement initial a permis de constituer une équipe de 12 personnes, qui comprenait sept travailleurs communautaires et un personnel de supervision professionnel. Des bureaux ont été établis dans chacune des trois collectivités ainsi que dans deux villes voisines. Les services initiaux étaient fournis par des bénévoles qui s'appliquaient à régler les problèmes sociaux. Ils devaient aussi, inévitablement, recevoir les plaintes liées à la protection de la jeunesse, assurer le suivi de ces plaintes, et diriger les clients vers des services extérieurs, au besoin. À l'arrivée des travailleurs de la santé, une démarche multidisciplinaire intégrée a été élaborée.

### **Une démarche intégrée**

Outre les mesures adoptées en vue d'obtenir les fonds et les compétences nécessaires, des efforts ont été consacrés à la mise sur pied d'un modèle de prestation de services qui tiendrait mieux compte de la culture, de la situation et des besoins de la population atikamekw. Ce modèle se fondait sur les principes voulant qu'aider les collectivités n'était pas seulement une responsabilité professionnelle mais aussi une responsabilité collective, que toutes les personnes chargées de responsabilités particulières concernant le développement des collectivités devaient travailler ensemble et avec la collectivité et, enfin, que les collectivités possédaient les ressources requises pour régler la plupart de leurs problèmes. Ces principes reposaient sur l'hypothèse selon laquelle les Atikamekw avaient le droit de faire les choses comme ils l'entendaient, de commettre leurs propres erreurs et, particulièrement, d'établir leurs propres priorités. Il était aussi compris que les soins de santé et les services sociaux fournis aux Atikamekw seraient à l'abri de toute ingérence politique.

### ***La prise de décisions***

De façon à assurer la participation de la collectivité au processus décisionnel, des comités responsables des soins de santé et des services sociaux ont été créés dans chaque collectivité. Ces comités devaient être liés au conseil de bande, qui en nommeraient les membres, et ils devaient conseiller celui-ci au sujet des services de santé et des services sociaux. Ils devaient aussi conseiller les organismes de santé et de services sociaux au sujet des besoins et leur donner des avis concernant les services fournis. Le projet initial d'inclure systématiquement ces comités dans la planification du travail et la prise de décisions n'a jamais été mis en oeuvre.

### ***La responsabilisation***

Les services de santé et les services sociaux atikamekw devaient rendre des comptes au conseil d'administration d'Atikamekw Sipi, qui était essentiellement constitué des chefs élus; ils devaient aussi rendre des comptes aux conseils de bande individuels par l'entremise de leurs comités locaux de santé et de services sociaux. On espérait à

l'origine que des comptes seraient rendus au conseil d'administration d'Atikamekw Sipi par l'entremise d'un conseil national de la santé et des services sociaux qui se familiariserait avec les soins de santé et les services sociaux, et suivrait de plus près les activités en cette matière. Cela n'a jamais été fait.

### *Le financement*

En principe, les fonds auraient été gérés globalement comme le prévoyait le modèle de travail. Cependant, cela s'est avéré impossible à cause du grand nombre d'organismes et de programmes de financement (à l'échelle tant fédérale que provinciale) et des conditions variées, voire contradictoires, qu'ils imposaient.

### *La prestation de services*

L'équipe multidisciplinaire constituait la pierre angulaire de la démarche adoptée.

### *Une démarche intégrée*

La démarche intégrée visait à faire en sorte que des efforts concertés soient déployés en vue de la prévention et du règlement des problèmes; elle fonctionnait à plusieurs niveaux à la fois. Elle englobait la planification multidisciplinaire, la discussion des cas, et l'intervention. Elle permettait d'apporter des réponses spécifiques à des problèmes précis.

L'un des aspects les plus intéressants de cette démarche, c'est qu'elle permettait, au besoin, un échange de responsabilités entre travailleurs. En d'autres termes, un représentant de la santé communautaire pouvait s'occuper d'un cas de protection de la jeunesse si le client le préférait ou s'il existait une possibilité de conflit d'intérêts. Le caractère interchangeable des rôles a aussi facilité la mise sur pied d'un service social d'urgence fonctionnant 24 heures par jour.

### *Le profil professionnel*

Ayant jugé que le modèle du professionnel hautement spécialisé qui vous «guérit» ne convenait pas au contexte atikamekw, on a décidé de faire appel à des travailleurs communautaires dont le développement communautaire serait le domaine de spécialisation commun. Ces travailleurs auraient en plus des connaissances partielles d'un autre domaine d'activité. On espérait éviter ainsi toute jalousie et ségrégation professionnelles.

### *La formation*

Il ne s'ensuit pas que les travailleurs communautaires ne devaient pas être formés. Bien au contraire, un programme universitaire innovateur a été spécifiquement établi pour appuyer cette démarche intégrée axée sur les professions. Il s'agissait d'un programme de travail-études de trois ans menant à l'obtention du baccalauréat. Bien qu'accrédité par l'Université du Québec à Chicoutimi, il était dirigé par l'Institut éducatif et culturel atikamekw-montagnais qui établissait le programme et

embauchait les instructeurs. Le programme d'études s'articulait autour d'un programme de développement communautaire en milieu autochtone qui occupait toute la première année et des périodes décroissantes des deuxième et troisième années. Des cours spécialisés en travail social, en santé communautaire et en prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie complétaient le programme d'études des deuxième et troisième années.

### **La clientèle**

Essentiellement, même si les interventions doivent souvent s'adresser à des personnes spécifiques, l'équipe chargée des services de santé et des services sociaux devait situer ses clients dans un contexte aussi vaste que possible. Ses centres d'intérêt préférés étaient donc la collectivité, la famille étendue et la famille nucléaire.

### **Les obstacles pratiques**

Il est évident que la mise en oeuvre complète d'un modèle comme celui décrit ci-dessus aurait nécessité un contrôle étroit de tous les aspects (juridiques, financiers et professionnels) de la gestion des services de santé et des services sociaux. En fait, cela aurait exigé la prise en charge complète d'un domaine de compétence, ce qui, évidemment, n'a jamais été envisagé. D'autres facteurs ont aussi entravé la mise en oeuvre du modèle.

### ***Le respect des exigences juridiques provinciales***

Avant 1988, les travailleurs atikamekw faisaient appel au système judiciaire seulement en cas de stricte nécessité, et les exigences juridiques étaient respectées au cas par cas, avec toute la flexibilité permise par la loi. Tous les autres cas étaient traités volontairement.

En 1988, le MAINC a exercé ses pouvoirs financiers pour imposer la signature d'ententes avec les organismes de services sociaux au niveau provincial, ce qui a fait de l'organisme atikamekw le pupille des deux organismes provinciaux avec qui il avait jusque-là traité sur un pied d'égalité. Cette situation a effrité l'autonomie des travailleurs atikamekw. De plus, ce problème est actuellement exacerbé par l'adoption récente au Québec de strictes lignes directrices gouvernementales visant à réduire les listes d'attente et entraînant la production de plusieurs rapports. Cette mesure a eu l'effet malencontreux de diminuer la productivité des travailleurs atikamekw même si les listes d'attente n'ont jamais été un problème pour eux. Malheureusement, les ententes de 1988 ont facilité le recours aux tribunaux par les travailleurs atikamekw. Le nombre de cas portés devant les tribunaux et de jeunes gens placés dans des établissements extérieurs et des foyers nourriciers a nettement augmenté.

## ***La rigidité de la Loi sur la protection de la jeunesse***

Même si les groupes autochtones doivent se conformer à la *Loi sur la protection de la jeunesse* et si les différences culturelles sont très évidentes, aucun effort n'a été fait pour adapter cette loi à la réalité autochtone.

## ***La gravité et la fréquence des problèmes***

La gravité et la fréquence des problèmes constituaient une entrave constante. Le nombre de cas était toujours très élevé et certains problèmes étaient trop graves pour être confiés à un personnel qui n'était que partiellement spécialisé.

## ***Les limites du modèle***

Les limites sont, entre autres, un éventail assez restreint de compétences professionnelles et, en fin de compte, le peu de spécialistes auxquels les clients ont accès. De plus, sans l'intervention de l'appareil judiciaire, le niveau de pouvoir officieusement conféré à quelques travailleurs individuels sur les destinées de certaines familles deviendrait inacceptable. Il est important, par conséquent, qu'un tel modèle soit lié à la mise en place d'une autorité judiciaire locale.

## ***L'absence d'objectifs clairs sur le plan de la santé***

Cette démarche aurait été grandement facilitée si des objectifs en matière de santé individuelle et communautaire avaient été établis et partagés avec la population.

## ***Les limites du personnel***

Plusieurs travailleurs avaient des problèmes personnels qui, parfois, influaient sur leur travail et sur la perception que le public avait d'eux. Cela, évidemment, limitait leur efficacité professionnelle.

## ***Les limites financières***

D'une part, l'organisme était insuffisamment financé étant donné le nombre de services qu'il devait fournir et, d'autre part, il était tenu de respecter des conditions trop rigides. Des facteurs dus aux limites financières influent aussi sur la prestation des services, comme la charge de travail très lourde et la fatigue professionnelle. Qui plus est, le manque de fonds restreignait notre capacité de superviser et de soutenir les travailleurs à l'échelle locale.

## ***Des occasions de formation limitées***

Quoique le programme de formation décrit ci-dessus ait été un franc succès, il n'a pu être établi de façon permanente à cause des règlements universitaires et il a dû être annulé.

### **La faible priorité des soins de santé et des services sociaux**

Une fois qu'une prise en charge partielle (administrative) des services de santé et des services sociaux a été réalisée, les autorités atikamékw à l'échelle nationale et à l'échelle locale ont eu tendance à attribuer une priorité assez faible à ces services.

### **Les éléments favorables**

Malgré toutes les difficultés énoncées ci-dessus, un certain degré de succès a été manifestement atteint grâce, en grande partie, aux facteurs suivants.

#### *Le dévouement du personnel*

L'esprit d'équipe était excellent et l'appui aux membres qui subissaient des revers momentanés ne s'est jamais démenti. La contribution du personnel des soins de santé et des services sociaux à tous les niveaux de la collectivité, à titre de travailleurs bénévoles et de représentants élus, constitue un autre facteur très important.

#### *La souplesse relative des représentants provinciaux*

Les fonctionnaires provinciaux avec qui les arrangements officieux et officiels ont été faits étaient, pour la plupart, disposés à accepter les interprétations les plus souples possible des lois et des procédures.

### **Conclusion**

Malgré les difficultés énumérées plus haut, le modèle de travail a été mis en oeuvre avec succès. Des progrès importants ont pu être accomplis même si, sur le plan individuel et sur le plan communautaire, il y a eu beaucoup de hauts et de bas et qu'il reste beaucoup à faire. Il est néanmoins possible de cerner les facteurs spécifiques qui amélioreraient grandement le fonctionnement et les résultats de ce que nous avons appelé la démarche intégrée.

- Les programmes devraient être centrés sur des objectifs clairs, établis après une analyse des besoins et la consultation de la collectivité.
- Le modèle est plus facilement applicable dans le contexte d'une autonomie complète qui comprend au moins les pouvoirs judiciaires pertinents.
- Il serait préférable de regrouper les fonds des services de santé et ceux des services sociaux dans un seul budget.
- L'équipe intégrée de base devrait être soutenue par des professionnels spécialisés facilement accessibles.
- Des efforts devraient être déployés en vue d'encourager les jeunes à poursuivre leurs études dans des domaines connexes pour assurer la relève, sans qu'on ait à compter exclusivement sur des programmes de formation spéciaux.

**QUATRE  
INITIATIVES  
MÉDICALES  
COMMUNAUTAIRES**



# Le centre Inuulitsivik et son projet de maternité

*Aani Tuluguk\**

Le centre Inuulitsivik a été constitué en 1982, conformément au mandat énoncé au chapitre 15 de la Convention de la Baie James et du Nord québécois. Il a d'abord pris la relève du gouvernement fédéral pour la gestion des dispensaires de sept collectivités de la région de la baie d'Hudson dans le Nunavik (Nouveau Québec). Ont ensuite été ajoutés les mandats de centre hospitalier, de centre de services sociaux et, plus tard, de centre de santé communautaire. Nous sommes donc réellement un organisme multiservices où l'accent est mis sur l'approche multidisciplinaire des interventions médicales aussi bien que sociales.

Le conseil d'administration d'Inuulitsivik est composé principalement de représentants élus: un pour chacun des sept villages et quatre parmi le personnel. Habituellement, les élections ont lieu tous les trois ans et le mandat des membres du conseil d'administration est renouvelable. Comme tous les autres établissements de santé publique et de services sociaux du Québec, notre centre est doté d'un budget de base global auquel se greffent des fonds particuliers – distribués par l'entremise du conseil régional – provenant de certains programmes. Ces fonds ont été accrus au cours des dernières années étant donné que le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise maintenant ce genre de démarche. Les programmes de soins à domicile et de santé mentale en sont des exemples.

Le projet de maternité a été élaboré au moment où s'effectuait la construction de l'hôpital de 25 lits, en 1985-1986. Avec l'appui de l'Association des femmes autochtones, une tournée des collectivités a été organisée dans le but de connaître le point

---

\* Inuulitsivik Hospital and Social Services Centre, Povungnituk (Québec).

de vue de la population à l'égard des services de maternité. Les gens se sont alors montrés très favorables:

- au retour des accouchements dans la collectivité;
- à la participation du personnel autochtone à la prestation de services périnataux sans compromettre la sécurité et la qualité des soins.

Nous avons choisi de mettre au point un projet d'établissement de maternité à Povungnituk en nous servant des ressources affectées au nouvel hôpital, mais en suivant un modèle de travail qui pourrait plus tard être exportable dans d'autres collectivités. Les sages-femmes inuit seraient formées sur les lieux et deviendraient ensuite les principales dispensatrices de soins, de concert avec nos médecins et notre personnel infirmier.

Les sages-femmes sont des membres actifs du Council of Physicians, Dentists, Pharmacists and Midwives (CPDPM), un organisme consultatif qui seconde le conseil d'administration et qui s'occupe des questions touchant la qualité des soins à l'intérieur de l'établissement. Le comité périnatal, présidé par une sage-femme, se réunit toutes les semaines pour examiner les dossiers qui lui sont confiés et pour faire des recommandations ayant trait à l'évaluation des risques, au lieu de l'accouchement et au plan de soins périnataux. Il a également élaboré des lignes directrices et des protocoles de pratique au nom du CPDPM dans le domaine de la périnatalité. Plus de 775 accouchements ont été pratiqués à Povungnituk depuis le début du programme, en octobre 1986. En outre, depuis juillet 1991, des droits d'exercice complets ont été accordés à une sage-femme inuit et nous pouvons dire sans crainte de nous tromper que près du tiers des accouchements sont maintenant pratiqués entièrement par du personnel local. En ce moment, trois autres femmes inuit suivent notre cours de formation.

Le centre attend des nouvelles du ministère pour ce qui est de la construction, à Inukjuak, d'un nouveau dispensaire assez spacieux pour offrir des services de maternité. Des plans ont été élaborés pour la réalisation d'un projet semblable à Salluit, une collectivité d'environ 900 personnes.

Grâce à notre centre de santé, nous disposons de tous les outils nécessaires pour faire participer les autochtones à la prestation de services dans leur milieu. Ce dont nous avons maintenant besoin, c'est d'une plus grande ouverture d'esprit et de plus de souplesse de la part des corporations professionnelles, du législateur et des responsables du système scolaire pour que soit donnée davantage de formation ou encore la majeure partie de celle-ci dans le Grand Nord au moyen des ressources professionnelles déjà disponibles. Il serait également utile de faire tomber les barrières interprovinciales à la mobilité professionnelle (un problème plus marqué au Québec), ce qui nous donnerait la possibilité de recruter des gens ayant des compétences et un intérêt particuliers à l'égard de ce processus. À notre avis, nous avons été en mesure de bien former des sages-femmes (de même que des techniciens en audiologie - un autre de nos projets); nous pensons donc que nous pourrions former tout aussi efficacement des techniciens en radiologie, en laboratoire et en soins dentaires, ainsi que des documentalistes et du personnel infirmier.

# Anishnawbe Health

*Priscilla George et Barbra Nabwegabbow\**

Anishnawbe Health est un centre de santé du centre-ville de Toronto qui offre plusieurs types de services en tenant compte de la spécificité culturelle des autochtones. Il a ouvert ses portes en 1989. Constitué en société sans but lucratif, il est régi par un conseil d'administration de neuf membres autochtones élus par la communauté autochtone. Il comprend 30 employés, dont un personnel administratif, des travailleurs de rue, des conseillers, un éducateur qui sensibilise les gens au sida, des infirmières, des médecins, des commis et d'autres travailleurs.

Le financement de base est fourni par le ministère de la Santé de l'Ontario, et des projets ponctuels sont financés par la ville de Toronto et d'autres ministères provinciaux. Le gouvernement fédéral ne nous donne absolument rien pour nous aider à répondre aux besoins de notre communauté.

La population desservie par Anishnawbe Health est nombreuse, diversifiée et répartie sur un vaste territoire. On estime que la communauté autochtone de Toronto compte entre 50 000 et 70 000 personnes. Bon nombre de nations autochtones du Canada y sont représentées: Okanagans, Micmacs, Cris, Ojibwas, Mohawks, Métis et Inuit, pour n'en nommer que quelques-unes. Nos patients proviennent de tous les milieux: on trouve parmi eux des sans-abri et des gens plus à l'aise. Certains sont nés à Toronto, d'autres y habitent depuis longtemps, un grand nombre sont de nouveaux venus et d'autres encore ne font que passer. Notre clientèle comprend aussi des personnes qui font régulièrement la navette entre leur collectivité et Toronto pour participer à nos programmes.

\* Respectivement présidente et directrice exécutive du centre Anishnawbe Health, Toronto.

Cependant, les personnes qui font appel à nos services ont un trait en commun: elles cherchent à affirmer leur identité autochtone et à se retrouver dans la communauté autochtone. Elles souffrent de l'oppression dont les autochtones sont victimes depuis trop longtemps, et leur souffrance est à la fois mentale, affective, spirituelle et physique.

Pour guérir ses clients et les remettre en possession de leurs moyens, Anishnawbe Health procède de deux façons:

- Il les aide à comprendre leur histoire en tant qu'autochtones – notre situation politique, sociale et économique;
- Il les aide à apprendre nos méthodes traditionnelles en leur donnant accès à des cérémonies, à des anciens, à des guérisseurs traditionnels, à des enseignements, etc.

Pour Anishnawbe Health, tenir compte de la spécificité culturelle des autochtones signifie privilégier les méthodes de guérison traditionnelles, notamment les guérisseurs. Les médecins occidentaux ne jouent qu'un rôle accessoire, consistant par exemple à soutenir ou à aider nos guérisseurs.

Des guérisseurs, des anciens et des enseignants traditionnels visitent régulièrement Anishnawbe Health. L'intérêt de la communauté pour la guérison traditionnelle est phénoménal. D'une part, c'est une guérison économique parce qu'elle ne comporte ni séjour à l'hôpital, ni intervention chirurgicale, ni médicament d'ordonnance, ni batterie de tests, ni renvoi à des spécialistes aux honoraires exorbitants. La guérison traditionnelle est très salubre pour le patient et sa famille puisqu'elle leur permet de participer activement à leur propre guérison, en cueillant des herbes ou en préparant des remèdes, par exemple.

Voici trois grandes difficultés que nous rencontrons:

- La pénurie de guérisseurs et d'enseignants traditionnels ainsi que d'anciens qui sont dignes de confiance et qui sont disposés à se rendre dans un grand centre urbain comme Toronto pour travailler avec nos gens;
- Le peu d'importance accordée à la guérison traditionnelle par des organismes gouvernementaux comme le ministère de la Santé de l'Ontario et la Direction générale des services médicaux, si l'on en juge par les ressources financières qu'ils mettent à notre disposition; ainsi, nous avons un budget annuel de près de 300 000 \$ pour les médecins tandis qu'on nous alloue seulement 45 000 \$ pour notre programme de guérison. La Direction générale des services médicaux continue de rejeter toutes nos demandes d'aide financière pour faire venir des guérisseurs à notre centre;
- Nos gens ont été si meurtris par le processus de colonisation qu'ils sont craintifs ou incrédules devant nos guérisseurs et nos méthodes de guérison.

Étant donné que nous sommes un centre de santé urbain, la question la plus pressante est celle de la reconnaissance de la responsabilité fédérale à l'égard des premières nations vivant hors réserve. Nos propres dirigeants politiques doivent voir à ce que cette question soit inscrite à l'ordre du jour. Ceux d'entre nous qui vivent

en milieu urbain ont toujours été oubliés lors des négociations politiques. Nous avons parfois l'impression que nos droits ont été bafoués en échange de concessions pour nos frères et soeurs des réserves. Cependant, comme eux, nous devons aussi faire valoir nos droits ancestraux de façon à recouvrer notre santé politique, sociale et économique.

# L'expérience des Mohawks de Kahnawake: la prise en charge de nos propres services de santé

*Keith Leclaire\**

Les Mohawks de Kahnawake présentent le centre hospitalier Kateri Memorial (Kateri Memorial Hospital Centre), une initiative médicale communautaire. Ils font l'histoire du centre hospitalier, qui existe depuis 1905, et rappellent notamment la lutte menée par la collectivité en 1955 pour le garder ouvert, au moment où sa fermeture semblait imminente. Il est également question des événements de 1980 qui ont mené à la construction des nouvelles installations.

On parle de l'élaboration d'une entente entre nations, de la poursuite du développement d'un établissement non constitué en société par la collectivité et de la nécessité de rendre des comptes à cette collectivité dans le cadre d'une structure régionale de la santé.

Il est question de la nécessité de confier la responsabilité de la santé des premières nations au gouvernement fédéral, et de la position du centre hospitalier selon laquelle le gouvernement fédéral devrait céder à la province le financement des soins de santé en vertu du financement des programmes établis et du Régime d'assistance publique du Canada.

On aborde la question de l'initiative de transfert aux Indiens des programmes de santé de Santé et Bien-être social Canada. Les responsables du centre hospitalier et les Mohawks de Kahnawake considèrent que ce processus revient simplement à permettre aux premières nations de prendre en charge des programmes dans le respect

\* Directeur de l'administration au Kateri Memorial Hospital Centre, Kahnawake (Québec).

de certaines politiques et de certains règlements. Bref, l'initiative de Santé et Bien-être social Canada permet aux autorités administratives de transférer l'argent d'un programme à un autre. Le contrôle réel des services de santé n'est toutefois pas cédé.

On souligne les facteurs contribuant à la bonne administration du centre hospitalier. En résumé, ces facteurs sont les suivants: une gestion participative, l'élaboration d'un énoncé de mission, d'une philosophie, de buts et d'objectifs aux divers niveaux, une bonne communication entre les 130 employés et les 12 départements, et l'importance accordée au perfectionnement du personnel.

Diverses suggestions sont faites dans le but de permettre à d'autres collectivités de tirer parti de l'expérience du centre hospitalier Kateri Memorial.

- Mener une action politique au niveau de la collectivité, là où il n'y en a pas.
- Trouver des gens qui défendront la cause des Indiens et qui traiteront avec les administrations fédérale et provinciale, et soutenir ces gens.
- Renforcer les compétences de la collectivité, particulièrement pour que celle-ci s'affirme auprès des gouvernements et qu'elle sache planifier la formation, les compétences et l'évaluation.
- Faire savoir aux planificateurs que vous êtes obligés de faire le nécessaire pour atteindre vos buts et que vous êtes disposés à le faire.

Pour réussir, les planificateurs de la collectivité doivent se poser les questions suivantes.

- Qu'est-ce qui est réalisable et qu'est-ce qui ne l'est pas? Les attentes irréalistes mènent à l'échec, ce qui ne constitue pas une base solide pour l'avenir.
- Les ressources humaines répondent-elles aux besoins organisationnels? Si les besoins évoluent, avons-nous les ressources nécessaires pour nous adapter?
- Disposons-nous de l'espace nécessaire pour être productifs? Le déménagement du centre hospitalier Kateri Memorial dans un nouvel immeuble en 1986 a entraîné un accroissement de la fréquentation en clinique externe.
- Avons-nous examiné la possibilité d'établir un organisme de collecte de fonds? La Kateri Hospital Foundation a été mise sur pied il y a deux ans parce que le centre hospitalier avait besoin de se financer à l'extérieur de la collectivité.

En conclusion, le présentateur affirme qu'il est clair que l'évolution du centre hospitalier a été longue, lente et parfois très frustrante. Tout comme il y a un temps pour rire et un temps pour pleurer, il doit y avoir un équilibre entre les périodes difficiles et les périodes plus heureuses.

# L'expérience nuu-chah-nulth: la lutte des peuples de la côte ouest pour reprendre leur santé en main

*Richard Watt et Simon Read\**

Cet exposé porte sur des changements qui se sont amorcés il y a plus de 200 ans et qui se poursuivent encore aujourd'hui.

Il y a trois siècles, les nations nuu-chah-nulth comptaient des dizaines de milliers de personnes qui jouissaient d'une bonne santé et connaissaient une certaine indépendance économique; puis, la colonisation aidant, ils se sont retrouvés quelques milliers seulement, et voilà maintenant qu'ils s'apprêtent à récupérer leur autonomie gouvernementale.

Jamais les *hawi'i* (chefs héréditaires) n'ont conclu de traités définissant les conditions de la coexistence avec l'envahisseur.

Le conseil tribal nuu-chah-nulth travaille depuis une trentaine d'années à restaurer l'autonomie gouvernementale au moyen d'une stratégie en deux volets: le premier, c'est le processus constitutionnel et politique qui aboutira à la conclusion des premiers traités de gouvernement à gouvernement pour les nations nuu-chah-nulth, et le second, qui est de toute évidence provisoire, c'est la prise en charge la plus grande possible de tous les services gouvernementaux existants.

Pour ce qui est de la prise en charge des programmes, le conseil de santé nuu-chah-nulth s'est attaché à trois grandes questions:

- la nécessité de remédier aux effets de cinq générations de gouvernement colonial, qui vont des tentatives de suicide à la pénurie de personnel de la santé bien formé sur le plan professionnel et sur le plan culturel;

---

\* Conseil de santé nuu-chah-nulth, Port Alberni (Colombie-Britannique).

- la nécessité de reconstituer le système nuu-chah-nulth de bien-être à partir des fragments qui se sont conservés de génération en génération, afin d'échapper à la dépendance à l'égard des traitements médicaux;
- la somme immense d'efforts déployés pour créer une démarche holistique à partir de tout un assortiment de programmes et de sources de financement ayant chacun des objectifs et exigences qui ne concordent pas toujours.

La notion holistique de bien-être qui sous-tend les termes *tblim?uxtib* et *esabk* est décrite dans l'exposé, ainsi que les effets que la colonisation et l'institutionnalisation ont pu avoir sur elle.

Le transfert administratif des services de santé aux nations nuu-chah-nulth est replacé dans le contexte d'une participation accrue à la prestation des services depuis le début des années 70 ainsi que d'une évolution qui se poursuit aujourd'hui encore.

Sont également décrits les efforts tentés pour former des «fournisseurs de soins de santé», restaurer le bien-être mental et régler les problèmes de financement et de partage des compétences.

Les questions qu'il faut régler à court terme sont le contrôle des prestations de santé non assurées, l'amélioration des services aux membres vivant en milieu urbain, la prestation de soins personnels à domicile, le suivi des questions concernant les pensionnats, l'augmentation du financement provenant du régime provincial d'assurance-maladie et l'augmentation du nombre de services de santé et de services sociaux basés sur le modèle traditionnel de la responsabilité familiale.

À long terme, nous espérons avoir un gouvernement nuu-chah-nulth doté de ressources suffisantes et assurées. Nous pensons que cela se fera par les négociations entreprises sous l'égide de la British Columbia Treaty Commission. Nous exprimons l'avis qu'il faudrait tenir compte, dans les mesures provisoires, de la réparation des dommages causés par cent ans d'efforts en vue d'anéantir notre culture.

L'antagonisme qui caractérise l'actuel système de justice pénale nous empêche de venir à bout des problèmes de violence familiale dans nos collectivités. Nous pensons qu'il faut remettre en vigueur les systèmes traditionnels qui assuraient l'équilibre au sein de la collectivité, et adopter des lois fondées sur les valeurs traditionnelles.

Le conseil tribal nuu-chah-nulth a amorcé un changement en profondeur dans le cadre duquel les services de santé et les services sociaux jouent un rôle prépondérant. Le changement continuera de s'opérer rapidement, et le rôle des services de santé et des services sociaux évoluera en conséquence. Nous entrevoyons, à l'issue de ce changement, la naissance d'une génération de collectivités ayant leur santé bien en main et capables de subvenir à leurs propres besoins.



## ALLOCUTIONS



# L'alimentation et l'environnement holistique des peuples autochtones dans le monde

*Harriet V. Kuhnlein\**

Cet exposé a commencé par une série de diapositives qui avaient pour objet de rappeler à l'auditoire la richesse et la beauté de l'alimentation traditionnelle des peuples autochtones. La conférencière a expliqué les aliments présentés et précisé les régions dont ils provenaient. Elle a insisté sur les quatre grandes fonctions que les aliments autochtones et un régime complètement constitué de ces aliments remplissent auprès des peuples autochtones:

- La nourriture est le pivot de la culture et du bien-être personnel.
- La nourriture est le lien direct entre l'environnement et la santé humaine. C'est la voie par laquelle un environnement sain peut répondre aux besoins nutritifs et apporter un sentiment d'appartenance et de bien-être.
- La nourriture est un indicateur culturel important.
- La nourriture est un agent essentiel à la promotion de la santé et de la culture holistiques.

## **La disparition progressive de l'alimentation traditionnelle**

Il devient de plus en plus évident que l'alimentation traditionnelle des peuples autochtones connaît un déclin dans le monde entier. Pour diverses raisons et à cause de facteurs externes, les autochtones délaissent les aliments naturels issus de leur environnement local au profit des aliments modernes répandus par l'industrialisation.

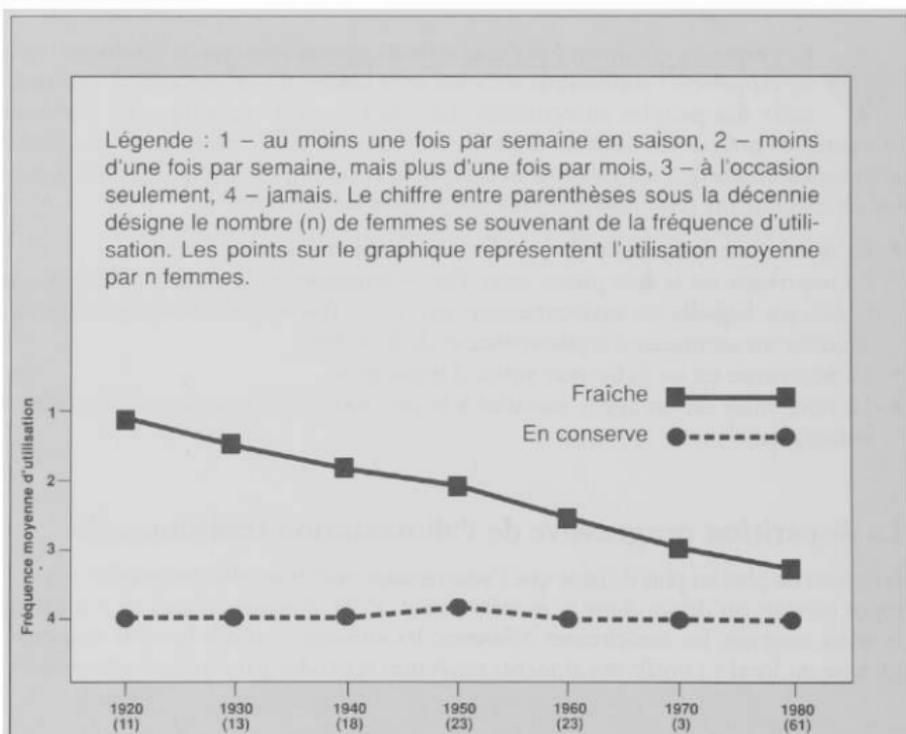
---

\* Titulaire d'un doctorat et diététicienne au Centre for Nutrition and the Environment of Indigenous Peoples, Université McGill.

Un petit exemple de ce phénomène nous est fourni par la berce laineuse (*Heracleum lanatum*). Les autochtones de la côte ouest de la Colombie-Britannique récoltaient ce légume vert traditionnel au printemps, en prenant soin d'enlever sa pelure caustique. Particulièrement bienvenu après d'hiver, il ressemble au céleri par son goût et ses nutriments, et les anciens nuxalk (qui l'appellent *xwiq* dans leur langue) se rappellent son goût agréable<sup>4</sup>. Cependant, l'utilisation de la berce laineuse diminue lentement depuis le début du siècle, à tel point que les femmes nuxalk s'en servent rarement aujourd'hui. Les anciens s'en souviennent toujours, mais il arrive souvent que les jeunes femmes ne reconnaissent même pas la plante ou ne savent pas comment l'apprêter. Jamais mis en conserve, ce légume était consommé frais (figure 1). Le travail auquel j'ai participé auprès de la collectivité de l'île de Broughton, qui est représentative sous bien des aspects des collectivités inuit de l'île de Baffin dans la région est de l'Arctique, offre un autre exemple de l'abandon progressif des mets traditionnels en faveur des aliments achetés. L'alimentation traditionnelle des Inuit de l'île de Baffin était riche et variée, mais les aliments achetés dans le commerce ont

Figure 1

Utilisation de la berce laineuse (*Heracleum lanatum*) par les Nuxalk entre 1920 et 1980



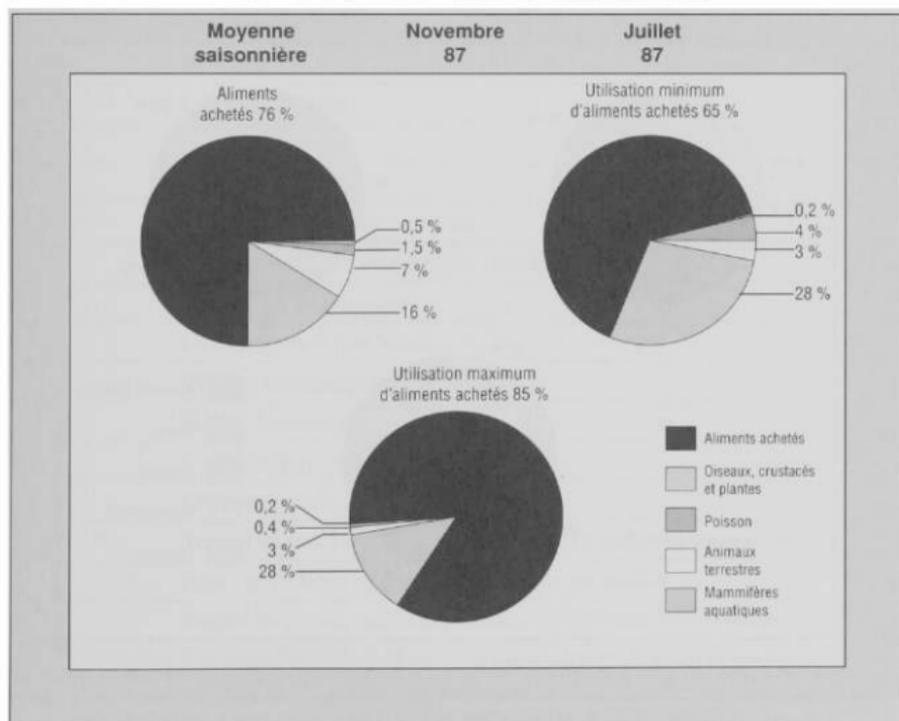
Source: Kuhnlein, H.V., et Turner, N.J., Cow-parsnip (*Heracleum lanatum* Michx.): An Indigenous Vegetable of Native People of Northwestern North America. *J. Ethnobiol.* n° 6, 1986, p. 309 à 324.

pris le dessus, et ce chez tous les groupes d'âge. La figure 2 montre que les aliments achetés fournissent en moyenne environ 70 % de l'énergie alimentaire annuelle des femmes âgées de 20 à 40 ans. Même dans cette région isolée de l'Arctique canadien, les gens achètent la majorité de leurs aliments, plutôt que de les tirer de leurs ressources naturelles traditionnelles. Le recours à ces aliments varie d'une saison à l'autre, les aliments achetés constituant la plus grande partie de l'apport calorique en octobre et en novembre, et la partie la plus faible en juin et en juillet, mois de récolte par excellence'.

Dans la région ouest de l'Arctique, nous avons examiné la fréquence du recours aux aliments traditionnels au lac Colville (Territoires du Nord-Ouest). Cette petite communauté d'une soixantaine de personnes est considérée comme encore plus isolée que celle de l'île de Broughton, parce que les aliments achetés y sont moins accessibles. Les Sahtú Déné/Métis y font leur plus grande consommation d'aliments

Figure 2

Utilisation des aliments achetés et des aliments traditionnels par les femmes adultes (en tant que % de l'apport énergétique total)



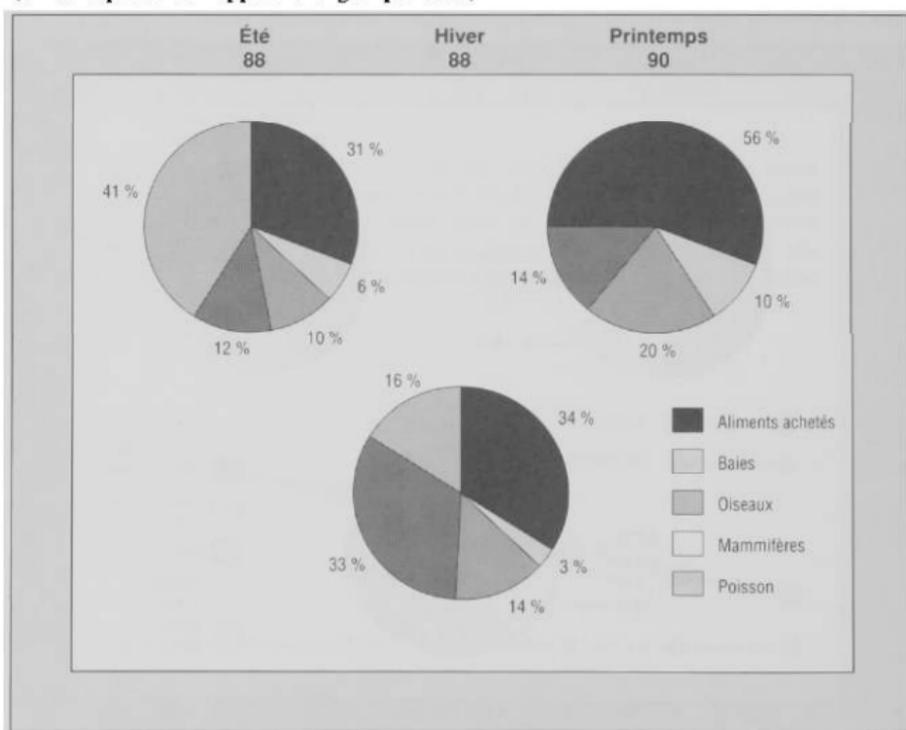
Source: Kuhnlein, H.V., *Nutritional and Toxicological Components of Inuit Diets in Broughton Island, Northwest Territories*, rapport commandé par le ministère de la Santé des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, Canada, 1989.

achetés au printemps, en mai et juin, car c'est alors que les aliments traditionnels sont les plus rares<sup>1</sup>. Comme le montre la figure 3, les mois d'été et d'hiver leur fournissent davantage d'aliments traditionnels, mais 30 % de leurs calories sont néanmoins puisées dans les aliments achetés.

Il faut souligner que, même si les aliments achetés fournissent un pourcentage important des calories, ces collectivités tirent toujours une grande partie de leurs nutriments essentiels (protéines, acides gras essentiels, fer, zinc, etc.) de leurs aliments traditionnels. Il n'est pas trop difficile de comprendre pourquoi si on examine la liste des aliments achetés le plus fréquemment, présentée au tableau 1<sup>4</sup>. Cette liste est remarquablement semblable dans toutes les collectivités autochtones où j'ai travaillé au cours des 10 à 15 dernières années. On y trouve des aliments bon marché, énergisants et peu nutritifs. Il n'est pas surprenant que l'alimentation des peuples autochtones se détériore lorsqu'ils cessent d'utiliser les substances animales et végé-

Figure 3

Utilisation des aliments achetés et des aliments traditionnels par les femmes adultes (en tant que % de l'apport énergétique total)



Source: Kuhnlein, H.V., *Dietary Evaluation of Food, Nutrients, and Contaminants in Fort Good Hope and Colville Lake, Northwest Territories*, rapport commandé par le ministère de la Santé des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, Canada, 1991.

tales issues de leur environnement naturel et les remplacent par des aliments comme ceux-là. Ce phénomène est particulièrement frappant lorsque la pauvreté et un faible revenu disponible entravent l'accès des collectivités isolées à des aliments plus coûteux et plus nutritifs, comme la viande et les légumes et fruits frais.

