

COMMISSION ROYALE SUR
LES PEUPLES AUTOCHTONES

ROYAL COMMISSION ON
ABORIGINAL PEOPLES

ENDROIT/LOCATION: HOLIDAY INN CROWNE PLAZA
METRO CENTRE, SALLE RENOIR
MONTRÉAL (QUÉBEC)

DATE: LE MARDI 16 NOVEMBRE 1993

VOLUME: 2

"for the record..."
STENOTRAN
1376 Kilborn Ave.
OTTAWA 521-0703

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 Montréal (Québec)

2 --- L'audience reprend à 9 h 08 le mardi

3 16 novembre 1993

4 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Bonjour.

5 Je voudrais souhaiter la bienvenue à tous les participants
6 de cette seconde journée d'audiences publiques à Montréal,
7 où la Commission royale sur les peuples autochtones
8 entendra essentiellement des groupes faisant des
9 présentations dans le secteur de la santé et des questions
10 sociales. La problématique des autochtones dans les
11 régions nordiques en particulier appelle plusieurs
12 questions en ce qui concerne la distribution des services
13 de santé, l'accessibilité aux services de santé.

14 Nous allons commencer ce matin par
15 entendre la présentation de la Corporation professionnelle
16 des médecins. Je voudrais sans plus tarder demander au
17 docteur Augustin Roy de présenter les représentants de
18 la Corporation et de faire la présentation de son mémoire.

19 Merci.

20 **DR AUGUSTIN ROY, président et directeur**
21 **général, Corporation professionnelle des médecins du**
22 **Québec:** Merci.

23 Monsieur le Président et Madame la

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Commissaire, je suis le docteur Augustin Roy, président
2 et directeur général de la Corporation professionnelle
3 des médecins du Québec. M'accompagnent les docteurs
4 Charles Dumont et Louis Cossette. Le docteur Dumont est
5 un interniste qui oeuvre auprès de la communauté crie de
6 la Baie James depuis plus de 24 ans -- immédiatement à
7 ma gauche -- et il est aujourd'hui conseiller médical au
8 Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie
9 James. À sa gauche est le docteur Louis Cossette, qui
10 est adjoint à la direction générale de la Corporation
11 professionnelle des médecins du Québec et chargé du dossier
12 des autochtones.

13 Je ferai un bref résumé de notre mémoire
14 que vous avez entre les mains. Évidemment, nous ne sommes
15 pas des experts dans la question autochtone, mais nous
16 avons quand même quelque expérience, surtout du point de
17 vue médical. J'ai moi-même été médecin auprès des
18 autochtones dans mes jeunes années de pratique médicale,
19 en particulier au début de ma carrière, à
20 Notre-Dame-du-Nord avec les Algonquins, où j'étais médecin
21 payé par le gouvernement fédéral pour m'occuper de la
22 réserve indienne de Notre-Dame-du-Nord, Témiscamingue,
23 et de Kipawa, et j'ai également été aussi médecin pour

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 la réserve indienne de Schefferville, avec les Montagnais
2 d'un côté et les Naskapis un peu plus au nord.

3 Il me fait plaisir, Monsieur le
4 Président et Madame la Commissaire, de répondre au nom
5 de la Corporation professionnelle des médecins du Québec
6 à l'invitation qui nous a été faite de présenter un mémoire.

7 La Corporation professionnelle des médecins du Québec
8 a pour principal objectif d'assurer la protection du
9 public, y compris celle qui concerne les Amérindiens et
10 les Inuit, en matière de soins médicaux.

11 Nous utilisons à cette fin les moyens
12 très efficaces que sont notre service d'inspection
13 professionnelle, qui évalue la qualité de la pratique
14 médicale dans les établissements et les cabinets privés
15 de médecins au Québec, une mesure dont l'ampleur n'a pas
16 d'équivalent ailleurs. En plus, il y a aussi le bureau
17 du syndic qui est en mesure de répondre aux plaintes du
18 public et aux enquêtes qui sont demandées sur l'exercice
19 de tout médecin au Québec. Nous appliquons également
20 des normes rigoureuses de qualité avant d'octroyer un
21 permis de pratique à un médecin.

22 La Corporation professionnelle des
23 médecins du Québec a été la première à rendre obligatoire

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 au Canada un programme de deux ans de résidence en médecine
2 de famille après l'obtention du doctorat en médecine pour
3 tous les futurs omnipraticiens et à exiger d'eux la
4 réussite d'un examen avant l'octroi du permis de façon
5 à ce qu'ils soient plus prêts et plus compétents lorsqu'ils
6 commencent à exercer leur profession. Nous attribuons
7 également des certificats de spécialité dans 33 champs
8 d'activités obtenu après un programme minimal de quatre
9 ans à six ans de résidence.

10 Nous avons aussi contribué, tel que
11 mentionné dans notre mémoire, à faire en sorte que les
12 futurs omnipraticiens soient mieux préparés à la pratique
13 en région éloignée en encourageant des stages en région
14 périphérique. Nous avons participé, à travers la Table
15 de concertation sur les effectifs médicaux du ministère
16 de la Santé et des services sociaux, à la mise en place
17 d'un ensemble de mesures visant à favoriser le recrutement
18 de médecins auprès des communautés souffrant de pénurie
19 de services médicaux.

20 Les mesures mises en place au Québec ont
21 amélioré de façon significative la disponibilité des
22 services médicaux au cours des dernières années. Elles
23 ont sûrement eu des effets positifs auprès des communautés

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtones souvent -- ou la plupart du temps -- établies
2 en régions éloignées. Les données disponibles de la part
3 du ministère de la Santé et des Services sociaux démontrent
4 d'ailleurs que les effectifs disponibles en médecine
5 générale dans les régions de Kativik et de la Baie James
6 sont maintenant proportionnellement supérieurs à la
7 moyenne québécoise. Il y a donc eu une amélioration de
8 la situation. Évidemment, il faut tenir compte du
9 territoire extrêmement grand qu'occupent les peuples
10 amérindiens dans ces régions. Donc, c'est pour ça que,
11 proportionnellement, le nombre de médecins est plus grand;
12 il y a aussi d'autres facteurs concernant le genre de
13 services requis.

14 Nous croyons cependant que les
15 communautés autochtones attendent plus de nous. Elles
16 désirent que les services médicaux soient non seulement
17 disponibles mais mieux adaptés à leurs besoins et à leur
18 culture. Il s'agit là d'un besoin légitime. Comment y
19 répondre, c'est une des questions qui est posée, et je
20 suis certain qu'il y aura des suggestions qui vont être
21 apportées.

22 La médecine moderne est basée sur la
23 science et sur une tradition de services aux patients.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Elle n'appartient pas à une culture particulière. D'autre
2 part, elle doit toujours tenir compte de la culture du
3 milieu et s'exercer avec respect.

4 Nous sommes donc disponibles pour
5 collaborer avec les peuples autochtones en vue d'un plus
6 grand rapprochement entre leur culture et la médecine
7 moderne. Nous vous proposons dans notre mémoire certaines
8 pistes que nous croyons utiles en vue de favoriser
9 l'accession de la profession par des autochtones, ce qui
10 demeure une des meilleures façons d'influencer ce champ
11 d'activités. Nous voulons aussi faire mieux connaître
12 le rôle du médecin de même que ses limites.

13 Nous sommes ouverts, Monsieur le
14 Président, à un échange avec les commissaires pour discuter
15 la problématique des services médicaux chez les peuples
16 autochtones du Québec et, évidemment, possiblement la même
17 problématique qui s'offre également dans les autres
18 régions du pays.

19 Merci.

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je vous
21 remercie, Docteur Roy.

22 Je pense que pour commencer l'échange,
23 la discussion, j'aimerais peut-être vous demander si, en

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 termes de statistiques, un des problèmes les plus aigus
2 qui existent actuellement du côté de la distribution des
3 services de santé chez les autochtones -- et également
4 une distribution qui tienne compte de l'aspect culturel,
5 des traditions -- c'est le manque de professionnels de
6 la santé, et en particulier du côté des médecins proprement
7 dits. Je pense que, si j'ai en mémoire la statistique
8 correctement, il y a 56 médecins autochtones au Canada,
9 et il y en aurait quatre au Québec.

10 Est-ce que vous pourriez peut-être me
11 confirmer ce chiffre quant au Québec ou élaborer davantage
12 sur le personnel médical autochtone qui existe au Québec.

13 **AUGUSTIN ROY:** Je vais demander au
14 docteur Cossette de répondre à cette question, parce qu'on
15 a quand même certaines données sur les effectifs médicaux.

16 **LOUIS COSSETTE, adjoint au directeur
17 général, Corporation professionnelle des médecins du**

18 **Québec:** La Corporation professionnelle des médecins ne
19 tient pas de données sur l'origine ethnique de ses membres.

20 Par exemple, ce n'est pas indiqué dans nos fichiers si
21 un médecin est d'origine autochtone, ou quelle est son
22 origine. Mais le chiffre que vous avez mentionné
23 d'environ quatre médecins semble correspondre à la réalité

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 l'étudiant autochtone, c'est d'abord les critères
2 d'admission dans les facultés de médecine qui sont
3 extrêmement exigeants à cause de la compétition très vive
4 pour un nombre de postes limité. Actuellement, les quatre
5 facultés de médecine du Québec ont un contingent limité
6 à 471 admissions par année et, à chaque année, il y a à
7 peu près 2 800 à 3 000 candidats différents. Donc les
8 exigences sont extrêmement prononcées, et ce sont des
9 postes convoités; c'est donc très compétitif pour entrer
10 en médecine.

11 Il y a certainement, évidemment,
12 beaucoup d'autochtones qui ont suivi les cours de cégep
13 et qui ont réussi leurs études, mais pour se classer parmi
14 les 471 premiers candidats qui peuvent entrer en médecine,
15 il faut être extrêmement bon et travailler dans des
16 conditions particulières, ce qui n'est pas toujours la
17 situation des autochtones, qui doivent évidemment partir
18 de leur milieu, sortir de leur milieu pour venir étudier
19 généralement dans des collèges... les plus rapprochés
20 seraient l'Abitibi ou la Côte-Nord à Sept-Îles, à moins
21 de venir à Montréal. Évidemment, Québec est aussi
22 disponible, mais c'est généralement plus vers Montréal
23 que les gens se dirigent.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Donc il faudrait peut-être vérifier s'il
2 n'y a pas des conditions particulières qui pourraient être
3 appliquées avec des contingents réservés, tout en
4 respectant évidemment les lois, les règlements, les
5 Chartes des droits, pour tenter d'avoir plus d'autochtones
6 dans les facultés de médecine et s'assurer, par ailleurs,
7 que ces autochtones choisis aillent faire bénéficier leurs
8 compatriotes de leurs services et de leur expertise.