Sur le plan mondial, les raisons de ce malheureux concours de circonstances qui porte les gens à délaisser leurs aliments traditionnels hautement nutritifs en faveur

**Tableau 1**  
**Aliments achetés les plus fréquemment consommés:**  
**tous les sondages dans l'île de Broughton**

Rapports*	Aliment
217	Thé
194	Sucre
142	Bannock, biscuits
129	Toutes les boissons en poudre du type Kool-Aid
108	Craquelins
82	Lait évaporé
61	Pain blanc
46	Céréales en boîte
42	Café
40	Beurre
39	Boissons gazeuses du type cola
31	Boissons gazeuses sans caféine, sucettes glacées
30	Tous types de croustilles
29	Colorant à café non laitier
28	Viandes froides, saucisses, salami
27	Poulet: fricassé, grillé, rôti, frit
26	Oeufs: frits ou bouillis
26	Graisse végétale, Crisco, shortenings
26	Toutes les soupes aux nouilles: en boîte, en sachet ou instantanées
23	Pommes de terre en purée: instantanées ou maison
22	Toutes les gelées, confitures, confiseries gélifiées, boules de gomme
21	Boeuf: haché ou bifteck (théoriquement 20 % de matière grasse)

\* Les aliments sont codés une fois seulement par période de 24 heures. «Rapports» désigne le nombre moyen d'enregistrements pour tous les sondages, où le total moyen d'aliments enregistrés était de 319.

Source: Kinloch, D., Kuhnlein, H.V. et Muir, D.C.G., «Inuit foods and diet: a preliminary assessment of benefits and risks», *The Science of the Total Environment*, n° 122, 1992, p. 247 à 278.

de produits achetés à faible valeur alimentaire sont complexes. L'industrialisation, les économies de marché et la colonisation comptent parmi les plus importantes. Mentionnons aussi les pressions démographiques qui s'exercent sur les ressources terrestres et aquatiques; l'éducation dans son sens le plus large et les pressions sociales; la publicité des médias et de l'entreprise privée; et l'inaccessibilité des ressources alimentaires traditionnelles parce que le temps, l'énergie ou l'équipement nécessaires à la pêche, à la chasse ou à la récolte sont limités. Il y a en outre l'exode rural; les nouvelles attitudes face à la santé, essentiellement parce que la sagesse des anciens est mal transmise aux plus jeunes; et le fait que le personnel responsable de la santé dans les réserves et les collectivités comprend mal la culture traditionnelle, qui englobe la dyade environnement-santé, ou ne s'y intéresse pas. Tous ces éléments font partie du problème, chacun ayant une incidence différente sur chaque collectivité et chaque individu.

Mon amie et collègue Laurie Montour, de Kahnawake et de l'île Walpole, décrivait la connaissance des aliments traditionnels dans les collectivités autochtones contemporaines lorsqu'elle écrivait:

Malheureusement, on se rend compte que les aliments eux-mêmes, et les aptitudes et pratiques touchant leur utilisation, meurent lentement. Il existe une triple menace: la disparition des anciens et de leur bagage de connaissances, la disparition de la culture et de la volonté d'apprendre, la disparition des écosystèmes salubres et des sources d'alimentation traditionnelles<sup>7</sup>.

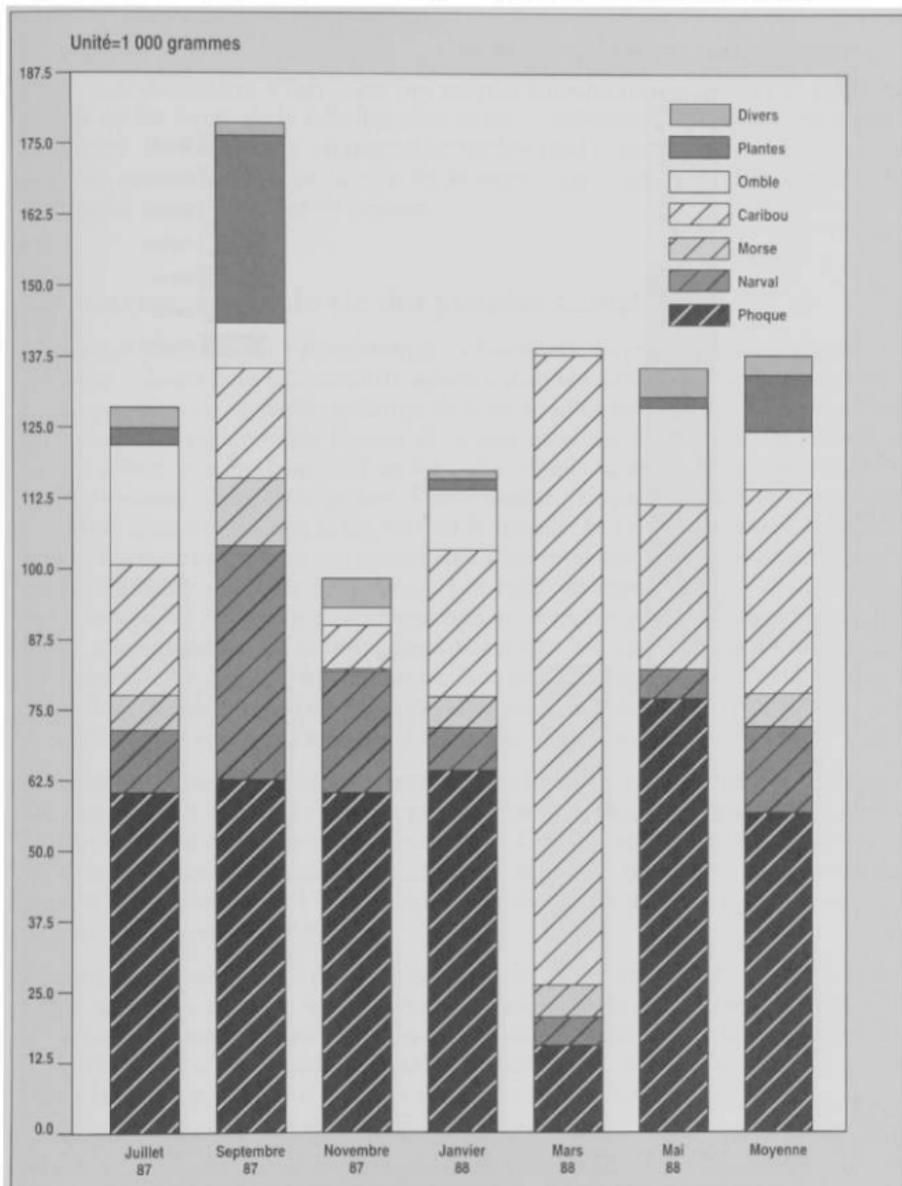
Dans le même ordre d'idées, la publicité récente qui a entouré la contamination environnementale a porté un autre coup sérieux, voire fatal, à l'alimentation traditionnelle. Alors que nous sommes loin de tout savoir sur les effets des divers contaminants, nous alarmons tellement les collectivités que leurs habitants sont portés à fuir les ressources alimentaires traditionnelles. La teneur des produits de la nature en mercure, en BPC, en cadmium, en toxaphène et en d'autres contaminants organochlorés fait l'objet d'un examen approfondi au Canada à cause de l'incidence que ces substances peuvent avoir sur la santé des peuples autochtones.

Revenons à la collectivité de l'île de Broughton, représentative de celles de l'île de Baffin. Un examen de la fréquence d'utilisation des aliments traditionnels selon la saison montre la diversité des aliments utilisés et la complexité de leur utilisation. Des analyses de la teneur en BPC des divers aliments ont permis de calculer la consommation saisonnière et la consommation annuelle moyenne d'après le groupe d'âge et le sexe (figures 4 et 5). Ce projet a démontré que l'absorption de BPC était inquiétante mais qu'elle ne dépassait pas le seuil critique prévu par les normes<sup>8</sup>.

À l'évidence, des recherches de ce type s'imposent, non seulement pour déterminer les anomalies de l'écosystème et les empêcher de compromettre notre santé, mais aussi pour élaborer des lignes directrices qui tiennent compte des avantages que les aliments peuvent apporter aussi bien que des risques posés par l'absorption de contaminants. Autre conséquence importante, cette recherche stimulera l'action nationale et internationale pour qu'on cesse de polluer la planète. C'est triste à dire,

Figure 4

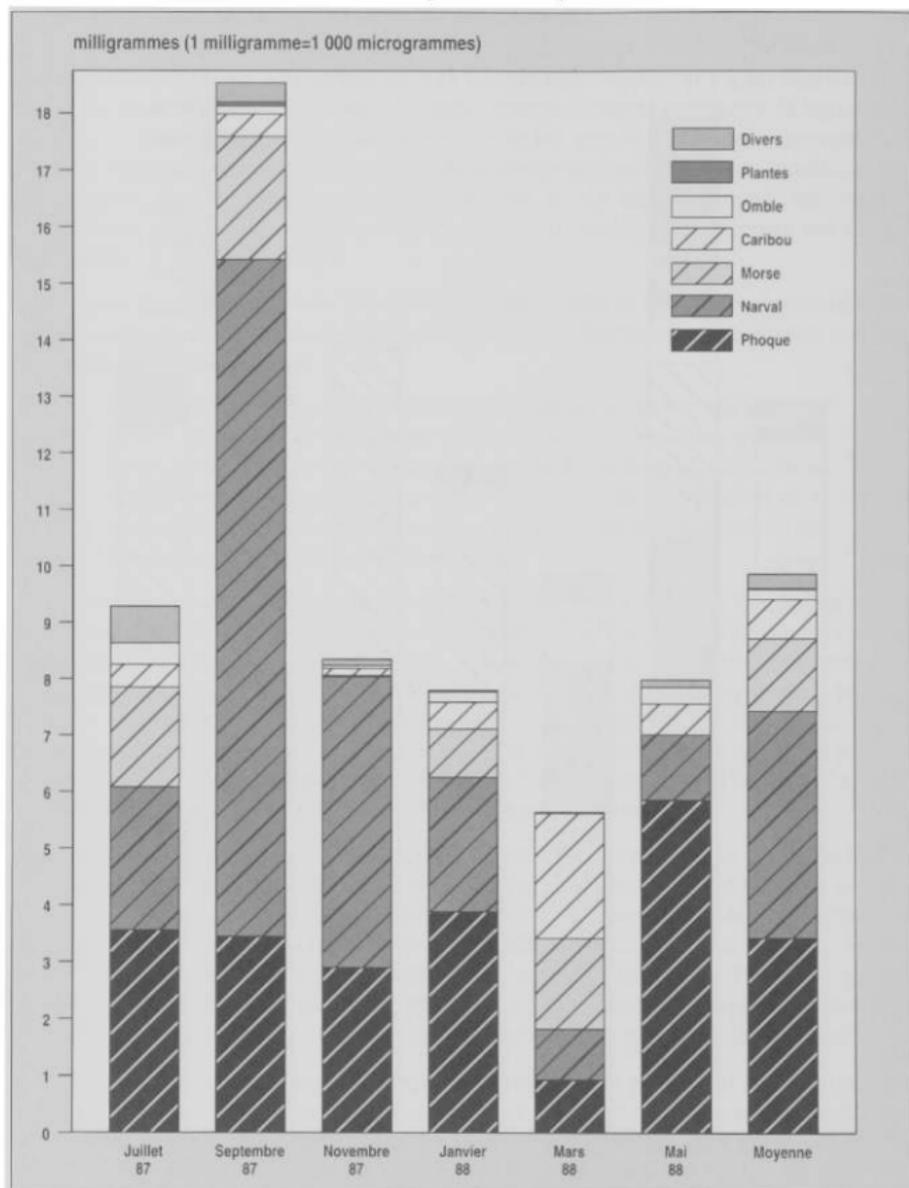
Consommation quotidienne d'aliments inuit  
Population Totale (rajustée), Île de Broughton, entre juillet 1987 et mai 1988



Source: Kuhnlein, H., *Nutritional and Toxicological Components of Inuit Diets in Broughton Island, Northwest Territories*. Université McGill, 1989.

Figure 5

**Consommation quotidienne de BPC**  
**Population totale (rajustée), Île de Broughton, entre juillet 1987 et mai 1988**



Source: Kuhnlein, H., *Nutritional and Toxicological Components of Inuit Diets in Broughton Island, Northwest Territories*. Université McGill, 1989.

mais l'alimentation des peuples autochtones constitue un excellent indicateur pour ce genre d'étude, un indicateur qui favorisera l'action politique.

Ce que je veux souligner ici, c'est que les ressources alimentaires traditionnelles des peuples autochtones et leur utilisation sont importantes pour nombre de raisons. La perte de popularité de ces aliments n'est pas que le symptôme de la défaillance d'un système: elle montre que c'est tout un bien-être environnemental et culturel qui est en train de disparaître. C'est le cas des peuples autochtones de toutes les régions du monde où les forces de la déculturation et de la destruction environnementale sont puissantes. Redonner leur alimentation traditionnelle aux peuples indigènes améliorerait grandement le pronostic de la santé planétaire, lequel intéresse toute l'humanité d'aujourd'hui et de demain.

## **Le nouveau mode de vie des peuples autochtones**

L'abandon progressif de l'alimentation traditionnelle au profit d'aliments industriels riches en calories mais peu nutritifs, ajouté à d'autres modifications du mode de vie, a fait apparaître de nouvelles maladies chez les peuples autochtones. C'est le cas non seulement des collectivités rurales et isolées mais aussi des personnes vivant en milieu urbain et suburbain. Si l'on est riche, chanceux et bien instruit, on pourra toujours trouver dans les magasins d'alimentation de quoi se constituer un régime équilibré, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Les maladies dues à l'alimentation et à la vie modernes se retrouvent en milieu rural comme en milieu urbain, chez les riches autant que chez les pauvres. Les maladies chroniques qui étaient inconnues des peuples tribaux et des cultures non occidentales sont maintenant à la hausse parmi ces populations, et la liste commence à être impressionnante. Obésité et diabète, troubles cardio-vasculaires, cancer, taux plus élevé de morbidité et de mortalité infantiles, alcoolisme, perte de dents, affaiblissement de la vue et infections sans nombre en sont venus à faire partie de la réalité autochtone depuis 100 ans.

Dans les pays non industrialisés comme l'Inde, la Chine et le Guatemala, où la sous-alimentation est encore le lot des peuples autochtones, ces maladies chroniques n'ont évidemment pas la même envergure. Cependant, les mieux nantis de ces sociétés sont atteints de maladies dues à leur mode de vie occidental et se rendent compte que celles-ci sont la conséquence inévitable du développement ou de la recherche d'une vie dite meilleure.

Peut-on améliorer la santé des peuples autochtones en prônant un retour à l'alimentation traditionnelle? Il n'est sûrement pas raisonnable de s'attendre à ce que les autochtones recommencent à vivre et à se nourrir comme il y a 100 ans. À mon avis, la meilleure façon de procéder serait de faire calmement le point et d'essayer de renverser la tendance ou à tout le moins de donner un bon coup de barre.

C'est le moment d'agir, de prendre les devants pour contrer la disparition, à l'échelle mondiale, des connaissances alimentaires traditionnelles, des liens tangibles et constructifs entre l'environnement, la santé humaine et l'harmonie sociale qui sont propres aux peuples autochtones vivant sur leurs terres traditionnelles. C'est le

moment pour ceux-ci de renouer avec leurs systèmes alimentaires traditionnels et de s'en servir à leur avantage comme chaque collectivité le juge bon. À l'heure actuelle, les aliments traditionnels disparaissent un peu plus avec chaque génération, et avec la mort de chaque ancien qui a vécu en contact étroit avec la terre. C'est aussi le moment de renouer avec la connaissance traditionnelle de l'environnement, et sa façon d'assurer la santé par l'alimentation. Cette information peut être donnée dans les écoles, et elle devrait être valorisée dans les centres de santé et dans les programmes de formation des professionnels de la santé servant les peuples autochtones. Lorsqu'il est question de santé, d'alimentation traditionnelle et de contaminants alimentaires, il convient de contrebalancer le sentiment de dépossession, le découragement et les tactiques alarmistes par une récupération personnelle et collective du contrôle et des connaissances qui permettront de réhabiliter l'ensemble du système alimentaire – les produits traditionnels autant que les produits achetés – pour le plus grand bien de la collectivité.

## La démedicalisation de la santé et de l'alimentation

La démedicalisation de la santé comptait parmi les sujets proposés pour cet exposé. À mon sens, l'alimentation est l'un des domaines qui se prêtent le mieux à la démedicalisation. Un peu partout dans le monde, universitaires, décideurs et praticiens se concentrent sur la maladie: comment déterminer ce qui ne va pas, comment corriger la situation, comment guérir le corps humain lorsqu'il tombe malade. Un faible pourcentage des ressources financières et humaines dans le domaine de l'enseignement, de la recherche et de la pratique sert à déterminer ce qui va bien chez une personne ou une communauté, et ce qu'il faut faire pour maintenir cet état de santé. Ce concept transcende les pratiques actuelles de promotion de la santé qui insistent sur la nécessité d'avoir une bonne alimentation et de faire plus d'exercice, en utilisant un modèle de sensibilisation à la santé propre au «Sud»; il nous amène à tenir compte de la collectivité telle qu'elle est, avec sa culture et son milieu, et à miser sur les éléments positifs qui existent déjà. Les cultures indigènes ont toujours eu une vision holistique de l'alimentation, qui allie environnement, culture et santé par le biais de la nutrition, du plein air, de l'esprit communautaire, du partage, etc. – l'accent étant mis sur ce qui est bon et sain, et sur la façon de mieux en profiter.

Je peux vous donner deux exemples de ce besoin de démedicaliser l'alimentation. Le premier remonte à l'époque où je faisais des études supérieures en nutrition et devais effectuer des recherches auprès des Hopi pour une dissertation. À ce moment-là (vers le milieu des années 70), il existait très peu de données scientifiques sur la valeur alimentaire des mets hopi traditionnels. En fait, c'était partiellement la raison de ma présence là-bas. À la même époque, le taux de diabète sur la réserve devenait alarmant. Parce que les aliments hopi traditionnels sont souvent à base de maïs, surtout de maïs bleu, et qu'il n'existait aucun renseignement sur la teneur en hydrates de carbone, en protéines, en lipides et en calories de mets comme le piki et le nokviki, les médecins des cliniques indiennes locales recommandaient aux Hopi de renoncer à tous leurs aliments traditionnels «pleins d'amidon», de prendre leur

insuline, et de ne consommer que des aliments importés. Des personnes devenues diabétiques à cause d'une alimentation et d'habitudes de vie étrangères à leur culture étaient ainsi dissuadées de revenir à des aliments et à des moeurs qui auraient pu les guérir. Heureusement, grâce à une connaissance accrue de la valeur alimentaire des mets hopi et à de meilleures méthodes de counseling diététique, cette recommandation n'est plus faite systématiquement à tous les Hopi de la réserve<sup>1</sup>.

Le deuxième exemple concerne la cécité infantile dans les pays en développement, en particulier dans les communautés tribales, causée par une carence en vitamine A. Chaque année, un demi-million de nouveaux cas de cécité infantile sont signalés. Le phénomène est attribuable à la rareté des terres, à la dégradation de l'environnement et à une pauvreté endémique, autant de facteurs qui font que les enfants n'ont pas suffisamment de légumes, de fruits, de produits laitiers et de viande à manger. La solution préconisée par les médecins de l'Organisation mondiale de la santé est de donner des capsules de vitamine A au moment des immunisations. Ils ne font qu'une brève allusion au fait que la vitamine A ne réglera pas le problème de façon durable et que la solution serait de faire en sorte que chaque communauté retrouve son alimentation traditionnelle. En fait, ce palliatif risque de faire plus de tort que de bien en donnant la fausse impression qu'on s'occupe du problème alors qu'il faudrait avant tout s'attaquer à l'écosystème.

Dans ces deux exemples, ce n'est pas une solution médicale qui garantira une alimentation et un environnement sains. Il s'agira de se refamiliariser avec l'environnement, de voir les aliments qu'on peut en tirer et d'utiliser cette connaissance pour favoriser la santé de la population.

## Une stratégie pour promouvoir l'alimentation traditionnelle

Les dirigeants autochtones au Canada sont grandement respectés à l'échelle internationale pour avoir réussi à promouvoir et à protéger les traditions culturelles, les droits et les responsabilités des autochtones. Si l'on veut remettre l'alimentation traditionnelle à l'honneur, il faudra beaucoup de leadership sur les plans national et communautaire. Il faudra un engagement de la part de familles entières au sein des collectivités.

Ce genre de mouvement populaire qui permet aux collectivités de reconnaître et de consigner leurs connaissances est déjà en cours dans plusieurs régions du Canada. La collectivité de Port Simpson, la nation nuxalk, la nation shuswap et les Mohawks de Kahnawake, entre autres, ont commencé à enseigner ce qu'ils savent sur les aliments, l'environnement, leur culture et leur mode de vie dans les écoles primaires. Les connaissances et la sagesse des anciens concernant l'environnement et ses liens avec les aliments, la culture et l'identité sont importantes. Elles doivent être soigneusement consignées au profit des générations futures et transmises à toute la communauté en ayant recours aux meilleures techniques de communication. Les jeunes autochtones doivent apprendre à connaître et à respecter les aliments écologiques, que ceux-ci soient traditionnels ou achetés dans le commerce. Cette

formation essentielle leur sera donnée de préférence par la famille et la collectivité ainsi que par les écoles, aux niveaux élémentaire et secondaire.

Sur le plan professionnel, il faudrait encourager les autochtones à poursuivre des carrières dans le domaine de la santé, notamment en nutrition et en diététique. Les programmes d'études devraient mettre l'accent sur les rapports entre l'intégrité environnementale, la culture et la santé alimentaire, et sur l'utilisation des aliments autochtones pour promouvoir la santé à l'échelle locale. À l'heure actuelle, moins d'une demi-douzaine de diététiciens et de nutritionnistes autochtones exercent au Canada. L'accroissement de leur nombre faciliterait de beaucoup l'éducation alimentaire des autochtones.

Enfin, il est essentiel que les professionnels de la santé qui cherchent un emploi en milieu autochtone soient bien informés des ressources et des valeurs que l'environnement local et l'alimentation traditionnelle offrent aux collectivités et aux individus. Cette approche holistique est une des plus belles valeurs autochtones concernant la santé et les questions sociales, et les professionnels de la santé rendent un réel service aux collectivités en la mettant à profit.

L'intégration des connaissances concernant la qualité de l'environnement et l'identité culturelle pour favoriser un recours raisonné à l'alimentation traditionnelle augmentera sensiblement la qualité de vie des peuples autochtones et leur autonomie sur le plan de la santé.

## Notes

1. Kuhnlein, H.V. et N.J. Turner, «Cow-parsnip (*Heracleum lanatum*): an indigenous vegetable of Native People of Northwestern North America», *J. Ethnobiol.*, vol. 6, n° 2, 1987, p. 309 à 324; Kuhnlein, H.V., «Change in the use of traditional foods by the Nuxalk of British Columbia» dans Peltó, G.H. et L.A. Vargas, dir., *Perspectives on Dietary Change. Studies in Nutrition and Society*, numéro hors-série, *Ecol. of Food and Nutr.* vol. 27, n° 3-4, 1992, p. 259 à 282.
2. Kuhnlein, H.V., *Nutritional and Toxicological Components of Inuit Diets in Broughton Island, Northwest Territories*, rapport commandé par le ministère de la Santé, Yellowknife, 1989.
3. Kuhnlein, H.V., *Dietary Evaluation of Food, Nutrients, and Contaminants in Fort Good Hope and Colville Lake, Northwest Territories*, rapport final au NHRDP, 1991.
4. Kinloch, D., H.V. Kuhnlein et D.C.G. Muir, «Inuit Foods and Diet. A preliminary assessment of benefits and risks», *The Science of the Total Environment*, vol. 122, 1992, p. 247 à 278.
5. Kuhnlein, H.V. et N.J. Turner, *Traditional Plant Foods of Canadian Indigenous Peoples. Nutrition, Botany and Use*, Gordon and Breach Science Publishers, 1991, avant-propos, p. viii à ix.
6. Conférence internationale sur la nutrition, *Délibérations*, OMS et FAO, Rome, décembre 1992.
7. Kuhnlein, H.V., D.H. Calloway et B.H. Harland, «Composition of traditional Hopi foods», *J. Am. Dietet. Assoc.*, vol. 75, 1979, p. 37 à 41.

## Bibliographie

- Schaeffer, O., «Changing dietary patterns in the Canadian North: health, social, and economic consequences», *J. Can. Diet. Assoc.*, vol. 38, 1977, p. 17 à 35.
- Eaton, S.B. et M. Konner, «Palaeolithic nutrition and current implications», *New Eng. J. Med.*, vol. 312, 1985, p. 283 à 289.
- Brand, J.C. et autres, «Plasma glucose in insulin responses to traditional Pima Indian Meals», *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 51, 1990, p. 415 à 420.
- O'Dea, K., «Marked improvement in the carbohydrate and lipid metabolism in diabetic Australian Aborigines after temporary reversion to traditional lifestyle», *Diabetes*, vol. 33, 1984, p. 596 à 603.
- Nuxalk food and nutrition Handbook et Kanusyam a snenic* «Real Good Food», Nuxalk Food and Nutrition Program, Nuxalk Nation Council, Bella Coola, C.-B., 1985.
- Diamond, J.M., «Diabetes running wild», *Nature*, vol. 357, 4 juin 1992, p. 362 et 363.

# Maladie, santé et économie

*Robert Evans\**

Une des façons dont les universitaires procèdent pour approfondir leurs connaissances est d'en parler en espérant que, quand ils auront terminé, leur auditoire leur aura appris quelque chose.

Je crois que ce point est très important ici car, n'étant pas spécialiste des questions autochtones, je ne saurais vous apprendre les choses que vous auriez réellement besoin de savoir.

Je me propose donc de vous donner une idée générale de ma perception du contexte national et international qui régit dans une large mesure les contraintes auxquelles vous êtes soumis et les chances que vous avez de réussir ce que vous êtes en train de tenter ici. Car je crois connaître assez bien ce contexte-là, sur lequel j'ai été amené à réfléchir. Vous déciderez ensuite de ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour obtenir des résultats.

Vous dicter la conduite à suivre serait faire preuve de présomption et de naïveté. En qualité d'économiste, je possède évidemment ces deux qualités à un certain degré, mais je ne voudrais pas en faire étalage ici.

Lorsque j'étais membre de la commission royale créée par la Colombie-Britannique pour étudier les soins de santé et le coût des services de santé, nous étions tous bien conscients que les problèmes dans le domaine de la santé étaient extraordinairement complexes et échappaient largement à notre mandat, et qu'il faudrait par conséquent une autre commission pour en faire le tour; or, vous voilà. Encore une commission. J'imagine que c'est une façon de refiler la responsabilité à quelqu'un d'autre.

---

\* Professeur, département d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

Les deux éléments du titre que j'ai donné à ma causerie reflètent ce qui me semble – ici, on hésite à utiliser l'expression «deux solitudes» – deux tendances intello-administratives distinctes qui ont cours dans le domaine des soins de santé, qui coexistent sans pratiquement se recouper. Il se passe des choses très intéressantes et très importantes dans ce que j'appelle le système de soins des malades, et la discussion se poursuit de son côté, les idées évoluent de leur côté et, dans une certaine mesure, des politiques s'élaborent de leur côté en réponse à la définition de «santé» adoptée par l'OMS et à la notion aussi que la promotion de la santé nécessite une conception beaucoup plus holistique de l'individu dans la société. On entend partout parler de «nouveaux paradigmes» – expression d'autant plus populaire que personne ne la comprend – c'est-à-dire l'idée que la promotion de la santé et de la qualité de vie ne se résume pas simplement à s'occuper du système de soins des malades.

L'idée, je pense, fait son chemin sans que personne ne regarde vraiment ce qui se passe dans le système de soins des malades.

Je vais donc commencer par vous exposer, beaucoup trop brièvement hélas, ce qui se passe dans le système de soins des malades et qui, je crois, a des incidences très importantes sur ce qui pourrait constituer des stratégies optimales permettant de retenir des définitions ou des notions élargies de la santé. Je vais donc commencer par la partie du système de soins des malades sur laquelle j'ai des chiffres et puis nous verrons ensuite les conclusions à tirer.

En premier lieu, je voudrais préciser que je n'utilise pas l'expression «système de soins des malades» dans un dessein critique. J'ai pu me rendre compte que les partisans d'une démarche holistique en matière de santé ont tendance à l'utiliser d'une façon péjorative disant, par exemple, «nous n'avons pas un système de soins de santé du tout, nous avons un système de soins des malades» comme s'il fallait en avoir honte.

Je ne vois pas moi-même qu'il y ait quelque chose de honteux à soigner les gens qui sont malades. Cela me paraît tout à fait convenable et normal. Ce serait une bonne idée, en plus, de faire quelque chose qui les aide à se porter mieux, et c'est souvent le cas. Les observateurs qui sont étrangers au système ont tendance à concentrer largement leurs critiques sur ses lacunes, mais je pense qu'il faut quand même reconnaître que le système a vraiment ses points forts et son efficacité.

Ce n'est pas une critique, c'est une constatation, je pense, de dire que le système de soins des malades prend bien soin des gens malades. C'est une bonne chose. Il ne faut pas s'attendre à ce que le système prenne en charge tout le volet de promotion de la santé. Cela présente des risques très réels, que je vous exposerai un peu plus loin.

Le système de soins des malades que nous connaissons – et que nous avons coutume d'appeler au Canada le système de soins de santé – est, comme nous le savons tous, en crise. Rien de nouveau là-dedans. Il est en crise depuis aussi longtemps que je me souviens et je suis dans le domaine depuis à peu près 25 ans. Je pense d'ailleurs que le système sera toujours en crise.

Être en crise fait partie du processus de négociation par lequel ceux qui dispensent les soins et aussi, dans une certaine mesure, ceux qui les reçoivent, négocient leurs revendications avec le reste de la société. Dans un système financé par les fonds publics, comme c'est le cas presque partout dans le monde moderne, il se poursuit avec toute cette rhétorique de crise un dialogue permanent qu'un de mes collègues, Jonathon Lomas, de l'Université McMaster, qualifie d'«indignation concertée». C'est-à-dire l'indignation perpétuelle que les gens du système manifestent devant l'insuffisance des ressources dont ils disposent.

Ces 30 dernières années, la croissance du système, en chiffres absolus par habitant, a quadruplé, c'est-à-dire que le système est quatre fois plus gros, en chiffres absolus, qu'il y a 30 ans. Mais cela n'a pas fait taire ceux qui crient à la crise. Je pense que ça fait tout simplement partie du système. Si vous y pensez bien, vous verrez que c'est comme ça depuis longtemps, et que c'est le cas dans presque tous les autres systèmes, et peut-être même dans tous les autres systèmes des pays développés.

Pourtant, je pense que quelque chose a changé au Canada et dans le reste du monde aussi. Depuis cinq ans, on a vu, d'un bout à l'autre du Canada, surgir toutes sortes de commissions d'enquête, de conseils de premiers ministres, d'organismes d'enquête qui tous ont recommandé des réformes en profondeur - et pourtant rien de tel n'avait été fait en 20 ans. C'est un phénomène nouveau, ou à tout le moins récent.

Il est intéressant de constater que la même chose se passe aussi en Europe et dans les pays du Pacifique Sud. Les Américains essaient, bien sûr, de réformer leur système, et c'est une bonne chose. On voit partout la même chose dans les systèmes qui fonctionnent raisonnablement bien; la situation n'est donc pas particulière au Canada. Tout à coup, depuis environ cinq ans également, tous les pays qui ont un système universel, global, raisonnablement efficace et dont ils parviennent relativement à contrôler les coûts, se mettent à vouloir en faire la réforme. Il s'agit donc de toute évidence d'un phénomène qui dépasse largement les frontières du Canada.

Par conséquent, nous suivons une tendance générale et je crois qu'il est bon de réfléchir au fait que c'est une tendance qu'on retrouve partout, qui est très récente et assez soudaine. Quelque chose a changé, et ce n'est pas à l'intérieur des systèmes de soins de santé eux-mêmes. C'est en dehors. Et il ne faut pas chercher bien loin pour savoir quoi.

Si on veut vraiment savoir ce qui a mis le système de santé en crise, on n'a qu'à jeter un coup d'oeil aux données sur l'ensemble de l'économie. Qu'on regarde la situation du Canada ou qu'on considère celle de toute l'Europe de l'Ouest, on s'aperçoit que la croissance économique de la plupart de ces pays a commencé à connaître des perturbations assez importantes il y a environ dix ans. La situation de la Grande-Bretagne est une exception, mais le pays avait une croissance si lente dans les premières années que c'est à peine si on pouvait percevoir une baisse. Mais dans les pays de l'Europe de l'Ouest aussi bien qu'au Canada, on voyait bien que quelque chose avait changé.

Je voudrais vous montrer quelques graphiques : ils sont fort simples mais aussi fort éloquentes. J'ai été bien étonné lorsque j'ai commencé à les examiner de près.

Comme tout bon économiste futurologue, je suis très myope, aussi dois-je vérifier chacun de mes transparents, car je ne peux pas les voir aussi bien que vous.

Ici, on voit, tirées directement des publications de Statistique Canada, des données sur la production réelle, le produit intérieur, la production nationale, le terme «réel» signifiant ici corrigé en fonction de l'inflation, «par habitant», c'est-à-dire divisé par le chiffre de population. Alors, vous avez ici la mesure de base des ressources économiques disponibles au Canada, par habitant, et vous voyez de quelle façon elles ont évolué.

J'ai ensuite établi un diagramme logarithmique, le plus simple, de leur évolution de 1960 à 1980. Ceux qui s'y connaissent un peu dans le domaine verront que je n'ai vraiment pas dû faire de gros efforts intellectuels. Donc, si vous suivez la tendance de 1960 à 1980 et si vous faites une projection jusqu'à 1991, vous obtenez la belle courbe bien régulière que vous voyez ici. Le plus remarquable, c'est que la réalité colle vraiment à la courbe durant 20 ans, ce qui représente une longue période pour suivre une courbe de si près. C'est au début des années 80 que tout change. On décolle de la courbe et on n'y revient plus. On la suit en parallèle durant un certain temps, puis on subit une autre récession. À la fin de cette période-là, la réalité se situe à environ 25 % au-dessous de la projection. Je parle de la réalité économique, de l'environnement économique dans lequel nous travaillons.

On peut bien sûr formuler toutes sortes de réserves ici. Toutes les statistiques sont trompeuses dans une certaine mesure. Mais ça, c'est le tableau général.

Le prochain transparent montre exactement la même chose, mais d'une façon encore plus frappante. On voit ici la production réelle par habitant relativement à la projection. Vous pouvez constater que, sur une période de 20 ans, cette production n'a fluctué que de 5 % au-delà ou en deçà de la projection, puis elle s'est effondrée au début des années 80 et de nouveau à la fin de la décennie.

Et ça, c'est à cause de la difficulté de financer les nouveaux programmes, vu la situation économique générale du pays. On ne dit pas ici que de nouveaux programmes de toutes sortes ne doivent pas passer en priorité, mais tout simplement que la concurrence pour l'obtention de fonds est devenue plus vive.

Maintenant, voyons ce que ça veut dire pour les soins de santé – je parle ici le langage du ministère des Finances. Une des statistiques dont se servent communément les gens qui disent que les coûts des soins de santé sont devenus impossibles à endiguer tient au fait que, à mesure que le temps passe, nous consacrons une proportion de plus en plus élevée de notre revenu aux soins de santé. Il y a un certain fond de vérité là-dedans mais, comme d'habitude, les faits sont loin d'être aussi simples.

Le prochain transparent vous montre de quelle façon les dépenses de santé ont évolué relativement au revenu et ce qui se serait produit s'il n'y avait pas eu de dérapage au début et à la fin des années 80. La ligne supérieure indique ce qui s'est passé en réalité, et la ligne inférieure indique ce qui serait arrivé si nous avions poursuivi notre croissance au même rythme.

Dans la réalité, vous pouvez voir une croissance constante ici, qui s'arrête durant les années 70 et puis, avec la récession, une flambée, qui se calme ensuite, et une autre flambée avec l'autre récession. S'il n'y avait pas eu ces deux récessions, si nous avions poursuivi sur notre lancée, nous aurions eu un système de soins de santé assez bien maîtrisé et sans problème particulier. N'allez surtout pas me prendre au mot. Ce que je veux dire, c'est que le système faisait bien des choses extraordinaires mais il se comportait, sur le plan économique, d'une façon tout à fait ordinaire.

Voilà pour le système de santé en général. Voyons maintenant la situation des hôpitaux et des médecins, non pas parce que ce sont les seuls éléments qui comptent, mais parce qu'ils reçoivent leur argent des régimes publics universels d'assurance-maladie.

Ici, nous remontons jusque avant la guerre, parce que nous avons les données pour cela. Si j'avais eu les données nécessaires, j'aurais établi la courbe pour l'autre élément aussi.

Ici, vous voyez une augmentation réellement frappante, soutenue, à partir de la fin des années 40 jusqu'à 1970, puis il y a ralentissement et la courbe se détache. Elle aurait continué à se détacher légèrement vers le bas s'il n'y avait pas eu une première et une deuxième récession.

Ça, c'est la réalité incontournable. Mais l'idée, c'est que nous avons un environnement qui s'est détérioré sensiblement face à un système de soins des malades qui lui, n'a pas réagi au changement, qui a continué à se comporter comme en période de grande croissance. Le système semble avoir accumulé, en 20 ans, une inertie considérable que, si j'en avais le temps, je pourrais examiner en détail afin de déterminer quel est ce type d'inertie qui a empêché le système de soins de santé de s'adapter à son nouvel environnement.

Ce genre de situation est grandement conflictuelle. Ça signifie que les processus de contrôle, les tentatives de limiter la croissance du système doivent se resserrer à mesure que l'environnement économique se détériore. Et même là, il faut voir la réalité; il y a des pressions. On voit ici le dilemme d'un ministre des Finances chargé d'un système de soins de santé qui continue à susciter des attentes aussi élevées qu'auparavant, qui veut continuer à grossir, jugeant que la situation économique est suffisamment favorable pour soutenir cette croissance et que si ce n'est pas le cas, il suffit alors d'y consacrer une proportion plus grande des ressources.

Et c'est bien, comme vous le voyez, ce qui s'est produit durant les années 80 et qui, je pense, suscite cette récente poussée en faveur d'une réforme des systèmes de soins de santé au Canada et, en fait, dans la plupart du pays de l'OCDE. Je ne vais pas vous imposer une série de transparents pour chacun des 18 pays de l'OCDE. Je pense que toutes ces séries se ressembleraient de toutes façons. Mais je crois que la série canadienne est particulièrement frappante.

Je vais vous donner une idée de la situation des autres pays. Vous avez ici deux courbes, celle des États-Unis, pays de l'explosion des coûts, et celle du Royaume-Uni, pays des Gros Méchants, et dans le milieu, vous avez la courbe de la moyenne

de tous les pays de l'OCDE – tous ceux de l'Europe de l'Ouest, l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, le Canada et les États-Unis: la courbe est parallèle à celle des États-Unis jusqu'à la fin des années 70, puis elle s'aplatit et elle devient parallèle à celle du Royaume-Uni à partir de ce moment-là.

Les Européens ont trouvé le moyen de limiter leurs coûts; ils ont décidé de le faire et ils l'ont fait. Les Américains ne l'ont pas fait à ce moment-là et ne l'ont toujours pas fait. Ils voudraient nous voir porter la responsabilité de tous leurs malheurs. Les Britanniques ont toujours été les Gros Méchants – je suis d'ascendance britannique. Le Canada suit les États-Unis jusqu'au bout, comme s'il était une bonne petite colonie américaine, et il se dote d'un système universel de soins de santé; et puis tout change; notre courbe s'aplatit; nous arrivons à la moyenne des pays de l'OCDE et ensuite c'est la débandade avec les deux récessions.

Que conclure de tout cela? Eh bien, je pense que le système va être entièrement occupé, durant un certain temps, par ses propres problèmes de restructuration. Pas besoin de chercher beaucoup plus loin que la manchette des bulletins de nouvelles de ce matin concernant la fermeture de Shaughnessy.

Et voici la question qui se pose ici : Dans un environnement pareil, comment innover? À quoi sert de créer une commission, comme nous l'avons fait par exemple, pour se faire dire par toutes sortes de gens qu'il faut accorder la priorité à des choses différentes, nouvelles et importantes, qu'il faudrait instaurer dans un environnement dans lequel il est très peu probable que la plupart des pays du globe auront la chance d'évoluer?

Eh bien, la réponse est la suivante: il va falloir mieux gérer les ressources que l'on consacre actuellement au système de soins des malades et les sortir du système, si on est vraiment déterminé, afin de les consacrer à d'autres programmes communautaires. C'est, essentiellement, le message véhiculé par notre commission royale et, d'une façon ou d'une autre, je pense que c'est le message de toutes les commissions royales. Mais en pratique – une fois que la commission a plié bagages – ça amène à prendre des mesures comme la fermeture de Shaughnessy. Et soudain on s'aperçoit qu'il y a des tas de gens qui travaillent à Shaughnessy. Qu'ils en vivent.

Chaque dollar consacré aux soins de santé est, par définition, un dollar gagné par quelqu'un – ça, c'est la définition comptable. Ce n'est pas une estimation. Ce n'est pas le point de vue d'un économiste; c'est le point de vue d'un comptable. C'est la réalité – ça fait une différence, n'est-ce pas? Mais c'est bel et bien la réalité, vous pouvez me croire.

Si vous voulez changer les priorités, ce qui est bien beau, réaffecter les ressources, ce qui est bien beau aussi, eh bien, il va falloir ôter son emploi à quelqu'un pour le donner à quelqu'un d'autre, ou alors dire à quelqu'un «le travail que tu faisais depuis des années, dans lequel tu te sentais raisonnablement à l'aise et que tu connaissais, l'emploi que tu avais, dans le quartier où – au fait – tu aimes bien vivre, n'existe plus. Mais il y a une autre ouverture ailleurs, pour un travail assez différent. Tu vas être nerveux comme tout au début, tant que tu n'y seras pas habitué, mais il faut passer par là et, si tu veux rester dans le système, tu n'as pas le choix.»

Ce genre de choses ne plaît pas tellement à bon nombre de gens qui travaillent déjà dans le système. Fux diraient plutôt, comme ils le font depuis 40 ans, qu'il y a de nouveaux besoins, bien sûr, mais que les anciens demeurent et qu'il faut continuer à les financer tout en ajoutant de nouvelles ressources pour les nouveaux besoins. C'est justement ce que nous avons fait durant la plus grande partie de l'existence du système, mais nous n'allons probablement pas être capables de continuer à le faire. C'est le message à faire passer.

C'est pourquoi nous, de la commission de la Colombie-Britannique, avons dit qu'il n'était plus possible de continuer comme avant. Ce n'est pas vraiment un fait, mais plutôt une prévision. Mais il semble bien que le monde ait changé de façon qu'il sera très difficile de faire comme avant.

Quel lien y a-t-il entre tout cela et la deuxième partie de mon exposé, les soins de santé holistiques et tout le reste? Il y a une distinction très importante à faire, je crois, entre le fait d'élargir la définition de la notion de santé et celui d'élargir la définition des déterminants de la santé. Je vais essayer de faire soigneusement la distinction ici.

Vers la fin des années 40, l'OMS a défini la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. En d'autres termes, la définition englobe à peu près toutes les bonnes choses. Il y a là une notion de qualité de la vie.

Dans un certain sens, on pourrait dire qu'une vie saine est une vie de qualité. Je ne conteste pas cette philosophie-là, je dis simplement qu'il va être très difficile de la mettre en pratique et qu'il n'est pas du tout clair que le système de soins des malades, dans sa forme actuelle ou sous quelque autre forme élargie à la médecine préventive, soit un mécanisme approprié pour y parvenir. La chose va probablement coûter très cher et probablement aussi être inefficace.

Prenons un exemple très clair, très évident et connu de tout le monde. Il est maintenant à peu près généralement admis – et c'est confirmé par un récent rapport du Laboratoire de lutte contre la maladie à Ottawa – que la recherche et les traitements effectués pour la plupart des cancers sont pratiquement inefficaces, en particulier dans le cas du cancer du poumon. Pourtant, d'énormes ressources y sont consacrées, dont on ne retire pas grand-chose.

Nous savons pourquoi la plupart des personnes contractent le cancer du poumon : parce qu'elles fument. Ce que nous ignorons à peu près entièrement, c'est la raison pour laquelle ces personnes fument, bien que nous ayons établi des corrélations très intéressantes avec le rang social, le sentiment d'exercer un certain pouvoir. Tout ça est bien beau et nourrit la controverse, mais il s'en dégage quand même des conclusions très probantes. Nous savons également que des gens essaient d'inciter les adolescents à fumer, car c'est l'âge auquel la plupart des gens commencent à fumer. Et pourtant, nous consacrons énormément d'argent à la recherche biomédicale dans les universités. À quoi cela rime-t-il?

Quand les journaux en ont parlé, il y a une semaine, on pouvait lire dans le *Sun* que, bien sûr, il fallait en faire davantage pour la prévention mais que, évidemment, il ne fallait pas couper dans la recherche biomédicale parce que c'est une bonne chose. Ça ne donne pas grand résultat, mais il faut quand même continuer parce qu'il y a tous ces gens, avec leurs blouses blanches, leurs beaux laboratoires et que c'est la chose à faire; que c'est important. Et puis, c'est la volonté de Dieu.

Voilà ce que je voulais dire lorsque je parlais de la difficulté de s'attaquer à ce qui paraît évident, d'amener les gens à penser: «Puisque cette chose-ci ne donne pas de bons résultats et qu'il faudrait essayer autre chose, peut-être ferions-nous bien de fermer boutique et de réorienter les ressources.» C'est très difficile d'amener les gens à penser de cette façon-là.

Ce qui est arrivé, je pense, du côté holistique, dans les nouvelles dimensions des soins de santé – pardon, c'est là un lapsus freudien très significatif, je voulais plutôt parler des nouvelles dimensions des déterminants de la santé – c'est que les choses qui affectent votre santé sont définies d'une façon très étroite, non seulement par l'OMS, mais que la mortalité et la morbidité ont aussi des définitions très conventionnelles. Pourtant, nous sommes en train d'apprendre que ces choses dépendent bien plus que l'on croyait de l'environnement social, de l'environnement physique de toute évidence, du rang social et de la place qu'on a le sentiment d'occuper dans sa propre collectivité.

Eh bien, on recueille maintenant des données précises, et non plus des choses vagues comme l'impression de se sentir bien qu'on inscrit sur un questionnaire. Ce qui importe maintenant, c'est de savoir si les gens sont morts ou vivants. Les taux de mortalité dépendent en fait de choses comme le rang social et les réseaux sociaux, et on peut montrer cela clairement et même le reproduire avec des animaux. On peut faire l'expérience en laboratoire et arriver toujours à la même conclusion, ce qui est tout à fait remarquable.

Alors que faire? À mon sens, le vrai danger est d'adopter cette nouvelle notion qu'une gamme beaucoup plus large qu'on croyait de déterminants affectent la santé, définie d'une façon étroite; ne vous laissez pas entraîner dans des définitions trop larges de la santé sur lesquelles il serait trop difficile de s'entendre. Préférez plutôt les définitions très étroites, avec lesquelles personne ne peut mettre en doute que la santé est en cause. Nous parlons ici de mesures très étroites de la mortalité et de la morbidité attribuables à un contexte beaucoup plus étendu que le seul système de soins de santé.

Le problème, je pense, est que les personnes préoccupées de santé holistique ont essayé de classer des états de santé et des problèmes de santé au nombre des maladies. La maladie d'Alzheimer n'existe comme maladie que depuis dix ans environ. Avant, on parlait de sénilité, et puis c'est devenu une maladie. Et à ce titre, elle a droit au financement biomédical, et à diverses formes de soutien public. L'alcoolisme, est-ce une maladie ou non? Il y a des gens qui disent que oui. Quelle importance cela a-t-il? Cela en a toute une, oui. Si c'est une maladie, elle entre dans le système de soins de santé, dans le système de soins des malades. Elle devient admissible à différents types de financement et elle provoque différentes attitudes de la part du public.

Considérer un problème comme une maladie paraît être une très bonne façon de l'«anoblir» et d'avoir les ressources que cela suppose, mais il y a un prix à payer pour cela. En premier lieu, la nouvelle maladie tombe dans le cadre standard de ceux qui sont chargés de définir le problème, de ceux qui sont chargés d'en cerner les dimensions et de ceux qui sont payés pour trouver les solutions. Ce n'est peut-être pas le résultat recherché. L'exemple du cancer du poumon me paraît ici très pertinent. C'est de toute évidence une maladie, mais nous ne la traitons pas d'une façon très efficace.

Ce que j'essaie de démontrer avec ces transparents, c'est qu'il sera désormais peut-être pas aussi facile que par le passé de faire reconnaître un problème très réel comme une maladie. Les requins commencent à avoir les dents longues dans le système de soins des malades; les choses sont beaucoup plus difficiles qu'il y a dix ans, et ça va continuer. Rien ne prouve que nous reviendrons au rythme de croissance d'avant.

En conclusion, je vous dis : soyez extrêmement prudents avant de classer un problème de santé parmi les maladies dans l'espoir que cela va l'«anoblir» et que vous obtiendrez de meilleurs résultats. Ce sera peut-être le contraire.

Deuxièmement, prenez bien garde de définir trop largement la notion de santé. Je pense qu'il y a intérêt à adopter une définition assez étroite de la santé, mais à définir très largement les déterminants de la santé. Les données à cet égard sont assez probantes pour que vous puissiez dire que les facteurs qui influent sur la santé, définie non pas dans le sens «flou» que lui donnent les sociologues, mais dans le sens étroit de savoir qui vit et qui meurt, et dans quelle condition cela se fait, ces facteurs importants dépassent très largement le système de soins des malades, et le problème est d'essayer d'exercer une certaine emprise sur ce système de façon à pouvoir libérer des ressources pour faire autre chose.

**RÉSUMÉ  
DES  
DÉLIBÉRATIONS**



# Première journée

## Ouverture de la table ronde

L'ancien Glen Douglas remercie les chefs et les anciens de la localité d'avoir accepté d'être les hôtes des participants à la table ronde sur leur territoire. Il ouvre la séance par une prière qu'il conclut en soulignant l'importance de la santé et des questions sociales dans la vie des autochtones. Le coprésident de la Commission royale, Georges Erasmus, remercie l'ancien Douglas d'avoir ainsi donné le ton des débats qui se dérouleront au cours des journées suivantes.

M. Erasmus déclare que, depuis sa création en août 1991, la Commission royale a adopté une démarche holistique à l'égard de ses travaux, essayant d'intégrer toutes les questions couvertes par son vaste mandat. Selon lui, l'examen des questions sociales, de la santé et de la guérison constitue l'essentiel de ces travaux.

Lorsque Christophe Colomb a «découvert» le continent, il y a cinq siècles, les peuples autochtones étaient en bonne santé et avaient une conception holistique de la vie. Pour eux, la vie était un voyage destiné à leur faire découvrir la pleine signification de la condition humaine, démarche dont s'inspiraient leurs valeurs et leurs normes. Après le contact avec les Européens, la vie des peuples autochtones a été caractérisée par la perte de maîtrise de leur destinée; ce n'est qu'au cours des dernières décennies que les autochtones ont commencé à reprendre en main leur existence.

M. Erasmus estime que l'examen de la santé et des questions sociales est un sujet important car il nous oblige à tenir compte des souffrances quotidiennes de nombreux autochtones. Au cours de leurs voyages de par le pays, les commissaires ont entendu d'innombrables personnes insister sur la nécessité d'un processus qui permettra à

tous d'accéder à la santé. M. Erasmus se sent conforté par le fait que les solutions à ces problèmes de santé et à ces problèmes sociaux viennent des autochtones eux-mêmes; il note, en particulier, le rôle de premier plan joué par les femmes autochtones. Pour que le processus de guérison aboutisse, il faudra que les autochtones reprennent en main leurs existences, dit-il.

Le coprésident de la Commission royale, René Dussault, fait tout d'abord observer que les tables rondes sont des tribunes importantes qui permettent d'établir un lien entre deux sources d'information: la participation du public et la recherche. Elles aident les commissaires à concentrer leurs efforts sur l'orientation des politiques.

M. Dussault passe rapidement en revue le contenu des deux dernières séries d'audiences tenues par la Commission. Pour les peuples autochtones, dit-il, la santé ne se résume pas à l'absence de maladies, à la prestation de services de santé adéquats. Dans leur optique, la santé est ce qui constitue la substance même de l'être humain, la vitalité qui anime les gens, leurs familles et leurs collectivités. Là où elle existe, elle rayonne à travers tous les éléments constitutifs de la société autochtone et touche aussi bien à l'éducation et à l'emploi qu'à la justice et aux valeurs familiales. La clé, c'est que la santé est un concept holistique qui lie tous les éléments de la société les uns aux autres. Pour trouver des solutions aux problèmes sociaux, il faut donc commencer par effectuer une analyse critique des services médicaux et sociaux offerts aux autochtones.

«Les autochtones ont le droit de recevoir des soins de santé d'une qualité égale» à ceux dont jouissent tous les autres Canadiens, souligne M. Dussault. Il énonce les cinq volets d'une solution aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux existant dans les collectivités autochtones:

- Des normes comparables de services médicaux et sociaux pour les autochtones et les non-autochtones;
- Un effort axé sur le renforcement de l'estime de soi chez les autochtones;
- La reconnaissance de la réalité que représentent la culture traditionnelle et les démarches traditionnelles à l'égard de la guérison;
- Une démarche holistique à l'égard des problèmes les plus graves des collectivités autochtones;
- Le contrôle des programmes par les autochtones et par leurs collectivités.

M. Dussault ajoute que le monde non autochtone bénéficierait également des solutions offertes par les peuples autochtones.

Frank Rivers souhaite la bienvenue aux délégués et aux représentants des premières nations au nom du conseil de la nation squamish. Il exprime l'espoir que les mémoires soumis à la Commission royale proposeront des solutions aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux auxquels se heurtent les autochtones.

L'animateur de la table ronde, le Dr Louis T. Montour, rappelle aux participants l'importance de la tâche qui les attend au cours des jours suivants. Un gros travail a déjà été fait dans ce domaine, notamment sous la forme des nombreux témoignages entendus par la Commission lors de ces séries d'audiences antérieures et des multiples

études consacrées aux collectivités autochtones, ces dernières années. Le Dr Montour se demande pourquoi il y a eu tant d'études et si peu de changement – dans une collectivité, on a compté, à un moment donné, 26 consultants du secteur privé qui effectuaient des études. Les événements récents de Davis Inlet, qui ont reçu une large publicité, sont un exemple des conditions qui règnent dans de nombreuses collectivités autochtones du pays, ajoute-t-il.

Le Dr Montour cite un témoignage reçu par la Commission au sujet du problème de la violence en milieu familial dans les collectivités autochtones: «Donnez le bon exemple aux enfants. Donnez-leur une raison de vivre, et non pas de mourir.»

Les solutions aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux doivent être adaptées à la culture, ajoute-t-il, et l'accent doit être mis avant tout sur la guérison. Ces problèmes ne sont pas l'aboutissement mais les symptômes d'un mal plus étendu – et pour que ces symptômes disparaissent, il faut diagnostiquer la cause du mal lui-même et la traiter. C'est pour cette raison que la médecine indienne est aussi une affaire de politique, dit-il; les collectivités ne connaîtront la santé que si les gouvernements manifestent vraiment la volonté de régler les problèmes sous-jacents.

Le Dr Montour conclut que le mal dont souffrent les collectivités autochtones se caractérise par un sentiment de perte: perte de contrôle, perte de culture. «Le langage est culturel, rappelle-t-il à son auditoire, et le processus de guérison doit faire appel à l'utilisation, à l'apprentissage et à la préservation de votre langue.» Il faut que les autochtones négocient un nouveau contrat social, et la table ronde est une occasion de contribuer à ce processus.

## Survol des documents de réflexion

### *La politique de la santé autochtone du siècle prochain*

Le Dr Jay Wortman présente les deux premiers experts de la matinée; chacun dépose un document de réflexion commandé pour la table ronde. John D. O'Neil, professeur associé d'anthropologie médicale à l'Université du Manitoba, passe en revue les thèmes de son document. Il déclare que, dans le domaine de la santé des autochtones, il existe des modèles et des points de vue différents sur ce qui constitue la santé et la guérison, et que les théoriciens autochtones ont montré que les modèles scientifiques prédominants sont fondés sur des traditions philosophiques eurocentriques.

M. O'Neil mentionne sa participation à un débat en Australie, où il avait été très profondément frappé par le niveau des discussions portant sur les théories et les points de vue relatifs à la santé des autochtones. Il y a une collaboration internationale entre les sociétés autochtones, dont l'objet est de faire face aux préoccupations communes en matière de santé, ce qui favorise l'enrichissement réciproque et les échanges d'idées.

La plupart des spécialistes conviennent que les maladies apportées par les Européens ont joué un rôle crucial dans la baisse catastrophique de la population autochtone

nord-américaine; pourtant, les données épidémiologiques contemporaines sont souvent présentées de manière à donner l'impression que ces épidémies de contact étaient une caractéristique intrinsèque de la culture autochtone. Par exemple, on présente habituellement les taux élevés de mortalité infantile au sein des collectivités autochtones dans une optique qui déforme la réalité historique et occulte le fait que, avant le contact, la morbidité et la mortalité étaient probablement assez faibles dans les sociétés autochtones.

Dans de nombreuses collectivités autochtones, l'état de santé est digne du quart monde, caractérisé par une croissance considérable des maladies chroniques telles que le diabète, les affections cardiaques et le cancer. Le développement d'une société se traduit habituellement par une diminution des maladies infectieuses et une augmentation des états chroniques, mais dans le monde entier, les collectivités autochtones souffrent des plus graves de ces états chroniques et cela, à une échelle qui n'existe dans aucune collectivité non autochtone.

Selon les théories du philosophe français Michel Foucault, les systèmes de surveillance coloniaux ont été utilisés comme mécanismes de contrôle de divers segments de la société; M. O'Neil estime que les méthodes de collecte de données sur les autochtones trahissent un état d'esprit colonialiste. Il ajoute qu'il y a d'abondantes statistiques sur les collectivités autochtones mais qu'on ne dispose pas de suffisamment d'informations en ce qui concerne la situation des autochtones en milieu urbain.

Il rappelle que, dans les facultés de médecine, on présente la situation des collectivités autochtones aux étudiants en projetant une succession de diapositives énumérant des statistiques au sujet du mauvais état de santé des habitants de ces collectivités. Un étudiant de troisième cycle a soulevé un point important en faisant remarquer que cette façon de présenter les choses contribue à renforcer le stéréotype de collectivités malades et déchues. Il faut que nous considérions les collectivités autochtones comme des milieux sains, aux modes de vie et aux valeurs positifs, affirme-t-il.

Il importe que les travailleurs de la santé se pénètrent d'une réalité: les origines de leur science remontent au siècle des lumières de la culture occidentale. En Amérique du Nord, la pratique de la médecine a un caractère de monopole – par exemple, ce n'est que maintenant que le Canada commence à envisager de créer une licence de sage-femme – alors que la Grande-Bretagne et d'autres pays adoptent une démarche plus pluraliste. «Il faut que nous nous ouvrons à la médecine traditionnelle», dit M. O'Neil; les leçons que nous en tirerons viendront enrichir l'ensemble de la société, et pas seulement les collectivités autochtones. Il ajoute que la culture autochtone est fondée sur cette médecine, et que l'affirmation selon laquelle la médecine est une question de politique est encore plus vraie dans les collectivités autochtones.

M. O'Neil fait observer que l'histoire du développement des services de soins de santé dans les collectivités autochtones est très récente; que les services ont connu un développement extraordinaire au cours de la dernière décennie, et qu'il faut avoir une attitude positive et optimiste à l'égard de ce développement. Le mal qui a été fait existe depuis des centaines d'années, et la situation ne va pas s'améliorer du jour au lendemain.

M. O'Neil conclut en soulignant l'importance des trois thèmes suivants: le règlement du conflit sur le partage des compétences entre les administrations fédérale, provinciales et municipales en ce qui concerne les services de santé aux autochtones; le lien entre les soins de santé et le développement économique durable; et l'instauration d'un processus de guérison au sein des collectivités. Le mouvement amorcé en ce sens est extrêmement puissant, et tout le monde devrait appuyer cette démarche.

### *Remettre en question notre conception de la santé*

Karen Ginsberg, Section de gestion de l'information, Commission royale sur les peuples autochtones, présente le document de réflexion suivant au nom de son auteur, Rosemary Proctor, sous-ministre des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. M<sup>me</sup> Proctor a relevé un récent article du *New York Times* selon lequel le prestigieux National Institute of Health allait créer un nouvel Office of Alternative Medicine. À son avis, cet article illustre l'importance du lien entre les conceptions et les méthodes traditionnelles de soins de santé, et celles qu'incarne la culture dominante.

Depuis un certain temps déjà, on observe un changement dans la façon dont les gens envisagent la santé, la maladie, la guérison et les soins. M<sup>me</sup> Proctor croit à l'évolution du modèle qui définit la santé et la maladie, c'est-à-dire la perception de la santé et le traitement de la maladie. Le nouveau paradigme représente une révolution; puisqu'il s'agit d'une nouvelle vision du monde, les personnes qui sont attachées aux vieilles définitions résistent.

Dans le monde blanc occidental, la médecine souscrit à une théorie de la maladie qui veut que celle-ci soit causée par des germes ou d'autres causes. Dans un tel cadre, la maladie est souvent définie comme un dysfonctionnement ou une incapacité de fonctionner; la cause est extérieure à la personne. La santé est donc définie comme l'absence de maladie. Depuis près de deux siècles, ce modèle a influé sur la façon dont la plupart des habitants de la planète conçoivent la santé et la maladie. «Cela exerce une influence fondamentale sur ce que nous appelons les soins de santé», de souligner M<sup>me</sup> Proctor.

Le modèle de cause à effet n'a jamais été situé dans un contexte social ou économique. Il est généralement conçu comme intemporel et sans limites, fondé sur de solides preuves scientifiques. Il ne reconnaît pas que la médecine moderne a englobé et, à bien des égards, discrédité et éliminé les formes traditionnelles de pensée au sujet de la santé et des soins de santé dans diverses parties du monde.

Toutefois, un nouveau cadre émerge graduellement qui conteste le modèle de cause à effet de la maladie et de la santé. M<sup>me</sup> Proctor qualifie ce nouveau modèle de paradigme environnemental parce qu'il explique la maladie à la lumière de toutes les dimensions de notre milieu et de nos corps. Dans ce cadre environnemental, les êtres humains sont capables de s'adapter à leur milieu de façons efficaces et inefficaces tout en modifiant à leur tour leur milieu de façon bénéfique ou nuisible. Dans un tel modèle, la santé devient un énoncé de but : la présence d'un bien-être physique, social et mental. La maladie découle donc de l'interaction de la personne avec le milieu social.

Ce nouveau paradigme interpelle le public individuellement et collectivement. Il nous interpelle dans nos collectivités, dans la conscience historique et sociale qui nous est propre. La promotion de la santé et la prévention deviennent des concepts clés dans un tel modèle. Il y a place pour la responsabilité individuelle à l'égard de la santé et, collectivement, nous sommes responsables de prévenir la maladie ou d'améliorer les chances de recouvrer la santé.

Les tentatives en vue de récupérer ou de redécouvrir les modes de guérison traditionnels permettent d'élargir le nouveau cadre. Les cercles de vie, par exemple, établissent un lien entre le bien-être spirituel et social, et les problèmes physiques et émotifs. Les travaux en cours dans les collectivités autochtones en vue d'intégrer les modes de guérison traditionnels et la médecine moderne favoriseront l'émergence de la nouvelle conception de la santé humaine.

Après ces exposés, des membres de l'auditoire posent des questions. L'ancien Glen Douglas se demande si le projet de loi C-91, récemment adopté par le Parlement et destiné à protéger les médicaments brevetés, interdirait l'utilisation de la médecine autochtone traditionnelle. «Ce serait très inquiétant pour nous», dit-il. Marie Fortier, sous-ministre adjointe intérimaire, Santé et Bien-être social Canada, répond que ce projet de loi a pour objet de prolonger la période de protection des nouveaux médicaments par un brevet, mais que le champ d'application de la loi n'a pas été étendu – elle ne prévoit pas de disposition nouvelle à l'égard de la médecine traditionnelle.

David Newhouse, professeur d'études autochtones à l'Université Trent, déclare que «pour progresser, il faut que nous acceptions la nouvelle définition de la santé», qui est synonyme de bien-être physique et social; il demande d'ailleurs si les décideurs feraient vraiment leur cette définition. Karen Ginsberg répond que la nouvelle définition existe depuis de nombreuses années, mais que personne n'en a tenu compte. Aujourd'hui, cependant, les décideurs ne peuvent plus se permettre de négliger cette conception plus vaste de la santé, et beaucoup s'aperçoivent que l'établissement d'un lien entre les soins de santé et d'autres services sociaux permet parfois de répartir les ressources de manière plus efficace.

Une Inuk du nord du Québec explique que la vie de son peuple est régie par la Convention de la Baie James, signée par les gouvernements fédéral et provincial, Hydro-Québec, les Cris et les Inuit. «Nous avons, chez nous, les taux les plus élevés de MTS et de suicide chez les jeunes, et la violence familiale sévit partout», dit-elle. En vertu de l'accord, on a donné un hôpital et un important budget de services de santé à sa collectivité, mais pas d'argent pour des services communautaires. Elle est convaincue que les problèmes de cette collectivité sont liés, en grande partie, à l'absence de services récréatifs et autres services communautaires. L'animateur fait observer que ces commentaires montrent combien il est important d'établir un lien entre la maladie et les questions d'hygiène préventive et de promotion de la santé.

## Place aux anciens

L'animatrice Marlene Brant-Castellano ouvre la séance en présentant les quatre anciens et le sujet du débat, soit la conception traditionnelle que les Indiens, les Métis et les Inuit ont de la santé et de la guérison. Elle déclare que notre tradition détient le secret de la santé, et en particulier, celui de la guérison de l'esprit.

M<sup>me</sup> Brant-Castellano raconte deux histoires: la première lui a été contée par une femme qui avait vécu dans un pensionnat, pour qui cette expérience a été la cause de bien des périodes de désespoir dans sa vie. En rêve, elle avait entendu la voix des anciens qui l'appelaient et lui disaient: «Reviens à ta mère, il faut que tu reviennes chez toi.» Au début, elle n'avait pas interprété cela comme un ordre ayant un rapport quelconque avec sa propre santé, mais elle devait comprendre par la suite que cela signifiait qu'il fallait qu'elle revienne à ses traditions, à sa culture et à la Terre, notre mère à tous.

La première participante, l'ancienne Jean Aquash, Anishnawbekwee de Walpole Island, en Ontario, remercie tout d'abord le Créateur et l'esprit des habitants de cette terre, pour cette invitation à la Commission royale sur les peuples autochtones. M<sup>me</sup> Aquash est originaire de l'Ontario, mais elle vit en Alberta depuis 1985. Elle appartient, par son père, au clan Thunderbird. Elle n'a compris ce qu'était l'esprit de clan que lorsqu'elle s'est engagée sur le sentier traditionnel.

Les services de santé sont un sujet de discussion important, dit-elle, et elle décrit les inquiétudes que lui inspirent la violence sexuelle à l'égard des enfants, la violence familiale et les suicides dans sa collectivité. Dans ses études et son travail, elle recherche la guérison. Enfant, elle a été contrainte de vivre dans un pensionnat, et plus tard, lorsqu'elle a essayé de donner un sens à sa vie, elle a été obligée de faire presque tout elle-même, sans aucune aide.

L'expérience qu'elle a vécue dans la suerie a amené M<sup>me</sup> Aquash à réviser sa façon de penser en 1975. «Depuis cette expérience, j'ai pris de nombreux engagements spirituels. Je me suis vouée à un pouvoir plus grand que ma personne.»

«L'esprit est tout. Nous avons simplement évolué intérieurement», dit-elle. M<sup>me</sup> Aquash est parvenue à cette conclusion grâce à ce qu'elle a appris, et elle reconnaît que ce sont les anciens qui l'ont aidée à comprendre le sens de la vie.

Selon M<sup>me</sup> Aquash, «nous sommes un cercle d'influences ambulant», essentiellement composé de quatre parties: le mental, le spirituel, l'émotionnel et le physique. Pour que la guérison soit possible selon les principes holistiques, nous devons tout d'abord examiner notre passé et les expériences dramatiques que nous avons vécues.» M<sup>me</sup> Aquash déclare qu'elle a commencé par réfléchir à ce qu'était son univers mental, aidée en cela par les Alcooliques Anonymes. «Comme j'avais beaucoup maltraité mon corps, j'ai beaucoup jeûné, et j'ai appris à lui donner l'agilité de la jeunesse, grâce à ce processus de purification.»

Elle concentre maintenant ses efforts sur ses émotions – c'est la dernière étape de ce cheminement vers la guérison. Elle a découvert que le jeu des émotions a joué un grand rôle au début de sa vie. «J'avais l'impression d'être inférieure, de ne pas être à

la hauteur, et je pensais que personne ne pourrait se sentir proche de moi, et que moi non plus, je ne pourrais être proche de personne.» Elle explique que ces émotions étaient liées aux sentiments d'abandon et de rejet dus au fait qu'on l'avait mise en pension. «Un grand nombre de choses qui m'ont manqué au début de ma vie ont déterminé la voie que j'allais suivre.»

Depuis son éveil spirituel, M<sup>me</sup> Aquash est ouverte à d'autres formes de guérison. Son travail pour la société Bear Women and Associates lui a permis de découvrir l'importance de la guérison sur le plan émotionnel. L'humanité tout entière doit redécouvrir l'objet original de son existence et poursuivre sa route dans le respect de la vérité qu'elle incarne.

M<sup>me</sup> Aquash conclut par quelques propos sur l'importance des émotions et du développement spirituel. «Il faut tout d'abord que nous apprenions ce qu'est l'amour inconditionnel et que nous le fassions rayonner autour de nous.» Elle croit en la vertu des pratiques spirituelles. «Nous sommes tous plus grands que ce que nous révèlent nos yeux. La seule chose qui nous retienne, c'est notre expérience passée. Si nous réussissons à franchir ce cap, nous accéderons à la lumière de l'amour inconditionnel.»

Le second participant, Norman Chartrand, représentant la Manitoba Métis Federation en sa qualité d'ancien de la province, déclare qu'après avoir lu la documentation, il était inquiet, car ces communications lui paraissaient avoir un caractère très savant. Pendant la plus grande partie de sa vie, ce qu'il a appris, il le doit au fait d'avoir su écouter, observer et agir. «Les textes n'ont joué aucun rôle dans mon processus d'apprentissage», dit-il.

### *Santé, bien-être et conditions économiques*

«La santé et le bien-être des peuples autochtones sont étroitement liés à de mauvaises conditions économiques et environnementales et aux perturbations sociales; pour surmonter ces difficultés, il faut que nous apprenions à communiquer», dit M. Chartrand. Dans son enfance, sa collectivité a survécu grâce à l'esprit de générosité et au sens de partage de ses membres, ainsi qu'à la médecine des Métis – fondée sur les connaissances transmises de génération en génération.

M. Chartrand rappelle qu'autrefois, la plupart des familles métisses avaient leurs propres jardins, ce qui leur permettait d'avoir quelque chose à manger en toute saison. «Ce mode de vie a presque totalement disparu», dit-il. À propos des conditions qui règnent actuellement dans certaines collectivités métisses, il signale que les conditions de logement ont changé et que beaucoup de Métis n'ont pas assez d'argent pour vivre de la nouvelle manière.

À propos de l'avenir, il déclare que «les Métis doivent avoir assez de force pour conserver les vieilles traditions qui avaient du bon. Il ne faut pas que nous changions trop de choses, simplement pour faire plaisir à d'autres.» Il dit combien il est important que les Métis demeurent fidèles aux anciennes traditions pour que celles-ci prennent vie.

«On peut trouver de nombreuses solutions, non seulement en passant à l'action, mais aussi en mettant un terme à certaines choses, dit-il. Par exemple, il faut qu'ils cessent de nous prendre nos enfants, nos terres et nos poissons – dont nous avons besoin pour gagner notre vie. Il faut également que nous demeurions fidèles à l'humour, au rire et à la danse, qui font partie de nos traditions les plus célèbres, car celles-ci nous ont également aidés à survivre.»

Dans ses propos d'ouverture, l'ancien Glen Douglas, membre de la bande indienne de Lower Similkameen, déclare ce qui suit : «Je suis ici pour vous raconter en quinze minutes ce qu'il m'a fallu toute une vie pour apprendre.»

M. Douglas souligne la nécessité de l'équilibre et de l'harmonie pour la santé et le bien-être. On trouve cet équilibre et cette harmonie dans le cercle d'influences, qui est un outil pédagogique très important. Outre les quatre états de la condition humaine – physique, émotionnel, mental et spirituel – le cercle d'influences contient les quatre saisons et les quatre étapes du développement humain. M. Douglas donne l'exemple de l'enfant chez qui le spectacle des actes de violence auquel sa mère est exposée provoque un déséquilibre. Lorsqu'il va à l'école, il est incapable de porter son attention sur ce qu'il doit apprendre. M. Douglas insiste, à nouveau, sur l'importance de l'équilibre et de l'harmonie.

Il souligne également l'importance que revêtent l'équilibre et l'intégration des quatre composants de la condition humaine. Les anciens jouent un rôle capital dans ce processus. Par exemple, ce sont eux qui enseignent la valeur de l'esprit et du corps. M. Douglas déclare qu'il est important de fortifier le cœur pour le grand voyage entre le cœur et l'esprit. Les anciens, dit-il, ont un autre rôle clé à jouer, celui de la transmission de la tradition orale. «Lorsque nous écoutons, nous entendons ce que les anciens disent; lorsque nous regardons, nous tirons des leçons de leur exemple, et nous sommes tous des modèles de comportement, dit-il. Si nous battons nos épouses, nos enfants le feront à leur tour.»

M. Douglas souligne les liens qui unissent la compréhension, la capacité de rétention et le souvenir. C'est par l'esprit, dit-il, que nous apprenons les droits universels de l'honneur, du respect, de la générosité et du langage. Ce sont ces lois universelles qui nous enseignent le partage: ce que la terre a partagé avec nous et ce que nos parents et les anciens ont également partagé avec nous.

Selon M. Douglas, il est très important de connaître notre identité, les territoires d'où nous venons et les ressources dont nous disposons, car c'est à notre peuple et à notre terre que nous devons des remèdes qui guérissent. Par exemple, la sucrie est importante pour les cérémonies de purification et les prières.

Les rêves et la quête d'une vision nous apprennent ce que sont nos responsabilités. L'une d'elles est de ne faire de mal ni à nous-mêmes ni aux autres. Je crois que c'est le Créateur qui est notre gouvernement, et celui-ci est fondé sur le consensus et sur la longévité. En revanche, le gouvernement des Blancs est fondé sur l'argent, le pouvoir et la cupidité, dit-il. Les dons du Créateur ne devraient pas être utilisés pour faire le mal. Malheureusement, il y a des gens qui se sont faits vendeurs de nos céré-

monies et de nos traditions en Europe. Ces gens-là, dit-il, sont pleins de bonnes paroles, mais leurs actes les contredisent.

M. Douglas reconnaît avoir enfreint l'engagement de ses anciens lorsqu'il a eu recours à l'alcool. Il s'est mis à boire à cause des expériences qu'il avait vécues au pensionnat et pendant la guerre. Boire aidait à dissiper la douleur, «mais en fin de compte, il a fallu que je me guérisse aussi de cela». M. Douglas lit un poème écrit par lui au cours de cette période de sa vie, dans lequel il exprime les pensées qui l'habitaient pendant tout le processus de rétablissement.

Pour terminer, M. Douglas évoque certaines difficultés qu'il a vécues. La *Loi sur les Indiens*, dit-il, est un des textes législatifs qui favorisent le plus le génocide, car elle a frappé d'interdit nos méthodes traditionnelles de guérison. Après avoir exprimé l'espoir que lui inspiraient les voix des autochtones, il déclare qu'il a trouvé étrange qu'une partie seulement de la Commission (au lieu de la totalité) soit constituée par des autochtones, et il demande: S'agit-il simplement d'un geste symbolique?

Daisy Watts est la dernière des anciens du panel à prendre la parole. C'est une Inuk de Kuujuaq, dans le nord du Québec, et elle s'adresse à l'auditoire dans sa propre langue. Elle parle tout d'abord de la médecine traditionnelle utilisée par son peuple depuis des siècles. Pendant bien des générations, les plantes ont revêtu une importance primordiale pour les Inuit. Elle déclare que, même si les aînés utilisent des plantes médicinales depuis de nombreuses années, les jeunes commencent seulement à le faire. Elle se rappelle qu'une ancienne lui avait raconté l'histoire d'une jeune femme qui avait fait une grave hémorragie en accouchant. C'est l'utilisation d'une plante spéciale qui lui avait permis de se rétablir complètement.

Parlant de sa propre collectivité, M<sup>me</sup> Watts dit que les anciens se font beaucoup de souci pour les jeunes. Les rumeurs que nous entendons au sujet des jeunes sont parfois inquiétantes. Chaque fois que nous apprenons une mort prématurée, un accident ou un suicide, nous en sommes profondément attristés.

M<sup>me</sup> Watts conclut en décrivant sa propre expérience de la chirurgie cardiaque qui l'a sauvée. «Sans la médecine moderne et l'aide de Dieu, je serais morte.»

L'animatrice invite l'auditoire à poser des questions et à présenter des commentaires. Le premier intervenant, le D<sup>r</sup> David Young, déclare que la société manifeste une attitude paternaliste en continuant à dire que la médecine autochtone doit être alignée sur les normes occidentales alors que, en fait, elle donne de meilleurs résultats dans de nombreux domaines. Il fait observer qu'il serait probablement plus utile à notre société de trouver des moyens d'habiliter les guérisseurs autochtones.

Glen Williams, membre d'un cercle de vie autochtone à Vancouver, estime que les Églises devraient être appelées à expliquer le rôle qu'elles ont joué dans les pensionnats. L'Église doit être rendue responsable du processus de guérison dont ont besoin les autochtones qui se remettent des expériences vécues par eux dans ces écoles, et ce sont les chefs autochtones qui devraient prendre l'initiative de ce processus. M. Williams soulève également la question de l'exploitation de la médecine indienne par les sociétés pharmaceutiques. Il recommande la création de programmes

de formation à l'intention des jeunes autochtones qui souhaiteraient apprendre les méthodes traditionnelles et les préserver. Il conclut en déclarant qu'il voudrait que l'on fasse plus d'efforts, sur le plan national et international, pour élaborer une politique environnementale.

### *L'alimentation et l'environnement holistique des peuples autochtones dans le monde*

Le Dr Harriet V. Kuhnlein, professeur de nutrition à l'Université McGill, est également directrice du Centre for Nutrition and the Environment of Indigenous Peoples au Canada, aux États-Unis et au Guatemala. Elle commence sa conférence par la présentation de 25 diapositives consacrées à des collectivités autochtones de ces trois pays. Elle parle des quatre grandes fonctions que les aliments autochtones et un régime complètement constitué de ces aliments remplissent auprès des peuples autochtones:

1. La nourriture est le pivot de la culture et du bien-être personnel.
2. La nourriture est le lien direct entre l'environnement et la santé. C'est la voie par laquelle un environnement sain peut répondre aux besoins nutritifs et apporter un sentiment d'appartenance et de bien-être.
3. La nourriture est un indicateur culturel important.
4. La nourriture est un agent essentiel à la promotion de la santé et de la culture holistiques.

### *La disparition progressive de l'alimentation traditionnelle*

«Il devient de plus en plus évident que l'alimentation traditionnelle des peuples autochtones connaît un déclin dans le monde entier, déclare le Dr Kuhnlein. Pour diverses raisons et à cause de facteurs externes, les autochtones délaissent les aliments naturels issus de leur environnement local au profit des aliments modernes répandus par l'industrialisation.»

Le Dr Kuhnlein cite l'exemple de la berce laineuse, utilisée par les autochtones de la côte ouest de la Colombie-Britannique. Bien que les anciens nuxalk se souviennent de ce légume vert comme d'une friandise au goût agréable, l'utilisation de la berce laineuse a tellement décliné au XX<sup>e</sup> siècle que beaucoup de jeunes ne sont même pas capables de la reconnaître ou de l'apprêter.

Dans des collectivités telles que celles de l'île de Broughton, dans l'Arctique canadien, on observe également un abandon progressif des aliments traditionnels: même si l'alimentation d'autrefois était riche et variée, les aliments achetés dans le commerce ont pris le dessus, et ce chez tous les groupes d'âge. Même dans l'ouest de l'Arctique, dans des collectivités aussi lointaines que Colville Lake, 30 % des calories consommées par les habitants sont fournies par des aliments commerciaux pendant l'hiver et l'été, lorsque les aliments traditionnels sont plus abondants.

En dépit de l'importance des aliments commerciaux dans leur alimentation, dit le Dr Kuhnlein, les habitants de ces collectivités continuent à tirer la plus grande partie de leur alimentation (protéines, acides gras essentiels, fer, zinc et autres éléments nutritifs essentiels) des ressources alimentaires traditionnelles. Cela est facile à comprendre si l'on considère les aliments bon marché, énergisants et peu nutritifs qui parviennent dans ces collectivités – thé, sucre, lait évaporé, boissons gazeuses et pain blanc. Lorsque de tels produits remplacent les aliments traditionnels, l'état nutritionnel des autochtones se dégrade rapidement.

Voici les raisons de cette situation regrettable :

- l'industrialisation;
- les économies de marché;
- la colonisation;
- les pressions démographiques exercées sur les ressources terrestres et aquatiques;
- la publicité des médias et de l'entreprise privée;
- l'inaccessibilité des ressources alimentaires traditionnelles;
- l'évolution des préférences alimentaires et des convictions en matière de santé;
- le manque d'intérêt pour la culture traditionnelle chez le personnel responsable de la santé dans les réserves.