9 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Peut-être,
10 sur le plan des statistiques, qu'il n'est pas mauvais de
11 rappeler qu'il y a deux chiffres sur le nombre
12 d'autochtones au Canada et par province et territoire.
13 Le premier est celui du recensement de 1991, le dernier
14 recensement, où les gens répondaient à la question à savoir
15 si on est d'origine autochtone. Ce chiffre-là indique 137
16 000 autochtones au Québec. Cependant, il y a une étude
17 qui a été faite par Statistiques Canada sur la population
18 autochtone au Canada qui permet d'identifier les gens qui
19 non seulement se disent d'origine autochtone mais
20 s'identifient comme autochtone; là, le chiffre est
21 moindre. Au Québec le résultat de cette seconde étude
22 démontre qu'il y a entre 70 000 et 80 000 autochtones qui
23 s'identifient comme autochtones.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Alors on voit de toute façon, qu'on
2 prenne l'un ou l'autre des chiffres, qu'il y a un chemin
3 énorme à parcourir par rapport à la norme dont vous nous
4 avez fait part, Docteur Cossette.

5 La première question que j'aimerais
6 poser est: Vous mentionnez que la Corporation
7 professionnelle ne tient pas un registre en tenant compte
8 de l'origine des personnes, et je le comprends. D'autre
9 part, les autochtones -- évidemment, c'est une discussion
10 qu'on a régulièrement -- ont une place différente d'une
11 certaine façon, à certains égards, des autres communautés
12 culturelles au Québec parce qu'ils ont des droits
13 historiques, étant les premiers habitants, et il y a une
14 distinction qui est quand même importante à faire.

15 Il me semble que, si on veut réussir à
16 vraiment faire la promotion sociale pour faire un
17 rattrapage de ce côté-là, il est important de suivre cette
18 population autochtone au Québec dans ce sens-là, pour
19 évaluer le progrès accompli d'une certaine façon.

20 Enfin, je pose la question à la
21 Corporation professionnelle de l'utilité qu'il y aurait
22 de tenir un décompte propre aux autochtones eux-mêmes,
23 parce qu'il me semble que c'est un peu stimulant lorsqu'on

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 a un standard contre lequel on peut vérifier le progrès.

2 Je comprends que vous avez un système général, mais

3 j'aimerais peut-être avoir votre réaction là-dessus.

4 **DR CHARLES DUMONT, médecin conseil,**

5 **Corporation professionnelle des médecins du Québec:** Je

6 pense qu'une des difficultés que vous proposez vient un

7 petit peu du préambule que vous avez dit, et c'est:

8 Comment est-ce qu'on définit un autochtone? Voyez-vous,

9 il y a eu plusieurs définitions de l'autochtone à travers

10 l'histoire. Il y a la définition plus restrictive qui

11 est d'après la Loi sur les Indiens du Canada. Il y a eu

12 d'autres versions aussi, comme on l'a vu lors de la

13 Convention de la Baie James, où en fait au lieu de définir

14 quelqu'un comme autochtone, on a finalement convenu de

15 définir les gens comme étant des bénéficiaires d'une

16 convention plutôt que comme autochtones.

17 Alors pour tenir un registre comme ça,

18 il faudrait d'abord que les gens s'entendent sur ce que

19 c'est qu'un autochtone, à partir de quel moment est-ce

20 que quelqu'un est un autochtone ou quelqu'un ne l'est pas.

21 Voyez-vous, pour les fins de la Convention de la Baie

22 James, on a dit que quelqu'un qui va jusqu'à un-quart de

23 sang, si vous voulez, autochtone, on le classifie comme

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 bénéficiaire. Mais, dans la réalité, qu'est-ce qui
2 différencie quelqu'un qui est un-quart de sang de quelqu'un
3 qui est un-huitième de sang, et caetera, parce qu'il y
4 a d'autres facteurs culturels qui peuvent intervenir.

5 Ça, c'est une des raisons qui feraient
6 que ce serait un peu difficile pour la Corporation de tenir
7 un registre qui serait rigide là-dessus. La Corporation
8 pourrait définir un autochtone comme étant celui qui, par
9 la communauté d'où il vient, est défini comme autochtone,
10 un peu comme quelqu'un accepte quelqu'un dans sa bande;
11 ça pourrait être une définition de travail comme ça. Mais
12 définir quelqu'un selon les origines ethniques, c'est tout
13 le temps difficile, d'autant plus qu'on apprend par
14 beaucoup d'études génétiques, avec l'ADN et ces choses-là,
15 que la notion de race pure est une notion qui est plutôt
16 relative. Je pense qu'il va peut-être falloir chercher
17 une définition qui soit fonctionnelle si on veut quelque
18 chose comme ça, et je ne sais pas si ça va être vraiment
19 à la Corporation à définir ce que c'est qu'un autochtone
20 dans ce contexte-là.

21 **AUGUSTIN ROY:** Je ne sais pas, Monsieur
22 le Président, si ce serait productif de tenir un registre
23 selon l'origine ethnique. Nous, on sait d'où viennent

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 les médecins qui exercent au Québec, au Canada et dans
2 les autres pays. On les catégorise par pays, mais c'est
3 juste pour nos fins de statistiques. Mais, à l'intérieur
4 des pays africains, par exemple, il y a de multiples
5 origines ethniques, de multiples tribus. Alors on n'a
6 jamais voulu faire ça. On considère quelqu'un comme
7 canadien quand il vient du Canada, et on s'occupe de
8 l'origine des écoles de médecine au Canada uniquement pour
9 des fins strictement d'intérêt statistique.

10 Est-ce que ce serait vraiment dans
11 l'intérêt de la société et dans l'intérêt des groupes
12 autochtones que de commencer à s'occuper de l'origine
13 ethnique? Et, à ce moment-là, on devrait peut-être, à
14 l'intérieur du Canada, s'occuper de catégoriser les Blancs
15 selon le fait qu'ils sont de descendance irlandaise ou
16 africaine, et caetera.

17 Je sais qu'il y a peut-être des besoins
18 d'avoir certaines statistiques, mais peut-être que si on
19 s'organise pour avoir suffisamment de médecins qui
20 viennent des communautés autochtones, les encourager à
21 ensuite oeuvrer chez eux et oeuvrer, évidemment, en
22 collaboration avec les autres médecins du Québec, ce serait
23 peut-être là la meilleure façon de faire avancer la cause

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 des autochtones.

2 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** C'est
3 évidemment là un problème difficile, et la Commission y
4 est confrontée. Il n'en demeure pas moins que plus loin
5 dans votre mémoire vous mettez de l'avant la possibilité
6 d'un programme d'action positive, un programme de
7 promotion sociale, où, en dehors du contingentement très
8 serré dont vous avez fait état -- les 471 admissions dans
9 les quatre facultés de médecine -- il y aurait un certain
10 nombre de postes additionnels réservés pour de jeunes
11 autochtones pour faire le rattrapage, un peu comme on l'a,
12 par exemple, à la Faculté de droit de l'Université Laval
13 depuis trois ans ou à la Faculté de droit de l'Université
14 d'Ottawa du côté droit civil. Donc il y a des admissions
15 propres aux autochtones.

16 Vous mentionnez... en fait, c'est
17 presque une recommandation -- et on pourra y revenir --
18 dans votre mémoire. En tout cas, l'idée est mise de
19 l'avant assez fortement. Si on devait faire ça au niveau
20 des facultés de médecine au Québec, il faudrait quand même
21 identifier les gens qui viendraient dans un tel programme
22 de promotion sociale en addition du contingentement normal
23 dans les facultés de médecine. Donc il faudrait faire

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 face à la réalité d'identifier, à savoir, est-ce que les
2 candidats sont ou non des autochtones.

3 Actuellement, en dehors des programmes
4 gouvernementaux, il y a les deux critères: il y a le
5 critère du recensement, qui est l'origine, et on voit que
6 ça fait une bonne différence avec le critère de l'identité,
7 "Je m'identifie comme autochtone." Sur le plan canadien,
8 il y a un million de personnes, un million deux mille,
9 qui se sont déclarées d'origine autochtone mais il y a
10 625 000 personnes qui ont déclaré avoir une identité
11 autochtone dans le cadre de l'étude parallèle de
12 Statistiques Canada.

13 Je reviens à la question de base. Si
14 on devait aller vers l'instauration d'un programme de
15 promotion sociale pour les autochtones, à ce moment-là,
16 je pense qu'on devrait faire face à cette question
17 technique.

18 Docteur Cossette.

19 **LOUIS COSSETTE:** Oui. Comme on a
20 mentionné dans notre mémoire, on parlait que les critères
21 d'admission particuliers seraient assortis avec un
22 engagement de pratique dans une région autochtone pour
23 quatre ans. Autrement dit, le mécanisme d'identification

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 pourrait se faire à partir des communautés autochtones
2 qui parraineraient un des leurs, finalement. Il y aurait
3 un engagement à pratiquer dans une communauté en
4 particulier pour une certaine période de temps. Ça
5 répondrait en partie, je pense, au problème que vous avez
6 identifié.

7 Il y a eu des postes au Québec qui ont
8 été accordés sur engagement de quatre ans à pratiquer en
9 région éloignée. C'est pour ça qu'on proposait ce
10 mécanisme-là auprès des autochtones.

11 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Est-ce que
12 c'est toujours le cas pour les médecins étrangers qui sont
13 admis dans les facultés de médecine? Est-ce qu'ils ont
14 toujours cet engagement d'aller en région?

15 **AUGUSTIN ROY:** Oui, à l'heure actuelle.
16 Et ça, c'est la réglementation du ministère de la Santé
17 et des Services sociaux; ce n'est pas la responsabilité
18 de la Corporation des médecins. La Corporation des
19 médecins, elle, émet un permis d'exercice à un médecin
20 qui a rempli les conditions des formation. Mais, en ce
21 qui concerne les médecins qui viennent d'en dehors du
22 Canada... et même il y a aussi les États-Unis qui ont un
23 système particulier. À cause du contingentement très

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sévère qui est établi pour le Québec même et même pour
2 les étudiants canadiens, il y a des nombres fixes de
3 médecins qui ont le droit de postuler pour des postes de
4 résidence et d'avoir un permis d'exercice à chaque année.

5
6 Ces médecins qui sont acceptés
7 actuellement -- le nombre est de 10 par année -- doivent
8 faire quatre ans ou passer quatre ans dans des régions
9 désignées par le ministère de la Santé et des Services
10 sociaux pour répondre aux besoins de la population
11 québécoise et, après ces quatre ans, ils sont tout à fait
12 libres de s'installer là où ils le veulent, selon, par
13 ailleurs, les programmes d'effectifs médicaux des régions
14 et des hôpitaux, parce que maintenant c'est très, très
15 organisé, la distribution et l'installation des médecins
16 du Québec.

17 Il faudrait peut-être faire attention
18 en ce qui concerne les médecins autochtones pour ne pas
19 les "ghettoïser", d'une certaine façon, parce que si on
20 dit qu'on va faire de la discrimination positive pour une
21 certaine classe de citoyens au Canada, on va les favoriser
22 par rapport à d'autres citoyens, on va leur demander de
23 faire quatre ans dans des régions qui sont les leurs, après,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 qu'est-ce qu'il va arriver? Il faudrait peut-être éviter
2 les erreurs du passé, si on peut appeler ça des erreurs,
3 où on avait des Indiens, comme on les appelait, dans des
4 réserves à gauche et à droite, un peu en dehors du cercle
5 normalement fréquenté par la population blanche de la
6 région. Je pense qu'il faudrait peut-être tenter de faire
7 en sorte que tout le monde puisse se mélanger et qu'il
8 n'y ait pas de ces frontières étanches qu'on a vécues dans
9 le passé, de façon à ce que les autochtones, les premiers
10 habitants du pays, soient intégrés à notre système de soins
11 de santé et à notre civilisation pure et simple, à notre
12 vie quotidienne.

13 Alors il faut trouver un moyen de faire
14 en sorte que les autochtones aient des services médicaux
15 de qualité, pas nécessairement rendus uniquement par leurs
16 concitoyens, des citoyens de même origine qu'eux, mais
17 possiblement par d'autres médecins, de façon à favoriser
18 les échanges entre les deux groupes.

19 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:**

20 Effectivement, c'était l'autre question que je voulais
21 vous poser. C'est une chose que d'instaurer un programme
22 de promotion sociale, c'en est une autre que d'attacher
23 la condition de retourner quatre ans dans la communauté.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Évidemment, on connaît la difficulté de façon générale
2 d'avoir des médecins dans les régions au Québec, et je
3 comprends que la corporation réfléchisse dans ce sens-là.
4 Mais, effectivement, ça soulève quand même une question
5 de pourquoi eux et pourquoi pas les autres.

6 Je ne sais pas si vous avez réfléchi un
7 petit peu plus -- je pense que oui, votre intervention
8 précédente le démontre -- sur l'importance de cette
9 condition additionnelle d'un programme de promotion
10 sociale pour lequel vous seriez d'accord, je pense.

11 **AUGUSTIN ROY:** Nous sommes d'accord en
12 principe.

13 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:**

14 Maintenant, est-ce que vous y attachez nécessairement
15 cette condition de retourner quatre ans dans leur
16 communauté?

17 **AUGUSTIN ROY:** Écoutez, c'est une
18 question tout à fait sociale. Si on favorise des personnes
19 pour qu'elles puissent avoir la possibilité de devenir
20 médecins pour servir une région donnée ou un peuple donné,
21 je pense qu'il doit y avoir quelques conditions, peut-être
22 des conditions volontaires, un engagement du moins social
23 d'aller faire bénéficier son peuple de ses connaissances.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Il ne faudrait pas que ce soit, évidemment, des conditions
2 trop, trop, trop rigides, mais il faudrait s'assurer
3 également qu'il y ait des échanges entre les communautés
4 autochtones et la communauté québécoise, pour que ce soit
5 quand même quelque chose sur une base d'échange. Il reste
6 que c'est du volontaire quand même, mais du volontaire
7 dans le sens qu'il ne faudrait pas que les autochtones
8 choisis particulièrement pour devenir médecins en dehors
9 des critères normaux des facultés de médecine dans un
10 programme particulier s'installent à Montréal ou
11 s'installent à Québec.

12 Si on veut vraiment que le programme
13 fasse avancer la cause des peuples autochtones, il faudrait
14 vraiment que ces médecins autochtones puissent aider leurs
15 concitoyens à améliorer leur qualité de services de santé,
16 mais ne pas être les seuls à le faire et pas nécessairement
17 pour toute leur vie non plus. Je pense qu'il doit y avoir
18 quelque chose d'organisé sur le plan social, peut-être
19 un échange dans les communautés, et il faut que ces médecins
20 choisis pour aider leur peuple, évidemment, aient une
21 conscience sociale très, très, très développée pour faire
22 en sorte que la cause autochtone progresse et qu'on ne
23 donne pas seulement des services de santé mais également

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 des services d'hygiène. La santé, c'est extrêmement
2 vaste; ce n'est pas uniquement traiter les maladies, mais
3 c'est faire la promotion d'une bonne hygiène de vie et
4 d'un bon équilibre sanitaire.

5 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Docteur
6 Cossette.

7 **LOUIS COSSETTE:** Oui. Un des objectifs
8 du programme est de permettre que les autochtones soient
9 desservis par des médecins qui sont au courant de leur
10 culture. En fait, c'est ça qui justifierait d'avoir des
11 critères d'admission particuliers. Il faut qu'il y ait
12 un prix à payer s'il y a des critères particuliers;
13 autrement, il y a des gens qui vont se trouver une identité
14 autochtone uniquement pour court-circuiter les critères
15 normaux d'admission en médecine.

16 Une autre chose est que l'on croit que
17 ça peut être un mécanisme pour associer les communautés
18 autochtones à la formation et à la pratique future de leur
19 médecine autochtone. Une communauté qui aurait parrainé
20 un étudiant autochtone qui s'en va en médecine lui
21 fournirait peut-être un support plus grand et peut-être
22 préparerait plus son arrivée.

23 D'autre part, tel que mentionné,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 actuellement, comme le docteur Roy le mentionnait, il y
2 a de 2 400 à 2 800 étudiants qui veulent aller en médecine,
3 et le gouvernement contingente très sévèrement le nombre
4 de postes. Il y en a plus qui seraient capables de faire
5 leurs études de médecine qu'il n'y en a qui sont admis
6 à chaque année. Quand on prévoit des exceptions à tout
7 régime, c'est justifiable d'avoir des exigences et, en
8 général, les exigences qui ont été apportées face à
9 d'autres groupes dans le passé, c'était un engagement de
10 pratique de quatre ans.

11 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Très bien.

12 Nous pourrions revenir là-dessus. Effectivement, je
13 pense que l'objectif poursuivi est clair; il s'agit de
14 voir effectivement comment ça peut se réaliser. La
15 réalité est qu'on est tellement loin du côté des
16 professions de la santé en ce qui a trait aux autochtones.

17 On discute de médecine, mais c'est vrai presque aussi
18 largement du côté des infirmières et infirmiers; vous
19 parlez des techniciens en radiologie dans votre mémoire.

20 Alors il y a un rattrapage énorme.

21 On a tenu une Table ronde nationale sur
22 les questions de santé et sociales à Vancouver au mois
23 de mars dernier. Le rapport de cette table ronde est

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 disponible. Une des choses qui est revenue constamment,
2 c'est l'importance de la culture et bien sûr de la langue
3 dans la conception et la distribution des services de
4 santé. Je pense que vous êtes sensibles à ça, votre
5 mémoire en fait état.

6 Pouvez-vous peut-être élaborer
7 davantage sur la façon dont vous voyez la jonction entre
8 la médecine traditionnelle autochtone et au fond ce que
9 vous appelez la médecine moderne? Vous dites dans votre
10 mémoire que ce doit être complémentaire. Pour les
11 autochtones, cela a été longtemps la seule médecine
12 disponible, et c'est au centre. Cependant, les
13 autochtones au Québec, les Inuit comme les Indiens, nous
14 disent: "On ne veut pas reculer en arrière, on veut faire
15 l'alliage de nos médecines traditionnelles avec la
16 médecine moderne."

17 Donc il y a une conscience très nette
18 des avantages de la médecine moderne mais, en même temps,
19 d'un bon nombre d'inconvénients que la population en
20 général constate de plus en plus; et on pourra revenir
21 tantôt sur la question des naissances et des accouchements.

22 Alors pouvez-vous élaborer sur la façon
23 dont vous voyez... ou la place que vous voyez pour les

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 médecines traditionnelles autochtones dans la médecine
2 générale au Québec.

3 **CHARLES DUMONT:** Ça, c'est une question
4 vraiment très intéressante, et il n'y a pas de réponse
5 simple à ça.

6 La première chose qu'il faut dire,
7 c'est: La médecine traditionnelle, c'est quoi? Il y a
8 des choses que des gens font lorsqu'ils ont une certaine
9 maladie traditionnellement depuis de nombreuses années,
10 que nos grands-parents faisaient aussi, en dehors du réseau
11 de santé. Est-ce qu'on peut parler de ça comme médecine
12 traditionnelle?

13 Il y a peut-être certaines choses, par
14 contre, qu'on peut dire. Au niveau de pharmacopée, au
15 niveau des médicaments, on sait historiquement que
16 beaucoup de médicaments viennent des plantes. Ces
17 médicaments-là ont été isolés à partir de plantes qui
18 avaient certaines activités curatives, on a isolé le
19 principe actif, on a modifié les molécules, et ça, ça fait
20 partie de la médecine moderne.

21 Alors dans les cultures traditionnelles
22 autochtones, que ce soit au Canada ou ailleurs, il y a
23 sans doute d'autres médicaments qui pourraient être

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 développés à partir de certains principes actifs ou de
2 certaines choses qui sont utilisées actuellement.

3 Lorsqu'on parle aussi de tous les soins
4 psychiatriques, les soins psychiatriques sont tellement
5 reliés à la culture que c'est vraiment très difficile pour
6 quelqu'un qui est psychiatre, qui vient de la ville,
7 d'arriver là-bas et d'essayer de pratiquer la psychiatrie
8 sans savoir un peu ce qui se passe dans la société
9 autochtone où il va travailler.

10 Une chose qu'il faut se dire, c'est qu'on
11 parle tout le temps de société autochtone comme si c'était
12 homogène, mais en réalité c'est très hétérogène, ça.
13 Même, parfois, dans un même groupe ethnique, comme par
14 exemple les Cris, d'un village à l'autre on peut avoir
15 des protocoles qui sont différents et certaines valeurs
16 peuvent être différentes. C'est important pour ceux qui
17 ont à travailler avec les Cris au niveau de la maladie
18 mentale de connaître ces choses-là lorsqu'ils ont à
19 intervenir dans la communauté ou ils ont à intervenir
20 auprès des individus; le psychiatre a à voir qu'est-ce
21 que c'est qui motive l'individu, qu'est-ce qui peut
22 l'amener à changer. Ce qui peut l'amener à changer, ça
23 peut être certaines valeurs spirituelles.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Une autre chose aussi, c'est que si on
2 regarde dans notre société en psychiatrie, les traitements
3 qu'on va donner, on va avoir des thérapies de groupe, on
4 va avoir, disons, les électrochocs et ces choses-là. Mais
5 si la thérapie de groupe, au lieu d'être une thérapie de
6 groupe qui se fait en ville, c'est une autre forme de
7 thérapie de groupe sans que ça s'appelle comme ça, par
8 des autochtones, selon une façon traditionnelle de faire,
9 ce sont les mêmes choses qui se passent. Par exemple,
10 autrefois on pouvait donner différents traitements pour
11 donner comme un choc au malade, un peu pour le faire réagir.

12 Mais si on fait réagir le malade ou prendre conscience
13 de lui-même par un autre mécanisme que par le mécanisme
14 actuel qu'on utilise en ville... le mécanisme qu'on a
15 choisi en ville, c'est ce qui convenait en ville; mais,
16 dans une autre communauté, c'est le même but qui va être
17 recherché, sauf qu'on va choisir peut-être un mécanisme
18 traditionnel par quelqu'un qui est issu de la communauté
19 et qui connaît bien ces choses-là.

20 Alors je pense qu'il y a un rôle très
21 important là-dedans, sauf que c'est une intégration qui
22 n'est pas facile, parce que très souvent les praticiens
23 qui vont en régions éloignées sont en début de carrière,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 premièrement, et l'autre chose aussi, c'est que ce n'est
2 pas nécessairement facile pour les autochtones de partager
3 toutes ces choses-là avec un parfait étranger. C'est
4 comme parler des secrets de famille avec un étranger.
5 Alors ce pont-là, c'est seulement avec les années que ça
6 se fait.