Le Dr Kuhnlein cite son amie et collègue, Laurie Montour, de Kahnawake et de Walpole Island:

Malheureusement, on se rend compte que les aliments traditionnels et l'art de les apprêter sont en train de disparaître. Cela crée un triple danger: la disparition des anciens et de leur bagage de connaissances, la disparition de la culture et de la volonté d'apprendre, la disparition des écosystèmes salubres et des sources d'alimentation traditionnelle.

Il convient d'ajouter à cela le problème de la pollution de l'environnement qui, selon le Dr Kuhnlein, a porté un autre coup sérieux, voire fatal, à l'alimentation traditionnelle. Alors que nous sommes loin de tout savoir sur les effets des divers contaminants, on alarme tellement les collectivités que leurs habitants sont portés à fuir les ressources alimentaires traditionnelles.

Des recherches s'imposent, souligne le Dr Kuhnlein, non seulement pour déterminer les anomalies de l'écosystème et les empêcher de compromettre notre santé, mais aussi pour stimuler la lutte nationale et internationale contre la pollution de la planète. C'est triste à dire, mais l'alimentation des peuples autochtones constitue un excellent indicateur pour ce genre de recherches, un indicateur qui stimulera l'action politique.

«La perte de popularité des aliments traditionnels n'est pas que le symptôme de la défaillance d'un système, dit le Dr Kuhnlein; elle montre que c'est tout un bien-être environnemental et culturel qui est en train de disparaître.» Et c'est le cas pour les peuples autochtones du monde entier.

### *Le nouveau mode de vie des autochtones*

Le D<sup>r</sup> Kuhnlein évoque les changements abondamment documentés du profil des maladies chez les autochtones; elle cite notamment l'obésité, le diabète, les troubles cardio-vasculaires, le cancer, le taux plus élevé de morbidité et de mortalité infantiles, l'alcoolisme, la perte de dents et l'affaiblissement de la vue, autant de problèmes qui en sont venus à faire partie de la réalité autochtone depuis 100 ans.

«Il est indispensable d'agir et de faire preuve d'initiative, dit-elle; les peuples autochtones doivent renouer avec leurs systèmes alimentaires traditionnels et s'en servir à leur avantage. Cela signifie renouer avec la connaissance traditionnelle de l'environnement.»

### *La démedicalisation de la santé et de l'alimentation*

«À mon avis, déclare le D<sup>r</sup> Kuhnlein, la nutrition est le domaine qui se prête le mieux à la démedicalisation. Cela signifie qu'il faut mettre l'accent sur ce qui est bon pour un individu ou une collectivité, plutôt que se concentrer sur ce qui ne va pas. Les palliatifs pharmaceutiques n'arrangent rien. Il faut se refamiliariser avec l'environnement, voir les aliments qu'on peut en tirer et utiliser cette connaissance pour favoriser la santé de la population.»

### *Une stratégie pour promouvoir l'alimentation traditionnelle*

En conclusion, le D<sup>r</sup> Kuhnlein mentionne la haute considération que l'on voue aux dirigeants autochtones canadiens dans le monde à cause de la façon dont ils ont su promouvoir et protéger les traditions, les droits et les responsabilités traditionnels de leurs peuples. Elle estime que les facteurs suivants sont cruciaux si l'on souhaite que l'autonomie et la qualité de vie des autochtones s'améliorent pour la peine :

- Un leadership fort au niveau national et communautaire;
- L'engagement des familles;
- La transmission de la sagesse et des connaissances des anciens aux plus jeunes en ce qui concerne l'environnement et ses liens avec l'alimentation, la culture et l'identité;
- La formation donnée à la maison et à l'école;
- Des possibilités de carrière en santé pour les autochtones.

## **Survol des documents de réflexion**

### *Le suicide chez les autochtones: causes et prévention*

Peter Erneck, directeur exécutif de l'Inuit Cultural Institute, souhaite la bienvenue aux participants en anglais et en inuktitut. Il présente le D<sup>r</sup> Clare Brant, qui commente sa communication sur les causes et les méthodes de prévention du suicide chez les autochtones.

Pour le Dr Brant, le suicide est un sujet macabre. Bien que certaines personnes puissent penser que, après avoir travaillé tant d'années en psychiatrie, il soit devenu indifférent à la fréquence des suicides, il n'en est rien, dit-il; il est très inquiet de la désolante tendance au suicide existant dans les collectivités autochtones.

Citant Ramon Cajal, pathologiste du XIX<sup>e</sup> siècle, le Dr Brant déclare que «chaque maladie a deux causes – la première est pathophysiologique et la seconde est politique». Il fournit les statistiques suivantes:

- Le taux de suicide est trois fois et demi plus élevé chez les autochtones que chez l'ensemble des Canadiens;
- Le taux de suicide chez les autochtones est le plus élevé dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans.

Le Dr Brant cite d'autres statistiques empruntées à une étude couvrant une période de dix années, effectuée dans le nord-ouest de l'Alaska. Il donne la liste suivante des caractéristiques des personnes qui se sont suicidées ou qui ont tenté de le faire entre 1970 et 1980:

Caractéristiques	Homme	Femme
Âge	23,2	22,0
Instruction	10,5	9,5
Sans emploi	78 %	82 %
Jamais marié	92 %	77 %
Sans profession	61 %	79 %
Revenu familial moins de 10 000 \$/an	77 %	88 %
Alcooliques ou gros buveurs	77 %	65 %

Les morts par «méaventure» (par exemple, un accident d'automobile) n'étaient pas incluses dans ces statistiques, mais elles devraient l'être, si un comportement constamment dangereux est considéré comme un prélude au suicide. D'autre part, déclare le Dr Brant, toute étude comporterait aujourd'hui des questions sur la violence sexuelle, car il y a un lien étroit entre celle-ci et le suicide.

À propos de la catégorie des personnes qui n'ont «jamais été mariées», le Dr Brant estime que, si une jeune femme qui se retrouve enceinte accouchait et n'épousait pas le père parce qu'elle ne voulait pas perdre son allocation familiale, le père se sentirait inutile et sans valeur. Songez à son humiliation, poursuit le Dr Brant, lorsqu'il se rend compte qu'il ne peut pas pourvoir aux besoins de sa famille. Songez également à ce qu'éprouve cette femme lorsqu'elle prend une décision très personnelle, imposée par une situation économique difficile.

«Il y a toujours eu une corrélation statistique largement reconnue et acceptée entre le rang socio-économique et le suicide dans la culture nord-américaine», ajoute le Dr Brant. On considère également que la télévision est préjudiciable à l'estime de soi. Il cite huit facteurs de tension psychosociale qui influent sur la santé mentale:

- logement insalubre;

- emploi/aide sociale;
- absence d'installations ou de programmes récréatifs;
- difficulté d'accès aux services éducatifs et aux services de santé;
- manque d'organisation de l'administration de la bande;
- moyens de transport inexistantes ou insuffisants;
- services sociaux désorganisés et insuffisants, notamment les services à la famille et à l'enfance;
- absence de services de counseling.

### Les stratégies de prévention

Les stratégies de prévention peuvent être divisées en trois catégories: primaire, secondaire et tertiaire. La prévention tertiaire comprend le traitement des tentatives de suicide qui se soldent habituellement par une hospitalisation temporaire pour soigner une blessure; la prestation de conseils en situation de crise; le transfert dans un établissement psychiatrique où les patients sont enfermés; le traitement des dépressions et autres maladies mentales; la désintoxication des alcooliques et leur réinsertion; la pharmacothérapie et la psychothérapie.

La prévention secondaire est l'identification précoce des personnes à risque. La prévention primaire, qui permettrait d'éliminer les causes de la pauvreté, de l'impuissance et de l'anomie, est peu discutée et rarement appliquée.

En conclusion, le Dr Brant affirme sa ferme conviction que les autochtones du Canada ont les ressources émotionnelles et intellectuelles nécessaires pour faire face à la triple menace de la pauvreté, du manque de pouvoir et de l'anomie qui sont sources de dépression, d'abus d'intoxicants, d'idéation et de préparation d'un suicide.

### *Le racisme et le sexisme et leur incidence sur les femmes autochtones*

Remplaçant le professeur Emma LaRocque, Jo-Ann Daniels, cofondatrice de Women of the Métis Nation, présente les points principaux de la communication de M<sup>me</sup> LaRocque.

«Huit Canadiennes autochtones sur dix sont victimes de violence sexuelle», déclare d'entrée de jeu M<sup>me</sup> Daniels; elle ajoute qu'à une récente réunion de 150 femmes métisses, sept seulement ont pu déclarer qu'elles n'avaient jamais été soumises à de telles violences. M<sup>me</sup> LaRocque croit que, lorsque le système patriarcal européen a été imposé aux peuples autochtones, la violence à l'égard des femmes a considérablement augmenté. En particulier, les actes de violence sexuelle à leur égard sont devenus plus fréquents lorsque les hommes ont commencé à les traiter comme des objets.

La communication de M<sup>me</sup> LaRocque offre un examen détaillé des effets à long terme du racisme, du sexisme et de la colonisation, ainsi que de la manière dont les hommes autochtones ont intériorisé les valeurs de la culture blanche dominante. Bien que la violence sexuelle soit très répandue dans toutes les cultures, déclare M<sup>me</sup> Daniels, il faut que l'apathie manifestée à son égard dans les réserves change. Et

pour que ce changement se produise, il est indispensable de montrer que les mythes sont faux. Un des mythes les plus nocifs est celui selon lequel la violence sexuelle était autrefois tolérée dans les collectivités autochtones.

Il est indispensable que les contrevenants soient rendus responsables de leurs actes, poursuit M<sup>me</sup> Daniels, et il faut qu'il y ait plus de compassion, de compréhension à l'égard des victimes et de leurs problèmes. Il y a beaucoup trop d'indulgence dans la détermination de la peine et dans le régime de libération conditionnelle. «Quand donc les victimes bénéficieront-elles de l'aide qu'elles méritent?»

M<sup>me</sup> Daniels examine les causes possibles de la violence sexuelle; l'idée que le responsable du viol est aussi une victime est envisagée – et rejetée. Si toutes les victimes devenaient à leur tour des agresseurs, les millions de femmes qui se sont trouvées dans cette situation feraient aussi du mal aux autres.

La violence sexuelle est une question très complexe et, en dépit des avis divergents sur sa cause, elle doit être absolument rejetée par la société.

M<sup>me</sup> Daniels propose trois méthodes de prévention de la violence:

- Il faut que les jeunes autochtones connaissent une résurgence socio-économique dans leurs collectivités, afin de donner un sens à leurs vies. Cela devrait également comprendre la possibilité du choix d'une profession.
- Les écoles devraient présenter l'histoire autochtone au présent, et non au passé. Les jeunes ont besoin d'être rassurés sur ce point et de connaître leur propre histoire.
- Les loisirs : des efforts considérables sont requis dans toutes les collectivités autochtones.

Il faut développer le respect de soi et des femmes chez les adolescents, dit M<sup>me</sup> Daniels. «Le viol a un effet destructeur», affirme-t-elle, et le suicide peut en être la conséquence la plus terrible. Quand il y a violence, il faut aussi s'occuper des besoins spirituels. Lorsque les enfants sont jeunes, il est indispensable de nourrir leurs espoirs et leurs rêves; sans une attitude d'esprit positive, il leur est littéralement impossible d'imaginer qu'ils pourront un jour avoir un avenir.

«Les femmes autochtones ne pourront participer à l'autonomie gouvernementale que lorsqu'elles seront acceptées comme égales», déclare M<sup>me</sup> Daniels. Cela signifie que tous les autochtones doivent regarder la violence bien en face et la traiter avec honnêteté. Cela signifie également qu'il faut apprendre à faire une distinction entre les niveaux de violence et prononcer les jugements appropriés. Il faudra peut-être, pour cela, modifier la Loi sur les jeunes contrevenants, et certainement établir des programmes de réinsertion sociale à long terme.

Après ces exposés, les membres de l'auditoire posent des questions. Un participant demande au D<sup>r</sup> Brant s'il existe un lien de cause à effet entre le fait que des enfants aient été élevés dans des foyers nourriciers et celui qu'ils tentent plus tard de se suicider. Le D<sup>r</sup> Brant répond que des expériences perturbantes pour les enfants, telles que la perte d'un fournisseur de soins primaires ou la séparation d'avec celui-ci, donnent

souvent un enfant perturbé et un adulte asocial. Nous sommes encore témoins de retombées du régime d'aide à l'enfance, dit-il en conclusion.

Une autre question, également adressée au D<sup>r</sup> Brant, porte sur le lien entre le suicide et la vie au pensionnat. Le D<sup>r</sup> Brant ne dispose pas de statistiques à ce sujet, mais il déclare que l'âge auquel l'enfant a commencé à fréquenter un pensionnat semble avoir une certaine importance: plus l'enfant est jeune, plus il souffre d'être séparé de ses parents. En général, dit le D<sup>r</sup> Brant, les enfants qui sont placés très jeunes dans un pensionnat, sont complètement démolis, et lorsqu'ils parviennent à l'âge adulte, ils sont eux-mêmes incapables d'assumer le rôle de parent.

Le D<sup>r</sup> Michael Monture mentionne le nombre élevé de grossesses chez les femmes non mariées dans les collectivités autochtones du nord-ouest de l'Ontario. Pour ces jeunes femmes, la grossesse est une manière d'échapper à des situations difficiles ou violentes, dit le D<sup>r</sup> Monture. «Pouvons-nous faire quelque chose pour leur faire changer d'opinion à ce sujet?» demande-t-il. Le D<sup>r</sup> Brant reconnaît que les jeunes femmes autochtones essaient souvent d'échapper à une vie familiale malheureuse en devenant des mères célibataires. Malheureusement, ajoute-t-il, elles sont fréquemment déçues par le résultat, qui peut être aussi déplaisant que la situation originale.

## **Table ronde n° 1: Stratégies holistiques dans le domaine de la santé communautaire**

Le D<sup>r</sup> Jay Wortman, consultant auprès de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, déclare qu'il sent dans la salle le désir contenu de parler, et que l'organisation de la table ronde est précisément conçue pour cela. Il demande aux participants de se présenter.

Alwyn Morris, Mohawk de la réserve de Kahnawake et médaillé d'or et de bronze des Jeux olympiques, travaille avec les jeunes depuis huit ans.

Katie Rich est chef du conseil de la bande Mushuau Innu, à Davis Inlet, depuis un an.

Le D<sup>r</sup> Yvon Allard est membre de la Manitoba Metis Federation et effectue des recherches sur le système cardio-vasculaire à l'hôpital de Saint-Boniface.

Jean Goodwill est une infirmière autorisée qui a été consultante auprès de la DGSM. Elle est actuellement membre du conseil d'administration de l'Indian Hospital et du Health Committee de la réserve de Standing Buffalo, à Fort Qu'Appelle.

Le D<sup>r</sup> Irwin Antone, médecin oneida, est professeur adjoint à l'Université Western Ontario.

Le D<sup>r</sup> Edward Connors est un Mohawk d'ascendance irlandaise. Il travaille comme consultant pour le cercle sacré des Ojibway Tribal Family Services, groupe de prévention du suicide chez les jeunes.

Maggie Hodgson est directrice exécutive du Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, à Edmonton.

Madeline Dion-Stout est une Crie; infirmière autorisée, elle est directrice du Centre for Aboriginal Education, Research and Culture.

Martha Montour est infirmière autorisée et avocate. Elle représente la Native Women's Association.

Roda Gray est une Inuk. Elle est coordonnatrice nationale de la santé à Pauktuutit et membre de l'Inuit Women's Association.

Aani Tulugak est une Inuk du nord du Québec. Elle est directrice générale de l'hôpital Innuulitsivik et du Centre de services sociaux de Povungnituk.

Le Dr Wortman ouvre le débat en réitérant les questions fondamentales:

Qu'est-ce qui empêche la mise en oeuvre de stratégies holistiques pour prévenir des situations critiques telles que le suicide chez les jeunes, la violence familiale, la toxicomanie et autres maux graves? Comment pouvons-nous appuyer ces stratégies? Pourquoi ne l'a-t-on pas fait? Qui devrait prendre les mesures nécessaires?

Selon le Dr Wortman, les stratégies holistiques ne donnent pas de bons résultats parce qu'elles ont un caractère préventif, alors que la collectivité autochtone doit faire face à des crises telles que le suicide et la violence familiale, qui exigent un traitement; à cause de cette dichotomie, il est difficile pour les décideurs de privilégier un aspect des soins de santé au détriment de l'autre.

M<sup>me</sup> Montour se réjouit de voir des femmes à la table car les pratiques de santé traditionnelles sont cultivées par elles, et il est indispensable qu'elles participent aux décisions entourant leur mise en oeuvre. À son avis, il faut que le gouvernement cesse d'envoyer dans les réserves des professionnels de la médecine classique qui ignorent tout de la culture ou des pratiques traditionnelles, et qu'il commence à financer d'autres modèles de soins de santé.

Le Dr Connors estime que le problème tient moins à la démarche holistique qu'à l'absence de pensée holistique. Les jeunes d'aujourd'hui sont élevés par des personnes qui ne sont pas autochtones, dit-il, et ils ne sont pas habitués à réfléchir dans une perspective holistique. En conséquence, lorsque les anciens leur proposent des solutions holistiques à des problèmes tels que le suicide et la violence, ils ne les comprennent pas et sont incapables de les mettre en oeuvre. Ils sont incapables de saisir la vision que les anciens ont tenté de leur inculquer.

Les stratégies communautaires dans le domaine de la santé sont fondées sur l'hypothèse de l'existence préalable du sentiment de communauté, selon le Dr Allard. Mais cela exige un groupe d'individus ayant un sens très marqué de leur identité, de leur histoire commune et de leur rôle au sein de la collectivité— bien trop fréquemment, il ne s'agit que d'un groupe de personnes qui vivent au même endroit mais qui ne travaillent pas nécessairement de concert.

Cependant, même «l'usage du mot collectivité est un pas dans la bonne direction», déclare M<sup>me</sup> Dion-Stout, qui examine le besoin de comprendre toutes les formes de pauvreté, et pas simplement celles à caractère socio-économique. Ce qui est en cause, ce sont tous nos besoins humains fondamentaux, qui ne sont pas satisfaits. Par exemple, la discrimination appauvrit les autochtones, et cet appauvrissement conduit à des états pathologiques. L'information est un élément essentiel de la compréhension de ces formes de pauvreté. «Notre santé est déterminée par l'information dans notre société, qui permet de décrire la situation», dit-elle.

M<sup>me</sup> Dion-Stout se considère un peu comme une hérétique parce qu'elle est convaincue que de nombreuses stratégies biomédicales n'ont pas donné de résultats. Elle fait cependant observer que toutes les pratiques traditionnelles ne sont pas non plus nécessairement efficaces. Par exemple, dit-elle, nous avons tendance à sacrifier le phénomène des familles étendues, et j'y crois moi-même, mais des études ont montré que ces familles cachent également des actes de violence sexuelle. Elle souligne la nécessité de s'ouvrir à divers systèmes de convictions différents et de reconnaître ce que les pratiques traditionnelles, comme les méthodes biomédicales, offrent de bon et de mauvais.

### *La prise en main de son propre destin*

M. Morris souligne la nécessité, pour les membres des premières nations, de prendre en main leur propre destin. En dernier ressort, dit-il, ce sont nos propres chefs qui répartissent les fonds gouvernementaux. Qui dit que, parce que les études secondaires durent cinq ans pour les non-autochtones, il faut qu'il en soit de même pour nous? La vie est dure dans nos collectivités, dit-il; pourquoi ne pas mieux préparer les jeunes en prolongeant les études secondaires d'un an et demi afin qu'ils puissent demeurer un peu plus longtemps parmi les leurs?

Nous sommes au cœur d'une «renaissance culturelle en plein essor, poursuit M. Morris; pourquoi ne la prenons-nous pas en main?» Lorsque les chefs autochtones sont obligés de décider qui aura une maison cette année, et qui n'en aura pas, il n'est pas surprenant qu'ils soient paralysés. Les autochtones doivent faire preuve de vision, dit-il, en fixant leurs propres priorités, au lieu de laisser aux étrangers le soin de le faire.

M<sup>me</sup> Goodwill note deux facteurs qui entravent la mise en oeuvre de stratégies holistiques dans le domaine de la santé communautaire. Premièrement, dit-elle, les collectivités ont toujours dû traiter avec deux ministères, un qui s'occupe de services sociaux, l'autre, de la santé. Mais entre les deux, il n'y a pas de dialogue, dit-elle. Il va falloir les secouer pour que ce dialogue s'institue.

Elle parle ensuite de la nécessité d'offrir des soins de santé en-dehors des immeubles réservés à cette fin. Lorsqu'on a établi l'existence d'un problème de toxicomanie chez les autochtones, des centres de traitement ont commencé à faire leur apparition un peu partout. Les gens qui y étaient admis étaient remarquablement soignés, mais lorsqu'ils rentraient dans leurs collectivités, il n'y avait pas de structure de soutien pour les suivre. Deux semaines après, tout était à recommencer.

Bien qu'il soit totalement partisan d'une démarche médicale holistique, le Dr Antone regrette que de nombreuses collectivités ne connaissent rien aux méthodes traditionnelles de guérison. «Beaucoup de ces méthodes sont peut-être perdues à tout jamais», dit-il. Il note l'absence de sincérité chez les fournisseurs de soins de santé et les membres de la collectivité qui discourent sans fin mais ne font jamais rien. Autrefois, la parole inspirait l'action communautaire, dit-il, mais c'est peut-être là une tradition que nous avons perdue.

J'entends beaucoup de gens dire qu'il faudrait apporter un soutien financier à nos pratiques traditionnelles, mais à l'époque où elles étaient en vigueur, il n'y avait pas d'aide financière. Le Dr Antone souligne la nécessité de se montrer sincère, de faire preuve d'esprit d'innovation, et de responsabiliser les gens. Il fait observer que ce qui fonctionne bien à un endroit ne fonctionne pas nécessairement ailleurs. Selon lui, il n'y a aucune raison pour que la médecine occidentale et la médecine traditionnelle ne puissent pas être combinées et pratiquées de concert.

### *«Nous épuisons nos gens»*

Pour se préparer au rôle qui allait être le sien à la Commission royale, M<sup>me</sup> Tulugak a demandé des suggestions aux professionnels et aux membres des collectivités. Selon les médecins, les sages-femmes et les travailleurs sociaux, ce sont le manque d'argent, de personnel, de formation et d'installations de traitement dans le Nord qui constituent les principaux obstacles à la mise en oeuvre de stratégies communautaires dans le domaine de la santé. Les membres des collectivités lui ont dit: «Parmi les travailleurs de la santé, trop peu comprennent ce que nous faisons, trop peu ont complété le cercle de vie. C'est pour cela qu'il y a trop de souffrances chez nous. Nous épuisons nos gens.»

M<sup>me</sup> Tulugak raconte sa visite dans une famille où il y a eu un suicide, l'an passé. Les membres de la famille lui ont dit qu'ils ne voulaient pas en parler, que tout ce qu'ils voulaient, c'était oublier. Mais nous ne pouvons pas guérir sans parler, dit-elle.

Les membres des collectivités lui ont également signalé l'absence de ressources dans le Nord. Lorsque les gens ont besoin de se faire soigner, dit-elle, il doivent aller à Montréal. À cause des obstacles linguistiques et culturels qu'ils rencontrent, ils reviennent découragés. Mais la Convention de la Baie James, qui régit tout notre argent, ne prévoit pas d'établissements hospitaliers, dit-elle, pas plus que de garderies ni d'installations récréatives. Pour que les stratégies communautaires dans le domaine de la santé réussissent dans le Nord, il faudra des fonds pour se procurer les ressources nécessaires, et les gens devront prendre conscience de leur responsabilité personnelle en matière de santé; il faudra aussi qu'ils soient prêts à faire face aux peines qu'ils ont connues dans leur enfance.

M<sup>me</sup> Grey reconnaît que les collectivités doivent assumer leurs propres problèmes, mais elle se demande comment cela est possible sans argent et sans ressources. C'est frustrant, dit-elle, et elle en arrive à se demander si toutes ces réunions en valent la peine. «Elles coûtent beaucoup d'argent, dit-elle, et nous avons besoin de cet argent.»

«Le 14 février est le jour où nous faisons des cadeaux à ceux que nous aimons; dit, pour commencer, M<sup>me</sup> Rich, mais cette année, février a été une triste période pour nous.» En proie à l'émotion provoquée par le souvenir des récentes tentatives de suicide de six adolescents de Davis Inlet, la salle tout entière demeure silencieuse pendant plusieurs minutes avant que M<sup>me</sup> Rich décide de ne pas poursuivre.

«C'est dans notre propre mythologie que nous pourrions trouver la force dont nous avons besoin, dit M<sup>me</sup> Hodgson, mais cette mythologie constitue également un obstacle. Il faut que nous soyons conscients de notre culture, mais aussi de celle que nous créons.» Lorsque les groupes religieux sont arrivés, dit-elle, ils ont, entre autres, amené le goût du jeu avec eux. M<sup>me</sup> Hodgson déclare que, lorsqu'elle a appris que le taux de sobriété à long terme était de 62% dans sa collectivité, elle s'est demandée quel était le pourcentage des gens qui consacraient des centaines de dollars par mois au jeu, au lieu de les dépenser pour leurs familles.

«Nous jouons au bingo pour rencontrer du monde et être avec des gens comme nous, dit-elle, mais nous recréons là notre culture, et pas toujours à notre avantage.» Il est prouvé, dit-elle, que les adolescents acquièrent très tôt des comportements asservissants. Pourtant, c'est à eux que leurs parents laissent la garde des enfants, lorsqu'ils vont jouer au bingo. Ceux-ci prétendent qu'ils travaillent dur, qu'ils ont besoin d'une détente et qu'ils ne voient pas pourquoi ils ne pourraient pas dépenser un peu d'argent pour leur propre plaisir. Mais ce sont les mêmes excuses que celles qu'ils utilisaient lorsqu'ils buvaient.

Le thème de l'abandon est monnaie courante dans la culture autochtone, dit M<sup>me</sup> Hodgson; d'abord entretenu par les pensionnats, puis par l'alcoolisme, il l'est aujourd'hui par le bingo. «Nous ratons la cible, dit-elle, lorsque nous parvenons à imposer la sobriété dans nos collectivités sans nous attaquer au problème des dépendances.

En conclusion, dit le D<sup>r</sup> Wortman, «chaque participant a parlé. Bien que Katie Rich n'ait pas dit grand-chose, c'est probablement son silence qui a exprimé le plus éloquemment sa peine et celle de la collectivité à laquelle elle appartient.» Le D<sup>r</sup> Montour invite ensuite l'auditoire à poser des questions et à faire des commentaires.

En réponse aux observations du D<sup>r</sup> Antone sur la combinaison des pratiques de guérison traditionnelles et modernes, M<sup>me</sup> Jorgensen affirme que cela existe déjà, même si on ne l'a pas reconnu. Elle donne l'exemple de l'aspirine et des médicaments contre le cancer qui sont tirés d'écorces d'arbres, et elle déclare qu'il est temps que les praticiens occidentaux reconnaissent leur dette à l'égard des guérisseurs autochtones. Le D<sup>r</sup> Wortman note que les contributions des autochtones dans ce domaine ne se limitent pas à «faire bouillir de l'écorce à grand feu», mais que ce qu'ils apportent aussi, c'est leur compréhension des liens entre la santé mentale et physique.

Le D<sup>r</sup> Connors déclare qu'autrefois les anciens mettaient leurs talents de guérisseurs à la disposition de leurs collectivités qui, en contrepartie, les prenaient en charge.

Aujourd'hui, dit-il, ils continuent à le faire, mais le reste de la collectivité ne leur apporte plus le soutien d'antan. Malheureusement, ajoute-t-il, de nos jours les anciens ne peuvent pas acheter d'essence avec du tabac.

M. Keith LeClaire, un Mohawk de Kahnawake, définit trois niveaux de discussion. Sur le plan personnel, dit-il, existe le besoin de communiquer et de rétablir des mécanismes de soutien pour faire face à la peine et à la colère des autochtones. Sur le plan communautaire, il faut que nous examinions nos propres collectivités en nous demandant ce que nous avons et comment nous pouvons nous en servir avant de réclamer plus d'argent. Sur le plan fédéral, il est indispensable que ce soient les autochtones qui soient chargés de l'affectation des fonds destinés aux soins de santé. Il est bien difficile d'élaborer des programmes, dit-il, lorsque vous engagez la discussion avec un organisme, que celui-ci vous renvoie à un second, puis à un troisième, comme si vous étiez une balle de ping-pong.

Dans sa réponse, le D<sup>r</sup> Allard décrit de quelle manière les Métis ont mis en œuvre leur propre stratégie communautaire dans le domaine de la santé, il y a 150 ans, en créant l'Hôpital de Saint-Boniface, entièrement financé par les collectivités métisse et francophone. L'an dernier cependant, dans le cadre des réformes des soins de santé, le gouvernement provincial a supprimé les services pédiatrique, gynécologique et gériatrique. «Les Métis n'obtiennent aucune aide financière, dit-il. Le gouvernement est maintenant en train de démanteler un établissement créé par notre collectivité. Nous sommes impuissants devant ces prétendues réformes.»

En tant que Métis travaillant pour le gouvernement fédéral, le D<sup>r</sup> Wortman déclare avoir constaté un peu partout dans les collectivités autochtones que les gens ne savent pas très bien d'où viennent les fonds gouvernementaux, comment ils sont répartis, etc. À son avis, il est difficile de motiver les gens lorsqu'ils se perdent dans les dédales administratifs où ils sont obligés de s'engager, et il reconnaît que c'est un problème qui justifie un examen.

«Les réalités nous hantent constamment», dit M. Morris. Les gens quittent la réserve pour améliorer la vie des leurs; ils se fondent dans la société non autochtone et puis, un beau jour, ils essaient de revenir chez eux. Mais une fois de retour, dit-il, ils sont ostracisés parce qu'ils s'étaient assimilés au reste de la société. «Une fois que nous partons de chez nous pour devenir des chefs de file d'un régime politique non autochtone, déclare-t-il, il n'est plus possible de jouer le même rôle dans nos propres collectivités.»

Le D<sup>r</sup> Isaac Sobol, médecin non autochtone à Nisga Valley, évoque la perte du corpus de connaissances traditionnelles. En tant qu'étranger, le D<sup>r</sup> Sobol se demande s'il existe des informations auxquelles il n'a pas accès, mais il dit avoir senti une érosion des connaissances, et il demande si la volonté existe vraiment de redécouvrir et d'adopter à nouveau les pratiques traditionnelles. «Les gens regardent la télévision, dit-il, et ils voient la publicité du Robitussin DM. Naturellement, quand ils viennent me voir, c'est cela qu'ils demandent.»

Le D<sup>r</sup> Sobol rappelle des discussions entendues au sujet de l'augmentation du nombre d'étudiants autochtones dans les facultés de médecine, mais il doute qu'on envisage

d'enseigner les pratiques traditionnelles à l'université. Il fait remarquer que le système médical est lié à l'industrie pharmaceutique, et que les médecins sont, en fait, des vendeurs de produits pharmaceutiques. C'est un problème qui existe dans l'ensemble de la société, et pas seulement au sein des collectivités autochtones, dit-il, mais cela empêche la mise en oeuvre de stratégies holistiques de santé communautaire. «J'ai entendu parler de calendriers illustrés de photos d'athlètes, de médecins et d'acteurs autochtones, qui sont présentés comme modèles de comportement – mais où sont les calendriers qui montrent les anciens dans leur rôle de guérisseurs et les proposent comme modèles? Cela, aussi, est un obstacle aux soins de santé holistiques», dit-il.

M<sup>me</sup> Goodwill estime que le savoir traditionnel est préservé dans la plupart des collectivités mais qu'il est très bien caché. M<sup>me</sup> Aquash, membre de la première nation Enoch, est d'accord et déclare qu'elle connaît des personnes qui détiennent ce savoir mais ne le partagent pas à cause du système de délivrance de brevets. Elles préfèrent le réserver à leur usage personnel.

Le D<sup>r</sup> Wortman note que, bien qu'on n'ait pas répondu à la question, celle-ci a suscité un débat fructueux. Un thème semble revenir constamment: celui d'un cercle vicieux apparent. M. Wortman pose la question suivante: Comment peut-on former des collectivités en bonne santé lorsqu'il y a tant de souffrances chez leurs membres? Comment des individus peuvent-ils se guérir sans le soutien d'une collectivité, elle-même en bonne santé?

## Séance plénière

Le D<sup>r</sup> Louis T. Montour, Mohawk de Kahnawake ainsi que médecin et directeur des services professionnels au Kateri Memorial Hospital, ouvre la séance plénière par une observation personnelle. Les non-autochtones lui demandent fréquemment, en sa qualité de médecin, ce qu'il pense de la médecine autochtone. Quand il leur renvoie la balle, ils se contentent habituellement d'évoquer des stéréotypes du genre chapelets que l'on égrène ou herbe que l'on fume.

Selon le D<sup>r</sup> Montour, la médecine autochtone fait cependant partie d'un certain mode de vie. Lorsqu'on est entièrement imprégné de cette culture, le processus de guérison fonctionne bien, mais lorsqu'on en est détaché, il est inefficace. Il faut alors une intervention médicale pour aider les gens à survivre assez longtemps pour pouvoir entreprendre leur voyage de guérison, dit-il, en ajoutant que le respect, les vertus caritatives et le sens du partage sont les éléments essentiels de la médecine traditionnelle.

Selon M. Tuma Young, de la nation micmaque, bien que l'enseignement traditionnel soit axé sur la prévention, les gens ont toujours connu des crises dans leurs vies et les pratiques traditionnelles sont également conçues pour cela. Selon lui, un des obstacles à leur emploi dans les situations de crise tient au fait que les gens refusent d'assumer la responsabilité de leurs actes. Par exemple, dit-il, il entend souvent dire que la violence à l'égard des femmes est un problème qui concerne les femmes alors

qu'il devrait surtout concerner les hommes, puisque ce sont eux qui en sont responsables. Ce genre de responsabilité volontairement assumée, dit-il, naît du respect de soi, de ce respect qui exige par exemple que, si l'on dit à des adolescents d'arrêter de fumer, on soit prêt à en faire autant.

Le Dr Brant, qui exerce la psychiatrie dans sa réserve et est professeur adjoint à l'Université Western Ontario, raconte l'histoire d'un de ses malades, qui appartenait à une réserve proche de London. Ce cadet d'une nombreuse famille qui avait fort bien réussi dans la vie s'occupait de sa vieille mère. Acariâtre et méchante, celle-ci lui répétait constamment qu'il était un raté. Pendant deux ans, en dépit des difficultés de transport, le patient venait consulter le Dr Brant deux fois par semaine, mais sans que son état s'améliore.

Un jour, il disparut. Lorsque le Dr Brant le revit six mois plus tard à une réception, il avait l'air en pleine forme, il avait maigri et avait trouvé une petite amie. Il dit au Dr Brant qu'il avait consulté un guérisseur autochtone qui lui avait dit que quelqu'un devait avoir jeté un sort sur lui par jalousie, parce qu'il était si beau garçon et intelligent et qu'il venait d'une si bonne famille. L'ancien lui avait dit que, pour conjurer la malédiction, il fallait qu'il organise une fête pour les 90 membres de son clan.

Mais cela lui aurait coûté quelques milliers de dollars, argent qu'il n'avait pas. Il fut donc obligé de retourner dans sa réserve, de renoncer à l'aide sociale et de trouver un emploi. Il perdit son embonpoint, rencontra une jeune fille et, six mois plus tard, bien qu'il n'eût pas encore économisé suffisamment d'argent pour donner cette fête, il continuait à en mettre de côté et, en plus, il trouvait que la vie était belle. Voilà, dit le Dr Brant, un bel exemple de l'efficacité des pratiques de guérison traditionnelles.

L'ancien Glen Douglas, un Okanagan, considère que le refus de se voir tel qu'on est représente un des principaux obstacles au règlement des problèmes de santé autochtones. «Il y a trois personnes en moi, dit-il. Je suis celui que je pense que je suis. Je suis celui que vous croyez que je suis. Et le vrai moi est celui qui existe dans l'obscurité de sa sucrie où il ne joue plus la comédie pour personne. Là, je ne peux pas refuser d'admettre qui je suis.»

M. Douglas cerne un second problème: le fait que de nombreuses personnes, au fait des pratiques traditionnelles, n'utilisent pas ce savoir, de peur d'être accusées d'exercer la médecine sans autorisation. Il raconte l'histoire d'un homme qui, en 1938, s'était présenté à l'hôpital, souffrant d'appendicite. Le docteur lui avait dit qu'il faudrait l'opérer le lendemain matin mais le malade avait refusé et avait appelé un guérisseur traditionnel. Lorsque celui-ci arriva, il se plaça un bandeau rouge sur les yeux, fit ce qu'il avait à faire, après quoi, le patient se leva du lit et s'en alla.

Lorsque le chirurgien arriva le lendemain matin, à 6 h, il s'emporta en apprenant la nouvelle et partit à la recherche de son malade. Il le trouva dans une salle de billard avec son guérisseur, qu'il fit arrêter. Au tribunal, on demanda au guérisseur ce qu'il avait fait au malade. Il se fit apporter un pichet d'eau. Lorsque celui-ci arriva, il se noua un bandeau sur les yeux, plaça les mains en cornet autour de sa bouche et

inhala. Le niveau de l'eau baissa dans le pichet. Lorsqu'il exhala, le niveau remonta. Il dit alors au tribunal: «Voilà ce que j'ai fait. J'ai aspiré le poison contenu dans le corps de cet homme.»

Il mit ensuite le médecin au défi d'en faire autant. Celui-ci ne dit rien. Défié à nouveau, il refusa et l'affaire fut classée.

M. Douglas réserve ses dernières remarques à la prévention du suicide. Il déclare avoir perdu deux neveux et une fille et, bien qu'il ait travaillé dans le domaine de l'intervention en cas de crise, il ne parvint pas à les sauver. «Il est très difficile d'empêcher un suicide, dit-il. J'y songe parfois moi-même.» Mais il déclare qu'il a appris à réfléchir aux priorités, à décider de ce qui, à tout moment, est vraiment important, et c'est là une leçon précieuse pour quiconque.

Pour le Dr Connors, bien que le savoir traditionnel ait souffert et soit entré dans la clandestinité, il a l'impression qu'il refait surface. Mais il ne fleurira que lorsque les membres de la société occidentale commenceront à montrer qu'ils le respectent. À l'hôpital du Lac-des-bois, il y a un programme de soins de santé autochtones. Il n'existe pas parce que les guérisseurs l'ont demandé, mais parce que l'hôpital voulait obtenir leur participation et les inviter. Le Dr Connors fait observer que, tant que la société pensera que les guérisseurs peuvent faire gratuitement leurs petites affaires, en marge, pendant que les médecins et les psychiatres se font payer pour leur travail, le savoir des autochtones demeurera caché. Mais lorsque cette situation changera et qu'on reconnaîtra la valeur des guérisseurs autochtones, notre société commencera à se guérir elle-même.

M. David Newhouse, un Onandaga, est président du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida. Il estime qu'on a omis un point important au cours du débat de l'après-midi. Selon lui, la société occidentale a établi une hiérarchie entre les divers types de savoir, et le savoir et les pratiques des cultures traditionnelles tendent à se retrouver au bas de l'échelle.

À titre d'illustration, il évoque son expérience récente à titre de membre d'un comité créé par le NPD de l'Ontario pour étudier la réglementation et les normes de formation dans le domaine des soins de santé. La Traditional Chinese Healers' Association avait demandé d'être réglementée, mais cette requête avait été rejetée parce que «ses pratiques n'étaient pas fondées sur un corpus de connaissances satisfaisant aux normes occidentales». Les guérisseurs chinois avaient fait observer que ces pratiques remontaient à cinq millénaires, alors que la médecine occidentale n'existait que depuis environ 200 ans. Au dire de M. Newhouse, cela montre qu'il faudra que nous commencions à examiner la validité de différents types de connaissances pour que les pratiques traditionnelles en matière de santé puissent être prises au sérieux.

En ce qui concerne la violence en milieu familial et le suicide, Peter Erneck, directeur exécutif de l'Inuit Cultural Institute dit qu'il est temps de prendre en main le contrôle de nos vies et d'apporter des changements au sein de nos collectivités. Les Territoires du Nord-Ouest disposent maintenant de quatre spécialistes de la prévention du suicide, ainsi que de lignes d'écoute téléphonique tenues par des bénévoles. Il faut encourager les hommes, dit-il, à participer à la lutte contre la violence familiale.

Le Dr Montour résume la séance plénière en disant que nous sommes les victimes du choc de deux cultures, la première fondée sur des valeurs traditionnelles, la seconde sur le colonialisme et le profit. «Pour qu'il y ait guérison, dit-il, il faut que nous reconnaissons le mal qui a été fait et qu'il y ait réconciliation entre ces deux cultures.»

M. Douglas prononce la prière de clôture, dans laquelle il remercie le Seigneur d'avoir permis cette rencontre et cet échange de connaissances, et lui demande de guider tout le monde sur le chemin de la guérison.

## Deuxième journée

### Quatre initiatives sociales communautaires

#### *Métis Child and Family Services (Alberta)*

Après la prière d'ouverture prononcée par l'ancien Glen Douglas, l'animateur de la table ronde, le Dr Louis T. Montour, demande une minute de silence en hommage à Derek Decook, décédé récemment. Dans ses propos préliminaires, le Dr Montour insiste sur la nécessité d'aller de l'avant et de trouver des solutions. Il encourage cette démarche et présente le président du groupe d'experts, Alwyn Morris, Mohawk de Kahnawake et champion olympique.

Carolyn Pettifer, Métisse et présidente de Métis Child and Family Services, travaille auprès de la collectivité métisse albertaine depuis dix ans. Elle a participé à la mise en route d'un projet de logement à but non lucratif en Ontario, mais le plus grand défi, selon elle, est de travailler au sein de la collectivité métisse. «C'est là que je préférerais travailler, en dehors du système», fait-elle remarquer.

M<sup>me</sup> Pettifer explique qu'il est nécessaire de mettre en place un processus qui permette de promouvoir la participation des Métis à la prise des décisions concernant l'orientation de la collaboration avec les gouvernements fédéral et provinciaux. Un ami proche lui a un jour dit d'y aller et de se battre pour la mise en place d'un processus. Nous devons participer concrètement à l'élaboration des programmes qui ont des répercussions sur notre collectivité.

Il est indispensable, dit-elle, que les organismes de services soient mandatés par les organisations politiques métisses, surtout maintenant que les ententes avec les

gouvernements limitent considérablement notre champ d'action. «Les Métis ont la conviction que leur travail politique est crucial et qu'il constitue un moyen de participer aux changements politiques qui les touchent, déclare-t-elle, ajoutant que la participation des Métis à cette Commission royale devrait être plus importante, et une table ronde consacrée aux Métis sera la bienvenue. Ce sera une occasion de débattre comme il faut de la santé et des questions sociales concernant les Métis».

«Les ressources humaines de la collectivité métisse sont considérables et nombre d'entre nous ont survécu aux difficultés, les ont surmontées et ont réussi, dit-elle. Si nous voulons que les Métis soient en bonne santé, nous devons inculquer l'estime de soi à nos enfants et pouvoir compter sur nos familles pour le soutien qui nous rendra fort.

«J'aimerais dire à tous les gouvernements que le financement au coup par coup n'est pas la bonne solution, ajoute M<sup>me</sup> Pettifer. Si toutes ces sommes d'argent étaient rassemblées et données directement et d'un seul coup à la collectivité métisse, nous pourrions trouver nos propres solutions.» Revenant à la question de la participation, elle déclare que ce sont les Métis qui doivent décider comment participer, et non les gouvernements fédéral et provinciaux.

### *Bande du Grand Lac Victoria (Québec)*

Le deuxième participant, Richard Kistabish, commence par remercier la Commission royale de l'avoir invité à prendre la parole. Il a été conseiller adjoint chargé de la coordination pour le conseil de bande du Grand Lac Victoria et il s'est occupé des services sociaux professionnels.

M. Kistabish explique que sa collectivité n'a ni réserve ni statut juridique. «Nous sommes toujours des nomades qui préservons notre mode de vie traditionnel – nous ne sommes pas sédentaires, dit-il. De nombreux gouvernements ne sont pas d'accord avec la façon dont nous nous approvisionnons et obtenons nos services.»

En 1980, lorsque M. Kistabish présidait le Conseil algonquin, le chef est venu le voir pour parler des conditions de vie déplorables de la collectivité. Ensemble, ils ont conclu qu'une approche «biculturelle» ou holistique était souhaitable pour leur collectivité. M. Kistabish définit «biculturel» en expliquant que «nous cherchons à obtenir toutes les ressources possibles et nous allons les chercher dans les deux cultures».

Un équipe pluridisciplinaire de 27 personnes a été constituée pour travailler avec la collectivité. Elle se composait de travailleurs sociaux, d'un agent de liaison, de conseillers, d'un spécialiste de la toxicomanie, d'une infirmière, de deux médecins, d'un médecin spécialiste de la santé communautaire, d'un pédiatre et de deux psychoéducateurs. Les services spéciaux offerts comprennent des programmes de prévention de la violence familiale pour les contrevenants masculins et pour les victimes féminines. La bande a en outre reçu des logements, un dispensaire et des locaux pour le Conseil.

« Cette approche peut paraître coûteuse, dit-il, mais quand on considère notre histoire et ce qui nous a été pris, ce n'est vraiment pas cher du tout. Quand nous envisageons des changements, il est crucial que nous tenions compte de notre passé – c'est ce que nous nous efforçons de faire avec notre approche pluridisciplinaire du travail communautaire. »

Selon M. Kistabish, la dénonciation de la violence est une étape essentielle vers la guérison de la collectivité. Au tout début de son entreprise, l'équipe a obtenu la coopération de la Sûreté du Québec – en dépit de la crise d'Oka – qui a indiqué sans équivoque à la collectivité que la violence devait cesser. La collectivité était d'accord, affirme-t-il.

Le travail de l'équipe pluridisciplinaire poursuivait plusieurs objectifs:

- *Santé et affaires sociales.* L'équipe voulait débarrasser la collectivité de toutes les maladies susceptibles d'être guéries par un séjour d'un jour ou deux à l'hôpital. On s'est par exemple aperçu que le personnel scolaire avait cru à tort que de nombreux enfants avaient une difficulté d'apprentissage alors que nombre d'entre eux souffraient d'un affaiblissement ou d'une perte de l'ouïe à la suite d'otites chroniques. La découverte de l'ampleur et de la véritable nature du problème a mis les conseils scolaires dans l'embarras.
- *Tradition.* M. Kistabish est d'avis, personnellement, que la religion vise à développer l'individu et la collectivité – et non à traiter et à guérir.
- *Développement économique.* Il est essentiel de relancer l'économie de la collectivité.
- *Environnement:* « Après avoir guéri l'individu et la collectivité, explique M. Kistabish, il est vital de guérir également la Terre. »

M. Kistabish critique ensuite la façon dont le gouvernement fédéral administre les services de thérapie pour la violence sexuelle à l'égard des enfants. « Leur obstination à financer des thérapies individuelles et à imposer un plafond pour ces traitements dépasse, il me semble, l'entendement. » Selon lui, c'est comme si un chirurgien, au milieu d'une chirurgie cardiaque, arrêtait l'électricité et laissait le patient sur la table d'opération.

« On ne peut ouvrir les gens sans les refermer ensuite pour des raisons d'argent, une fois qu'ils ont amorcé le processus de guérison », dit-il pour conclure.

### *Alkali Lake (Colombie-Britannique)*

Joyce Johnson, conseillère de la bande indienne d'Alkali Lake, commence son exposé par un bref historique de l'étude menée par la bande sur la sobriété et le suivi post-cure dans la réserve d'Alkali Lake.

Au printemps 1992, la bande d'Alkali Lake a reçu des fonds de Santé et Bien-être social Canada pour effectuer des recherches sur le retour des alcooliques à la sobriété. Le principal objectif des recherches était, explique-t-elle, de déterminer quels étaient les principaux facteurs qui, dans la collectivité, permettaient de devenir sobre et de le rester.

«Il faut s'attaquer au problème de l'alcool, poursuit-elle. L'alcoolisme est une maladie dont on ne guérit pas et que l'on peut seulement contrôler.» La recherche d'une solution au problème de l'alcool est compliquée par le fait que très peu de gens connaissent véritablement la question et les moyens de parvenir à une sobriété durable.

«Cette méconnaissance de l'alcoolisme dans les collectivités autochtones est affectée par des statistiques choquantes sur les problèmes sociaux chez les autochtones», déclare-t-elle. Le nombre d'enfants autochtones placés en foyers nourriciers et d'adultes en prison est, par exemple, six fois plus élevé que la moyenne nationale. En outre, explique M<sup>me</sup> Johnson, le taux de chômage est deux fois plus élevé et assorti de conditions de vie similaires, dit-on, à celles du tiers monde.

Selon M<sup>me</sup> Johnson, on ne doit pas confondre «cesser de boire» et «rester sobre». Ce sont deux étapes distinctes et elles nécessitent toutes deux des connaissances spécifiques sur l'alcoolisme et un sens de ce dont ont besoin les individus et les familles affectées par la maladie. Dans le cas d'Alkali Lake, la question de cesser de boire a d'abord été abordée au niveau communautaire; la deuxième étape du processus de guérison s'est située sur le plan personnel et comprenait la phase post-cure de la réadaptation. M<sup>me</sup> Johnson fait remarquer que cette phase est cruciale pour la guérison et le développement de la collectivité.

Elle parle ensuite du recours à la confrontation et à la spiritualité au cours des phases de désintoxication et de post-cure. M<sup>me</sup> Johnson explique que le suivi post-cure doit être disponible pour faciliter le processus de guérison et que si l'on néglige ce suivi, les risques de rechute sont élevés. L'individu demeure un alcoolique en rémission qui a les mêmes comportements qu'il soit sobre ou non. Le développement personnel, le soutien de la famille et l'appui de la spiritualité sont considérés comme essentiels pour parvenir à la sobriété.

Fred Johnson, conseiller de la bande d'Alkali Lake, parle ensuite avec émotion de son itinéraire personnel pour parvenir à la sobriété. La peur est, selon lui, l'un des plus grands problèmes qu'il a rencontrés dans ses fonctions de dirigeant. Il explique que ce n'est que lorsqu'il s'est penché sur ses propres problèmes de violence sexuelle qu'il a commencé à comprendre pourquoi tant d'autochtones sont dans les rues à se maltraiter et à se tuer. Il pleure encore lorsqu'il entend parler de ce qui s'est passé dans les pensionnats.

«Il est très important que nos dirigeants soient sobres et sur la voie de la guérison pour avoir la force d'aider notre peuple, poursuit M. Johnson, et pour être respectés par le gouvernement dans leurs rapports avec ce dernier. Nous avons vécu l'enfer et nous voulons que vous respectiez notre peuple.»

M. Johnson soulève la question des revendications foncières, notant qu'il s'agit d'une autre source de souffrance pour les nôtres. «Mon territoire traditionnel est une vaste parcelle de terre mais la réserve où nous vivons est toute petite. J'espère que les commissaires et les gens d'Ottawa peuvent faire quelque chose pour remédier à cette situation.»

### *Projet atikamekw de santé et de services sociaux*

Louis Hanrahan, ancien directeur des services de santé et des services sociaux pour le Conseil de la nation atikamekw, annonce que son exposé sera modéré, par rapport aux autres qui ont été plus émotifs et réalistes. Il me semble que ceci montre les limites de l'intervention et de la participation des non-autochtones. Il ajoute que son exposé rend compte de la situation de l'organisation jusqu'en 1990 et ne reflète pas les événements qui ont eu lieu depuis.

Pour commencer, M. Hanrahan situe rapidement les collectivités atikamekw dans leur contexte géographique et historique. Il y a environ 3 500 Atikamekw qui vivent dans le centre du Québec, dans des communautés relativement isolées. En 1984-1985, elles se sont regroupées pour tenter de cordonner leurs services communautaires. La bande a tenté d'adopter des solutions qui établiraient leur droit de contrôler la prestation des services sociaux.

On a eu recours à une approche intégrée et à une équipe de 12 personnes pour mettre cette initiative en pratique. L'équipe a concentré ses efforts sur les besoins de la collectivité, des familles et des particuliers. M. Hanrahan explique que l'équipe a recherché une organisation des services adaptée à la culture de la collectivité et de nature holistique. Aider autrui, explique-t-il, était davantage perçu comme un partage que comme une activité professionnelle. Dix membres de la collectivité, titulaires de licences en travail communautaire de l'Université du Québec à Chicoutimi, ont participé à l'initiative. «Le choix de professionnels ne nous paraissait pas souhaitable pour ce travail, explique-t-il. Des personnes ayant de l'expérience dans le domaine du développement communautaire nous semblaient mieux convenir. Nous avons également tenu compte du fait que la collectivité avait les ressources nécessaires pour participer pleinement et établir ses propres priorités, et que c'était son droit.»

M. Hanrahan cite ensuite plusieurs facteurs qui ont influencé son travail. Les utilisateurs des services, explique-t-il, étaient plus à l'aise avec des gens autres que des travailleurs sociaux. Le fait que l'équipe pouvait travailler dans la collectivité sans entente formelle avec d'autres services a également été un facteur important. Des ententes ont été conclues entre particuliers seulement, poursuit-il. Si l'équipe n'était pas en mesure de résoudre un problème, on demandait l'aide d'un organisme communautaire. La participation des gens à toutes les étapes du travail a permis d'apporter des solutions à des questions importantes en matière de services sociaux, déclare-t-il.

Selon M. Hanrahan, «le plus gros problème, c'est notre manque de préparation à la gravité et à l'étendue des problèmes. En outre, nous n'avions pas d'objectifs clairs et nous essayions plutôt de résoudre des problèmes très précis.» Certaines de ces difficultés ont contribué au fait que l'équipe n'a pu garder la maîtrise du travail, explique-t-il. En conclusion, M. Hanrahan reconnaît qu'ils se sont attaqués à une tâche complexe. Il soutient que les conditions financières, la perte de maîtrise et les lourdes exigences de compte rendu des divers organismes ont contribué à créer des difficultés insurmontables. Ils souhaitaient éviter tout contrôle juridique et toute ingérence et «au lieu de cela nous avons donné trop de pouvoir aux particuliers»,

plus précisément à ceux qui participaient aux services de protection et aux services pour les contrevenants.

### *Discussion libre*

Il est important que «les Indiens aident les Indiens», rappelle un participant. Dans tout le pays, les gouvernements devraient mettre des ressources à leur disposition. L'ancien Glen Douglas soulève la question de la participation des jeunes. C'est comme pour nos femmes qui représentent la moitié de la population; nous leur avons refusé le droit de se faire entendre. La *Loi sur les Indiens* nous a enseigné le paternalisme. Nous avons maltraité nos femmes et nos enfants et nous ne pouvons plus nous contenter de parler sans rien faire.

Un autre membre de l'assemblée demande aux présentateurs d'Alkali Lake s'il existe un programme organisé leur permettant d'enseigner les raisons de leur réussite aux autres collectivités. Il existe quelques études statistiques, explique M<sup>me</sup> Johnson, mais le manque de documentation analytique sur l'expérience d'Alkali Lake rend difficile le partage de celle-ci. Une autre membre de la bande exprime sa crainte que le processus devienne trop compliqué. C'était un processus très simple fondé sur le partage et la compassion.

## **Quatre initiatives médicales communautaires**

### *L'Hôpital Kateri, Kahnawake (Québec)*

L'animateur Peter Erneck invite Keith Leclaire, Mohawk de Kahnawake, à présenter son document de réflexion sur la prise en charge des services de soins de santé à l'Hôpital Kateri de Kahnawake, où il est directeur de l'administration. Ouvert en 1905, cet établissement est situé sur les terres mohawks, à environ 13 km du centre de Montréal. Comptant 43 lits et un taux d'occupation de 90 % l'an dernier, l'hôpital reçoit 18 000 patients en consultation par an. Son personnel et sa clientèle sont tous deux composés de Mohawks et de non-Mohawks.

Kateri, explique M. Leclaire, est gouverné par la grande loi de la paix qui s'articule autour de quatre thèmes: la paix avec soi-même et son entourage; le respect de soi-même et des autres; la motivation par une attitude positive et créatrice, tant en pensée qu'en action; et le respect de ses responsabilités envers soi-même et envers les autres.

En 1955, l'administration de Kateri a fait faillite et le gouvernement a menacé de fermer l'hôpital. La collectivité voisine de l'hôpital, surtout les femmes et en particulier June Delisle, a refusé cette éventualité et a décidé de prendre la situation en main. «Peu importe le temps nécessaire, dit M. Leclaire, on peut faire en sorte que quelque chose se passe. L'expérience de l'Hôpital Kateri en est la preuve.»

En l'absence de financement gouvernemental, Kateri a fonctionné grâce à des bénévoles qui apportaient la nourriture, nettoyaient les locaux, lavaient le linge, etc. Grâce au leadership des femmes de la collectivité, l'hôpital a progressivement établi sa crédibilité.

Dans les années 80, l'hôpital a eu besoin de nouveaux locaux. En dépit du climat de répression à l'égard des habitants non francophones, des autochtones en particulier, les 11 membres du conseil d'administration ont suivi un plan d'action en quatre étapes. Il leur fallait tout d'abord sensibiliser la collectivité à l'importance du nouveau bâtiment; deuxièmement, ils se sont employés à faire élire des membres du conseil d'administration de l'hôpital au conseil tribal; troisièmement, ils ont fait pression pour que le conseil entame des négociations avec la province; et enfin, ils ont conclu une entente de nation à nation avec le gouvernement provincial en respectant les positions de toutes les parties.

Bien que beaucoup de gens ait été gênés par ce processus et aient exprimé leurs objections sans tenir compte de la grande loi de la paix, Kateri a tenu. L'hôpital doit des remerciements à Myrtle Bush, à Franklin Williams et à Donald Horn, principaux responsables des négociations.

Kateri ne faisant pas partie du système de santé provincial et relevant directement de la collectivité mohawk, son administration a moins d'obstacles bureaucratiques à franchir. Comme il n'y a pas eu cession de terres à la province, le drapeau provincial ne flotte même pas sur l'hôpital.

Au niveau fédéral, on considère que Kateri relève de la province du fait que 90 % de son financement est provincial. Il est manifeste, selon M. Leclaire, que le gouvernement fédéral ne souhaite en rien être responsable de la santé des autochtones, mais je pense qu'il devrait l'être, ajoute-t-il.

Au niveau provincial, Kateri est perçu comme s'acquittant de ses responsabilités envers les membres de la collectivité. Au niveau local, il est considéré comme un établissement mohawk, totalement responsable envers la collectivité qui l'a fait naître.

M. Leclaire insiste sur l'avantage de ne pas être obligé d'adhérer aux politiques et aux règlements établis par un organisme de financement, la Direction générale des services médicaux, par exemple. D'un point de vue holistique, l'initiative de transfert n'est pas à notre avantage, à son avis, parce qu'elle limite les autochtones par une approche compartimentée du financement qui leur ôtera toute possibilité de choisir les programmes qu'ils préfèrent.

Plusieurs facteurs contribuent au bon fonctionnement de Kateri. La gestion participative permet aux chefs de services de jouer un rôle capital dans le choix des priorités. Les services élaborent un énoncé de mission, une philosophie, des buts et des objectifs qui sont ensuite intégrés au plan d'ensemble, ce qui confère un sens de participation communautaire. À la suite de changements récents, un dossier a été préparé pour faire agréer l'hôpital. Les services et les comités organisent chaque mois des réunions, ce qui contribue à de bonnes communications entre les 130 employés, les 12 services, le conseil d'administration et la collectivité, et au sein de ces différents groupes. M. Leclaire attire l'attention sur l'importance du programme d'amélioration des compétences. De meilleures compétences font de meilleures personnes et de meilleures personnes font de meilleurs hôpitaux, ajoute-t-il.

Dans l'espoir que d'autres profiteront des leçons de Kateri, M. Leclaire fait les recommandations suivantes:

- Lorsqu'il n'y a aucune action politique au niveau communautaire, lancez-en une.
- Mettez sur pied et entretenez un noyau de défenseurs de la santé indienne pour les relations avec les bureaucraties provinciale et fédérale.
- Perfectionnez les compétences des membres de la collectivité. Apprenez-leur à se faire respecter par la bureaucratie et à planifier la formation, les attributions et l'évaluation.
- Assurez-vous que les planificateurs de l'extérieur savent que vous êtes déterminés et prêts à faire ce qu'il faudra pour atteindre vos buts. «En d'autres termes, dit-il, joignez le geste à la parole.»

Pour ce faire, les planificateurs doivent se poser les questions suivantes:

- Qu'est-ce qui est faisable et qu'est-ce qui ne l'est pas? Des attentes irréalistes mènent à l'échec et ne sont pas une bonne base pour les réussites à venir.
- Les ressources humaines correspondent-elles aux besoins de l'organisation? Si les besoins changent, a-t-on les ressources nécessaires pour s'adapter?
- Les locaux permettent-ils d'être productifs? Le déménagement de Kateri dans ses nouveaux locaux en 1986 a fait augmenter de 36 % le nombre de patients venant consulter à l'hôpital.
- A-t-on envisagé la possibilité de mettre en place un service de financement. La Fondation de l'Hôpital Kateri a été créée il y a deux ans pour permettre à l'hôpital de trouver un financement supplémentaire en dehors de la collectivité.

M. Leclair dit en conclusion que le processus a été long et lent pour Kateri et que tous les membres de la collectivité ont dû travailler ensemble selon la loi de la paix. «Mon aventure à Kateri a débuté avec un médecin et une infirmière de notre collectivité, dit-il, et je serai content quand Kateri m'aidera à commencer ma nouvelle aventure.»

### *Le centre hospitalier Inuulitsivik et son projet de maternité, Povungnituk (Québec)*

Aani Tuluguk présente les services de sages-femmes de l'Hôpital Inuulitsivik à Povungnituk, sur la côte de la baie d'Hudson, à l'aide de diapositives. Inuulitsivik est un établissement régional de 25 lits qui dessert une population de 4 000 habitants répartis dans sept collectivités.

Lorsque les femmes de la région ont appris que le financement d'un hôpital était prévu dans la Convention de la Baie James, dit M<sup>me</sup> Tuluguk, elles étaient déterminées à ce que cela ne détériore pas davantage notre culture, nos valeurs et nos traditions mais nous permette plutôt de participer pleinement à la prestation des services de santé et des services sociaux. Elles voulaient un endroit où s'instruire sur leur corps, la nutrition, les choix en matière de reproduction, la grossesse, l'accouchement et les soins aux enfants, ainsi qu'un «refuge accueillant pour les femmes victimes de mauvais traitements».

Lorsque l'hôpital a reçu un budget pour l'obstétrique, la collectivité a choisi de ne pas embaucher un obstétricien mais de faire venir deux sages-femmes blanches qui

transmettraient leur savoir à trois femmes inuit. La formation des sages-femmes est intensive et continue, et comprend des séances hebdomadaires avec les femmes enceintes de la collectivité. Ces séances donnent l'occasion de rencontrer des gens, d'acquérir les compétences nécessaires pour être en bonne santé, de découvrir d'autres domaines d'intérêt et même d'apprendre des techniques de communication et de relations publiques qui aident dans les rapports avec le monde extérieur.

En outre, ajoute M<sup>me</sup> Tuluguk, la grossesse est une occasion de faire participer les hommes. On espère que si on les inclut et les éduque, ils auront moins d'accès de violence envers les femmes. On invite les hommes à participer autant qu'ils le peuvent à l'éducation sur la grossesse, l'accouchement et la planification familiale. Tout homme souhaitant participer à l'accouchement à l'hôpital a droit à un billet d'avion demi-tarif pour s'y rendre.

Des anciennes et sages-femmes traditionnelles participent aussi à la formation des sages-femmes blanches et inuit afin que la collectivité puisse mieux préserver ses valeurs traditionnelles en matière de guérison.

La qualité des soins à Inuulitsivik est surveillée par le Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes. Ces dernières sont membres à part entière du conseil et agissent, non pas sous ses ordres, mais sur son autorité. Une sage-femme siège au comité exécutif du conseil qui est responsable de ce qui suit:

1. L'examen des dossiers périnataux aux alentours de la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse et à tout autre moment, si la chose est jugée nécessaire;
2. L'élaboration et la révision des règles et des règlements;
3. L'examen et l'évaluation des programmes de formation;
4. La mise en place de buts et d'objectifs pour le programme périnatal.

Le personnel blanc embauché doit être disposé à transmettre son savoir, dit M<sup>me</sup> Tuluguk, mais c'est aussi aux employés et aux membres de la collectivité de prendre en charge leur propre apprentissage. (En outre, dira-t-elle plus tard en réponse à une question, ils doivent également être prêts à reconnaître que telle est l'approche de l'hôpital et, s'ils veulent y travailler, ils doivent s'y conformer.)

Tout comme les sages-femmes apportent leur soutien à la collectivité de bien des façons qui dépassent le cadre de l'accouchement et de la naissance, de même la collectivité doit-elle soutenir les sages-femmes, rappelle M<sup>me</sup> Tuluguk. Leur famille doit se montrer compréhensive lorsqu'elles doivent se lever au milieu de la nuit pour partir travailler, souvent pour de longues heures.

Le gouvernement continue de qualifier les services de sages-femmes d'Inuulitsivik de «programme pilote», poursuit M<sup>me</sup> Tuluguk, mais ceux qui s'y consacrent savent que ces services continueront d'exister dans la collectivité. «Les gens sont contents du programme et nos femmes et nos enfants sont en meilleure santé. Nous offrons aux gens les meilleurs services possibles», conclut-elle, et c'est une réussite.

### *Anishnawbe Health, Toronto*

Priscilla George se présente en disant qu'il n'y a que trois choses à savoir à son sujet: elle est Ojibwa de la première nation Saugeen, clan de la Tortue. Son nom ojibwa signifie «femme arc-en-ciel» et, si l'on y réfléchit, un arc-en-ciel n'a pas de lumière propre. Il se contente de réfléchir, de réfracter et de disperser la lumière qui le crée. En tant que présidente du conseil d'administration, je n'é mets pas la lumière d'Anishnawbe. Je me contente de réfléchir, de réfracter et de disperser la lumière des autres personnes qui y travaillent.

Anishnawbe existe depuis 1989, mais il a considérablement changé récemment, explique-t-elle. Une crise administrative a ébranlé la confiance des financiers il y a deux ans et entraîné un examen attentif. Il en a résulté un énoncé de perspectives dans lequel il est déclaré que le centre ne sera plus «sensible aux valeurs culturelles» mais «fondé sur elles», c'est-à-dire qu'il appliquera les principes holistiques de la guérison autochtone découlant de la notion philosophique que tout ce dont on a besoin pour vivre, et tous les enseignements nécessaires pour comprendre la vie se trouvent dans la nature.

Le financement de base d'Anishnawbe est assuré par le ministère de la Santé de l'Ontario et des fonds complémentaires proviennent du ministère des Affaires civiques de l'Ontario et de la Ville de Toronto. La ville constitue une «collectivité nombreuse, disparate et dispersée de 50 000 à 70 000 autochtones», dit-elle. Ces gens représentent des nations de tout le pays, vivent dans tous les quartiers et leurs situations socio-économiques sont des plus diverses.

«Nous ont une chose en commun, poursuit-elle. Ils sont à la recherche de leur identité et de leur appartenance autochtones, et ils souffrent des nombreuses manifestations de l'oppression par la société colonialiste. Ils viennent à Anishnawbe pour deux choses, explique-t-elle : comprendre leur histoire et apprendre les usages traditionnels.»

À l'origine, Anishnawbe Health mettait l'accent sur les pratiques médicales occidentales, explique M<sup>me</sup> George. La question des services sensibles aux valeurs culturelles a été longuement débattue et l'on a consacré énormément de temps à la formation interculturelle. Dans le modèle axé sur la culture, cependant, le rôle des médecins blancs est secondaire par rapport à celui des guérisseurs autochtones, ces derniers apportant les principaux moyens de guérison.

Il est difficile de définir ou de décrire clairement ce modèle du fait de sa nouveauté, explique M<sup>me</sup> George. Il ne cesse d'émerger, d'évoluer et c'est toujours excitant. Il faut sans cesse innover et créer, concevoir de nouveaux programmes et remanier les anciens.

Dans le cadre d'un programme très réussi, on a fait venir un guérisseur ojibwa pour deux séances de cinq jours sur les diagnostics et les traitements. À chacune de ses visites, il a traité une centaine de personnes qui, dans certains cas, avaient fait des centaines de kilomètres pour être guéries par lui. Le personnel d'Anishnawbe n'a pas été insensible à l'ironie d'une situation où des gens de la campagne viennent dans un

centre urbain pour profiter des pouvoirs d'un guérisseur dont le mode de vie est ancré dans les pratiques traditionnelles.

Souvent, les médecins blancs avaient été incapables d'émettre un diagnostic pour les gens qu'ils avaient vus lors de leurs visites ou bien leur diagnostic était erroné ou encore ils leur avaient prescrit trop de médicaments. Cela n'a coûté au centre que 30 \$ pour chaque personne traitée, une somme minimale si on la compare à ce qui aurait été dépensé autrement pour des interventions et des tests annulés, des rendez-vous manqués avec des spécialistes et des ordonnances non suivies, dit M<sup>me</sup> George.

La réussite des visites du guérisseur est due, en grande partie, aux efforts du personnel d'Anishnawbe, explique M<sup>me</sup> George. Ils ont respecté le protocole traditionnel pour l'inviter et le recevoir, se sont occupés des formalités pour qu'il puisse rendre visite aux gens dans les hôpitaux et les autres centres de soins de Toronto et ils ont accompagné ceux qui appréhendaient leur premier traitement traditionnel.

La façon dont ont été reçus sa présence et ses services indique clairement que beaucoup de gens croient encore à la valeur des traitements traditionnels, poursuit M<sup>me</sup> George. Pourtant, il y a très peu de guérisseurs traditionnels. Ceux qui sont prêts à quitter leur collectivité et à se rendre dans les centres urbains sont encore plus rares.

Le centre offre également des services de conseil par un ancien, des cercles de discussion traditionnels, des programmes de langues autochtones, des programmes de sensibilisation au sida et de dépistage du VIH, et un programme important de prévention spécialisée assuré par six travailleurs de prévention spécialisée et 200 bénévoles. Ils touchent 200 personnes par semaine, leur fournissent nourriture, couvertures et préservatifs et leur offrent un service d'échange de seringues.

Anishnawbe emploie également deux médecins qu'on peut consulter dans de nombreux endroits de la ville et qui sont de garde 24 heures sur 24, 365 jours par an, ainsi que des infirmières qui assurent des services de soutien familial, des programmes après les heures d'école et d'autres semblables. Au total, environ 2500 personnes utilisent chaque semaine les services d'Anishnawbe Health.

M<sup>me</sup> George souligne qu'il est impossible d'offrir des services traditionnels sans donner au personnel l'occasion d'approfondir leur connaissance des traditions autochtones et d'intégrer celles-ci à leur vie de tous les jours. Un programme continu, axé sur l'accroissement des pouvoirs personnels et sur l'intégrité culturelle, a entraîné une croissance personnelle intense chez le personnel et les membres du conseil, qui se réjouissent à l'idée de participer prochainement à des retraites axées sur la guérison. L'engagement du conseil et du personnel envers la guérison personnelle a été un élément essentiel du changement et de la croissance à Anishnawbe.

Il y a deux ans, Anishnawbe se trouvait confronté au défi d'abandonner les pratiques occidentales de guérison qui s'étaient imposées, reléguant la guérison traditionnelle à l'arrière-plan, poursuit M<sup>me</sup> George. Les pratiques occidentales s'étaient imposées, selon elle, parce que :

- L'inconnu fait peur aux gens;
- Il est plus facile d'obtenir des fonds pour des médecins que pour des guérisseurs traditionnels;
- La société attache plus de valeur aux personnes possédant une formation universitaire qu'à celles dont les connaissances sont ancrées dans la tradition;
- Les guérisseurs et les ressources traditionnels sont rares;
- On connaît mal le protocole à suivre dans les rapports avec les guérisseurs.

L'obtention de fonds est un défi constant, fait remarquer M<sup>me</sup> George. Le gouvernement ne donne plus d'argent aux gens pour se rendre dans leur réserve et consulter les guérisseurs de leur propre nation. Bien que la santé des autochtones relève du gouvernement fédéral, les Indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves ont toujours été oubliés dans les négociations politiques. Il est capital, insiste M<sup>me</sup> George, que les autochtones vivant en milieu urbain fassent valoir leurs droits à une vie économique, sociale et politique équilibrée par le biais de centres tels que Anishnawbe Health.

### *Nuu-chah-nulth (Colombie-Britannique)*

Parlant au nom de Richard Watts, président du conseil de santé nuu-chah-nulth de Port Alberni, Simon Reed salue tout d'abord les chefs salish qui ont permis à la Commission royale de se réunir dans leur territoire et remercie les commissaires de lui fournir l'occasion de parler de Nuu-chah-nulth. Il transmet les regrets de M. Watts qui s'excuse de ne pas pouvoir participer à la table ronde.

«Les chefs de Nuu-chah-nulth n'ont jamais signé de traité reconnaissant les fondements d'une coexistence», mentionne M. Reed. C'est sur cela et sur l'établissement d'une autonomie gouvernementale communautaire que les chefs axent leurs efforts depuis de nombreuses années. L'autonomie gouvernementale recouvre beaucoup de choses, poursuit-il, dont les services de santé et les services médicaux. L'initiative de transfert de la santé est en accord avec une stratégie formulée en 1981 par le conseil tribal en ce sens qu'elle permet un contrôle interne plutôt qu'externe.

Le conseil de santé nuu-chah-nulth, indique M. Reed, voit trois principales raisons d'inquiétude:

- La nécessité de défaire ce qui a été fait par cinq générations de gouvernement colonial. «Au cours des douze dernières semaines, dit-il, nous avons eu 42 tentatives de suicide pour une population de 3 000 habitants. Heureusement, une seule a abouti.»
- Le rétablissement de l'état complet de bien-être dans les collectivités. «Les systèmes traditionnels ne sont guère plus que des squelettes, explique-t-il. Ils doivent nous servir de charpente pour reconstruire nos collectivités.»
- Le dédale des sources de financement fédérales et provinciales. «Il faut beaucoup de temps et d'énergie pour franchir toutes les étapes du processus», souligne-t-il.

La guérison traditionnelle est un mode de vie, poursuit M. Reed. Nous devons encourager les gens à chercher leur propre voie en faisant appel aux anciens de leur familles et de leur collectivité. Ce faisant, les gens se trouvent face à face avec leurs

propres problèmes. Le rôle du conseil de santé est important du fait qu'il accompagne les gens au long de ce cheminement et les encourage à revenir à une conception traditionnelle de la santé.

Il n'y a pas encore de médecin diplômé des premières nations en Colombie-Britannique et peu d'infirmières, fait remarquer M. Reed. Comme il est important que des jeunes choisissent ces carrières, de la documentation encourageant les élèves du primaire et du secondaire à envisager ces orientations a été distribuée. Mais, ajoute-t-il, l'éducation dans ces domaines doit être fondée sur nos propres systèmes.

Selon M. Reed, les questions à résoudre à court terme sont le contrôle des prestations médicales non assurées; la possibilité de recourir aux soins à domicile; le travail de suivi sur les questions concernant les pensionnats; la prise en charge et l'intégration des programmes du gouvernement et la mise au point de meilleurs services en milieu urbain pour les 50 % de la population nuu-chah-nulth qui vit en dehors des réserves.

Deux questions cruciales se posent à long terme, poursuit M. Reed: les problèmes causés par l'attitude du système judiciaire à l'égard des mauvais traitements, problèmes qui devraient être résolus au sein de la collectivité, et les négociations concernant les traités dont le but est de fournir une base de ressources pour financer les services de santé de Nuu-chah-nulth.

M. Reed rappelle en conclusion les paroles d'un ancien qui a dit: «Quand vous essayez de traverser une rivière tumultueuse, vous devez vérifier à chaque pas où vous allez poser le pied. Certaines des pierres qui paraissent les plus solides sont celles qui ont le plus de chances de céder.»

## L'économie de la santé

Je ne suis pas spécialiste des dimensions financières de la santé en ce qui concerne les premières nations, dit en préambule le professeur Robert Evans. Ce que je peux apporter, c'est un sens des tendances économiques nationales et internationales qui influent sur les questions débattues dans le cadre de cette table ronde. M. Evans souligne qu'il ne prétend pas connaître l'ordre du jour personnel et politique des premières nations.

M. Evans parle longuement du Système de soins de la maladie qui, souligne-t-il, n'est pas une expression critique. En fait, ces soins, qui sont la stratégie dominante de la médecine occidentale, conviennent bien pour soigner les maladies, poursuit-il, mais ils sont bien loin d'une approche holistique de la santé. Lorsqu'elle définit la santé, l'Organisation mondiale de la santé pourrait envisager un système plus vaste, suggère-t-il, quelque chose de plus que l'adhésion renouvelée aux soins des maladies.

Le système conventionnel des soins de santé au Canada est en crise, dit M. Evans. On assiste à un concert de protestations de la part des travailleurs de la santé et des utilisateurs qui, en dépit d'un dialogue constant, ne parviennent pas à manoeuvrer ce

système peu maniable. Ces trente dernières années, poursuit-il, la somme dépensée par habitant pour les soins de santé a augmenté de 400 %.

Le Canada n'est pas le seul pays à éprouver des difficultés avec son système de soins de santé, ajoute M. Evans. Les États-Unis, certains pays d'Europe et de nombreuses autres nations recommandent des réformes de leur système. Leurs difficultés ont commencé à peu près à la même époque: c'est au cours des cinq dernières années que des pays à travers le monde ont manifesté le désir de réformer leurs soins de santé.

«À quoi doit-on cette crise?», se demande M. Evans. Il y a environ dix ans, le niveau de croissance économique en Europe de l'Ouest et au Canada a changé. M. Evans montre un graphique de la croissance du PIB (produit intérieur brut) réel entre 1960 et 1991, où l'on voit qu'il n'a pas suivi les autres facteurs économiques. La détérioration du climat économique a suscité, au sein du système des soins de santé, un conflit dont les effets se font encore sentir aujourd'hui, note M. Evans, en particulier lorsque les fonds disponibles pour la réforme ne correspondent pas aux attentes.

De façon générale, la population est favorable à la réforme des soins de santé, selon M. Evans, et les défenseurs de la réforme continueront leur lobbying en dépit des complications (la fermeture de l'hôpital Shaughnessy par exemple). Le système des soins de santé doit être mieux géré.

Si la réforme suscite un vif intérêt, rappelle M. Evans, il n'en demeure pas moins que, lorsque les priorités changent, des sacrifices s'imposent. Il est difficile d'accommoder les anciens et les nouveaux besoins: il faut chercher des solutions créatrices.

La recherche axée sur la présence de la maladie n'a pas donné les brillants résultats escomptés, poursuit M. Evans. Les études menées sur les personnes atteintes de cancer des poumons dans les réserves n'ont, par exemple, presque rien donné. La principale cause du cancer du poumon – la cigarette – est déjà connue, mais on commence tout juste à étudier les raisons pour lesquelles les gens commencent à fumer. Dans ce cas, la recherche n'a eu aucune incidence sur la santé des individus. La prévention du tabagisme serait meilleure pour la santé de plus de gens que n'importe quel traitement contre le cancer. On doit en outre résoudre la question de la publicité faite par les fabricants de cigarettes qui prennent pour cible les jeunes en qui ils voient de futurs fumeurs.

## Survol des documents de réflexion

### *La politique de financement des services à la personne destinés aux autochtones*

Le Dr Jay Wortman présente les participants. Kim Scott, analyste principale en matière de politiques pour la Commission royale sur les peuples autochtones et ancienne directrice des services sociaux et des services de santé de la réserve Kitiban Zigi, remercie tout d'abord les nations musqueam et salish d'accueillir la conférence

sur leur territoire traditionnel. Il est réconfortant et plaisant de voir tant de visages familiers autour de soi, ajoute-t-elle.

«Je vais parler de la répartition des ressources de santé au Canada», annonce M<sup>me</sup> Scott. Elle décrit ensuite le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) qui adopte une approche très restrictive pour la prestation de ses services et ne fournit pas la même gamme de services que les organismes provinciaux. Les services des organismes autochtones de santé sont également limités. On espère, dit M<sup>me</sup> Scott, que le RAPC parviendra à faire concorder les réponses des gouvernements fédéral et provinciaux. Si les provinces ne s'entendent pas avec le gouvernement fédéral sur l'accroissement des services aux réserves, les premières nations ne bénéficieront pas du même éventail de services que les autres Canadiens.

M<sup>me</sup> Scott aborde ensuite la question des initiatives de transfert des pouvoirs fédéraux. En réponse à la pression montante de la part des groupes autochtones pour que soit abandonnée la prestation à caractère paternaliste des services à la personne, les ministères de la Santé et du Bien-être social, des Affaires indiennes et du Nord canadien et, à des degrés divers, les gouvernements provinciaux ont mis au point des mécanismes pour permettre la prise en charge de ces services par les organismes de santé autochtones locaux. Les collectivités autochtones deviennent plus influentes dans ce processus. M<sup>me</sup> Scott mentionne également le Transfert des programmes de santé (TPS), qui permet aux collectivités d'obtenir des fonds pour le processus de transfert qui comprend la planification préalable du transfert, une évaluation des besoins en matière de santé et la mise en oeuvre du transfert.

Si les collectivités, dans leur évaluation, reconnaissent la contribution à court terme du TPS qui permet une plus grande souplesse dans le financement et les programmes, la politique de financement a cependant été critiquée parce qu'elle ne permet pas l'évolution ou l'enrichissement des programmes. Cette lacune est particulièrement évidente dans le fait que le scénario post-transfert ne prévoit aucun service approprié pour les cas de syndrome d'alcoolisme fœtal ou de sida. Une plus grande souplesse est nécessaire, souligne M<sup>me</sup> Scott.