7 **AUGUSTIN ROY:** Est-ce que je peux
8 terminer? Quand on parle de médecine, il faut quand même
9 clarifier les termes: médecine traditionnelle, médecine
10 moderne, médecine contemporaine. La médecine, ça demeure
11 la médecine. La médecine, ça ne guérit pas tout. En fait,
12 la meilleure guérisseuse, c'est encore la bonne vieille
13 nature. Une grippe non traitée, ça dure sept jours et,
14 quand c'est traité, ça dure une semaine. Il y a beaucoup
15 de choses que nos parents et nos grands-parents traitaient
16 sans aller voir le médecin. Ça, c'était surtout avant
17 l'installation du régime d'assurance-maladie. Nos mère
18 s'occupaient de guérir les petites plaies, les petites
19 blessures, les petits bobos, souvent avec beaucoup de
20 succès.

21 Alors quand on utilise les termes
22 "médecine traditionnelle", évidemment, et les tisanes,
23 pour des choses simples, bénignes, il n'y a aucun problème.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 plan organique, à ce moment-là, ils ont vraiment besoin
2 de la médecine tel qu'on l'entend dans son sens actuel,
3 la médecine moderne, évidemment, scientifique. Mais,
4 pour les autres problèmes d'ordre... je ne dirais pas
5 mineur mais différent, à ce moment-là, il y a d'autres
6 méthodes qui peuvent être utilisées.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je voudrais
8 juste rajouter que du côté de la santé mentale il y a un
9 problème énorme, comme vous le savez, du côté des
10 populations autochtones, à cause des problèmes
11 d'alcoolisme, des problèmes de suicide chez les jeunes.

12 Donc, à notre point de vue, il y a une urgence. Toute
13 la question est de trouver des solutions pour accomplir
14 des progrès. Je relisais, par exemple, ce que la
15 Commission Rochon disait dans son rapport en 1988 sur les
16 autochtones, et il n'y a pas grand-chose qui a été accompli
17 depuis ce temps-là. À mon sens, cela n'a pas bougé.

18 On ne voudrait pas se retrouver dans la
19 même situation 10 ans après la Commission royale sur les
20 peuples autochtones où, du côté de la santé, on reste
21 largement dans la même situation. Vous dites dans votre
22 mémoire, et sans doute avec raison, que plutôt que de faire
23 porter toutes les énergies sur des structures et de penser

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 que l'autonomie gouvernementale est une panacée, une
2 formule miracle de laquelle vont découler toutes les
3 solutions, il faut travailler concrètement pour rendre
4 plus autonomes les populations autochtones
5 individuellement et collectivement, et la santé est un
6 secteur majeur, comme l'éducation.

7 Au fond, c'est exactement ce que les
8 autochtones nous disent aussi, qu'il faut travailler sur
9 le plan de la guérison sociale dans les communautés autant
10 que sur le plan de la mise en place de structures de
11 gouvernement. Alors c'est de s'assurer qu'on ne fera pas
12 juste brasser les problèmes, mais qu'on va faire des pas,
13 même humbles et petits, mais qui vont s'en aller dans une
14 direction qui va changer les résultats.

15 **AUGUSTIN ROY:** Il ne faudrait pas tenter
16 d'imposer aux autochtones notre système de santé et nos
17 valeurs à nous et nos normes à nous. Je pense qu'il y
18 a beaucoup à faire sur le plan de l'éducation, du changement
19 des mentalités.

20 Moi, je me souviens très, très bien d'un
21 événement qui est arrivé lorsque je pratiquais à
22 Schefferville, où j'avais également mon frère médecin qui
23 travaillait avec moi et qui était particulièrement attiré

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 à la réserve des Montagnais et où les accouchements, à
2 ce moment-là, se faisaient par ce qu'on appelait une
3 "squaw" -- probablement que ce sont les ancêtres des
4 sages-femmes -- indienne parce qu'ils ne voulaient
5 absolument pas de médecins blancs pour s'occuper de
6 l'accouchement.

7 Un soir, je me souviens très bien, un
8 Indien s'est sauvé de la réserve pour s'en venir chez mon
9 frère à 2 h 00 ou 3 h 00 de la nuit malgré la défense de
10 la femme squaw pour venir dire: "Ma femme ne va pas bien.
11 Ça va mal." Alors mon frère est venu me chercher, on
12 s'est rendu tous les deux à la réserve, et effectivement
13 cette femme-là avait accouché une douzaine d'heures avant,
14 elle était au bout de son sang. On l'a sauvée avec des
15 solutés. On a été obligé, évidemment, de lui faire des
16 ponctions veineuses et lui faire même une incision, la
17 pauvre, pour que ça aille plus rapidement, et on l'a sauvée.

18 À partir de ce moment-là, évidemment,
19 toute l'attitude de la réserve a changé vis-à-vis les
20 médecins blancs qui avaient sauvé cette femme-là; ça s'est
21 répandu.

22 Alors c'est cette méfiance qu'il faut
23 tenter de faire disparaître et faire en sorte que les gens

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 apprennent à travailler ensemble selon leurs compétences
2 et à échanger, tout en respectant la culture et les
3 traditions. Il faut encourager, dans la question vraiment
4 de l'obstétrique et de la naissance, les autochtones à
5 participer à cet événement familial heureux, qui se déroule
6 -- ou qui se déroulait, du moins, dans le temps où je
7 pratiquais la médecine -- chez les Indiens d'une façon
8 tout à fait différente que ça se déroule chez nous, dans
9 une atmosphère tout à fait familiale, à l'intérieur d'une
10 tente ou d'une maison, en famille, à l'époque.

11 Alors il faut travailler non pas pour
12 imposer nos valeurs et notre culture mais pour faire en
13 sorte que, selon les valeurs et la culture des autochtones,
14 la qualité des services et l'efficacité des services soient
15 installées pour faire en sorte que les Indiens, les
16 autochtones, hommes et femmes, puissent avoir droit aux
17 mêmes chances de santé et de vie que nous.

18 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je vais
19 demander à ce moment-ci à M^{me} Robinson de poser un certain
20 nombre de questions.

21 Merci.

22 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank you
23 very much.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 I just want to follow up on that topic,
2 since you are on it now. When I was in the Yukon, in the
3 North, with another Commissioner, there was a presentation
4 made to us by the medical professionals talking about the
5 delivery of services in the North. We were told that the
6 only way that Aboriginal people and communities,
7 particularly in the northern, remote, isolated
8 communities, are going to be able to heal and to deliver
9 adequate services to their own people is through
10 self-government.

11 It is important to recognize that they
12 be given more authority and have a better say and input
13 into the delivery of services to their own communities
14 and to their own people, including medical services,
15 because there is a lack of professional doctors in the
16 Aboriginal communities; they do have para-professionals,
17 they have the community health representatives and
18 different people assisting. He stressed how important
19 it was for him -- because one of the barriers I think to
20 healing and to communicating to Aboriginal people in these
21 communities is language and culture -- that in some of
22 these communities where there was probably one CHR who
23 was being overworked, the valuable service that she was

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 providing to the community and to him as being the link
2 between himself and the people.

3 I am wondering, do you see this as a way
4 perhaps, a bridge or a stepping stone, until such time
5 that we get our own people adequately trained and educated
6 to provide the services themselves, that these people are
7 important, and are they being utilized in the communities
8 here as well?

9 **CHARLES DUMONT:** I think you raise a
10 very important question in terms of how to get people to
11 have a say in what is going on. It is absolutely essential
12 that native people have a say in what is going on in terms
13 of health services, the same way as Montrealers have a
14 say in what goes on in Montreal in terms of health services.
15 That goes without saying.

16 What we would like to stress, though,
17 is that the mechanisms by which one can have a say are
18 varied. They are not only political or structural, they
19 are also through education and they are also through
20 consultation. The CHR -- to look only at that person --
21 has an important role in the sense that this is a person
22 who has, at the moment, little formal training in terms
23 of academic background but has more training which is

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 focused on the health programs that they provide.

2 In the communities there are two
3 philosophies in terms of what the CHRs should do. Some
4 people say that they should serve as an intermediary
5 between the nurses and doctors and the communities.
6 That's one approach. I favour another approach -- but
7 this is only personal. I feel that, in addition to that
8 role, they have a role which is specific to them in certain
9 programs. In a program in which I am involved, which is
10 the Mercury Monitoring Program, all the education in the
11 community has been directed, not at the nurses, not at
12 the doctors who work in the communities, but at CHRs.
13 In other words, the CHRs are, in each of their communities,
14 the experts on that particular problem. The people
15 consult the CHRs for that, and they are the ones who will
16 intervene in the community. They have served, if you want,
17 as local experts in that. And I think that you could expand
18 this to other things.

19 This brings me to another point which
20 is in the mémoire which we submitted. We feel that, for
21 the native people to be able to have more say, the
22 structures must be the least bureaucratic as possible,
23 as simple as possible, because the more complex you make

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 it, the more you delay the time when native people can
2 take over.

3 **AUGUSTIN ROY:** Don't repeat our
4 mistakes.

5 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
6 you.

7 I wanted to speak a bit now about the
8 entrenched requirements that you were talking about that
9 are so rigid, and understandably so, and how difficult
10 it is for Aboriginal people to meet those requirements.

11 I have to say that it stems from education, as far back
12 as the elementary years, where there has been a lack of
13 education counselling to the students and encouragement
14 to take the proper science courses to be able to get into
15 these kinds of professions. We have heard this just about
16 everywhere that we went; they have not been given the proper
17 guidance and the proper information on which courses they
18 should be pursuing in order to achieve the kinds of
19 professions or sciences which they are required to take
20 for medical professions.

21 So I think that is one area that
22 certainly is not your area, it is an area in education,
23 but I think it is one that eventually leads to the barrier

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 of getting into these courses.

2 Then, I wanted to talk about the
3 identification, how it is so difficult to determine who
4 is Aboriginal and who is not Aboriginal, or who is this
5 and who is that, and who has the responsibility of deciding
6 who is who. It seems to me that that's one of the things
7 that the communities themselves and Aboriginal peoples,
8 whether they are First Nations or, rather, they are
9 organizations or whatever the kind of system that they
10 have set up.

11 One of the positions that have always
12 been taken with respect to that is that they want to be
13 able to define who they are. It seems to me that any
14 institution who wanted to be clear on definitions, it could
15 be done in consultation with these different groups.
16 Indian Affairs is always one that has some people
17 identified, not all, but I think that might be one way
18 of overcoming that whole identification system.

19 I think you are quite correct when you
20 say that you should not be imposing identification, who
21 should be or who should not be, from your institution;
22 but, certainly, it might be one that can be resolved through
23 dialogue with certain communities, because they don't all

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 identify the same. Some have membership codes, some have
2 membership cards; they all have different ways. But there
3 are a lot of Aboriginal people in this country; there is
4 probably more than what we think there are. That was
5 another area.

6 Now, I want to raise a question here,
7 and I think my Co-Chair here just sort of alluded to it
8 towards the end, and that is the problem of suicides, drug
9 abuse, alcoholism. This is a major problem in the
10 communities in Canada, one certainly that has been raised
11 with us on many, many occasions.

12 In some areas of the country -- I want
13 to talk about prescriptions and prescribing drugs. There
14 seems to be a problem on how physicians were prescribing
15 drugs; they were making it very easy for some of these
16 people to be able to access drugs. There seems to be a
17 lot of drugs that are going around in the communities.

18 Could you comment on that for me, if that
19 has been a problem around here, and how you have dealt
20 with it, or has it?

21 **CHARLES DUMONT:** The question of access
22 to prescribed drugs, in the Cree communities, which I have
23 most experience with, is no really the major problem.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 The thing you have to realize is that, simply, in the
2 northern stores, you can buy off the shelf enough aspirin
3 to kill yourself if you want to. So even if physicians
4 would stop prescribing drugs to people, you would still
5 have the problem, because you can still get it off the
6 shelf; and if you don't prescribe it to the patient, they
7 can get it and they can get it from -- for a suicidal person,
8 this suicidal person may get it from a relative who is
9 taking drugs. Even drugs like INH, which is used for
10 prevention of tuberculosis, which is a very useful drug,
11 has been used in many epidemics of suicide attempts.

12 So I don't think that this is a place
13 where changing the practice would make all that much
14 difference, at least in Quebec here. I think what will
15 make a big difference in terms of suicide prevention is
16 involvement of the community more than the structures of
17 the health system itself.

18 If you look, for instance, at other
19 aspects of health, for instance prevention of diarrhoea
20 and things like this, hygienic measures and proper sewer
21 systems, proper water supply systems are more important
22 than drugs to cure the diarrhoea. It is the same thing
23 for suicide prevention. There are things which are done

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 outside the health care system which are more important
2 to prevent that and which will have more impact on the
3 community than what is done by physicians.

4 I think that at the moment, where we are
5 right now in terms of suicide prevention in the
6 communities, we have to look more at the involvement of
7 the communities themselves in the solution of the problem.

8 **AUGUSTIN ROY:** I will just add a couple
9 of words.

10 As far as physicians are concerned in
11 the prescription of drugs, we monitor that very, very
12 closely with the Department of National Health and Welfare,
13 and I don't think that is the big problem. We check that
14 very closely. What I say applies also to physicians who
15 practise everywhere in the province. We are very much
16 aware of this question of prescription of drugs, and we
17 always tell physicians, "Prescribe as little drugs as
18 possible." All drugs are poison by definition. Some are
19 necessary and are essential, and they are very beneficial
20 in some instances, but nobody should abuse drugs in any
21 circumstances.

22 But there is more to that. I think the
23 rest of the question belongs to social issues. What is

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 the cure to prevent suicides? We have suicides in our
2 own communities too. I think it is a question of, first,
3 family values. We must develop better family values.
4 You used to have that in the past, 30 years ago; we were
5 living in closer communities. Now it has split apart.
6 So family values. Better education in the school system
7 and in the whole community. We have to fight poverty.
8 Poverty is the mother of a lot of diseases. Then we have
9 to create employment, create jobs. I think people who
10 don't work have more chances to suffer from all kinds of
11 social and health problems. So we must keep people at
12 work. When you are at work, you are busy, you forget about
13 a lot of things. And this also applies to our white
14 community.

15 We live in a difficult era. We have a
16 lot of problems coming to us, but I realize that in the
17 Aboriginal communities, because of the explosion in recent
18 years, because of the fact that you have been influenced
19 by our culture and by our traditions and by our
20 civilization, I would say, new ways of eating, closer ties
21 with our own cities, I think you have developed problems
22 that you must try to solve by more community involvement,
23 better education, and that is the best way to prevent these

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 social illnesses that are suicides, drug abuses,
2 prostitution, et cetera.

3 **LOUIS COSSETTE:** This also illustrates
4 that, in medicine, we have good means, but we also have
5 our limits. You can't just bring somebody who is a
6 suicidal risk to a physician and tell him, "Cure him."
7 The problem has many factors and often has its roots in
8 a social situation. So one shouldn't expect a physician
9 to be a magician. He can help identify, he can do some
10 things that can help to solve the situation, but there
11 is no magic pill that will cure a social problem.

12 Also, as Dr. Roy mentioned, the
13 Corporation professionnelle looks after its physicians.
14 We have reports from the Dangerous Drugs Bureau, for
15 example, that will tell us when there seems to be an
16 abnormal pattern of prescription in some area. Also we
17 rely on complaints brought by the public. So if a community
18 thinks that there might be a particular problem locally
19 of drug abuse that could be related to prescription drugs,
20 they can call the Corporation, and we have means to
21 investigate the matter and to evaluate also professionally
22 whether there are good or bad reasons for the kind of
23 prescribing practice that is described. And we have very

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 powerful means to correct the situation.

2 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
3 you. I raised the question because I have known it to
4 happen in certain areas.

5 One other question here is, how do
6 services compare -- we have talked a lot about communities
7 and about rural areas, but what about the urban centres,
8 say, like Montreal? I understand there are how many
9 thousand people here; there are thousands of Aboriginal
10 people in the city of Montreal. Could you give me an
11 indication of how services compare in the urban centres
12 or towns where there is a good concentration of Aboriginal
13 people, other than the ones in the rural communities?

14 **AUGUSTIN ROY:** I have been living in
15 Montreal for 35 years and, really, have never made a
16 difference between the fact that there were Aboriginal
17 people living in Montreal receiving different care. We
18 have a reserve at -- I used to call it Caughnawaga; is
19 it Akwesasne?

20 **CO-CHAIR RENÉ DUSSAULT:** Kahnawake.

21 **AUGUSTIN ROY:** Kahnawake. I always
22 knew that there was an Indian reserve there, and when I
23 was a young student, as a matter of fact, I played la crosse

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 with the team there. We never had any problems. I knew
2 they had their own hospital, their own clinics there, but
3 they used to come and see our physicians, mostly English
4 speaking because they are English speaking. They went
5 to McGill, Royal Vic and General, without any problems.

6 Now, for practical reasons, the
7 situation is more tense than before, but I think the
8 treatment given for big diseases has always been very,
9 very good, because the door is open in our English-speaking
10 hospitals and French-speaking hospitals -- but they
11 usually go to English-speaking hospitals.

12 The same applies to Quebec. There is
13 the Village Huron in Quebec, and we have never made any
14 distinction. As a matter of fact, the Village Huron in
15 Quebec is like a French village. I used to go there when
16 I was a kid, and there was absolutely no problem at all.

17 On top of that, I think we must try to
18 stress the fact that medical care should not only be given
19 to a special group of people. I don't think this notion
20 of reserves, specially in the big cities -- I think it
21 should be broken up. I think it looks like a kind of
22 ghetto. If we want to solve our problems, we must understand
23 each other much better; we must be able to move, to have

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 more mobility and to live together. If everybody lives
2 in a ghetto, if people coming from Haiti live together,
3 from Vietnam live together -- we have some of that in
4 Montreal. This is one thing that has to be broken.

5 We must try to share facilities with
6 everybody, whatever their ethnic origin, whatever the
7 colour of the skin and the language they speak. I don't
8 think we should encourage this notion of reserves any more.
9 We should encourage, on the other hand, people to go
10 wherever they want.

11 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** I think
12 my question was more or less -- I want to talk about
13 transients. I know there are a lot of people in Montreal
14 who come from all different parts of the country, maybe
15 not even more from Quebec. There is a lot of Inuit and
16 there is a lot of people from different parts of Quebec
17 who have come into Montreal, and I am just wondering, if
18 they need the services of a hospital, if some of them might
19 have difficulty even in speaking, they may not understand
20 the language, does that create a problem in the delivery
21 of a service? That's what I am trying to get at here.

22 **LOUIS COSSETTE:** From what we know from
23 the complaints, there doesn't seem to be much problems

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 as far as medical services are concerned. It is more with
2 social services. Probably the best resource that Indians
3 living in Montreal have is the Centre d'amitié autochtone,
4 but there are few services dedicated to this population,
5 to helping them adapt to a new milieu. And I believe they
6 live a transition that is as important as some immigrants
7 who live in Montreal. These people have services to help
8 them adapt socially, but the Indigenous people don't seem
9 to have as many services, from what we hear.

10 **AUGUSTIN ROY:** (Off mike) I don't think
11 it is a great problem. We have community clinics here
12 in Quebec and we have many of them in the Montreal area.
13 These people can go to these clinics and they can go to
14 hospitals that are open all the time. I have never been
15 aware that there was a problem as far as the accessibility
16 of service is concerned.

17 **CHARLES DUMONT:** I think the main
18 problem that people have is not in terms of resources
19 available but how to gain access to the system. This is
20 where the Native Friendship Centre has become very
21 important, because this is one door people will
22 automatically knock on, and there is somebody who can
23 direct them to the proper place to get the services they

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 need. This is why the Corporation support these Native
2 Friendship Centres.

3 The Corporation believes that cutting
4 funds to the Native Friendship Centres is really very
5 short-sighted, because otherwise people, instead of
6 getting to know exactly where to go at the beginning of
7 the problem, it could end up six months later as a major
8 social or medical problem. If you have a good network
9 of Friendship Centres, people will knock on this door,
10 they will be told, "Yes, there is a resource for your
11 problem at this institution or that institution", and their
12 things get solved.

13 There are a lot of organizations to help
14 native and non-native, but what is characteristic of native
15 people is that they don't know which door to knock on,
16 and the Native Friendship Centres can help direct them
17 there. This is why the Corporation believes that we must
18 support fully the Native Friendship Centres.

19 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** That
20 certainly is good information for us, to know that the
21 services of the Friendship Centres are important and
22 provide a good linkage to other things such as health.
23 I know in some places they even have hospital liaison

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 workers who can serve as interpreters and different things.

2 So this is what I was trying to get across, to see if
3 that was a problem. Undoubtedly, if they weren't there,
4 there would be a big problem.

5 I think that concludes my questions that
6 I had for now. Thank you.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Juste un
8 court suivi sur la dernière question: Est-ce que la
9 Corporation professionnelle des médecins a des relations
10 structurées avec le conseil d'administration du Centre
11 d'amitié autochtone à Montréal? En d'autres termes,
12 est-ce que vous avez un système d'échanges sur une base
13 régulière?

14 **LOUIS COSSETTE:** Non, on n'a pas
15 d'échanges officiels. En fait, dans les consultations
16 qui ont amené la préparation du mémoire, c'est une
17 ressource qui revenait de façon régulière chez tous ceux
18 qui ont une expérience avec les communautés autochtones.
19 C'est pour cette fin qu'on les mentionne.

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je dis cela
21 parce qu'évidemment la population autochtone urbaine de
22 Montréal, dépendant des chiffres, est de 40 000 ou de 12
23 000 ou 15 000, toujours si on distingue l'origine et

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 l'identification, largement des Inuit et des Cris. Ça
2 ne pourra que s'accentuer dans les prochaines années.
3 La tendance est migratoire du nord au sud, encore qu'au
4 Québec c'est beaucoup plus restreint qu'ailleurs au Canada
5 à cause des conventions, entre autres, qui ont permis aux
6 Inuit et aux Cris de se développer dans le Nord beaucoup
7 plus que cela aurait été le cas autrement.

8 En tous les cas, je me permets de
9 suggérer qu'il y ait des relations ou un suivi de fait
10 de façon régulière avec les Centres d'amitié autochtones,
11 parce que c'est là une ressource très, très importante,
12 non seulement pour les gens en transition mais pour les
13 populations qui habitent les centres-villes.