La question des prestations médicales non assurées est ensuite abordée. Les 214 millions de dollars qui vont chaque année aux prestations médicales non assurées (PMNA) ne sont pas disponibles non plus dans le cadre du Transfert des programmes de santé. Ces prestations couvrent entre autres les médicaments, les prothèses, les soins dentaires, les lunettes et les transports médicaux. M<sup>me</sup> Scott recommande que la responsabilité des PMNA soit transférée aux organismes de santé autochtones.

M<sup>me</sup> Scott s'inquiète également des politiques de financement de la Direction du développement social des Affaires indiennes et du Nord canadien. Le développement communautaire et les projets d'adaptation au travail ne figurent pas dans ces budgets. En outre, dans le cadre de la nouvelle politique de financement, connue sous le nom de Régime de gestion, aucun financement n'est prévu pour la création ou la prestation de services pour les collectivités comptant moins de 251 enfants. M<sup>me</sup> Scott explique qu'elle n'ignore pas les restrictions financières actuelles mais qu'il est de son devoir moral de souligner que cela concerne une part importante des

collectivités isolées dont les enfants sont les plus exposés. Ceux-ci n'ont-ils pas droit à une protection, eux aussi, demande-t-elle.

***Les lacunes, les assises culturelles et les aspirations :  
signes d'un besoin de restructuration***

William Mussell est chercheur, auteur et membre de la bande Skwah de la culture Sto:lo. Il mentionne en premier lieu le manque d'interaction entre les participants à la table ronde. J'espère que nous aurons davantage d'occasions de discuter d'ici la fin de la journée, dit-il.

M. Mussell fait allusion aux deux dimensions de la situation, le passé et le présent. «Avant de savoir où nous allons, insiste-t-il, nous devons savoir d'où nous venons.» C'est auprès des anciens que nous trouverons ce savoir. Les termes passé, présent et futur sont arbitraires, poursuit-il, si vous considérez le temps comme un continuum et non un point statique dans l'espace et le temps. Mais l'histoire des autochtones, leur continuum, a été interrompue.

On peut penser aux familles étendues comme à une dynamique agent/client, dit M. Mussell, où chaque personne assume son rôle et s'acquitte des responsabilités associées à ses fonctions. On a vu, ces dernières années, un profond ébranlement des rôles familiaux – une séparation de l'agent et du client. Les décisions qui devraient être prises par la famille sont laissées à des gens de l'extérieur. Il est très important de rétablir le rapport client/agent, affirme M. Mussell.

La question de l'autonomie gouvernementale créera elle aussi une dynamique client/agent, poursuit-il, en ce sens qu'une interaction réciproque sera nécessaire chez les peuples des premières nations. À l'heure actuelle, il craint vraiment que nos propres organisations ne participent à un échange d'information à sens unique, même à des rencontres comme cette table ronde. Ces échanges ne nous apportent rien de neuf, conclut-il.

«Il faut prévoir du temps pour poser des questions et échanger des impressions», ajoute M. Mussell. Si l'on prend l'exemple de l'âge, les gens d'âges différents ont des besoins différents et il faut s'efforcer de satisfaire les besoins de tous. Des changements en profondeur ne sont possibles que si l'on est attentif aux besoins d'autrui et si l'on communique honnêtement.

Selon M. Mussell, si nous voulons vraiment trouver des solutions, nous devons respecter et valoriser l'expérience d'autrui. Nos rapports avec les gens de l'extérieur de nos collectivités ont affecté les rapports au sein même de nos collectivités, poursuit-il, donnant naissance à des sentiments de gêne et de dissimulation. Le changement doit d'abord se produire en nous et nous devons réveiller notre sens de la compassion. Toute nouvelle stratégie doit être axée sur le partage.

M. Mussell parle ensuite de la «roue de l'information» qui a, selon lui, imposé aux autochtones le point de vue des autres sur eux-mêmes. Nous devons mettre au point un nouveau programme d'enseignement, dit-il, et nous devrions aussi faire des recherches qui stimuleront l'appréciation de notre histoire. On nous enseigne dans

les écoles les réactions des Européens aux autochtones mais comment ont réagi nos ancêtres?

L'équilibre du cœur, de la pensée et de l'esprit est essentiel au bien-être des membres des premières nations, explique M. Mussell. Voilà ce que signifie la croissance au sens holistique.

Quant à la question du modèle pédagogique, M. Mussell fait remarquer que les expériences qui nous sont les plus familières sont celles que nous comprenons pleinement et pouvons partager facilement avec autrui. Et nous créons notre propre savoir, ajoute-t-il. Il est plus important d'apprendre à apprendre que de mémoriser de l'information.

«Nous n'avons pas perdu notre culture ou notre histoire, affirme M. Mussell, parce que la culture est une dynamique, une création vivante – nous allons toujours de l'avant.» La confusion vient de l'extérieur, des gens qui ne comprennent pas la nature abstraite de la culture. L'occasion nous est offerte d'enrichir notre culture lorsque nous la transmettons à la génération suivante, dit M. Montour. Nous devons être à l'écoute de notre milieu intérieur.

L'interaction réciproque est essentielle pour la promotion de la santé au sein des collectivités autochtones, conclut M. Mussell.

### *Le droit à la santé conféré par traité*

Alma Favel-King est directrice exécutive du portefeuille du développement sanitaire et social de la Fédération of Saskatchewan Indian Nations. Avant de commencer son exposé, elle salue le chef Scott de la bande Kinistin pour qui, dit-elle, elle éprouve le plus grand respect.

«Je ne suis pas spécialiste de la question des droits issus des traités, dit M<sup>me</sup> Favel-King, mais je peux cependant parler de certains de ses aspects.» Elle rappelle les trois questions posées dans les documents de réflexion:

- Quels effets auront la prise en charge des services de santé par la collectivité et la reconnaissance des droits en matière de santé découlant des traités sur l'avenir des autochtones?
- Cette prise en charge favorisera-t-elle une approche holistique de la préservation de la santé et, si oui, comment?
- En quoi le rôle des gouvernements fédéral et provinciaux changera-t-il?

Le droit à la santé conféré par traité n'est pas respecté par les gouvernements fédéral et provinciaux, poursuit M<sup>me</sup> Favel-King. Les anciens nous ont dit que nos ancêtres avaient conclu des traités pour assurer la survie des générations futures, explique-t-elle. Une certaine confusion entourait la question, cependant, du fait que le mot «santé» n'existait même pas dans certaines langues autochtones (en cri, par exemple, il existe une expression pour l'état complet de bien-être, mais il n'y pas de mot pour rendre le concept occidental de la santé). En dépit de ces confusions, les anciens étaient de bonne foi et ils pensaient obtenir l'accès à tout un éventail de services de santé primaires, secondaires et tertiaires.

Jusqu'aux années 40, le ministère des Affaires indiennes a «conservé la responsabilité de tous les aspects des programmes et des services destinés aux Indiens», rappelle M<sup>me</sup> Favel-King. Les responsabilités ont ensuite été transférées à la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé et Bien-être social Canada. Les Affaires indiennes ont conservé certains services, mais la collaboration des deux ministères n'allait pas sans problèmes: Les relations de travail entre ces deux ministères n'ont pas toujours eu pour objectif de satisfaire les besoins des premières nations. Le souci principal a souvent été de remplir le mandat fixé aux ministères par les législateurs de l'époque.

La DGSM a adopté une définition occidentale de la santé, explique M<sup>me</sup> Favel-King. L'approche de la DGSM et des Affaires indiennes, en ce qui concerne les mesures prises à l'égard des premières nations, s'apparentait souvent au «ping-pong», poursuit-elle. De plus, nous n'avons relevé aucune situation où les deux ministères se seraient entendus pour tenter de résoudre ensemble la question des droits en matière de santé des traités.

Quatre conditions sont essentielles au changement, selon M<sup>me</sup> Favel-King:

- Le droit à l'autonomie gouvernementale doit être reconnu;
- Bien que la *Loi constitutionnelle de 1982* réaffirme les droits issus des traités et les droits des autochtones, le gouvernement fédéral n'a pas fait preuve du leadership nécessaire pour mettre cette loi en vigueur. Des mesures ont été prises pour assurer que tout programme, toute politique et tout règlement adoptés par le gouvernement fédéral reposent sur ce qui est compris dans le traité;
- Une réorganisation du gouvernement fédéral s'impose en ce qui concerne la responsabilité des programmes et services destinés aux premières nations;
- Une charge de commissaire fédéral aux traités ou d'ombudsman chargé des traités devrait être créée. Les titulaires surveilleraient la façon dont le gouvernement fédéral honore ses obligations découlant des traités envers les gouvernements des premières nations.

Une brève période de questions et réponses fait suite à l'exposé de M<sup>me</sup> Favel-King. Bill Mussell ajoute quelques commentaires sur l'autogestion, expression qu'il préfère à autonomie gouvernementale. Il fait allusion au «soutien mutuel» grâce auquel les membres d'une famille peuvent s'appuyer les uns les autres et ainsi survivre et grandir. Si l'on veut croire, il faut partager, dit-il, il faut donner et recevoir. «La dépendance passive diminuera, conclut-il, au fur et à mesure que nous apprendrons à nous confier.»

Le Dr Harriet Kuhnlein interroge à plusieurs reprises les trois experts sur le rapport à la terre (systèmes alimentaires traditionnels) des membres des premières nations. Bill Mussell répond que l'identité des gens prend ses racines dans la terre à tel point que leur nom reflète souvent la géographie de leur terre d'origine.

## **Table ronde n° 2: Les politiques qui facilitent la prise en charge de la santé par les autochtones**

L'animateur de la table ronde, Alwyn Morris, souhaite la bienvenue aux participants.

David Newhouse est professeur d'études autochtones à l'Université de Trent et président du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

Richard Jock, Mohawk d'Akwesasné, est directeur de la Commission de la santé des premières nations.

Lou Demerais est directeur exécutif de la Vancouver Native Health Society.

Ron George est président du Conseil national des autochtones du Canada et chef héréditaire de la nation We'Suwet'en.

Patrick Johnston est directeur exécutif du Conseil canadien du développement social à Ottawa.

Jane Gottfriedson représente le Conseil des femmes autochtones.

Le Dr Catherine Cook est médecin itinérant dans les dispensaires du nord du Manitoba depuis quatre ans.

Le Dr Marilyn Cox est médecin itinérant et membre de la Native Physician's Association of Canada.

Sheila Genaille est directrice de la recherche pour la Métis Nation of Alberta à Edmonton et conseillère auprès du Comité sur la réforme constitutionnelle.

Judy Moses dirige les services autochtones pour le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Michael Sims est directeur général, Direction générale des politiques du programme, Affaires indiennes.

Marie Fortier est sous-ministre adjoint par intérim, Direction générale des services de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Stephen Chase est responsable de la politique fédérale, provinciale et autochtone en matière de santé et de services sociaux pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Huguette Sauvageau représente le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

M. Morris ouvre le débat en rappelant la question fondamentale:

Les collectivités autochtones et leurs membres assument une plus grande responsabilité en matière de santé. Quelles politiques peuvent faciliter cette démarche? Quelles sont les recommandations pour la mise en oeuvre d'une stratégie holistique?

Jane Gottfriedson présente une vue d'ensemble du travail du Conseil des femmes autochtones, organisme qui représente de nombreux groupes dont les membres s'emploient chaque jour à améliorer la vie de la collectivité. Tous les groupes ont été créés et sont dirigés par des membres de la collectivité, rappelle-t-elle.

Les groupes ont pris des mesures dans de nombreux domaines. Ils ont entre autres créé des cercles de vie; préparé un guide pour les conseillers non spécialistes sur la façon d'encourager la collectivité à aider à résoudre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de violence familiale, de VIH et de sida, et autres; mis sur pied un programme d'alphabétisation; créé Images urbaines d'autochtones et offert une formation aux membres les plus défavorisés de la collectivité. Ces initiatives visent à donner aux particuliers les moyens de s'aider eux-mêmes et d'aider leur famille et leurs amis. Elles sont essentiellement axées sur la participation individuelle et communautaire parce que, entre autres, les ressources sont insuffisantes pour d'autres types d'initiatives. «Les défis qui nous attendent sont des plus graves, dit M<sup>me</sup> Gottfriedson. Il est inacceptable que nous soyons au premier rang dans le monde pour le nombre de suicides.»

Elle adresse plusieurs recommandations à la CRPA, parmi lesquelles:

- Pour des solutions durables, des ressources suffisantes doivent être confiées aux autochtones. Ceux-ci doivent participer, aux plus hauts niveaux, à la prise de décisions.
- Les systèmes de soins de santé doivent incorporer la philosophie autochtone et garantir une approche holistique de tous les problèmes.
- Les ressources nécessaires doivent être affectées à de vastes revendications foncières. On ne doit pas se contenter de puiser aux fonds d'autres programmes.
- Les bases de données utilisées pour les prévisions budgétaires doivent être fondées sur la démographie réelle des populations autochtones.

Ron George explique que le Conseil national des autochtones du Canada est en train d'étudier la façon d'adopter une loi de la santé qui favorise tous les autochtones. Il en propose une sur la réglementation des organismes de santé qui permettrait de combler toutes les lacunes des politiques afin d'assurer que nos membres soient tous protégés.

Selon M. George, les 170 millions de dollars du programme Développement des collectivités sont utilisés exclusivement pour les enfants autochtones vivant dans les réserves, bien que la somme ait été calculée en pensant à l'ensemble des enfants autochtones. Le recensement de 1991 a montré que les deux tiers des autochtones vivent à l'extérieur des réserves, ajoute-t-il.

Il regrette l'échec de l'Accord de Charlottetown, qui aurait assuré à tous les autochtones le même accès aux ressources. Les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves doivent être reconnus dans la Constitution, poursuit-il, et l'autonomie gouvernementale permettrait aux autochtones qui vivent en dehors des réserves de mettre sur pied leurs propres services de santé. Il ajoute que suffisamment de gens travaillent déjà pour les autochtones des réserves.

L'évolution vers une plus grande prise en charge des soins de santé, dit-il, doit permettre de confier des rôles actifs aux femmes, aux jeunes et aux anciens. Il s'élève contre la réduction de 60 % du financement des logements à l'extérieur des réserves, faisant remarquer que les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves n'ont pas d'assise territoriale et ont besoin d'améliorer leur niveau de vie. Le manque de logements pour ces gens a atteint un stade critique, ajoute-t-il. Ils doivent avoir accès à des ressources suffisantes. Rien n'est prévu pour les autochtones qui vivent en dehors des réserves, même si des ressources leurs sont de temps à autres accordées en fonction des besoins. Nous sommes des balles que les gouvernements fédéral et provinciaux se renvoient dans leurs jeux politiques. Il insiste sur la nécessité de démêler les conflits entre les différents ordres de gouvernements au sujet des domaines de compétence.

En conclusion, M. George parle des droits issus des traités. L'un des principaux problèmes rencontrés par son organisation est que le gouvernement fédéral confond droits issus des traités et statut, explique-t-il. Celui-ci s'obstine à dire qu'inscription égale traité, alors que ce sont deux choses tout à fait étrangères. M. George fait remarquer que de nombreux traités ont été rédigés avant l'entrée en vigueur de la *Loi sur les Indiens* et il recommande aux participants de bien faire la distinction entre droits issus de traités et droits des Indiens inscrits.

Patrick Johnston dit qu'il a beaucoup appris au cours des derniers jours et qu'il n'a qu'une seule remarque. Il se souvient d'avoir participé, il y a une dizaine d'années, à des réunions sur les difficultés éprouvées par les collectivités autochtones. L'un des principaux problèmes était le retrait des enfants de la collectivité par les organismes gouvernementaux de services sociaux. M. Johnston fait remarquer que ces derniers jours, à sa connaissance, cette question n'a pas été soulevée une seule fois. C'est bon signe, à son avis. Les collectivités autochtones reprennent les choses en main et il existe maintenant de nombreux organismes communautaires de services à la famille et à l'enfance.

Selon M. Johnston, la prise en charge par la collectivité a eu lieu parce que les autochtones ont pris l'initiative. Ils ont dit: «Ça suffit, nous allons nous en occuper nous-mêmes.» Dans certains cas, les bandes ont établi leurs propres règlements au lieu d'attendre que les politiques gouvernementales changent. Il laisse entendre que les autochtones ne devraient pas toujours attendre un tel changement qui ne surviendra peut-être jamais.

### *«La solution passe par nous»*

David Newhouse n'est pas sûr que l'on résoudrait le problème du manque de services de santé appropriés pour les autochtones avec plus d'argent. Nous devons cesser de confier nos responsabilités à d'autres, dit-il. Quand nous y renonçons, nous renonçons à notre vie. La solution passe par nous. Nous sommes responsables de notre santé. De nouvelles politiques et de nouvelles structures de soutien de la prestation des services aux autochtones doivent être élaborées.

M. Newhouse est optimiste et pense que les autochtones sont à la hauteur de la tâche qui les attend. Il rappelle qu'en 1972 il y avait 600 élèves indiens dans les collèges et universités canadiens. En 1992, il y en avait 23 000. (Ces chiffres sont calculés à partir du nombre d'étudiants indiens aux études supérieures financés par le gouvernement fédéral.) «Il y a eu des progrès considérables dans le domaine de l'éducation», dit-il, et le défi consiste maintenant à trouver des moyens d'inciter les étudiants diplômés à revenir dans leur collectivité pour aider à résoudre les problèmes.

«Dans l'histoire des commissions royales, c'est la première fois que la majorité du travail est fait par des autochtones», poursuit-il, faisant remarquer l'éventail des domaines de compétence représentés dans la pièce. «Nous avons le capital humain pour faire le travail.»

Des mécanismes communautaires sont nécessaires pour diriger les programmes, selon M. Newhouse. Les collectivités reçoivent leur argent du gouvernement fédéral qui leur dit comment le dépenser. Nous devons trouver des moyens de couper les liens qui nous rattachent au gouvernement fédéral. Les autochtones devraient commencer par définir les responsabilités par rapport à eux-mêmes et non par rapport au gouvernement fédéral.

Cela prendra du temps pour améliorer la santé et il faudra pour ce faire améliorer les conditions de logement et le développement économique. Nous parlons de santé mais il faut aussi augmenter les revenus des gens.

Lou Demerais travaille dans la circonscription la plus pauvre du Canada, le centre-est de Vancouver. Son organisation, la Vancouver Native Health Society, essaie de mettre quelque chose en place pour améliorer la situation actuelle. Pour qu'un changement réel soit possible, plusieurs questions doivent être résolues, parmi lesquelles:

- Les autochtones doivent avoir leurs propres institutions de services de santé et le contrôle des dépenses.
- Les gouvernements doivent reconnaître que la guérison traditionnelle est nécessaire.
- Des fonds suffisants doivent être affectés aux services de santé.

Son organisation a mis sur pied un centre de guérison où des guérisseurs traditionnels côtoient des médecins blancs. Il a des doutes quant à la participation accrue du gouvernement aux méthodes traditionnelles de guérison. «Chaque fois que le gouvernement reconnaît quelque chose, il le réglemente, fait-il remarquer. Cela sonnerait le glas de la guérison traditionnelle.» Si l'on veut que la guérison traditionnelle fonctionne en milieu médical, elle doit s'autoréglementer et non pas être réglementée par le gouvernement.

«La responsabilité du financement de la santé autochtone revient aux deux ordres de gouvernement», poursuit M. Demerais, parce qu'ils sont tous les deux responsables d'avoir «bousillé» la vie des autochtones. Les Églises devraient également participer au financement des initiatives autochtones en matière de soins de santé, en «nous

remettant de l'argent». En règle générale, «nous avons besoin de moins d'ingérence bureaucratique», poursuit-il. Il prédit que les gouvernements n'abandonneront pas facilement le contrôle mais la réponse à leurs arguments devrait être : «Nous ferons des erreurs mais nous ne pouvons pas faire pire que vous maintenant.»

M. Demerais raconte un problème rencontré récemment par son organisation. Une enquête a été faite à la suite d'allégations de mauvaise gestion des fonds par des colporteurs de rumeurs au sein du gouvernement. S'il raconte l'histoire, c'est pour montrer ce que nous devons supporter juste pour assurer les services.

Le D<sup>r</sup> Marilyn Cox dit être «frustrée» par certains des exposés présentés jusque-là. «On a entendu parler de toute la douleur et de toute la colère qui existent dans les collectivités», dit-elle. Le D<sup>r</sup> Cox fournit des soins primaires à une collectivité de plus de 4 000 personnes. Avec le reste du personnel, elle voit plus de 100 personnes par jour. Il n'y a pas suffisamment de ressources et ce que nous demandons pour assurer des soins de qualité, ce n'est pas qu'on nous écoute.

C'est frustrant d'avoir affaire à la Direction générale des services médicaux (DGSM). Certains jours, c'est plus facile de les ignorer tout simplement, explique le D<sup>r</sup> Cox. Elle suggère que l'absence de médecins autochtones de la DGSM à cette table s'explique peut-être par le fait qu'ils savent comment est dépensé l'argent et que «leur bouche est cousue».

«Nous devons trouver un moyen de supprimer la DGSM», poursuit le D<sup>r</sup> Cox, et elle suggère que la direction générale élabore une politique pour préparer sa propre disparition d'ici 1997.

«Nous avons entendu les nôtres nous implorer d'accepter la responsabilité et l'autorité de prendre soin de notre peuple, dit-elle, ajoutant que les premières nations représentent un gros marché pour la santé.» Dans une collectivité, 2 millions de dollars ont été dépensés pour envoyer des enfants dans des centres de traitement de l'étranger alors que la collectivité demande en vain son propre centre depuis des années.

Le D<sup>r</sup> Cox dit pour conclure qu'elle n'obtient jamais de réponse quand elle téléphone à la DGSM, entre autres choses parce que la plupart des cadres n'occupent leur poste que par intérim et ne veulent pas s'engager. Elle demande à Marie Fortier de répondre à ces remarques.

M<sup>me</sup> Fortier confirme que l'objectif à long terme de la DGSM devrait être de disparaître mais que nous devons travailler ensemble au long processus qui aboutira à sa suppression. En réponse au commentaire du D<sup>r</sup> Cox sur l'absence regrettable de médecins de la DGSM à cette table, M<sup>me</sup> Fortier réplique que la raison de leur absence est que les débats portent sur les politiques et non sur la prestation des services. Elle reconnaît ensuite qu'en effet beaucoup de postes de la DGSM sont pourvus par intérim et ajoute qu'elle espère que la situation va s'améliorer au cours des prochains mois.

Passant ensuite à la question de l'initiative de transfert, M<sup>me</sup> Fortier fait remarquer que cette initiative appartient à la première génération et que ses contraintes sont

des plus réelles, étant donné les cadres législatifs actuels. Maintenant que près de 70 collectivités participent à des initiatives de transfert, il est possible d'évaluer le programme.

Nous devons nous employer à mieux coordonner les efforts au niveau communautaire pour améliorer les soins de santé, dit-elle, citant le programme de sages-femmes du centre Inuulitsivik au Québec comme exemple d'une collaboration fructueuse entre la DGSM et la collectivité.

En réponse aux commentaires de M. Newhouse, M<sup>me</sup> Fortier fait remarquer que si l'on a encore l'impression que les collectivités participant à des transferts continuent à rendre des comptes au gouvernement fédéral, telle n'est pas l'intention. Bien sûr, ajoute-t-elle, l'obligation de justifier de l'emploi des fonds doit être conservée – on ne la supprimera jamais – mais ce sont les organismes autochtones eux-mêmes qui sont responsables des soins de santé.

M. Newhouse remet en question ces remarques et réplique que le gouvernement transfère des fonds aux provinces pour les soins de santé «sans qu'on pose de questions». «Vous parlez des transferts entre gouvernements, fait remarquer M<sup>me</sup> Fortier, et c'est là un autre niveau», ajoutant que, même à ce niveau, il y a des comptes à rendre.

Richard Jock fait remarquer qu'on ne va pas parler des moyens de s'accommoder du status quo. J'espère qu'il y aura des changements fondamentaux dans les rapports entre le gouvernement et les collectivités en ce qui concerne le contrôle des soins de santé. Il recommande de ne pas se laisser entraîner à discuter des frontières entre secteurs.

Selon M. Jock, la raison pour laquelle les premières nations sont financées par des accords de financement est que, légalement, les premières nations n'existent pas et qu'une politique a été élaborée pour résoudre la question. Mais les rapports entre un gouvernement et une institution sans fondement légal ne sont pas de bons rapports, dit-il. Cela doit changer. Il reproche au gouvernement d'avoir refusé de tenir compte des droits issus des traités. «Ces droits doivent être revendiqués, reconnus et respectés», souligne-t-il.

Quand on parle d'accroissement des pouvoirs, il s'agit habituellement d'une personne, poursuit M. Jock, mais c'est bien ce que font les droits issus des traités. On ne devrait pas laisser le gouvernement fédéral se défilier et se décharger des responsabilités que lui confèrent les droits issus des traités. Il y a beaucoup d'exemples de situations, aux États-Unis, où le gouvernement américain se montre juste envers les Indiens en respectant les droits issus des traités, ajoute-t-il.

### *Passer d'une approche axée sur l'aide sociale à une approche axée sur les droits*

La solution est de passer d'une approche axée sur l'aide sociale à une autre axée sur les droits. Les composantes économiques de la situation méritent d'être examinées, dit-il, en faisant allusion aux exposés sur le risque de marginalisation des autochtones si les priorités en matière de santé changent.

Selon Judy Moses, il est extrêmement important que les gouvernements comprennent l'importance d'une approche holistique des soins de santé. «Les débats sur le partage des compétences ne sont qu'une excuse pour ne rien faire», dit-elle. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique s'oriente vers la décentralisation et la régionalisation. M<sup>me</sup> Moses est d'avis que la présence d'un gouvernement NPD dans la province a ouvert la porte au changement.

M<sup>me</sup> Moses fait remarquer que les gens qui travaillent dans le système doivent participer activement au changement structurel. Les autochtones demeurent responsables envers les leurs. Elle explique que ses collègues et elle-même ont énormément travaillé pour obtenir 5 millions de dollars pour des programmes de traitement qui ne sont pas contrôlés par des autochtones. Les fonds ont été transférés aux conseils régionaux qui s'en sont servi pour financer plus de 200 projets l'an dernier seulement. Les ententes de transferts ne sont pas parfaites, les critères de dépense étant restrictifs et loin d'être holistiques, ajoute-t-elle, mais elles pourraient servir de modèle pour la modification des politiques dans d'autres régions du pays.

D'après Michael Sims, la société occidentale a mis l'accent sur une approche individuelle, et non collective, des soins de santé et nous n'avons aucune leçon à donner aux autochtones. Nous tâtonnons, tout comme vous. Une question capitale, ajoute-t-il, est de savoir comment enseigner à autrui ce que l'on apprend.

M. Sims dit ensuite que des tribunes comme cette table ronde constituent d'excellentes occasions d'échanger de l'information sur les initiatives en matière de soins de santé et il affirme que, pour progresser dans le sens de la prise en charge des soins de santé par les autochtones, il est important de trouver des moyens de partager systématiquement l'information.

L'animateur n'est pas d'accord avec l'observation de M. Sims, précisant que cela ne suffit pas de partager l'information si l'on reste prisonnier de l'infrastructure d'une approche conventionnelle. M. Sims répond qu'aucun des programmes de soins de santé pour les autochtones n'est réglementé. Ce sont toujours des politiques, l'autorité générale provenant de la *Loi sur les Indiens*. «Il est possible de changer l'infrastructure de l'ensemble», ajoute-t-il, et il encourage les gens à prendre l'initiative d'agir. «Passez à l'action», dit-il.

### *Les Métis : une balle que se renvoient les politiciens*

Sheila Genaille rappelle qu'il serait faux de croire que tous les autochtones du pays sont assujettis à la *Loi sur les Indiens*. Lorsque les Métis s'adressent aux gouvernements provinciaux et territoriaux pour les soins de santé, on leur dit d'aller voir le gouvernement fédéral. Reprenant la remarque de Ron Georges, elle dit que les Métis sont une balle que se renvoient les politiciens. Il est essentiel de démêler les conflits de compétences si l'on veut résoudre la question du contrôle des soins de santé par les autochtones, dit-elle.

La pratique qui consiste à classer les gens dans la catégorie des «autochtones» est un jeu qui masque la situation désespérée des collectivités métisses, poursuit M<sup>me</sup> Genaille. Elle demande aux participants à la table ronde et aux auteurs des documents de réflexion de ne pas se tromper quand ils utilisent des termes comme «autochtones»

ou «indigènes» parce que, lorsque nous utilisons ces termes sans les clarifier, nous perpétuons une tragédie canadienne.

Les Métis vous demandent de ne pas produire des données, des recherches, des exposés et des recommandations où il y a ambiguïté quant au statut, poursuit-elle. «Si vous voulez dire Indien ou Inuit, dites-le. Collectivement, nos problèmes sont les mêmes, mais les problèmes sociaux et ceux de santé des Métis sont amplifiés en raison de leur dilemme face au partage des compétences.»

Selon M<sup>me</sup> Genaille, avant que des changements puissent se faire dans le domaine des soins de santé, les politiques et les bureaucrates devront changer d'attitude à l'égard des Métis. Ces derniers doivent être financés plus équitablement. Quand on parle de guérison traditionnelle, on doit toujours se demander «traditionnel pour qui?». On ne peut confondre les différentes approches de la spiritualité et de la guérison. En conclusion, elle conjure la CRPA d'accroître la participation des Métis.

«L'étendue et la complexité du problème sont à elles seules intimidantes», fait remarquer Stephen Chase, mais les décideurs commencent à reconnaître qu'il existe des façons d'aborder le problème et de tenter de le résoudre point par point. Le changement est possible au sein de l'infrastructure actuelle, dit-il.

M. Chase est d'avis que les provinces ont beaucoup à offrir aux collectivités qui s'efforcent de prendre en charge les soins de santé. «Les provinces ont une vaste expérience de la santé», dit-il, et cette expérience peut être utilisée par les collectivités pour élaborer des programmes et des services.

Il ajoute que, outre l'approche holistique de la santé, une approche socio-économique est également importante; si l'objectif est l'autosuffisance, l'amélioration de la situation économique de la collectivité est tout aussi importante que l'amélioration de la santé de ses membres. Selon lui, les stratégies pour parvenir à l'autosuffisance doivent comporter les éléments suivants:

- une volonté politique;
- des associations efficaces;
- des stratégies holistiques et socio-économiques;
- une approche pluridisciplinaire et bien coordonnée de la prestation des services;
- des buts clairs et une mesure des résultats.

Huguette Sauvageau suggère que les collectivités assujetties à la Convention de la Baie James, négociée par le gouvernement fédéral, le gouvernement du Québec, Hydro-Québec, les Inuit et les Cris, pourraient servir de modèle aux autres collectivités soucieuses d'accéder à une plus grande autonomie.

Dans sa conclusion, l'animateur, Alwyn Morris, fait remarquer que les autochtones constituent une minorité dans ce pays pour des raisons politiques mais que, vu leur situation minoritaire, nous devons nous assurer de trouver des moyens d'avoir un impact.

## Séance plénière

Carrie Hayward, coordonnatrice de la santé autochtone au ministère de la Santé de l'Ontario, prend la parole la première et informe l'assemblée d'une initiative en cours en Ontario, qui semble réussir, pour l'instant. Consacrée à la violence familiale, cette initiative résulte des efforts conjugués de cinq organismes représentant les intérêts des premières nations, de onze ministères provinciaux et de deux ministères fédéraux participant d'office. Le programme constitue un défi continu dans le domaine des communications (en particulier pour parvenir à un consensus sur la définition des termes) parce qu'il faut apaiser la méfiance profondément ancrée qui existe entre les trois principaux protagonistes, concerter l'action de tous les participants, utiliser les ressources de façon plus holistique et les affecter à des systèmes communautaires.

L'ancienne Jean Aquash, Anishnawbekwee de Walpole Island en Ontario, dit qu'elle ne trouve pas très claire la façon dont le terme «holistique» est utilisé à la table ronde. Elle se souvient que les «vieilles gens» donnaient à ce terme le sens d'union de la pensée, du corps, de l'esprit et des émotions. Une approche holistique devrait donc être caractérisée par la bonté, un amour inconditionnel, la vérité et l'honnêteté. Le terme holistique a cependant été employé à la légère au cours des derniers jours, dit M<sup>me</sup> Aquash. «Que signifie un financement holistique?», demande-t-elle. Cela veut-il dire de l'argent donné avec bonté et un amour inconditionnel?

Le D<sup>r</sup> Catherine Cook dit qu'elle n'a pas une notion claire de son rôle à la table ronde et qu'elle comprend mal ce qu'on attendait d'elle, et elle pense qu'il aurait été utile d'avoir un sens clair des destinataires ou des raisons d'être des services que nous nous efforçons d'assurer. Selon elle, on ne doit pas séparer santé et éducation dans les efforts pour améliorer la santé des autochtones, car une meilleure éducation entraînera une meilleure santé et une meilleure santé entraînera une meilleure éducation.

Le D<sup>r</sup> Cook dit ensuite que le processus de transfert doit continuellement être réévalué. Il devrait y avoir une planification financière à long terme. Elle aborde, pour finir, la question des prestations médicales non assurées qui demeurent un mystère pour elle. Elle se demande quelle part des 450 millions de dollars du programme bénéficient directement aux collectivités et quelle est celle qui sert en fin de compte à payer les fournisseurs de soins.

Selon le D<sup>r</sup> Michael Monture des Six-Nations du territoire de Grand River, agent médical de la DGSM, les solutions au problème varieront en fonction des différents groupes autochtones que nous essayons de servir et il est important de reconnaître les similarités et les différences qui existent entre chacun. Il faut aussi se demander si les droits devraient être liés à des données géographiques (assise territoriale), être inscrits dans la Constitution ou être énoncés dans la *Loi sur les Indiens*. Les droits devraient s'appliquer à tous les autochtones, dit-il, mais il est conscient que les réalités financières entraveront le recours à une telle approche. Le D<sup>r</sup> Montour affirme qu'il y a redondance si l'on emploie «holistique» et «santé» dans une même phrase car les deux termes désignent la même chose.

Tuma Young, coordonateur du Mi'kmaq AIDS Task Force en Nouvelle-Écosse, dit qu'il suffirait de passer à l'action. «Allez-y, n'attendez pas le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial.» Il fait remarquer que si son groupe avait attendu les fonds de Santé et Bien-être social, son programme n'aurait jamais vu le jour. Le groupe compte au nombre de ses réussites le fait qu'il a réussi à convaincre toutes les premières nations de la région Atlantique de prendre la résolution d'incorporer la sensibilisation au VIH et au sida dans toutes leurs activités.

## Troisième journée

### Survol des documents de réflexion

#### *La Labrador Inuit Health Commission*

Iris Allen, directrice exécutive de la Labrador Inuit Health Commission (LIHC), déclare qu'une série de documents produits par son organisme sur les conditions régnant au Labrador révèlent que l'état de santé des Inuit de cette région est beaucoup plus mauvais que celui du Canadien moyen, et ce pour de nombreuses raisons : la faiblesse des revenus, le chômage ou le sous-emploi, les lacunes sur le plan de l'éducation, les logements insalubres, l'abus d'alcool, le tabagisme, les réseaux d'égouts et d'alimentation en eau de mauvaise qualité, et la violence familiale. «Alors même que nos collectivités s'unissent pour élaborer des plans, dit-elle, nous nous sentons dans l'impossibilité d'améliorer la situation.»

Créée en 1985 comme filiale de la Labrador Inuit Association (LIA), la LIHC a pour objectifs d'améliorer le logement, l'emploi, et les autres conditions d'existence qui ont des répercussions sur l'état de santé des Inuit du Labrador.

Les programmes de base de la CSIL sont les suivants: un programme des représentants de la santé communautaire qui assurent l'éducation sanitaire dans cinq collectivités (deux autres en ont également); un programme de liaison sanitaire destiné à aider les Inuit du Labrador à s'y retrouver dans le dédale du système de soins de santé et à l'interpréter pour eux; un programme de prestations médicales non assurées, qui est un des deux seuls programmes de ce type administrés par les autochtones ; et un programme de soins dentaires qui date de sept mois et qui a déjà permis d'améliorer la santé dentaire des enfants d'âge scolaire. En outre, la LIHC a

récemment recruté un coordonnateur spécialisé dans le domaine de la violence familiale, un coordonnateur pour la santé mentale et un travailleur sur le terrain spécialisé dans l'intervention contre le suicide.

À l'avenir, déclare M<sup>me</sup> Allen, la LIHC espère pouvoir contribuer à l'élaboration d'une documentation de formation complète pour les travailleurs de la santé et des services communautaires dans tous les domaines pertinents de la santé mentale; faciliter la création d'équipes d'intervention d'urgence communautaires, de services de counseling communautaires, et de lignes d'écoute téléphoniques; et obtenir les services d'un psychologue qui formera le personnel aux techniques de counseling, animera des ateliers, et assurera des services de counseling individualisés.

La LIHC utilise les ressources dont elle dispose actuellement pour promouvoir les carrières dans le domaine de la santé en fournissant des services de counseling individuel, en organisant des visites des établissements de santé et des établissements d'enseignement, et en faisant de l'action sociale. La LIHC et la LIA ont contribué au lancement du Nursing Access Program (Programme d'accès aux carrières en soins infirmiers) au Labrador College, et sont justement fières du fait que plusieurs Inuit du Labrador font maintenant des études infirmières au Labrador et à Terre-Neuve. La LIHC a également joué un rôle proactif dans la surveillance de toutes les recherches entreprises dans le domaine de la santé au Labrador.

Les membres de la LIA et de la LIHC viennent de terminer une série de consultations communautaires dont le but est d'élaborer un plan quinquennal visant l'amalgamation de tous les programmes de santé destinés aux Inuit du Labrador, sous l'égide d'un service de santé communautaire de la LIA. Ce plan, dit M<sup>me</sup> Allen, prévoit un effort constant et permanent d'éducation du personnel qui communiquera ensuite les connaissances acquises aux membres de la LIA. La LIHC élabore un plan d'hygiène communautaire qui réglera les détails de cette ambitieuse entreprise.

Selon M<sup>me</sup> Allen, plusieurs obstacles s'opposent au progrès des services de santé en faveur des Inuit du Labrador. Les questions de partage des compétences concernant l'admissibilité au programme ralentissent son exécution. Quatre groupes différents définissent la politique en matière de santé pour les Inuit du Labrador: la Direction générale des services médicaux du gouvernement fédéral, le ministère provincial de la santé, les Grenfell Regional Health Services et la LIA, par l'intermédiaire de la LIHC. Ces groupes ont chacun une conception différente des besoins des Inuit du Labrador et de la manière dont on devrait les satisfaire, si bien qu'en dépit des efforts de chacun, ils ne travaillent pas à l'unisson.

Le potentiel du programme des RSC n'a pas été pleinement réalisé à cause de l'absence de formation permanente, d'une supervision et d'une coordination insuffisantes, et du fait que ces RSC ne sont pas considérés comme des membres à part entière de l'équipe de soins de santé par les professionnels de ce secteur.

L'isolement des Inuit du Labrador, qui constituent le seul groupe d'Inuit de la région de l'Atlantique, complique l'établissement d'un réseau avec d'autres groupes inuit. Il est donc difficile de corriger le fait que les groupes de l'extérieur ne comprennent pas les différences inhérentes entre les Inuit et les Indiens, ainsi que les

problèmes créés par l'isolement géographique, un climat rigoureux, les débouchés économiques limités et les difficultés de transport.

L'autre obstacle mentionné par M<sup>me</sup> Allen est le manque de services à l'intention des Inuit handicapés. Les difficultés d'accès aux logements et aux édifices publics pour les personnes en fauteuil roulant; le manque de programmes de formation et de possibilités d'emploi; des programmes limités ou non existants de soutien à domicile, des méthodes insuffisantes ou inappropriées de transport, et une mauvaise connaissance des services existants sont autant de facteurs qui entravent la pleine participation des Inuit handicapés à la vie de leurs collectivités. Parmi les autres obstacles, M<sup>me</sup> Allen cite les postes de soins infirmiers qui manquent de personnel, et l'obligation pour les Inuit de quitter leurs collectivités lorsqu'ils ont besoin de services spécialisés.

Les recommandations visant l'amélioration de la santé des Inuit du Labrador sont les suivantes:

- Les gouvernements fédéral et provincial devraient s'entendre sur des mesures provisoires concernant l'admissibilité des Inuit du Labrador aux programmes de santé et aux programmes sociaux, en attendant les résultats du processus de revendications territoriales.
- La DGSM devrait affecter des fonds à l'exécution de programmes de formation permanente destinés aux RSC, au PNLAADA et aux travailleurs dans le domaine de la santé mentale.
- Il devrait y avoir une collaboration entre tous les ordres de gouvernement offrant des services de santé.
- On devrait accroître l'aide financière et professionnelle aux collectivités inuit du Labrador.
- Les Inuit du Labrador devraient disposer des pouvoirs requis pour créer des conseils et des comités de la santé afin de planifier, de mettre en oeuvre et de contrôler les services de santé communautaires.
- Il faut que ces services soient fournis sur place au lieu d'obliger les gens à se déplacer pour en bénéficier.
- Il faudra encourager les jeunes Inuit à faire carrière dans le secteur des soins de santé.
- Il est absolument indispensable que les collectivités isolées disposent de réseaux d'égouts et d'alimentation en eau qui fonctionnent, de logements adéquats et d'emplois valables.
- Il faudra mettre des ressources bien élaborées et faciles à mobiliser à la disposition des collectivités en situation de crise.
- Les besoins des Inuit handicapés sont les suivants: accessibilité aux logements privés et aux édifices publics nouveaux et existants; possibilités d'emplois valables et de participation aux activités communautaires; et programmes permanents de soins à domicile et de soutien moral.