14 **LOUIS COSSETTE:** Ils peuvent d'ailleurs
15 jouer un rôle pour les étudiants d'origine autochtone...

16 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Tout à
17 fait.

18 **LOUIS COSSETTE:** ... qui viennent en
19 milieu urbain. Ils jouent un rôle de support.

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je voudrais
21 peut-être maintenant passer à la question de la pratique
22 des sages-femmes dans le Nord. Je sais, Docteur Roy, que
23 c'est l'un de vos sujets préférés généralement.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 Comme vous le savez, il y a un projet
2 à Povungnituk, chez les Inuit, au nord du Québec. Je pense
3 qu'il se situe dans le cadre du projet de loi que
4 l'Assemblée nationale a adopté sur les projets pilotes.
5 On en a entendu parler beaucoup. On a eu des
6 présentations. On est allé dans le Nord du Québec. Et,
7 certainement, plus tard dans la journée, l'Ordre des
8 infirmières et infirmiers du Québec fera une présentation
9 et en parlera.

10 J'aimerais connaître votre point de vue.
11 Est-ce que la Corporation a une évaluation sur le
12 déroulement du projet à Povungnituk?

13 **AUGUSTIN ROY:** En fait, la Corporation
14 a approuvé le projet de sages-femmes à Povungnituk bien
15 longtemps avant la Loi 4 sur l'implantation de projets
16 pilotes de sages-femmes. Je pense que c'est en 1986, ou
17 quand le projet a été commencé, nous avons donné notre
18 approbation très, très rapidement.

19 On ne pouvait pas faire autrement de
20 toute façon, parce que, dans notre optique, c'était une
21 amélioration très grande sur le genre de services qui était
22 donné autrefois. Je vous faisais part de mon expérience
23 tout à l'heure. J'ai exercé moi aussi à Schefferville

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 et j'ai vu ce qui se passait dans le nord du Témiscamingue,
2 qui n'est quand même pas une région très éloignée, où c'est
3 bien sûr que la qualité des services était, je pense,
4 inférieure à l'époque à ce qu'elle aurait dû être.

5 Alors quand on avait, en dehors des
6 grands centres et dans presque toutes les réserves
7 indiennes, des services qui n'étaient pas aussi bons qu'ils
8 auraient dû être, avec une mortalité périnatale et
9 néonatale très, très grande, je pense qu'un projet de
10 sages-femmes dans un hôpital... et c'est ça qui est
11 l'intérêt très grand à Povungnituk; c'est que le service
12 d'obstétrique n'est pas un service à domicile, c'est un
13 service dans un hôpital où il y a des infirmières et des
14 médecins qui travaillent ensemble, en équipe. C'est comme
15 ça que la pratique de l'obstétrique devrait se faire.

16 Le modèle de Povungnituk aurait dû être
17 suivi dans d'autres endroits si les sages-femmes avaient
18 voulu s'implanter plus rapidement au Québec. Je pense
19 que le modèle de l'accouchement à l'hôpital avec des
20 sages-femmes qui collaborent avec des médecins est un bon
21 modèle, et nous sommes d'accord avec ce modèle-là. Nous
22 avons des problèmes... évidemment, je ne veux pas parler
23 d'autres problèmes dans l'implantation de projets pilotes,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 parce que les sages-femmes ne veulent pas suivre ce
2 modèle-là en dehors de Povungnituk.

3 Mais le modèle de Povungnituk est un
4 excellent modèle, parce qu'à ce moment-là on fait le tri
5 des accouchements à risque et de ceux qui ne sont pas à
6 risque. C'est bien évident qu'on n'a pas de chirurgie
7 à Povungnituk, mais, comme le tri se fait très bien, à
8 ce moment-là, les femmes à risque ont la possibilité de
9 venir compléter leur grossesse à Montréal ou ailleurs,
10 mais dans des endroits sécuritaires, et cela a amélioré
11 beaucoup les statistiques de mortalité maternelle et de
12 mortalité périnatale. Il faut continuer dans le même
13 sens. Cela n'a pas réglé tout à fait tous les problèmes,
14 mais c'est certainement un pas dans la bonne direction
15 et c'est un modèle, je pense, qu'il faut suivre.

16 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Il y a quand
17 même une pression qui continue, y compris chez les Inuit.

18 On avait une présentation d'Inuit Tapirisat du Canada
19 à Ottawa il y a deux semaines et, entre autres, dans la
20 Terre de Baffin, au-dessus du nord du Québec, il y a 14
21 communautés inuit, et les femmes viennent accoucher à
22 Iqaluit; donc, sur de longues distances. Elles parlent
23 inuktitut; elles sont unilingues inuktitut. Ce sont des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 infirmières qui sont en roulement et des médecins... le
2 personnel médical à l'hôpital d'Iqaluit.

3 Évidemment, cela a eu un impact très
4 important sur la baisse des mortalités. Cependant, il
5 y a une pression qui s'exerce pour permettre, lorsque les
6 grossesses ne sont pas identifiées comme à risque -- et
7 là, il y a tout un débat sur comment identifier une
8 grossesse à risque ou pas -- de faire en sorte que les
9 femmes puissent accoucher dans leur localité avec le
10 soutien de sages-femmes.

11 On sent, nous, au niveau de la
12 Commission, cette pression-là de façon importante, parce
13 que c'est un traumatisme de quitter la communauté pendant
14 six semaines ou cinq semaines, de tomber dans un milieu
15 où on doit avoir un service d'interprètes. Vous parliez
16 de la réalité familiale de l'accouchement.

17 Alors je pense que ce serait se mettre
18 un peu la tête dans le sable que de ne pas réfléchir à
19 la façon dont les services peuvent s'ajuster, parce que
20 la pression est là. Les Inuit sont très conscients qu'on
21 ne veut pas perdre ce qu'on a gagné, mais, d'un autre côté,
22 on veut retourner un peu à un balancier. C'est la même
23 chose à Povungnituk dans le nord du Québec. Évidemment,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 les gens couvrent de grandes distances pour y venir.

2 Alors je pense que c'est une
3 préoccupation qui demeure, plus largement. C'est sûr
4 qu'on ne peut pas avoir un hôpital dans toutes les petites
5 localités, mais il y a une réflexion qui doit se poursuivre
6 sur cette réalité-là.

7 Docteur Roy.

8 **AUGUSTIN ROY:** À l'impossible, nul
9 n'est tenu. C'est bien évident que dans des petites
10 localités, il n'est pas question d'avoir des hôpitaux de
11 200 lits qui font de 100 à 500 accouchements par année,
12 qui sont les normes qu'on a dans les hôpitaux urbains pour
13 assurer une meilleure qualité de soins. Ce sont toujours
14 des centres qui vont avoir un petit nombre d'accouchements.
15 Mais il serait encore mieux d'avoir des accouchements
16 dans un endroit organisé que de les avoir à domicile sans
17 aucune surveillance, aucune aide, aucun contrôle.

18 Il faut tenter de faire notre pratique
19 de la meilleure façon possible. Ce qui est bien important,
20 c'est de classifier les grossesses en cours d'évolution
21 pour tenter d'évacuer les femmes qui ont des grossesses
22 à risque ou potentiellement à risque vers des centres où
23 elles vont pouvoir avoir de meilleurs soins, parce que

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 le but, c'est d'assurer les meilleures chances de survie
2 au bébé et évidemment à la mère. Mais dans les conditions
3 où on donne les meilleures chances possibles à la mère
4 et au bébé, je pense que dans des villages où il y a peu
5 de personnes, pour éviter que les gens aient de grandes
6 distances à parcourir, il est tout à fait convenable qu'ils
7 puissent faire des accouchements, ce qui ne serait pas
8 permis, évidemment, dans des régions urbaines.

9 Par exemple, on a fait fermer il n'y a
10 pas tellement longtemps -- on ne l'a pas fait fermer,
11 mais... -- le département d'obstétrique de l'Hôpital de
12 Murdochville -- ce n'est quand même pas tellement loin;
13 c'est à une heure de Sainte-Anne-des-Monts et à une heure
14 de Gaspé -- parce qu'il se faisait à peu près cinq
15 accouchements par année; donc pas assez d'accouchements
16 pour développer une expertise et assurer la meilleure
17 qualité de services. À Murdochville, évidemment, ce n'est
18 pas comme plus au nord, mais c'est pour assurer les
19 meilleures chances de survie à la mère et à l'enfant.

20 Il faut se reporter ici même, au Québec,
21 dans le temps où je pratiquais la médecine. Dans les
22 années soixante, il y avait 100 femmes par année qui
23 mouraient des suites d'un accouchement, alors

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 qu'aujourd'hui quand il en meurt une par deux ans ou trois
2 ans on fait une enquête à n'en plus finir. Il y a des
3 mortalités inévitables, mais il faut donner toutes les
4 chances au bébé et à la mère dans les meilleures
5 circonstances possibles. Mais on est tout à fait d'accord
6 pour que ces accouchements, à ce moment-là, se fassent
7 par les personnes les plus compétentes possibles, et
8 généralement ce sont les infirmières; il ne peut pas y
9 avoir de médecins partout.

10 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** En fait, on
11 a parlé de la difficulté d'avoir des autochtones dans les
12 professions de la santé. De façon un peu naturelle, à cause
13 de l'historique, chez les Inuit comme ailleurs, les
14 sages-femmes se sont développées parce que c'était
15 essentiel. Ce qui importe, je pense, c'est de leur assurer
16 une formation maximale qui tienne compte à la fois des
17 traditions mais également d'une formation technique.
18 Dans ce sens-là, ça nous apparaît important que, du côté
19 du nord du Québec, les personnes qui veulent faire de la
20 pratique comme sages-femmes puissent avoir accès à cette
21 formation-là, et accès à cette formation-là largement sur
22 place et non pas nécessairement au Sud.

23 Est-ce qu'il y a une réflexion

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 là-dessus? C'est une question que je vais reposer à
2 d'autres intervenants aujourd'hui.

3 **CHARLES DUMONT:** Je pense que c'est une
4 réflexion qui se fait de façon constante. On ne fait pas
5 une commission d'enquête à tous les six mois, mais c'est
6 une chose à laquelle on réfléchit constamment. Cela a
7 été aussi loin qu'à un moment donné on s'est demandé,
8 "Est-ce qu'à Chisasibi, qui a un hôpital d'une quarantaine
9 de lits, où il se fait une cinquantaine d'accouchements,
10 on doit continuer à en faire là? Est-ce qu'on doit faire
11 les accouchements dans les villages?"

12 La réponse à ces questions-là n'est pas
13 uniquement médicale. Elle est en partie médicale. Elle
14 est en partie médicale parce que, finalement, c'est la
15 communauté médicale qui va pouvoir peut-être établir quels
16 sont les risques avec chaque lieu d'accouchement, chaque
17 mode d'accouchement, mais c'est en partie non médical parce
18 que c'est la femme, finalement, qui doit voir quel est
19 le taux de risque qu'elle est prête à accepter compte tenu
20 des autres valeurs qu'elle a.