*La santé et la vie sociale des autochtones handicapés*

Brenda Sinclair, de l'Alberta Health Care Commission Office, fait acte d'humilité parce que, dit-elle, «je ne suis pas une spécialiste des problèmes des handicapés. Les mots utilisés dans ce document, sont ceux des gens eux-mêmes, qui sont les véritables experts.» Ce document traite de 11 domaines préoccupants, déclare M<sup>me</sup> Sinclair, et pose trois questions pour chacun d'entre eux: À quels problèmes les handicapés sont-ils confrontés? Que voudraient-ils faire pour les résoudre? Qui, à leur avis, est responsable de la mise en oeuvre de solutions?

Les autochtones parlent abondamment de leurs besoins en matière de logement, de soins de santé, d'accès aux méthodes de guérison traditionnelles, et de possibilités accrues de soins à domicile. M<sup>me</sup> Sinclair estime que les besoins en matière d'éducation exprimés par les autochtones en bonne santé n'ont aucun sens pour les autochtones handicapés car la possibilité, pour ceux-ci, de fréquenter le collège «s'estompe devant les efforts quotidiens qu'ils doivent fournir pour mettre de la nourriture sur la table et ajouter du bois dans le poêle.»

L'isolement est un problème sérieux pour les autochtones handicapés, dit M<sup>me</sup> Sinclair. Ils sont non seulement isolés sur le plan physique, à cause de l'absence de moyens de transport et d'édifices accessibles, mais aussi dans leur collectivité parce que personne, à ce niveau, n'est responsable de subvenir à leurs besoins. Même lorsque des services existent, dit-elle, l'information à leur sujet se perd toujours dans le dédale bureaucratique et ne parvient jamais à ceux qui en ont besoin et à ceux qui, comme les RSC, pourraient aider les handicapés à y avoir accès.

À une conférence d'autochtones handicapés tenue l'an dernier, certains participants ont déclaré: «Nous refusons d'être plus longtemps oubliés. Nous ne demandons pas aux gens de faire notre travail. Nous en sommes capables nous-mêmes. Nous demandons simplement que l'on reconnaisse notre existence dans la collectivité et que notre participation à celle-ci soit facilitée sur le plan physique, émotionnel, mental et spirituel.»

M<sup>me</sup> Sinclair pose la question de savoir à qui incombe le mandat de faire entendre les besoins de tous les autochtones handicapés. Elle exprime l'espoir que les organismes provinciaux chargés des autochtones handicapés les représentent tous, qu'ils soient Métis, Indiens inscrits ou Indiens non inscrits, qu'ils vivent dans une réserve ou hors de celle-ci.

À l'échelon local, il est indispensable qu'il y ait des groupes de soutien aux handicapés et à ceux qui s'occupent d'eux. Outre le soutien social et émotionnel ainsi assuré, ces groupes devraient se faire les porte-parole des autochtones afin que les membres et les chefs de la collectivité assument la responsabilité des besoins de tous.

Dans son document, M<sup>me</sup> Sinclair examine plusieurs grands domaines au sujet desquels elle fait des recommandations. Ces domaines ont trait à l'habilitation des personnes handicapées; à l'examen et à la révision de l'accès aux soins de santé classiques ainsi qu'aux possibilités de guérison traditionnelles; au soutien personnel aux handicapés; à l'accessibilité à domicile et dans la collectivité; et aux besoins en matière de transport.

Il importe de noter, dit M<sup>me</sup> Sinclair, que les questions que nous débattons aujourd'hui l'ont déjà été en 1988 par un groupe de réflexion sur la situation des autochtones handicapés. «Aujourd'hui, les recommandations de ce groupe de réflexion ne sont plus que des mots dans un livre oublié sur une étagère», déclare-t-elle, en soulignant qu'il serait indispensable de leur donner suite.

Ces questions, dit-elle, mettent en jeu le respect, l'honneur, l'esprit de générosité et de partage. «De quelle façon nous traitons-nous mutuellement?», dit-elle. «Dans notre quête de la santé pour nos collectivités, nous devons placer au premier plan le bien-être de nos frères et de nos sœurs qu'accable le poids d'un handicap.»

En conclusion, M<sup>me</sup> Sinclair déclare que la traduction britannique de son nom cri signifie «la femme aigle qui défend son peuple». «J'espère avoir fait honneur à celui-ci en me montrant digne de ce nom, aujourd'hui.»

### *Au-delà des fournisseurs de soins: une politique en matière de santé et de services sociaux pour les années 90*

Sharon Helin salue les nombreuses personnes de l'assistance qui ont les capacités et les qualifications nécessaires pour parler de la question des soins adaptés au contexte culturel. M<sup>me</sup> Helin insiste sur le fait qu'elle ne parle pas au nom de tous les membres des premières nations, mais qu'elle se fonde sur sa propre expérience et celle des personnes avec qui elle vit. «Je ne suis pas une spécialiste, dit-elle. Nous sommes peut-être assis dans un hôtel confortable mais nous ne devons pas oublier qu'en ce moment même, à Fort Simpson, quelqu'un est assis sur un quai d'embarquement et attend qu'un avion l'emmène à l'endroit où il pourra se faire soigner.» Ce sont ces gens-là qui sont les véritables experts.

«Nous vivons dans un monde aux paradigmes mouvants», dit-elle. On supprime des lits d'hôpitaux; on fait payer les soins; la province de la Colombie-Britannique réorganise son régime de soins de santé; il y aura des élections fédérales cette année; les besoins des autochtones dans le domaine de la santé doivent être replacés dans ce contexte, dit-elle. «De Nuuchah-nulth à Kahnawake, il faut que nous exploitions les succès déjà remportés par les membres des premières nations.»

À propos des soins de santé adaptés au contexte culturel, M<sup>me</sup> Helin décide de parler plus particulièrement des personnes âgées, à cause des expériences vécues par elle en s'occupant de sa grand-mère de 92 ans. «J'ai entendu un jour une prière au Grand Esprit dans laquelle on lui demandait de veiller sur nos anciens et de prolonger leurs jours», dit-elle; pour la médecine occidentale, les vieux appartiennent au passé, et elle décrit la vie qu'ils ont menée avant même qu'ils soient morts. Ce qui est important, selon elle, c'est d'essayer de les aider à mener des vies valables.

M<sup>me</sup> Helin décrit une chute récente de sa grand-mère qui s'était blessée. Une série de professionnels des soins de santé classiques qui avaient été consultés avaient été incapables d'expliquer les causes des douleurs qu'elle éprouvait. Cinq jours après la visite médicale initiale et l'examen radioscopique, la douleur était telle qu'elle en perdait presque connaissance. On découvrit finalement qu'elle avait souffert de quatre

fractures par tassement de la colonne vertébrale. Ce qu'il y a de plus terrifiant dans cette histoire, dit M<sup>me</sup> Helin, c'est que si «je suis là pour parler en son nom, beaucoup de nos anciens n'ont personne pour le faire».

«Il faut que nous humanisons nos débats au sujet des responsabilités en matière de soins de santé, au lieu d'être toujours guidés par des préoccupations de coût, dit-elle. Il faut que le changement institutionnel soit guidé par les fournisseurs de soins. Il faut que ceux-ci s'engagent à étudier les processus de prise de décisions et permettent aux membres des Premières nations de pénétrer dans les salles de conférence où ces décisions sont prises à huis clos.»

Il n'est pas suffisant qu'un autochtone siège au conseil d'administration d'un hôpital, déclare-t-elle. À lui seul, il lui sera bien difficile de faire comprendre la conception que les premières nations ont de la santé à 11 personnes fidèles aux vues de la culture dominante. Idéalement, toutes ces institutions ne devraient pas prendre de décisions au nom des autochtones. «Pourtant, elles ne sont pas à la veille de disparaître et il faut donc que nous apprenions à composer avec elles.»

À propos des initiatives de transfert, M<sup>me</sup> Helin déclare que «la politique gouvernementale a creusé l'écart entre les nantis et les démunis en pays indien». Ces politiques de transfert créent une situation dans laquelle seules les bandes importantes sont économiquement capables de répondre aux critères du programme; pourtant, «tous les membres des premières nations ont besoin d'avoir accès à de meilleurs soins de santé».

Alors que les modèles changent constamment, les membres des premières nations ont une approche à l'égard des soins de santé qui demeure constante et a fait ses preuves depuis des années: celle des méthodes traditionnelles.

M<sup>me</sup> Helin souligne les besoins suivants: l'autonomie gouvernementale; le même traitement, par le gouvernement fédéral, des autochtones et des non-autochtones, en ce qui concerne les transferts de paiement pour les soins de santé; des possibilités d'emploi pour les autochtones des collectivités dans la «grosse industrie» que sont les soins de santé; la participation des autochtones à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique; l'amélioration de l'accès des autochtones aux programmes de soins de santé; et la mise en place de programmes de santé adaptés au contexte culturel.

«On entend toujours parler d'un «eux» mythique, conclut-elle. Ce n'est pas d'«eux» qu'il s'agit, mais seulement de nous. Si nous voulons que les choses changent, il faut que nous fassions le nécessaire pour que cela se fasse et que nous en prenions la responsabilité.»

### *Vers la réalisation d'un rêve : L'éducation professionnelle dans le domaine des sciences de la santé*

Lynn Chabot présente ce document à la place de son auteur, Dianne Longboat, qui n'a pas pu assister à la table ronde à cause d'un décès dans sa famille. M<sup>me</sup> Longboat travaille à l'Office of Aboriginal Student Services and Programs à l'Université de Toronto, et M<sup>me</sup> Chabot, qui a été agent de recrutement pour le programme des

professionnels de la santé autochtones de la même université, est depuis retournée dans sa collectivité, Kitigan Zibi Anishnabeg, pour y participer au développement économique.

Le document de M<sup>me</sup> Longboat est fondé sur le Programme des professionnels de la santé autochtones, qui cherche à abattre les obstacles auxquels sont confrontés les autochtones désireux de faire carrière dans le domaine de la santé. Dans ce document, elle décrit les obstacles à l'entrée à l'université, ainsi que les obstacles institutionnels, financiers, géographiques, personnels et sociaux. Le plus grave, dit M<sup>me</sup> Chabot, est dû au manque d'intérêt chez les jeunes pour l'étude des mathématiques et des sciences. Même ceux qui s'y intéressent au niveau élémentaire ont tendance à s'en lasser lorsqu'ils arrivent à l'école secondaire. Pourtant, sans les connaissances fondamentales qu'ils y acquièrent, la plupart des carrières dans le domaine de sciences de la santé leur sont interdites avant même qu'ils atteignent l'université.

L'Université de Toronto offre deux programmes destinés à entretenir l'intérêt pour les mathématiques et les sciences: le First Nations Summer Science Program et l'Aboriginal Science and Mathematics Pilot Project. D'autres programmes ont été mis en oeuvre pour aider les étudiants autochtones après leur arrivée. Il y a normalement des programmes de counseling universitaire et personnel, et on s'efforce de revoir les programmes de manière à ce qu'ils soient mieux adaptés sur le plan culturel.

«Bien qu'il soit important que nos jeunes soient au courant des toutes dernières questions et pratiques médicales, cela ne doit pas se faire aux dépens de la connaissance de leur culture», dit-elle. Grâce à un long processus de coopération entre les gens des Premières nations et l'administration universitaire, la connaissance des pratiques traditionnelles commence à être intégrée au contenu des cours.

«Bien que nous ayons trouvé des solutions dans de nombreux domaines, dit M<sup>me</sup> Chabot, nous sommes toujours bloqués par le manque de fonds.» La plupart des organismes de financement s'intéressent uniquement aux projets pilotes qui durent au plus quelques années. Des programmes permanents sont nécessaires, mais de nombreuses carrières dans le domaine des soins de santé exigent une formation qui dépasse la période couverte par l'aide financière, ce qui laisse peu de choix aux étudiants lorsque l'argent est épuisé, dit-elle. Tant que l'on n'aura pas répondu aux besoins en ce qui concerne une aide permanente aux étudiants en soins de santé et à l'élaboration de programmes adaptés sur le plan culturel, les membres des premières nations continueront à avoir des difficultés à réaliser leur rêves de voir un plus grand nombre de professionnels des soins de santé autochtones.

### *Définition du terme «handicap»*

En réponse à une question posée après la présentation des exposés, M<sup>me</sup> Sinclair définit le handicap comme toute insuffisance de l'ouïe, de la parole, de la vue ou de la mobilité, mais elle ajoute que cette définition s'applique aussi aux personnes qui ont des problèmes d'analphabétisme, qui souffrent de diabète et d'autres types de maladies chroniques. Le participant qui a posé la question accepte cette définition

mais prévient M<sup>me</sup> Sinclair qu'elle aura des difficultés à convaincre les représentants du gouvernement de l'accepter.

Selon M<sup>me</sup> Chabot, c'est le manque de modèles qui constitue le plus gros problème lorsqu'il s'agit de convaincre les jeunes qu'il leur est possible de poursuivre une carrière dans le domaine des soins de santé. Elle signale l'existence d'un programme d'encadrement ou d'«observation au poste de travail» à l'Université de Toronto et déclare qu'un problème analogue dans les régions éloignées de la ville serait utile pour les jeunes et leur permettrait de se dire : «Oui, je suis capable de le faire.»

Peter Erneck, directeur exécutif de l'Inuit Cultural Institute, déclare que le plus gros problème qui se pose aux travailleurs de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest est la prestation de services. Trop de gens sont obligés de se rendre dans le sud du Canada pour se faire soigner. Il loue les efforts des ministres du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, en majorité Inuit, pour améliorer l'état de santé des gens du Nord. Outre la promotion de bonnes méthodes d'hygiène préventive, il est indispensable d'informer les gens de leurs droits lorsqu'ils sont malades.

M. Erneck loue le gros travail effectué par les infirmières des Territoires du Nord-Ouest, mais il déplore le fait qu'il n'y a qu'un seul médecin pour toute la région du Keewatin. Il insiste sur la nécessité de traiter les maux émotionnels aussi bien que physiques des gens et déclare qu'on a terriblement besoin de médecins-hygiénistes inuit qui seraient capables de parler aux malades unilingues dans leur propre langue afin de les mieux comprendre et de les mieux traiter. Il fait observer que dans les Territoires du Nord-Ouest, comme ailleurs, l'amélioration de la prestation des services de santé aux autochtones est une responsabilité fédérale.

Le Dr Ed Connors, membre de la bande de Kahnawake et psychologue, demande «Pourquoi nous avons été incapables d'utiliser un modèle holistique de soins de santé dans nos collectivités? C'est peut-être parce que nous n'avons pas pensé en termes holistiques.» Il dit que les autochtones fondent leur compréhension de la santé et de la santé holistique sur des définitions de l'extérieur, et dit que tant que nous continuerons à le faire, «nous raterons le coche». Les professionnels de la santé, selon la conception occidentale, portent tous des étiquettes différentes, et ont tous des mandats différents. Ils sont souvent en contradiction les uns avec les autres, ce qui plonge leurs clients et les familles de ceux-ci dans la confusion. Avant qu'une personne suicidaire en ait fini avec les professionnels qui l'examinent les uns après les autres et pensent tous que quelqu'un d'autre est mieux armé pour la guérir, elle aura largement eu le temps de mettre fin à ses jours, dit-il. «Il faut que nous engagions le dialogue pour créer notre propre définition», dit-il, et il propose comme point de départ possible, le mot utilisé par les Ojibwas pour la santé, qui signifie la «bonne vie».

Dans sa réponse, Brenda Sinclair parle de la manière différente dont les guérisseurs traditionnels et occidentaux abordent le même problème. Elle donne l'exemple d'un schizophrène qui était d'accord avec son médecin et son pharmacien pour reconnaître qu'il souffrait d'une maladie mentale. Dans sa collectivité, cependant, on considérait que son mal était spirituel. C'est à cause de cette différence de perception, dit-elle, qu'il faudrait revoir le type de guérison utilisé.

L'ancien Glen Douglas répond au Dr Connors que les Indiens ont déjà une définition de la santé holistique, et que pour l'apprendre, il suffit d'aller consulter les anciens. Il déclare que beaucoup de ceux-ci se sentent frustrés par le nombre de fois que les gens ne les ont pas écoutés, mais ils demeurent les gardiens du savoir, de la sagesse, des compétences et de la patience. Il regrette l'absence d'anciens à cette commission royale et se demande si cela compromettra la crédibilité de la Commission aux yeux des anciens de chez lui. Il exprime également le regret que le don traditionnel de tabac à un ancien en échange de sa sagesse ne lui ait pas été offert à ces réunions. Pour conclure ses observations et l'examen des documents présentés, il encourage les participants à réfléchir aux deux mots qu'il a utilisés de manière répétée dans ses prières, au cours des deux jours écoulés, mots qui définissent les droits des autochtones.

### Table ronde n° 3: Les obstacles à surmonter en matière de soins de santé

L'animateur, le Dr Jay Wortman, rappelle aux participants que la table ronde n'est «pas une tribune où présenter des discours tout préparés» mais un lieu de débat et d'échange d'information pour des spécialistes des soins de santé destinés aux autochtones. Il rappelle les questions qui seront abordées par les treize :

«Quels sont les rôles et responsabilités des partenaires du système de santé lorsqu'il s'agit de s'assurer que les établissements non autochtones répondent aux besoins des autochtones en matière de santé, en particulier ceux des autochtones handicapés et des autochtones qui habitent dans des régions éloignées ou dans le Nord? Quels sont les obstacles à surmonter?»

Le Dr Wortman dit qu'il espère voir la «promotion de la santé» remplacer les soins de santé paternalistes actuels.

James Smokey Tomkins, président du National Aboriginal Network on Disability, déclare qu'il s'agit d'une question économique et sociale. Il trouve qu'on ne parle pas suffisamment des autochtones handicapés. «Vous devez inclure tous les membres des collectivités, sans quoi votre cercle est incomplet», dit-il. Pour finir, il recommande aux commissaires de ne pas oublier les questions concernant les personnes handicapées lorsqu'ils envisageront de nouvelles politiques et de nouveaux programmes.

Le Dr Isaac Sobol, agent médical et médecin de famille à la Commission de la santé de Nisga'a Valley, parle des préjugés contre les gens des premières nations dont font preuve les non-autochtones dans les établissements. On pourrait éliminer ce type de préjugés en choisissant des employés favorablement disposés envers les autochtones et en plaçant les services de santé au sein des collectivités autochtones, dit-il. Les professionnels des soins de santé, insiste-t-il, doivent avoir l'optique historique qui convient sur les autochtones.

Le Dr Roland Chrisjohn, membre de la première nation oneida et psychologue agréé en psychologie clinique, a participé à des programmes de recherche communautaire dans la réserve des Gens-du-Sang en Alberta et à Williams Lake en

Colombie-Britannique. «Je réclame des changements révolutionnaires dans les établissements et les pratiques de soins de santé, dit-il. En quoi la médecine telle qu'elle est pratiquée par les Blancs, y compris la psychologie qui ignore totalement l'esprit, convient-elle aux soins de santé pour les peuples autochtones?», demande-t-il.

Le Dr Chris Derocher, professionnel non autochtone de la santé, raconte une histoire qui lui est arrivée lorsqu'il était dans le Yukon. «J'avais travaillé au Yukon pendant dix ans, explique-t-il, et je n'avais jamais été à un potlatch parce que je n'avais jamais été invité. Au bout de dix ans, lorsque j'ai mentionné cela à une femme autochtone de la collectivité, elle m'a expliqué que je n'avais pas besoin d'une invitation. Si les personnes présentes au potlatch m'étaient chères, c'est tout ce qui comptait et je n'avais qu'à venir.» Rendez-vous compte, prendre dix ans pour découvrir cette différence culturelle, dit le Dr Derocher. «Cela m'a appris à ne jamais me laisser aller à penser que je sais tout ce qui différencie le monde autochtone et le monde non autochtone, ajoute-t-il, et cela s'applique également à mon travail en tant que médecin.»

Carrie Hayward est la coordonnatrice des services de santé des autochtones au ministère de la Santé de l'Ontario. Sa priorité actuelle est l'élaboration, en collaboration avec des organismes autochtones, d'une politique de la santé autochtone. «Je défends la cause des autochtones, dit M<sup>me</sup> Hayward, je travaille pour eux.» M<sup>me</sup> Hayward est consciente du gouffre qui sépare les soins de santé pour les autochtones des soins que reçoivent les autres Canadiens. Elle fait tout ce qu'elle peut pour obtenir de l'argent des bureaucraties et l'affecter aux domaines où le besoin est le plus grand.

Le Dr David Young, professeur d'anthropologie à l'Université d'Alberta et directeur du Centre for the Cross-cultural Study of Health and Healing, a travaillé avec des guérisseurs traditionnels dans le Nord. «Qui sont les experts dans le domaine des soins de la santé?», demande-t-il avant de donner la réponse: les guérisseurs. Les jeunes ne leur accordent pas toujours le respect qu'ils méritent, fait-il remarquer. Pour remédier à cela, il suggère que le milieu médical «rende ses pouvoirs» à la médecine traditionnelle en la légalisant. Cela a été fait avec succès en Chine, dit-il, et pourrait être fait au Canada aussi. Si l'on conférait un statut légal aux méthodes de guérison traditionnelles, on contribuerait au respect accru de la profession et, on l'espère, on attirerait à elle la jeune génération. On mettrait en même temps les guérisseurs à l'abri des poursuites et de l'ingérence du reste du milieu médical. Le Dr Young recommande en outre que l'on aide financièrement les jeunes du Nord qui souhaitent étudier la médecine traditionnelle.

Hélène Sioui Trudel, de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire, parle des préjugés des jeunes autochtones. Elle rappelle les différences considérables qui existent et le danger de se faire une image inexacte des peuples autochtones. Elle fait allusion aux attitudes actuelles à l'égard de la médecine occidentale. À l'heure actuelle, dit-elle, les médecins sont beaucoup plus orientés vers le traitement de la maladie que vers sa prévention. Les anciens sont, selon elle, «des ressources au sein de la collectivité» et il est important, rappelle-t-elle, d'écouter les personnes âgées. Pour sa part, «elle ne cesse de se battre» pour améliorer les services de santé pour les autochtones.

### *La sécurité des autochtones : un principe fondamental*

«La sécurité des autochtones devrait devenir un principe fondamental», déclare Clare McNab, Métisse crie et infirmière. On entend par là que ceux-ci devraient se sentir en sécurité, mentalement, émotionnellement et spirituellement, dit-elle. Il est également important d'envisager le contexte dans lequel sont pratiqués les soins de santé, poursuit-elle. Après avoir été formés dans un grand centre urbain, les professionnels de la santé reviennent souvent dans une communauté plus petite où ils doivent réapprendre qui ils sont et se refamiliariser avec les personnes qu'ils soignent.

Conrad Saulis est le directeur du Conseil national des autochtones du Canada. Le désir est fort, parmi les membres de la collectivité autochtone, de prendre en charge leur propre santé et de rendre sa place à la médecine traditionnelle, dit M. Saulis. Les non-autochtones doivent reconnaître la compétence des guérisseurs autochtones et comprendre que les soins de santé traditionnels sont la meilleure façon de guérir les autochtones. Ces derniers demandent leur avis aux anciens pour les questions de santé et ils se sentent en confiance. Les institutions non autochtones devraient par conséquent chercher à s'associer avec nous, dit-il, et accepter le fait que nous sommes égaux. Il est impératif qu'ils reconnaissent cela, souligne-t-il. Reprenant les remarques préliminaires du Dr Wortman, M. Saulis dit que le paternalisme doit disparaître. Par ailleurs, lorsque des recherches sont effectuées, poursuit-il, les autochtones devraient profiter des résultats. Les recherches ne devraient pas être entreprises pour fournir à un universitaire la matière pour un autre article.

«Je suis très heureuse d'apprendre que les méthodes de la médecine traditionnelle sont à nouveau reconnues en Chine», dit Jean Goodwill, ancienne présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. «Espérons que cette réussite sera répétée au Canada.» Lorsque l'on combinera les méthodes traditionnelles avec les compétences très poussées des infirmières et infirmiers autochtones, ajoute-t-elle, les premières nations bénéficieront d'un système de santé considérablement meilleur et plus pertinent.

Le Dr Michael Monture, de la nation mohawk, travaille pour la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada. Il parle de l'importance de communiquer efficacement, le langage étant selon lui l'outil qui permet d'atteindre les objectifs que l'on vise. Il dit également combien il est difficile de venir à bout des attitudes coloniales et combien ces attitudes continuent à affecter la vie des peuples des premières nations.

Il est crucial de promouvoir les carrières de la santé auprès des autochtones, déclare Marilyn Sark, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. En plus de travailler dans ce sens, l'association s'emploie à promouvoir de meilleurs soins de santé pour les autochtones, explique-t-elle. «Notre organisme a une politique de collaboration», poursuit-elle, et nous travaillons avec le gouvernement et avec la collectivité autochtone. «Nous servons de modèle de comportement pour les jeunes autochtones et nous faisons notre possible pour leur montrer les satisfactions et les défis que comportent les carrières en soins de santé», dit-elle pour conclure.

Suit un débat sur les guérisseurs autochtones traditionnels. «Les guérisseurs autochtones envoient les gens aux médecins exerçant la médecine occidentale mais ces derniers n'envoient pas de patients aux guérisseurs qui ont pourtant un taux de réussite extrêmement élevé pour le traitement du stress chronique», fait remarquer le Dr David Young. James Smokey Tomkins ajoute que «la médecine traditionnelle recourt à deux types de traitements – les traitements à base de plantes médicinales et ceux mettant l'accent sur la spiritualité. Qu'est-ce qui nous empêche de nous employer à faire reconnaître la guérison traditionnelle? Quelles sont les objections des médecins exerçant la médecine occidentale?»

Marilyn Sark demande aux participants s'ils craignent que les guérisseurs abusent de la médecine traditionnelle.

Le Dr Young lui répond qu'«un processus d'autoréglementation est nécessaire. Pour le reste, on peut faire confiance à la rumeur publique. Le bruit circule rapidement que quelqu'un est bon ou pas.» James Smokey Tomkins est du même avis.

Selon le Dr Michael Monture, «il n'y a aucune différence entre les médecins ayant reçu une formation occidentale et ceux qui pratiquent la médecine traditionnelle: certains sont bons, d'autres incompetents. Les gens apprennent rapidement à qui ils peuvent faire confiance.» Jean Goodwill ajoute que les gens, en général, sont très sceptiques quant aux aspects spirituels de la guérison traditionnelle. C'est là un obstacle à surmonter.

Hélène Sioui Trudel dit que c'est pour la reconnaissance de la médecine traditionnelle par les nôtres que nous devons travailler. Nous pouvons faire confiance à nos propres guérisseurs et prendre le temps de définir la santé – la nutrition, l'exercice et l'esprit – à notre façon.

L'animateur, le Dr Jay Wortman, déclare qu'il a maintenant une bien meilleure appréciation de la médecine traditionnelle. «Je la recommande sans hésitation. Cela m'est égal que le milieu scientifique blanc ne reconnaisse pas la valeur de la médecine traditionnelle. Je sais que celle-ci fonctionne.»

Conrad Saulis aurait aimé que les jeunes autochtones «participent davantage à ce débat. Nous devons respecter tous les groupes de la collectivité. Ils devraient être mieux représentés ici. Et par ailleurs, où sont les centres d'amitié?» Il ajoute qu'il devrait toujours y avoir un représentant des associations d'autochtones handicapés à ces conférences. Ils ne doivent pas être laissés de côté.

La dernière personne à prendre la parole est le Dr Vince Tookenay, de la Native Physicians Association of Canada. Après un historique rapide de son organisme, le Dr Tookenay passe à des remarques plus générales sur les premières nations au Canada: «Nous n'avons pas défini notre propre modèle. D'autres personnes nous en soufflent des éléments mais cela ne suffit pas.»

Le Dr Tookenay recommande que soit créé un Institut national autochtone de la santé dans le cadre duquel tous les peuples des premières nations participeraient à la création d'un programme vital et pertinent de soins de santé.

Le Dr Tookenay rappelle aux participants qu'avant de parvenir à l'autonomie gouvernementale, les peuples autochtones doivent avoir un système de soins de santé qui soit totalement à la charge des autochtones et réponde aux besoins de tous ses utilisateurs.

Le Dr Wortman invite les autres participants à intervenir. Woodrow Morrison, un Haida diplômé en économie et en droit, dit qu'avant de débattre des problèmes, on doit se pencher sur les symptômes. Selon lui, le monde souffre d'un «mélanome généralisé» causé par les impérialistes britanniques qui «ont détruit l'environnement et les gens partout où ils sont allés». Sa recommandation qu'à l'avenir, les tables rondes soient organisées sur le modèle des cercles traditionnels de discussion, afin que personne ne domine le débat, est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

L'ancienne Jean Aquash déclare: «Nous sommes les guérisseurs et nous devons être entendus.»

### Compte rendu du rapporteur

La CRPA a demandé au professeur John O'Neil de faire une synthèse et une analyse des exposés et des interventions entendus dans le cadre de la table ronde. Il présente les points saillants de son compte rendu à la fin de la conférence et remettra prochainement un rapport plus détaillé à la Commission.

M. O'Neil commence par évoquer brièvement son expérience. Depuis 1975, il étudie les systèmes de soins de santé pour les autochtones et il affirme que, bien que son expérience universitaire lui ait sans doute été utile dans ses réflexions sur la table ronde, elle risque par ailleurs de l'avoir rendu trop analytique. «Combien faut-il de personnes ayant un doctorat pour visser une ampoule?, demande-t-il. Aucune — Elles restent assises dans le noir à envisager différents modèles.»

Prenant note des frustrations exprimées par plusieurs participants au sujet du peu de temps prévu pour le débat, il suggère que, pour les prochaines tables rondes, l'on prévoie de petits groupes de discussion afin que les participants aient davantage de temps pour exprimer leurs opinions.

On a proposé de nombreuses solutions pour les problèmes auxquels nous faisons face, dit-il. Il fait remarquer que la Commission souhaite apporter des solutions à long terme aux problèmes éprouvés par les autochtones, des solutions qui signifieront peut-être une réorganisation fondamentale de la société canadienne et il souligne que «la santé est au cœur de tous ces problèmes».

«On ne fournit pas la santé»; la santé est inséparable de la vie de tous les jours et l'autonomie gouvernementale est sans aucun doute une politique à long terme qui pourrait permettre d'améliorer la vie quotidienne des autochtones. M. O'Neil se lance brièvement dans des spéculations sur ce à quoi pourrait ressembler l'autonomie gouvernementale. «Ce n'est pas seulement une question de pouvoir», mais aussi d'économie et de ressources. Une solution devrait être trouvée pour tous les pro-

blèmes auxquels font face les enfants, les handicapés et tous ceux qui souffrent dans les collectivités autochtones et «l'autonomie gouvernementale doit tenir compte de tout ce dont nous avons parlé au cours des trois derniers jours», poursuit-il.

Certaines des initiatives communautaires évoquées à la table ronde «sont des exemples de ce à quoi devrait ressembler l'autonomie gouvernementale», fait remarquer M. O'Neil; il ajoute qu'il est sidéré par certaines des initiatives présentées. L'autonomie gouvernementale constitue une solution à long terme mais des mesures doivent être prises dans l'immédiat pour tenter de remédier à la souffrance quotidienne des autochtones. «Tout au long de la réunion, j'ai senti le temps passer – des gens sont en train de mourir pendant que nous sommes assis ici à discuter.» Il ajoute que la lutte est «quasiment identique» pour les autochtones, de Davis Inlet au centre-ville de Vancouver – la détresse est la même, les difficultés d'accéder aux ressources sont les mêmes.

En tant qu'économiste, M. O'Neil est d'avis que tous ceux qui s'emploient à changer la société doivent «établir des règles du jeu équitables» pour que l'on puisse créer une structure au sein de laquelle les particuliers et les collectivités pourront vivre en bonne santé. C'est aussi la responsabilité des collectivités et il rappelle le conseil donné par plusieurs participants: «Prenez l'initiative.»

Il ajoute que c'est également à la Commission royale de rendre plus équitables les règles du jeu, par le biais des recommandations qu'elle soumettra au Parlement au terme du processus.

Faisant référence à l'exposé du professeur Robert Evans sur l'économie de la santé (dans lequel ce dernier notait que «quelque chose s'est produit au cours des dix dernières années» sur le plan économique qui a résulté en une détérioration du système des soins de santé), M. O'Neil dit que les politiques conservatrices de M. Mulroney, M. Reagan et M<sup>me</sup> Thatcher ont sûrement contribué à cette détérioration et que la solution passe certainement par l'élection de gouvernements déterminés à améliorer la situation. «La volonté politique émane du Bureau du Premier ministre», poursuit-il, reprenant la remarque d'un participant.

Le Dr Vince Tookenay a suggéré à M. Evans de créer un institut autochtone de la santé et M. Evans est d'accord. Cet institut devrait être créé dans les plus brefs délais et il ajoute qu'il lui semble que les grandes organisations devraient être disposées à apporter leur contribution financière au projet.

M. Evans se souvient d'être allé en Australie peu de temps après l'adoption par l'un des États d'une politique aux termes de laquelle 10 % du budget des soins de la santé iraient à la santé des autochtones, une étude ayant montré que les autochtones représentaient 10 % de la population de cet État. Selon M. Evans, une étude similaire au Canada, associée à une révision des politiques, pourrait avoir pour résultat l'affectation de sommes «beaucoup plus importantes» à la santé des autochtones dans ce pays. Une partie de cet argent pourrait servir à financer l'institut proposé.

L'institut pourrait avoir des bureaux régionaux et suivrait le principe des droits des autochtones, au sens le plus large du terme, pour permettre l'accès de tous les autochtones du pays aux soins de santé.

L'une des composantes de l'institut pourrait être un programme national de recherches sur la santé des autochtones qui serait dirigé par des autochtones. Le financement pour cette initiative proviendrait de sources diverses et, selon M. O'Neil, les établissements d'enseignement supérieur souhaiteront vraisemblablement s'associer au programme, ce qui ouvrirait des possibilités de programmes de formation pour les étudiants autochtones.

Un conseil national des anciens et des guérisseurs traditionnels pourrait également être rattaché à l'institut. Cet organisme fonctionnerait sans intervention extérieure et pourrait remplir de nombreuses fonctions. Il pourrait entre autres venir en aide aux personnes qui n'ont pas accès aux guérisseurs traditionnels.

Ces initiatives pourraient être reliées aux diverses associations de professionnels autochtones de la santé (comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, la Native Physicians Association of Canada, etc.). De telles alliances avec l'institut permettraient une «pollinisation croisée entre les professionnels de la santé», fait remarquer M. O'Neil.

Il suggère également que des centres de guérison communautaires soient créés dans les collectivités qui sont prêtes à assumer la responsabilité du fonctionnement des établissements de soins de santé. «Ce n'est pas facile de créer de nouveaux hôpitaux», fait-il remarquer. Les centres pourraient s'inspirer des valeurs humaines et pourraient proposer diverses méthodes de guérison, y compris des centres de traitement.

Une autre idée serait de mettre sur pied un programme sur les choix sains qui affecterait des fonds pour les soins de santé à l'amélioration des centres et des programmes de loisirs dans les collectivités.

M. O'Neil fait remarquer qu'il y a dans la salle «un groupe de gens extraordinaires» et que les ressources humaines disponibles pour fournir les soins de santé aux collectivités autochtones sont débordées. Il attire l'attention sur les risques d'épuisement professionnel.

Il ajoute qu'il est conscient des nombreuses «voix silencieuses» dans les collectivités autochtones, en particulier dans les collectivités isolées: les gens qui ne sont pas à même de communiquer leurs besoins aux travailleurs des soins de santé et de se défendre. Il signale en outre qu'il y a de nombreux héros non célébrés dans le pays – des autochtones qui ont lancé des initiatives novatrices dans le domaine des soins de la santé – qui méritent que leurs efforts soient mieux reconnus.

L'animateur de la table ronde, Louis T. Montour, remercie M. O'Neil pour son «rapport extrêmement solide et perspicace». Il remercie les commissaires et le personnel de la CRPA qui a oeuvré dans l'ombre à l'organisation de cette conférence. Le commissaire Allan Blakeney remercie les nombreuses personnes qui ont apporté leur contribution à la table ronde, les présentateurs et tous les participants qui ont posé des questions. Il remercie tout particulièrement les anciens Jean Aquash et Glen Douglas ainsi que le Dr Montour.



# ANNEXES



# Programme

## Introduction

Au cours des dernières décennies, de nombreuses études sur la santé et le bien-être des autochtones ont été réalisées, notamment :

- *Les Indiens : situation actuelle*, ministère des Affaires indiennes et du Nord, 1981
- *Urban Research Project*, Association nationale des centres d'amitié, 1985
- *Enquête nationale sur les services de garde des enfants des Premières Nations*, Assemblée des premières nations, 1989
- *The Circle of Care*, Conseil national des autochtones du Canada, 1990
- *Métis Families*, rédigé conjointement par la Métis Nation of Alberta et les Métis Child and Family Services.

Ces études illustrent la triste situation des collectivités autochtones, mais peu des recommandations qu'elles contiennent ont été mises en oeuvre. Conséquemment, la situation ne s'est pratiquement pas améliorée durant les 30 dernières années ou plus; les services de santé et les services sociaux sont toujours insuffisants, inaccessibles ou inadaptés à la culture des collectivités auxquelles ils s'adressent; les autochtones sont toujours sensiblement plus exposés que la population en général à presque tous les maux physiques, notamment les maladies respiratoires, circulatoires, gastro-intestinales et infectieuses, les maladies parasitiques, les blessures accidentelles et les empoisonnements.

La santé et le bien-être au sein des collectivités autochtones sont étroitement liés aux mauvaises conditions dans lesquelles vivent les autochtones, qu'il s'agisse d'environnement, de situation matérielle, de logement et d'installations sanitaires, sans parler des perturbations sociales occasionnées par l'effondrement de systèmes de

soutien comme celui de la famille étendue lorsque se produit un divorce ou une séparation, lorsqu'une femme seule a un enfant, lorsqu'un enfant est placé en tutelle et lorsqu'un enfant autochtone est donné en adoption à une famille non autochtone. En outre, les jeunes autochtones mangent mal, manquent d'exercice et d'activités de loisirs, ce qui multiplie chez eux les cas d'obésité précoce, de crises cardiaques et de diabète.

Chez les autochtones, la situation des femmes, des jeunes et des anciens est particulièrement préoccupante à cause de la violence familiale, du suicide chez les jeunes, de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

De récentes initiatives dans le cadre desquelles la responsabilité administrative est transférée aux collectivités indiennes et inuit reflètent le fait que le gouvernement fédéral reconnaît davantage que les services de santé doivent être conçus et assurés par les autochtones. Ces arrangements ne sont pas entièrement satisfaisants car ils ne répondent pas aux besoins des autochtones vivant en milieu urbain; on n'a pas réglé non plus la question des compétences et des contrôles.

La table ronde réunira des responsables fédéraux et provinciaux de l'élaboration des politiques, des représentants d'organismes nationaux de santé et de services sociaux ainsi que d'autres personnes d'expérience dans le domaine de la conception de services de santé et de services communautaires; ces participants et participantes verront ensemble où il faut apporter des changements et pourquoi la mise en oeuvre des recommandations déjà formulées progresse si lentement.

Durant les trois jours de la table ronde, les participants et participantes examineront plusieurs questions fondamentales concernant les diverses conceptions autochtones de la santé et ils verront quelles adaptations peuvent être apportées aux services assurés aux collectivités autochtones, aux collectivités des régions éloignées et du Nord ainsi que par les établissements non autochtones. On présentera en outre des documents de réflexion et des initiatives prises dans plusieurs collectivités autochtones. Les participants examineront les changements à apporter dans les politiques et les pratiques, cerneront les obstacles au changement dans les collectivités, les institutions et les administrations gouvernementales, et suggéreront des mesures concrètes pour supprimer ces obstacles afin que tous puissent aspirer à une meilleure santé.

## **Le but de la table ronde**

La table ronde examinera la question des changements à apporter aux services médicaux et aux mesures de préservation de la santé afin de leur donner une dimension plus holistique. Tous ceux concernés par la santé des autochtones auront à trouver les moyens d'aplanir les obstacles à l'amélioration des conditions actuelles. La table ronde s'inspire des analyses et recommandations d'enquêtes antérieures. Elle permettra de faire le point sur la question et de recueillir une documentation qui pourrait être utile dans l'adoption de solutions pratiques.