21 Par exemple, si, disons, accoucher à
22 Chisasibi, ça comporte un risque, je ne sais pas, de 5
23 pour cent de plus qu'accoucher à Val-d'Or, mais qu'une

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 la notion d'autonomie gouvernementale. Il est évident
2 qu'il faut s'assurer qu'il y a certains choix sociaux qui
3 puissent être entre les mains des populations, mais, en
4 même temps, que les individus soient bien informés.

5 Docteur Roy.

6 **AUGUSTIN ROY:** Il faut tenir compte des
7 particularités des régions et éviter d'uniformiser à tout
8 prix. Ce qui est bon et applicable à Montréal n'est
9 peut-être pas nécessairement applicable à Fort Chimo ou
10 dans les villages autour de la côte à l'est et à l'ouest,
11 parce qu'il y a de très, très grandes distances. Donc
12 c'est une question de bon sens, une question d'avoir les
13 meilleures mesures possibles compte tenu de la situation.
14 Il faut s'adapter à ça.

15 La Corporation des médecins a toujours
16 été ouverte à ce genre de pratique. J'ai moi-même
17 travaillé avec beaucoup d'infirmières qui étaient
18 responsables de postes médicaux dans les villages et qui
19 communiquaient par téléphone quand elles avaient besoin
20 d'aide, et qui faisaient le meilleur travail possible.
21 Alors c'est une question de bon sens et de rendre la
22 meilleure qualité de services possible compte tenu des
23 possibilités qui sont à notre disposition.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Un dernier
2 point, Docteur Roy. Il y a deux semaines on a eu une
3 présentation à Ottawa du Conseil canadien de sécurité qui
4 nous donnait des statistiques qui sont assez frappantes
5 sur le taux d'accidents dans les communautés autochtones
6 au Canada, y compris au Québec, de tous genres. Par
7 rapport à la courbe descendante, d'une certaine façon,
8 soit des accidents d'automobiles -- on connaît quand même
9 la chute spectaculaire, depuis 20 ans, des morts sur les
10 routes, même si les accidents plus mineurs s'accroissent
11 -- c'est une courbe contraire du côté des autochtones.
12 Il est clair qu'en termes de santé publique cela a un impact
13 et c'est une préoccupation majeure.

14 Est-ce que la Corporation, dans ses
15 études sur le plan de la santé publique de façon plus large,
16 regarde cette question-là ou est-ce que c'est une chose
17 avec laquelle vous avez eu l'occasion de travailler, ces
18 statistiques-là, et de réfléchir?

19 **LOUIS COSSETTE:** La Corporation ne fait
20 pas comme tel des études de santé publique, mais il y a
21 des départements de santé communautaire qui s'en
22 préoccupent au Québec, qui ont ce mandat-là.

23 Si on regarde pour ce qui est des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 accidents d'automobiles, deux facteurs ont joué. Il y
2 a eu le facteur de l'amélioration de la qualité des services
3 médicaux, mais également l'implantation d'une série de
4 mesures préventives. Particulièrement, dans
5 l'amélioration spectaculaire des statistiques, il y a eu
6 le port de la ceinture et récemment une moins grande
7 tolérance face à l'alcool au volant et à la vitesse sur
8 les routes.

9 L'expérience qui a été acquise dans ces
10 problèmes-là pourrait être utile auprès des populations
11 autochtones qui vivent ces problèmes-là.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** En fait, ma
13 question... je suis bien conscient que ça relève davantage
14 du ministère de la Santé et des Services sociaux et des
15 départements de santé communautaire, mais il y a
16 véritablement un effort de sensibilisation des populations
17 autochtones. J'essayais de voir un peu le rôle que la
18 Corporation, par un certain nombre de vos membres sur place
19 dans les communautés, pourrait jouer.

20 **AUGUSTIN ROY:** Je pense, Monsieur le
21 Président, que c'est plutôt un problème de société qu'un
22 problème de santé comme tel, un problème d'éducation encore
23 une fois; d'abord, une meilleure utilisation des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 véhicules. Par exemple, je sais que chez les peuples
2 autochtones il y a beaucoup d'accidents avec les
3 motoneiges, les véhicules tout terrain. En fait, il y
4 aurait peut-être des règlements plus sévères qui devraient
5 être respectés.

6 C'est bien sûr qu'il y a des cultures
7 à respecter, parce qu'on utilise beaucoup plus la motoneige
8 dans le Grand Nord qu'on va l'utiliser à Montréal; cela
9 va de soi. Mais il y a quand même des façons de l'utiliser
10 et il y a aussi toute la question de l'alcool au volant.

11 Si on a eu des bons succès en réduisant le nombre
12 d'accidents d'automobiles, surtout les accidents
13 d'automobiles mortels, c'est par des campagnes
14 d'éducation, par la surveillance sur les routes et par
15 l'éducation en général. Alors je pense que la même chose
16 devrait s'appliquer chez les peuples autochtones pour
17 réduire ces taux d'accidents qui, généralement, frappent
18 des populations jeunes. Ça, c'est de l'éducation et de
19 la surveillance bien plus qu'autre chose.

20 **CHARLES DUMONT:** Si je peux juste
21 ajouter l'expérience de la Baie James à ce sujet-là,
22 effectivement, même si la Corporation n'a pas comme mandat
23 de faire les études mais que ce sont généralement les

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 départements de santé communautaire et les membres de la
2 Corporation qui vont faire les études et qui vont
3 intervenir... pour les Cris à la Baie James il y a eu des
4 campagnes de sensibilisation pour le port de la ceinture,
5 par exemple -- il y a de très grosses campagnes qui se
6 font -- et pour le port du casque de sécurité.

7 Pour ces choses-là, cela illustre bien,
8 je pense bien, le fait que ce n'est pas uniquement la santé
9 communautaire qui doit intervenir mais aussi la société;
10 autrement dit, que ça devienne inacceptable socialement
11 de se promener sans casque. À ce moment-là, le policier
12 autochtone qui est dans sa communauté va se sentir beaucoup
13 plus à l'aise d'arrêter son oncle qui se promène sans casque
14 et lui dire: "Toi, tu vas porter un casque parce que c'est
15 dangereux." Si, socialement, c'est très acceptable de
16 se promener sans casque, à ce moment-là, ça devient très
17 difficile d'intervenir.

18 Alors c'est une implication non
19 seulement du département de santé communautaire, des
20 médecins, des infirmières, du réseau de santé, mais c'est
21 aussi une implication de la communauté comme telle qui
22 résout le problème.

23 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 que vous avez parfaitement raison. C'est dans ce sens-là
2 que des professionnels de la santé clés comme des médecins
3 peuvent certainement avoir une influence importante auprès
4 des communautés et donc avoir une répercussion sur une
5 dynamique collective, une conscientisation des actions
6 prises.

7 Je pense qu'on a fait un peu le tour qu'on
8 pouvait faire dans le temps qui nous était disponible.
9 Je voudrais d'une part remercier les représentants de la
10 Corporation professionnelle des médecins d'avoir fait un
11 effort de réflexion sur la réalité des services de santé
12 en regard des communautés autochtones au Québec et
13 également d'être venus présenter et répondre à nos
14 questions ce matin.

15 Nous allons suspendre l'audience pour
16 15 minutes et, par la suite, entendre la présentation de
17 l'Association des hôpitaux du Québec. Merci.

18 --- Courte suspension à 10 h 40

19 --- Reprise à 11 h 00

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** La
21 Commission royale sur les peuples autochtones reprend
22 l'audience avec la présentation du mémoire de
23 l'Association des hôpitaux du Québec. J'aimerais

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'hébergement et de soins de longue durée.

2 L'Association des hôpitaux a pour
3 principal mandat d'aider ses membres à bien dispenser les
4 services dont la population a besoin. Pour ce faire nous
5 agissons principalement de deux façons. La première est
6 celle de faire de la représentation auprès des instances
7 décisionnelles, auprès des preneurs de décisions
8 gouvernementaux et autres, auprès aussi de la population
9 pour les informer des enjeux concernant la santé et les
10 services de santé pour les Québécois, et aussi en
11 produisant toute une série de services à l'intention de
12 nos membres, des outils de gestion ou des services qui
13 leur permettent de mieux faire leur travail, comme par
14 exemple des conseils juridiques à l'occasion, des conseils
15 sur l'organisation des soins, sur le financement et la
16 gestion des ressources humaines. C'est un peu ce qui fait
17 que l'Association des hôpitaux représente effectivement
18 une force au service de ses membres, une instance qui,
19 heureusement, a un certain pouvoir d'écoute.

20 Nous sommes particulièrement heureux
21 d'avoir été invités à présenter devant cette Commission.
22 Ça nous a donné l'occasion de faire le point. Ça nous
23 a donné aussi l'occasion de réfléchir sur les relations

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 que nous avons comme réseau de santé, réseau hospitalier,
2 avec la population autochtone. Pour bien documenter notre
3 approche nous avons formé un comité où étaient présents
4 des médecins, des administrateurs et aussi des personnes
5 autochtones; il y avait deux personnes qui agissent comme
6 interprètes et agents de liaison à Sept-Îles et aussi dans
7 la région de Joliette et qui ont participé aux travaux
8 du Comité.

9 Bien sûr, ce qu'on a essayé de faire,
10 un peu selon le mandat de votre Commission, c'est qu'on
11 a cherché à voir comment on pouvait faciliter des
12 rapprochements entre les communautés autochtones et les
13 non-autochtones au Québec. Nous nous sommes centrés
14 surtout, comme toile de fond, sur les cinq questions que
15 votre Commission nous avait proposées.

16 Sur ce, je demanderais à M^{me} Blouin de
17 peut-être présenter de façon synoptique et ramassée, les
18 principaux éléments concernant chacune de ces cinq grandes
19 questions.

20 **HUGUETTE BLOUIN, directrice, Groupe des**
21 **centres hospitaliers et des centres de réadaptation,**
22 **Association des hôpitaux du Québec:** Alors voilà.
23 D'abord en ce qui a trait à la médecine traditionnelle,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 à ce sujet, nous voulons vous dire que nous respectons
2 tout à fait la volonté des peuples autochtones de vouloir
3 avoir recours à la médecine traditionnelle parce qu'on
4 comprend que c'est vraiment une partie intégrante de leur
5 culture et de leurs traditions. Nous croyons donc qu'à
6 juste titre les autochtones aspirent à avoir accès à une
7 médecine holistique qui prend vraiment en compte les
8 dimensions physiques, psychiques et spirituelles de la
9 personne.

10 Nous sommes d'autant plus à même de
11 comprendre cette aspiration parce que nous observons, dans
12 l'ensemble de la société québécoise, une tendance réelle
13 et même croissante en faveur des pratiques alternatives
14 et des médecines douces, à la recherche, dans ce cas-là
15 aussi, d'une approche beaucoup plus globale, plus humaine
16 et qui apparaît moins agressive que la médecine moderne.

17 On est à même de constater, même, que cette tendance
18 atteint les professionnels de la santé. On a pu observer
19 récemment dans une de nos études à quel point les
20 professionnels de la santé manifestaient une ouverture
21 vis-à-vis des pratiques alternatives, autant
22 personnellement que par rapport aux attentes des
23 clientèles qu'ils desservent.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Tout ceci est pour vous dire qu'il nous
2 apparaît bien fondé que les autochtones réaffirment à ce
3 moment-ci leur attachement et leur confiance dans leur
4 médecine traditionnelle. On croit qu'ils vont à ce
5 moment-là profiter d'un climat favorable à l'éclosion et
6 au maintien de ce type de pratique.