Un rapport sera rédigé à la suite de la table ronde. Il présentera une analyse et une synthèse des débats ainsi qu'une série de questions visant à orienter les discussions ultérieures dans ce domaine. Un résumé des débats sera également remis aux participants. La Commission royale se fondera sur les résultats de la table ronde pour l'élaboration de ses recommandations.

## Les conseillers de la table ronde

Jean Goodwill, Saskatchewan Indian Federated College (Saskatchewan) et présidente de la Société canadienne pour la santé circumpolaire

Patrick Johnston, Directeur administratif du Conseil canadien du développement social (Ottawa)

D<sup>r</sup> Louis T. Montour, Directeur des services professionnels du Centre hospitalier Kateri Memorial, Kahnawake (Québec)

William Mussell, Institut Sal'T'Shan (Colombie-Britannique)

## Les participants à la table ronde

Les participants à la table ronde ont été choisis en fonction des critères suivants:

1. Être soit autochtone ou non autochtone et spécialiste des soins de santé et des services sociaux.
2. Avoir une expérience de l'établissement et la mise en oeuvre de système de soins de santé et de services sociaux destinés aux autochtones.
3. La Commission a tenté de réunir un groupe représentatif composé d'hommes et de femmes, de personnes d'âges différents et de ceux qui sont sensibles à la réalité autochtone.

## Les questions fondamentales

### Question n° 1

De quelles façons, sur le plan traditionnel et sur le plan spirituel, les autochtones considèrent-ils la santé et la guérison?

### Question n° 2

Qu'est-ce qui empêche la mise en oeuvre de stratégies holistiques pour prévenir des situations critiques comme le suicide chez les jeunes, la violence familiale, la toxicomanie et autres maux graves?

### **Question n° 3**

Quels sont certains des modèles fructueux adoptés par les collectivités autochtones pour prendre en charge la conception et la prestation des services de santé et des services sociaux? Quelles autres démarches, outre le transfert administratif, pourraient être envisagées? Quels sont les avantages et les inconvénients des divers modèles?

### **Question n° 4**

Quelles seront les répercussions, sur les soins de santé et sur le maintien de la santé, de la prise en charge par les collectivités et de la reconnaissance des droits issus de traités en matière de santé?

### **Question n° 5**

Comment améliorer les lois, les politiques et les modalités de financement pour mieux faire place à des stratégies holistiques en matière de santé pour les autochtones?

### **Question n° 6**

Comment améliorer les soins de santé pour les autochtones vivant en région éloignée et dans le Nord? Et pour les autochtones handicapés? Quels sont les obstacles à surmonter?

### **Question n° 7**

Si les services de santé pour les autochtones continuent à être assurés par des établissements non autochtones, de quelle façon devrait-on adapter ces services? Quelles mesures les gouvernements devraient-ils adopter pour faire en sorte que les hôpitaux, les centres de santé, les services sociaux, etc. opèrent les changements requis? De quelle façon les établissements de formation peuvent-ils contribuer à reconnaître la valeur des démarches traditionnelles des autochtones en matière de santé?

### **Question n° 8**

Comment pourrait-on augmenter l'effectif des travailleurs sociaux autochtones et des travailleurs autochtones de la santé? Qu'est-ce qui empêche les autochtones d'accéder à ces carrières? Comment supprimer les obstacles? Quelles sont les caractéristiques des initiatives et des stratégies de formation fructueuses pour les étudiants autochtones? Qui devrait prendre les mesures nécessaires?

# Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales

## Programme

### PREMIÈRE JOURNÉE LE MERCREDI 10 MARS 1993

7 h 30 - 8 h 30

Inscription

---

8 h 30 - 8 h 50

**Ouverture de la table ronde**

*Ouverture de la séance*

D<sup>r</sup> Louis T. Montour, président de la table ronde

*Prière d'ouverture*

L'ancien Glen Douglas

*Mot de bienvenue*

Georges Erasmus et le juge René Dussault

Coprésidents de la Commission royale

8 h 50 - 9 h

**Aperçu et objectifs de la journée et présentation des experts**

D<sup>r</sup> Louis T. Montour

9 h - 10 h

**Survol des documents de réflexion**

*Document de réflexion A*

Les tendances actuelles concernant la santé des autochtones; bilan des recommandations formulées dans des rapports précédents et de leur mise en oeuvre.

*John O'Neil*

*Document de réflexion B*

Se garder en bonne santé en mettant l'accent non pas sur le traitement médical, mais plutôt sur la promotion et la prévention, et sur la nécessité d'en arriver à un juste équilibre.

*Rosemary Proctor (présentée par Karen Ginsberg)*

*Période de questions*

*Animateur : D<sup>r</sup> Jay Wortman*

---

10 h - 10 h 15

**Pause**

---

10 h 15 - 12 h

**Place aux anciens**

Les conceptions traditionnelles des Indiens, des Métis et des Inuit en matière de santé et de guérison, et discussion des démarches holistiques pour assurer la santé de la collectivité.

*Période de questions*

*Animatrice : Marlene Brant Castellano*

---

12 h - 13 h 30

**Déjeuner-causerie en compagnie du D<sup>r</sup> Harriet Kuhnlein**

L'alimentation et l'environnement holistique des autochtones.

---

13 h 30 - 14 h 30

**Survol des documents de réflexion**

*Document de réflexion C*

Quelles sont les causes profondes et les facteurs déclencheurs du suicide? Qu'est-ce qui entrave l'adoption de mesures pour prévenir le suicide chez les jeunes dans les collectivités autochtones? Comment supprimer ces obstacles?

*D<sup>r</sup> Clare Brant*

*Document de réflexion D*

Qu'est-ce qui entrave l'adoption de mesures pour faire échec à la violence, en particulier à la violence familiale, dans les collectivités autochtones? Comment supprimer ces obstacles?

*Emma LaRocque (présentée par Jo-Arn Daniels)*

*Période de discussion*

*Animateur : Peter Ernerk*

---

14 h 30 - 14 h 45

**Pause**

**PREMIÈRE JOURNÉE  
LE MERCREDI 10 MARS 1993**

14 h 45 - 16 h 45

**Table ronde I – Débat sur les questions fondamentales**

Qu'est-ce qui empêche l'application, en matière de santé communautaire, de démarches holistiques pour prévenir des situations critiques comme le suicide chez les jeunes, la violence familiale, la toxicomanie et autres maux graves? Que faire pour encourager des stratégies de santé communautaire holistiques afin de prévenir des situations critiques de ce genre? Pourquoi cela n'a-t-il pas été fait? Qui devrait s'en occuper?

*Période de questions*

*Animateur : D<sup>r</sup> Jay Wortman*

16 h 45 - 17 h 15

**Séance plénière**

D<sup>r</sup> Louis T. Montour

17 h 15

**Prière de clôture**

L'ancien Glen Douglas

18 h - 20 h

**Réception**

**DEUXIÈME JOURNÉE  
LE JEUDI 11 MARS 1993**

8 h 30

**Deuxième journée**

*Ouverture de la séance*

D<sup>r</sup> Louis T. Montour, président de la table ronde

*Prière d'ouverture*

L'ancien Glen Douglas

*Aperçu et objectifs de la journée*

D<sup>r</sup> Louis T. Montour

8 h 45 - 10 h 15

### Présentation de quatre initiatives sociales communautaires

*1. Bande du Grand Lac Victoria*

Projet algonquin visant à restaurer la santé sociale, spirituelle, physique et culturelle de la collectivité.

*Présentateur* : Richard Kistabish

*2. Métis Child and Family Services, Alberta*

Organisation de service social en milieu urbain sensible à la culture des Métis.

*Présentatrice* : Carolyn Pettifer

*3. Alkali Lake, Colombie-Britannique*

Un passage radical d'une situation de toxicomanie généralisée à une sobriété presque complète.

*Présentateurs* : Carol Howarth et Fred Johnson

*4. Projet atikamekw de santé et de services sociaux*

Trois collectivités atikamekw ont réussi à prendre en charge, à concevoir et à mettre en oeuvre une démarche intégrée à l'égard des services de santé et des services sociaux, malgré les problèmes posés par les compétences et les règlements provinciaux.

*Présentateur* : Louis Hanrahan

*Période de questions*

*Animateur* : Alwyn Morris

---

10 h 15 - 10 h 30

Pause

---

10 h 30 - 12 h

### Présentation de quatre initiatives médicales communautaires

*1. Centre Inuulitsivik de services hospitaliers et sociaux, programme de sages-femmes, Povungnituk, Québec*

Le seul programme de sages-femmes autochtones au Québec. Lancé par et pour les femmes de six collectivités inuit.

*Présentatrice* : Aani Tuluguk

*2. Anishnabe Health, Toronto*

Centre urbain de services de santé pour la population autochtone.

*Présentatrices* : Priscilla George et Barbra Nahwegahbow

*3. Hôpital Kateri, Kahnawake, Québec*

Hôpital communautaire offrant des services d'urgence, des soins chroniques et des services de physiothérapie.

*Présentateur* : Keith Leclaire

*4. Nuu-Chah-Nulth, Colombie-Britannique*

Expérience du conseil tribal dans le cadre de l'initiative de transfert de la Direction des services médicaux.

*Présentateur* : Richard Watts

*Période de questions*

*Animateur* : Peter Ernerk

DEUXIEME JOURNEE  
LE JEUDI 11 MARS 1993

12 h - 13 h 30

**Déjeuner-causerie en compagnie du professeur Robert Evans**

Maladie, santé et économie

---

13 h 30 - 14 h 45

**Survol des documents de réflexion**

*Document de réflexion E*

Comment modifier les programmes, les politiques et le financement pour mieux relever les défis de la santé et faire la promotion de la santé dans une optique holistique?

*Kim Scott*

*Document de réflexion F*

Quels sont certains des modèles pratiques dont les autochtones et leurs collectivités pourraient se servir pour prendre en main leur santé?

*Bill Mussell*

*Document de réflexion G*

Quel effet aura la prise en charge des services de santé par la collectivité ainsi que la reconnaissance du droit à la santé conféré par traité sur les stratégies holistiques qui sont censées maintenir et restaurer la santé?

*Alma Favel-King*

*Période de discussion*

*Animateur : D<sup>r</sup> Jay Wortman*

---

14 h 45 - 16 h 45

**Table ronde II - Débat sur les questions fondamentales**

Les collectivités autochtones et les autochtones assument une plus grande responsabilité en matière de santé. Quelles politiques peuvent faciliter cette démarche? Quelles sont les recommandations quant à la mise en oeuvre d'une stratégie holistique?

*Animateur : Alwyn Morris*

---

16 h 45 - 17 h 45

**Séance plénière**

*D<sup>r</sup> Louis T. Montour*

---

17 h 30

**Prière de clôture**

L'ancien Glen Douglas

**TROISIÈME JOURNÉE  
LE VENDREDI 12 MARS 1993**

8 h 30

**Troisième journée**

*Ouverture de la séance*

D<sup>r</sup> Louis T. Montour

*Prière d'ouverture*

L'ancien Glen Douglas

*Aperçu et objectifs de la journée*

D<sup>r</sup> Louis T. Montour

---

8 h 45 - 10 h 15

**Survol des documents de réflexion**

*Document de réflexion H*

Comment améliorer les soins de santé pour les autochtones vivant en région éloignée et dans le Nord?

*Iris Allen et William Anderson*

*Document de réflexion I*

Comment améliorer les soins de santé pour les autochtones handicapés?

*Brenda Sinclair*

*Document de réflexion J*

Lorsque les services de santé pour les autochtones continuent à être assurés par des établissements non autochtones, de quelle façon pourraient-ils être adaptés à la culture des autochtones? Quelles mesures les gouvernements pourraient-ils adopter pour transformer les hôpitaux, les centres de santé, les services sociaux? En quoi cela modifierait-il la façon dont les praticiens assurent les soins de santé aux autochtones? De quelle façon les établissements de formation et les organismes professionnels pourraient-ils contribuer à la reconnaissance de la valeur des diverses conceptions des autochtones en matière de santé?

*Sharon Helin*

*Document de réflexion K*

Comment accroître le nombre de praticiens autochtones de la santé? Qu'est-ce qui distingue les programmes fructueux de formation en soins de santé? Qu'est-ce qui empêche d'appuyer en permanence les stratégies fructueuses de formation? Quels changements opérer pour assurer un soutien permanent à ces stratégies?

*Dianne Longboat (présentée par Lynn Chabot)*

*Période de discussion*

*Animateur : Alwyn Morris*

---

10 h 15 - 12 h 15

**Table ronde III – Débat sur les questions fondamentales**

Quels sont les rôles et responsabilités des partenaires du système de soins de santé lorsqu'il s'agit de s'assurer que les établissements non autochtones répondent aux besoins des autochtones en matière de santé; à ceux, en particulier, des autochtones handicapés et des autochtones qui habitent en région éloignée ou dans le Nord? Quels sont les obstacles à surmonter?

*Période de questions*

*Animateur : D<sup>r</sup> Jay Wortman*

TROISIÈME JOURNÉE  
LE VENDREDI 12 MARS 1993

12 h 15 - 12 h 45

**Compte rendu du rapporteur**

John O'Neil

---

12 h 45 - 13 h

**Prière de clôture**

L'ancien Glen Douglas

# Participants et observateurs

## **Anciens**

Jean Aquash, Onoway (Alberta)

Norman Chartrand, Camperville (Manitoba)

Glen Douglas, Keremeos (Colombie-Britannique)

Daisy Watt, Kuujuaq (Québec)

## **Président**

D<sup>r</sup> Louis T. Montour, directeur des services professionnels, Centre hospitalier Kateri Memorial, Kahnawake (Québec)

## **Conseillers**

Jean Goodwill, SIFC, Fort Qu'Appelle (Saskatchewan)

Patrick Johnston, directeur exécutif, Conseil canadien du développement social

D<sup>r</sup> Louis T. Montour, directeur des services professionnels, Centre hospitalier Kateri Memorial, Kahnawake (Québec)

William Mussell, Sal't'Shan Institute

## **Rapporteur**

John O'Neil, Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba

### **Conférenciers invités**

D<sup>r</sup> Harriet Kuhnlein, directrice, Center for Nutrition and the Environment of Indigenous Peoples, Université McGill

Robert Evans, Département d'économie, Université de la Colombie-Britannique

### **Animateurs**

Peter Ernerk, directeur exécutif, Inuit Cultural Institute

Alwyn Morris, conseiller en politiques, Bureau des relations fédérales-provinciales

D<sup>r</sup> Jay Wortman, Sida et MTS, Santé nationale et Bien-être social Canada

### **Initiatives sociales**

Louis Hanrahan, ancien directeur, Santé et services sociaux, Conseil de la nation atikamekw

Richard Kistabish, aide-conseil à la coordination, Val d'Or (Québec)

Carolyn Pettifer, présidente et directrice fondatrice, Métis Child and Family Services

### **Initiatives médicales**

Priscilla George, présidente; Barbra A. Nahwegahbow, directrice exécutive, Anishnawbe Health, Toronto

Keith Leclaire, directeur des services auxiliaires, Centre hospitalier Kateri Memorial, Kahnawake (Québec)

Aani P. Tulugak, Inuulitsivik Hospital and Social Services Centre, Povungnituk (Québec)

Richard Watts, président, conseil tribal nuu-chah-nulth, Port Alberni (Colombie-Britannique)

### **Auteurs**

Iris Allen, Labrador Inuit Health Commission, North West River (Labrador)

D<sup>r</sup> Clare Brant, Shannonville (Ontario)

Sharon Helin, Sharon Helin & Associates

Alma Favel King, directrice de la Santé, Federation of Saskatchewan Indian Nations

Dianne Longboat, Aboriginal Student Services, Université de Toronto

William Mussell, SalT'Shan Institute

Kim Scott, analyste en matière de politiques, CRPA

Brenda Joy Sinclair, Alberta Indian Health Care Commission

John O'Neil, Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba

Rosemary Proctor, sous-ministre des Services sociaux et communautaires de l'Ontario

Emma LaRocque, Département des études autochtones, Université du Manitoba

### **Associations autochtones**

Marianne Demmer, Inuit Tapirisat du Canada

Sheila D. Genaille, présidente, Métis National Council of Women

Ron George, président, Conseil national des autochtones du Canada

Roda Grey, coordonnatrice des services de santé, Pauktuutit, Inuit Women's Association

Mark Gryba, Ralliement national des Métis

Richard Jock, directeur de la Commission de santé des premières nations, Assemblée des premières nations

Martha Montour, coordonnatrice nationale, Association des femmes autochtones du Canada

Conrad Saulis, directeur, Santé et services sociaux, Conseil national des autochtones du Canada

### **Représentants de l'administration fédérale**

Mike Sims, directeur général, Politiques du programme, Affaires indiennes et du Nord Canada

Marie Fortier, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale des services médicaux, Santé nationale et Bien-être social Canada

### **Représentants des provinces**

#### *Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick*

Stephen Chase, directeur, Relations fédérales-provinciales, ministère de la Santé et des Services communautaires

#### *Terre-Neuve*

Primrose Bishop, sous-ministre adjoint de la Santé

#### *Québec*

Huguette Sauvageau, chargée de programmes, ministère de la Santé et des Services sociaux

#### *Ontario*

Carrie Hayward, coordonnatrice des Services de santé des autochtones, ministère de la Santé

*Manitoba*

Pete Sarsfield, directeur, Direction de la santé et du bien-être, ministère de la Santé

*Saskatchewan*

Lynn Minja, agent de projets spéciaux, ministère de la Santé

*Alberta*

D<sup>r</sup> Lynn Hewitt, directrice, Recherche et planification, ministère de la Santé et du Bien-être social

*Colombie-Britannique*

Marnie Dobell, directrice adjointe des Politiques, ministère de la Santé

*Territoires du Nord-Ouest*

Elaine Berthelot, sous-ministre adjointe de la Santé

**Autres participants**

Yvon Allard, Saint-Boniface (Manitoba)

Irwin Antonc, South West Middlesex Health Centre

D<sup>r</sup> Judy Bartlett, Direction générale des services médicaux

Charlene Belleau, bande de Canim Lake

Lea Bill, Siksika Lodge Treatment Centre

Carol Brown, Programme d'accès pour les autochtones

Lynn Chabot, responsable adjointe des projets communautaires, Kitigan Zibi Anishnabeg

Roland Chrisjohn, Ph.D., professeur, Faculté de psychologie, Université de Guelph

D<sup>r</sup> Ed Connors, Sacred Circle, Ojibway Tribal Family Services

Catherine Cook, directrice associée, Unité médicale J.A. Hildes Northern, Université du Manitoba

D<sup>r</sup> Marlyn Cox, Native Physicians Association of Canada

Jo-Ann Daniels, administratrice exécutive d'Otpemisiwak

Lou H. Demerais, directeur exécutif, Vancouver Native Health Society

D<sup>r</sup> Chris Derocher, Association médicale canadienne

Madeleine Dion Stout, directrice des études autochtones, Recherche et culture, Université Carleton

Norman Evans, président, Pacific Métis Federation

D<sup>r</sup> Margo S. George, coordonnatrice de la recherche et des projets, Association médicale canadienne

- Jane Gottfriedson, présidente, Aboriginal Women's Council
- Eric Gourdeau, Comité de santé mentale du Québec
- Wayne C. Helgason, directeur exécutif, Ma Mawi Wi Chi Itata Centre Inc.
- H. Philip Hepworth, directeur, Programme de formation et d'information à frais partagés, Santé nationale et Bien-être social Canada
- Maggie Hodgson, directrice exécutive, Nechi Institute on Alcohol & Drug
- Carol Howorth, directrice des services sociaux, bande indienne d'Alkali Lake
- John Hucker, secrétaire général, Commission canadienne des droits de la personne
- Barbara Louis, secrétaire-trésorière, Alberta Indian Health Care Commission
- David Lynes, Université Lakhead
- Clare McNab, coordonnatrice adjointe du Programme national d'accès pour les autochtones, Faculté des sciences infirmières, Université de la Saskatchewan
- Dr Michael Monture, Native Physicians Association of Canada
- Joan Moore, directrice de la santé et des services sociaux, Conseil de la nation atikamekw
- Judy Moses, directrice, Services aux autochtones, ministère de la Santé, Colombie-Britannique
- David Newhouse, professeur associé, Université Trent
- Norbert Préfontaine, consultant, Société canadienne pour la santé internationale
- Chef Katie Rich, conseil de bande Mushuau Innu, Davis Inlet
- Marilyn Sark, présidente, Aboriginal Nurses Association of Canada
- Conrad Saulis, Conseil national des autochtones du Canada
- Hélène Sioui-Trudel, coordonnatrice, Organisation nationale des représentants et représentantes indiens et inuit en santé communautaire
- Isaac Sobol, président, Division de la santé rurale, Association canadienne de santé publique communautaire; omnipraticien et agent médical, conseil de santé de Nisga's Valley
- James "Smokey" Tomkins, président, National Aboriginal Network on Disability
- Vincent F. Tookenay, Santé nationale et Bien-être social Canada
- Russell J. Willier, High Prairie (Alberta)
- Darlene Yellow Old Woman, directrice, Zone de traité 7, Direction générale des services médicaux
- David E. Young, études en médecine traditionnelle, Université d'Alberta, Faculté d'anthropologie

Thomas (Tuma) Young, coordonnateur, Groupe de travail Mi'Kmaq sida

## Observateurs

Pearl Alfred, bande de Nempkish, Alert Bay (Colombie-Britannique)

Marie Anderson, directrice exécutive, Hey Way Noqu (Nlakapux Interior Salish)

Barbara Britton, analyste en matière de politiques, ministère des Affaires autochtones

Harvey Brooks, conseil autochtone de Surrey

Connie Campbell, directrice régionale, Métis Child and Family Services

D<sup>r</sup> Roland Chamberland, Grand Lac Victoria

Donna Connors (avec le D<sup>r</sup> Ed Connors), Kenora (Ontario)

Greg Coyes, directeur, N.F.B. – Studies I, Edmonton (Alberta)

Diana Day, coordonnatrice de l'emploi, AIMS Job Development/Urban Images

Linda Day, directrice exécutive, Healing our Spirit, B.C. First Nations AIDS Society

Kimberly-Ann Davey, Vancouver

Cynthia Desmeules-Bertolin, avocate, Ralliement national des Métis

Catherine M. Einarson, Vancouver

Bev Gabora, Affaires indiennes

Ken Goodwill, membre du conseil de bande, réserve Standing Buffalo

Rosaline Heinel, bande N.W. Angle 33, Surrey (Colombie-Britannique)

Elaine Herbert, étudiante MSW, Shuswap, Vancouver

Rhea Joseph, conseillère en planification des soins de santé, Native Brotherhood of B.C.

Patricia E. Kelly, Vancouver

Paul Kyba, directeur régional adjoint, Opérations-Services de santé des Indiens, Direction générale des services médicaux, Santé nationale et Bien-être social Canada

Gene Littlejohn, Dreamspeaker, AIMS Job Development

Walter Louyine, AIMS Job Development

Matthew McKay, AIMS Job Development

Tim Michel, coordonnateur des services de santé des autochtones, U.R.B.A.N. Society

Harold Morin, directeur exécutif, Central Interior Native Health Society

Woodrow Morrison, consultant (Haida), Kindaanq Saang Consulting

Wayne Negonabe, ALMS Job Development

Theresa Netsena, coordonnatrice, Aboriginal Women's Council

Gloria Nicolson, directrice exécutive, Professional Native Women's Association,  
U.R.B.A.N. Society

Colleen Okeymou, facilitatrice, Native Outreach Program

Earl Pellerier, coordonnateur des services de santé, Métis Society of Saskatchewan

Dwight Powless, Fort Coquitlam (Colombie-Britannique)

Richard Powless, coordonnateur des interventions, Assemblée des premières nations

Simon Read, gestionnaire, conseil de santé nuu-chah-nulth

Frank A. Rivers, conseiller, conseil de la nation squamish

Peter Roberts, Services de santé régionaux de Grenfell

Judith Ross, chef, Élaboration de politiques, Santé nationale et Bien-être social  
Canada

Grace Sanchez, agent de communications, Statistique Canada

Josephine Sandy, présidente du conseil d'administration, Ojibwa Tribal Family  
Services

Albert Scott, vice-président, Health & Social Services, F.S.I.N. (bande Kinistin)

Seis'Lom, conseiller en survie quotidienne, Allied Indian & Metis Society Job  
Development Program

Anne Sheffield, sous-ministre adjointe, Santé, gouvernement du Yukon

Robert Simon, conseil d'administration, Urban Images for Native Women

Angela Slaughter, Bureau de liaison, ministère des Affaires indiennes et du Nord  
canadien

Dan Smith, président, United Native Nations of B.C.

Michel Smith, consultant en élaboration de programmes, Direction générale des  
programmes de service social, Santé nationale et Bien-être social Canada

George Speck, gestionnaire de bande adjoint, bande de Nimpkish

Dellie Tattie, conseillère en politiques, Direction des services médicaux, Santé  
nationale et Bien-être social Canada

Viola Thomas, coordonnatrice des publications et travailleuse locale, Legal Services  
Native Programs

Gordon Tootoosis, Albion (Colombie-Britannique)

- Dino Trakostance, *Dream Speaker*, AIMS Job Development  
 Marilyn Van Bibber, consultante privée, Delta (Colombie-Britannique)  
 Nancy Van Heest, chercheuse, Aboriginal Women's Council  
 Ernie Voyageur, professeur de mathématiques, North Island College  
 Gina Whiteduck, conseillère principale, aide sociale aux enfants, Assemblée des  
 premières nations  
 Daniel Whetung, Division de la santé des autochtones, ministère de la Santé  
 de Colombie-Britannique  
 Kim Williams, agent d'administration, ministère des Affaires autochtones  
 Connie Willier, conseillère NNADAP  
 Yvonne Willer, propriétaire, Moostoos Arts & Crafts

### **Commissaires**

- Georges Erasmus  
 René Dussault  
 Allan Blakeney  
 Paul Chartrand  
 Viola Robinson  
 Mary Sillett  
 Bertha Wilson

### **Personnel**

- Marie Bergeron  
 Jerome Berthelerte  
 Myrtle Bush  
 Marlene Brant Castellano  
 Karen Collins  
 Jim Compton  
 Dara Culhane  
 Deborah Hanley  
 Karen Ginsberg  
 Mel Maracle  
 Hugh McCullum  
 Becky Printup

*Pour plus de renseignements :*

**Commission royale sur les peuples autochtones**

C.P. 1993, succursale B

Ottawa (Ontario)

K1P 1B2

**Téléphone :** (613) 943-2075

**Télécopieur :** (613) 943-0304

**Appels sans frais :**

1-800-363-8235 (anglais, français, chipewyan)

1-800-387-2148 (cri, inuktitut, ojibwa)







NLC/BNC



3 3286 50165 0705

ISBN 0-660-94275-5



9 780660 942759

à la santé. Il existerait par ailleurs trois écoles de pensée en ce qui concerne les services à la personne destinés aux autochtones. La première préconise l'intégration aux modèles euro-américains de services à la personne; la deuxième prône la mise en place de services autochtones distincts ou parallèles; et la troisième favorise des formes mixtes combinant intégration et séparation des services.

## **Le partage des coûts des services sociaux et de santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux**

À l'échelle nationale, les politiques de financement des services à la personne sont assujetties aux exigences du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et des mécanismes de financement des programmes établis (FPE) relatifs aux soins de santé. Le RAPC définit la façon dont le gouvernement fédéral partage le coût des services d'assistance sociale avec les provinces et les territoires. Le FPE concerne quant à lui la participation du gouvernement fédéral au financement des services de santé assurables (c'est-à-dire les traitements nécessaires du point de vue médical) dispensés par les provinces. J'attire l'attention sur le RAPC et le FPE parce qu'il est difficile de déterminer avec précision dans quelle mesure les peuples autochtones profitent du capital santé du Canada; j'entends ici l'ensemble des ressources mises à la disposition des Canadiens en matière de services à la personne par l'intermédiaire du RAPC et du FPE. Autrement dit, il s'agit de savoir si, par habitant et en tenant compte de la totalité des coûts connexes, nous consacrons plus ou moins d'argent à la prestation des services à la personne destinés aux peuples autochtones qu'à la population canadienne dans son ensemble.

Les autorités sanitaires autochtones portent un intérêt particulier au RAPC et au FPE parce que, en dépit des récents transferts administratifs, les modes de financement n'ont pas été modifiés de façon que les collectivités autochtones ayant opté pour le transfert administratif bénéficient de formules de financement comparables à celles qui s'appliquent à l'ensemble des Canadiens. Il subsiste en outre un certain degré de confusion au sein des gouvernements fédéral et provinciaux pour ce qui est de déterminer lequel des deux ordres de gouvernement assume la responsabilité financière des services à la personne. Il semble notamment qu'il y ait beaucoup de confusion quant au passage de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui doit primer, à savoir le paragraphe 91(24), qui concerne la responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard des Indiens et des terres réservées aux Indiens, ou l'article 92, qui concerne la responsabilité des gouvernements provinciaux à l'égard de la mise en place et de la prestation des services à la personne. Or, comme les gouvernements provinciaux sont portés à défendre jalousement leurs compétences en matière de services sociaux et de santé lorsqu'il s'agit des peuples autochtones, ils sont rarement enclins à reconnaître une responsabilité au gouvernement fédéral dans ce domaine.

La révision du RAPC et du FPE permettrait peut-être d'orienter une plus grande partie des ressources affectées aux services à la personne vers les autorités sanitaires autochtones, ce qui pourrait être dans l'intérêt de l'ensemble des groupes autochtones: Métis, Inuit et Indiens. Le défi consiste à trouver une façon raisonnable de

répartir le capital santé et le risque de maladie de façon à pouvoir se conformer à la volonté des autorités autochtones de se doter de leurs propres modèles de santé et d'exercer un contrôle local sur ceux-ci.

### *Le Régime d'assistance publique du Canada*

Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) permet au gouvernement fédéral d'aider les provinces à dispenser des soins en établissement aux personnes dans le besoin ainsi que des services d'aide sociale destinés à réduire, à éliminer ou à prévenir les causes et les effets de la pauvreté, de la négligence à l'endroit des enfants ou de la dépendance à l'égard de l'assistance publique (SBSC, 1992, p. 7). Cette aide se manifeste concrètement par une contribution financière aux services d'aide sociale, aux services à la famille et à des projets d'adaptation au travail.

Il est utile, pour illustrer la situation, d'examiner la gamme des services d'aide sociale prévus par le RAPC. Ils comprennent notamment les foyers de soins spéciaux, les services d'adoption, les services de travailleurs sociaux, de counseling, d'évaluation et d'aiguillage; les services de développement communautaire; les services de consultation, de recherche et d'évaluation; les services de garde d'enfants; les services d'aides familiales; les services de réadaptation et les services administratifs (SBSC, 1992). Lorsqu'on compare cette gamme de services à ceux des organismes de services sociaux autochtones, il apparaît clairement que la plupart de ces derniers n'offrent pas tout l'éventail des services que dispensent les organismes provinciaux. Ainsi, on remarque qu'un grand nombre des accords conclus avec les autorités sanitaires autochtones ne font pas mention des services de développement communautaire, des services de consultation, de recherche et d'évaluation, des foyers de soins spéciaux, des services de garde et des services de réadaptation. Il est clair qu'il existe deux poids, deux mesures en matière de financement des services à la personne et que la politique actuelle ne permet pas d'intégrer développement de l'emploi et développement social.

Il est intéressant de souligner que la Partie II du RAPC, qui porte sur le bien-être des Indiens, traite expressément des Indiens inscrits vivant dans les réserves. Le texte précise que les provinces peuvent conclure des ententes avec le gouvernement fédéral en vue d'étendre les services provinciaux d'aide sociale aux Indiens inscrits vivant dans les réserves. On voulait ainsi s'assurer que les collectivités indiennes bénéficient de services sociaux comparables à ceux qui sont dispensés à l'ensemble des Canadiens. Les provinces ont toutefois rejeté, en invoquant le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, des ententes formelles en vertu desquelles le gouvernement fédéral aurait financé intégralement l'extension des services sociaux aux Indiens vivant dans les réserves (document du MAINC transmis par télécopieur le 15 février 1993). Malgré tout, le Protocole d'entente Canada-Ontario concernant les programmes de bien-être social à l'intention des Indiens (1965), également appelé convention de 1965 ou Convention sur le bien-être des Indiens, visait à concilier le paragraphe 91(24) (responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard des Indiens) et l'article 92 (responsabilité des gouvernements provinciaux à l'égard de la mise en place et de la prestation de services à la personne). Aux termes de la convention de

1965, l'Ontario étend les services sociaux aux collectivités indiennes et le gouvernement fédéral assume la majeure partie des coûts (document du MAINC transmis le 15 février 1993). L'Alberta a signé un accord semblable pour le financement et l'administration des services sociaux. Le problème, en l'occurrence, tient évidemment à l'absence apparente de mécanisme prévoyant que si l'une des parties ne remplit pas les obligations que lui impose le paragraphe 91(24) ou l'article 92, l'autre partie assume cette responsabilité. À défaut d'entente fédérale-provinciale concernant l'extension des services sociaux, c'est au seul gouvernement fédéral que revient la tâche de mettre en place et de dispenser des services à la personne dans les réserves indiennes. C'est à ce moment que la règle des deux poids, deux mesures en matière de financement risque de jouer. Si tel devait être le cas, la solution consisterait, pour le gouvernement fédéral, à s'assurer, conformément à ses obligations en vertu du paragraphe 91(24), que les accords conclus avec les autorités responsables de la santé dans les réserves respectent les normes de financement provinciales.

### *Le financement des programmes établis concernant les soins de santé*

Les mécanismes de financement des programmes établis relatifs aux soins de santé ne prévoient pas une telle distinction à l'égard des peuples autochtones; les règles de financement semblent identiques pour la totalité des habitants du Canada. Curieusement, cependant, ce n'est pas le cas des traitements nécessaires du point de vue médical. Dans certains cas, c'est la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada (DGSM, SBSC) qui assume la totalité ou la majeure partie du coût de ces traitements. Les hôpitaux de Moose Factory, de Sioux Lookout, de Norway House et de Fort Qu'Appelle sont des exemples de cas où la DGSM finance directement la majeure partie des frais de fonctionnement, alors que le reste du financement provient de subventions provinciales (entretien avec Mark Whitmore, le 12 février 1993). Cette situation contraste vivement avec celle de l'hôpital Kateri, de Kahnawake (Québec) et du centre de santé Ungava Tulatuvik, de Kuujuaq (Québec), qui sont entièrement financés par le gouvernement provincial (entretiens avec Keith Leclair, le 4 février 1993, et avec Minnie Grey, le 16 février 1993). Or, il est difficile de cerner avec exactitude les raisons de ce manque d'uniformité dans la politique de financement. Elle tire peut-être son origine du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* et des efforts déployés par le gouvernement fédéral pour lutter contre la tuberculose, mais elle n'est guère compatible, sur les plans politique ou juridique, avec les mécanismes de FPE ou avec le principe de l'universalité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* (voir l'annexe A).

Lorsqu'on examine les cas où le gouvernement fédéral ne respecte pas les obligations que lui impose le paragraphe 91(24) à l'égard des collectivités indiennes, on constate qu'il n'existe aucun mécanisme permettant d'avoir l'assurance que les gouvernements provinciaux s'acquittent de leur obligation d'étendre les services à la personne en vertu de l'article 92. Par conséquent, le premier pas à franchir, en ce qui concerne le financement des services à la personne destinés aux collectivités autochtones, est d'enchâsser dans la Constitution un mécanisme quelconque qui

nous assurerait qu'au moins une des parties, le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial, s'acquitte de ses obligations constitutionnelles. Il serait plus souhaitable, du point de vue politique, que soit maintenue la relation de nation à nation et que le gouvernement fédéral assume sa responsabilité. C'est toutefois une question qui importe peu aux enfants victimes de violence sexuelle, aux femmes battues et aux personnes handicapées.

Le principe d'accessibilité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* revêt ici une importance particulière. En vertu de ce principe, les services de santé assurés doivent être offerts à tous les Canadiens, sans égard à leur capacité de payer le traitement dont ils ont besoin. Ce principe a une valeur singulière. Les facteurs économiques ne sont toutefois pas les seuls à porter atteinte au principe de l'accessibilité. Ainsi, il serait bon que ce principe tienne compte, jusqu'à un certain point, des facteurs géographiques. N'y aurait-il pas moyen de définir une norme de service minimale?

### *Quels sont les motifs de changement?*

Les exemples ci-après, purement fictifs, constituent peut-être la meilleure façon d'illustrer les raisons pour lesquelles il est nécessaire d'examiner plus attentivement la question du partage des coûts des services à la personne entre les gouvernements et celle de la répartition du «capital santé».

Un petit établissement autochtone voisine une petite ville canadienne isolée dotée de services à la personne de type euro-américain qui sont limités certes, mais fonctionnels. La collectivité autochtone, pour sa part, n'a pratiquement pas de services à la personne qui lui soient propres. Sur le plan démographique, cette collectivité autochtone (qui peut être formée indifféremment de Métis, d'Inuit ou d'Indiens) représente 25 % de la population de la région. Pourtant, les dossiers des organismes de services à la personne de la région révèlent que les autochtones représentent seulement 3 % de leur clientèle. Le message est clair. Ces organismes de santé ne servent pas la population autochtone et cette dernière ne bénéficie donc pas du capital santé que le RAPC et le FPE apportent à ces organismes. Les raisons de cette sous-représentation sont notamment l'insensibilité culturelle et linguistique, et la crainte inhérente des institutions euro-américaines engendrée par les pensionnats. Bien entendu, l'inverse peut aussi se produire. Autrement dit, il peut arriver que les autochtones forment 40 % de la clientèle des services à la personne euro-américains alors qu'en fait, ils ne représentent que 10 % de la population de la région.

Il serait intéressant de connaître les modèles d'utilisation par catégorie de service lorsqu'il y a surreprésentation des autochtones. En d'autres mots, la surreprésentation s'explique-t-elle par les services tertiaires auxquels les autochtones recourent dans des circonstances extrêmes (p. ex. traitement d'une maladie mortelle) ou par nécessité (p. ex. placement en foyer d'accueil)? Est-ce que la surreprésentation s'explique par l'utilisation que font les autochtones des soins primaires? Que dire des soins de santé à caractère préventif dispensés à la population autochtone de cette région ou de la corrélation entre le taux de représentation et les enquêtes épidémiologiques au

sein des collectivités? On pourrait aussi comparer les normes de logement, d'emploi et d'éducation entre les groupes autochtones et les autres Canadiens de la région.

À l'échelle nationale, on ignore dans une large mesure quels sont les modèles d'utilisation des services de type euro-américain chez les autochtones, mais il serait possible de les connaître en consultant les registres des services qui consignent les groupes ethniques auxquels appartient leur clientèle. Cela présentera probablement des difficultés, étant donné qu'en vertu des lois sur les droits de la personne, l'inscription de l'origine ethnique sur les dossiers des organismes de services à la personne ne peut se faire qu'avec le consentement des personnes concernées (entretien avec Allan Moscovitch, le 16 février 1993). Je suggère aux participants à la table ronde d'examiner les questions de la représentation et de l'utilisation des services ainsi que leur incidence sur les politiques de financement des services à la personne.

De même, lorsque vous examinerez les sommes que les provinces consacrent aux services à la personne selon les comptes publics, il serait intéressant de déterminer les dépenses par habitant pour l'ensemble de la population et de les comparer à ce que prévoient les accords de financement visant les groupes autochtones. Il faudra prendre soin d'inclure les services de soutien dont bénéficient les organisations ordinaires, notamment en ce qui concerne la comptabilité, la statistique, la vérification, l'évaluation, la recherche et le soutien juridique et administratif. Invariablement, les grandes administrations disposent de ressources importantes qui ne sont pas comprises dans le calcul du coût direct des services ni, par voie de conséquence, dans les accords de transfert administratif fondés sur le coût direct des services. Or, ces frais cachés font néanmoins partie des coûts de prestation des services. Autrement dit, il semble que le temps soit venu d'examiner attentivement les sommes qui sont consacrées à la prestation des services à la personne destinés à l'ensemble de la population canadienne et de les comparer, lorsque la chose est possible, aux sommes consacrées à la prestation des mêmes services aux autochtones.

Maintenant que j'ai examiné les différences de priorité que les deux paliers de gouvernement semblent accorder au paragraphe 91(24) et à l'article 92 ainsi que les écarts importants dans les taux de représentation et les modèles d'utilisation des services, je vais aborder la question du transfert administratif aux autorités sanitaires autochtones par les gouvernements fédéral et provinciaux.

## **Le transfert administratif**

Face aux pressions croissantes exercées par les groupes autochtones, qui veulent que la prestation des services à la personne soit moins empreinte de paternalisme, Santé et Bien-être social Canada (SBSC), le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) et, à des degrés divers, les gouvernements provinciaux ont conçu des mécanismes qui permettent le transfert administratif des services à la personne aux autorités sanitaires autochtones. L'expression «transfert administratif» désigne ici toute entente formelle en vertu de laquelle des fonds consentis par le gouvernement fédéral ou provincial sont gérés par les autorités sanitaires autochtones, en conformité avec la réglementation provinciale.