7 Cependant, pour nous, les médecines
8 traditionnelles demeureront toujours complémentaires à
9 la médecine moderne, un peu dans le même sens que la
10 Corporation des médecins vous en a parlé précédemment.
11 À ce sujet, nous, on suggérerait aux membres de la
12 Commission de sensibiliser les professionnels de la santé
13 à l'importance que revêt la médecine traditionnelle pour
14 les autochtones de façon à ce qu'ils fassent preuve
15 d'ouverture mais aussi qu'ils connaissent un peu mieux
16 la nature de cette médecine et qu'ils puissent intervenir
17 adéquatement pour que cette médecine demeure
18 complémentaire à la médecine moderne et qu'ils puissent
19 intervenir aussi de façon à faire comprendre aux
20 autochtones que l'intervention de la médecine dite
21 scientifique moderne est parfois nécessaire.

22 De façon plus globale encore, nous
23 suggérons à la Commission de sensibiliser les milieux

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'enseignement afin que, dès les étapes de la formation,
2 les professionnels de la santé soient sensibilisés à ces
3 approches différentes que représente la médecine
4 traditionnelle, au même titre qu'on croit important que
5 les professionnels de la santé soient sensibilisés aussi
6 aux différentes approches de la santé qui sont véhiculées
7 par les différentes ethnies qui composent la population
8 du Québec.

9 Maintenant j'aborderais la question des
10 structures de coordination.

11 Vous n'êtes pas sans savoir qu'au
12 Québec, par une récente législation, on est maintenant
13 doté de 18 régions régionales ou conseils régionaux de la
14 santé et des services sociaux. Ces conseils ou régions
15 ont des mandats ou des fonctions fort importantes, et
16 notamment en ce qui a trait à l'organisation des services.

17 On peut donc dire qu'au Québec on est vraiment
18 généreusement doté de structures actuellement, mais la
19 question est de savoir comment on peut les utiliser et
20 s'en servir de façon judicieuse.

21 Un des points majeurs de notre récente
22 réforme du système de la santé est la place qu'on veut
23 laisser au citoyen et à l'utilisateur des services. Dans ce

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sens-là on en profite pour réitérer l'importance que les
2 autochtones se prévalent de cette place qui est laissée
3 au citoyen dans notre structure de la santé et des services
4 sociaux. Les conseils d'administration, autant des
5 régies que des établissements du réseau, ont des places
6 réservées pour le citoyen, et nous croyons que les
7 autochtones devraient se prévaloir de ces places-là qui
8 leur sont offertes, au même titre qu'à tous les citoyens,
9 pour à ce moment-là influencer le système et la
10 distribution des services de santé.

11 En termes de coordination des services,
12 plusieurs situations problématiques nous ont été
13 signalées. Certaines réfèrent aux difficultés parfois
14 des ententes supra-régionales. On vous a parlé qu'il y
15 avait 18 régions socio-sanitaires au Québec, mais, dans
16 certains cas, et en particulier pour les autochtones, il
17 arrive que des ententes doivent être prises d'une région
18 à l'autre. Le docteur Tremblay pourra peut-être en parler
19 davantage tout à l'heure, mais il y a quelques problèmes
20 de coordination à ce niveau-là.

21 On nous a aussi souligné le fait que dans
22 certaines régions, dans certaines réserves, les services
23 médicaux de base seraient nettement insuffisants. Il nous

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 apparaît que des interventions devraient être faites
2 auprès de ceux qui sont responsables de l'organisation
3 des services pour pallier à ces situations problématiques.

4 On a également soumis à notre attention
5 le problème de l'hébergement des personnes âgées
6 autochtones qui, dans certains cas, doivent être placées
7 dans des établissements du réseau public qui ne sont pas
8 a priori pour les autochtones. Nous croyons aussi à ce
9 sujet-là qu'il existerait peut-être des solutions ou des
10 formules plus légères et plus adaptées pour les besoins
11 des personnes âgées autochtones.

12 Enfin, on a souligné également, en
13 termes de problèmes de coordination, les faiblesses des
14 mécanismes de suivi et de référence pour les personnes
15 autochtones qui doivent quitter leur milieu pour recevoir
16 des services de santé dans un hôpital ou un autre
17 établissement du réseau public parfois éloigné de leur
18 milieu. À ce niveau-là, on a surtout attiré notre
19 attention en regard de la clientèle des femmes qui viennent
20 accoucher dans des centres hospitaliers, qui retournent
21 par la suite dans leur milieu et pour lesquelles il serait
22 fort important d'avoir des consignes précises et des
23 références très rapides pour assurer un suivi à la mère

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 et à l'enfant une fois retournés dans leur milieu.

2 Ces exemples, je les aborde brièvement,
3 mais sinon pour souligner que la Commission aurait
4 peut-être intérêt, à la fin de ses audiences, à relever
5 tous les problèmes de coordination qui lui auront été
6 soumis et à en discuter avec les régies régionales de la
7 santé et des services sociaux, qui, vraisemblablement,
8 dans plusieurs cas, pourraient et même auraient le mandat
9 d'apporter des solutions à ce type de problème. Il y a
10 certaines des remarques qui concernaient de façon
11 particulière les hôpitaux, et, de notre côté, à
12 l'Association, on s'engage à sensibiliser nos membres aux
13 améliorations qui pourraient être apportées en termes de
14 référence et de suivi.

15 Dans le document que vous nous aviez
16 soumis, qui s'intitulait "Guide de préparation d'un
17 mémoire", on adressait une question dans le sens suivant:
18 "Est-ce qu'il serait pertinent de développer une
19 politique de santé communautaire particulière pour les
20 autochtones?" Avant de répondre à cette question, avec
21 le groupe de travail nous avons fait deux constats qui
22 nous apparaissent importants. D'abord, on remarque qu'on
23 a une assez bonne connaissance de l'état socio-sanitaire

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 des peuples autochtones. On a été à même de constater
2 qu'on disposait de plus en plus de données précises,
3 fiables et comparables sur l'état de santé et l'état
4 socio-économique des peuples autochtones.

5 Il s'agit là, selon nous, d'une
6 dimension qui est fort importante puisque la connaissance
7 et la surveillance de l'état de santé de la population,
8 ça représente vraiment une des fonctions majeures de la
9 santé communautaire. Donc il nous apparaît important de
10 continuer dans cette voie à se doter de données
11 épidémiologiques de santé et de services sociaux sur la
12 clientèle des peuples autochtones.

13 Un autre constat aussi que nous avons
14 fait, c'est que nous disposons au Québec sans contredit
15 de toute l'expertise nécessaire pour élaborer des
16 politiques de santé communautaire et même une politique
17 de santé communautaire qui serait appropriée et
18 particulière aux peuples autochtones. Nous avons
19 également toutes les connaissances pour élaborer des plans
20 d'action en termes de promotion, de prévention, des
21 programmes de santé physique et mentale et même de procéder
22 à l'évaluation de ces programmes.

23 Ces deux constats, c'est-à-dire une

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 bonne connaissance de l'état de santé de la population
2 ainsi que l'expertise nécessaire, sont vraiment à la base
3 pour l'élaboration d'une politique de santé communautaire.

4 Cependant, nous avons la très ferme conviction qu'une
5 politique de santé communautaire, pour rencontrer ces
6 objectifs, doit vraiment être adaptée et intégrée par les
7 communautés elles-mêmes.

8 Il est fondamental vraiment d'aller
9 chercher les forces vives des communautés pour qu'elles
10 s'approprient tous les éléments d'une politique de santé
11 communautaire afin de s'assurer qu'il y ait vraiment une
12 approche de prise en charge de la communauté par elle-même.

13 Selon nous, c'est une condition sine qua non mais à la
14 fois très réaliste. En effet, on a été à même de constater,
15 au cours des dernières années, à quel point la volonté
16 d'autodétermination, la volonté d'autonomie et
17 d'indépendance des autochtones peut être forte. Nous
18 croyons beaucoup que si cette volonté, cette énergie pour
19 l'autodétermination était canalisée vers l'amélioration
20 de la santé, il y aurait vraiment des pas importants à
21 faire et qui viendraient vraiment issus des communautés.

22 On croit beaucoup, évidemment, pour en
23 arriver à ce qu'une politique de santé communautaire soit

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 bien intégrée, qu'elle soit appliquée dans les milieux
2 par des professionnels de la santé qui soient issus des
3 milieux autochtones; et on reviendra dans quelques minutes
4 sur, évidemment, l'importance qu'il y ait davantage de
5 professionnels de la santé en provenance des milieux
6 autochtones.

7 J'aborderai maintenant brièvement la
8 question des politiques internes des établissements,
9 puisqu'il s'agissait aussi d'un point qui nous était
10 soulevé.

11 Évidemment, les établissements publics,
12 dont les centres hospitaliers, que nous représentons, se
13 sont dotés de différentes politiques, procédures ou
14 règlements internes pour gérer leurs activités. Toutes
15 ces procédures, évidemment, sont dictées par la recherche
16 du bien-être, du confort et de la sécurité des malades
17 mais également en vue de donner des services de la meilleure
18 qualité possible. On a eu cependant des témoignages à
19 l'effet que toutes ces contraintes heurtaient dans
20 plusieurs cas les autochtones dans leur culture et dans
21 leurs traditions autour d'épisodes de la vie comme la
22 maladie, les décès ou la naissance. On nous rapportait
23 de façon très particulière que lorsqu'une personne

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtone est sur le point de décéder, il est fréquent
2 que la majorité des membres de sa communauté souhaitent
3 venir lui dire un dernier adieu à son chevet. Cette
4 situation n'est pas, évidemment, sans amener certains
5 problèmes de fonctionnement dans les centres hospitaliers
6 pour les autres malades et pour la distribution des soins.

7 Il s'agit d'un exemple, mais quand même,
8 pour tout ce genre de situations, nous, à l'Association,
9 sommes prêts à sensibiliser nos membres, en particulier
10 les centres hospitaliers qui sont appelés à recevoir une
11 assez bonne partie de leur clientèle provenant des
12 autochtones, de prévoir dans la mesure du possible des
13 aménagements qui permettraient aux autochtones de vraiment
14 exercer leurs traditions et leur culture dans certaines
15 situations lorsque l'un des leurs est hospitalisé. Mais
16 nous croyons aussi beaucoup qu'il y a des interventions
17 à faire pour sensibiliser les autochtones au bien-fondé
18 de toute cette réglementation qui est en usage dans les
19 centres hospitaliers publics.

20 Cela m'amène à parler en particulier des
21 interprètes qui sont en action dans certains centres
22 hospitaliers et qui nous apparaissent être des personnes
23 fort importantes dans une dynamique de rapprochement entre

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 les autochtones et les non-autochtones.

2 On s'est rendu compte, en discutant avec
3 eux, qu'ils agissent beaucoup plus que comme de simples
4 interprètes. Ils agissent aussi à toutes fins pratiques
5 comme des intervenants sociaux, des agents de changement.
6 Ce sont des personnes qui sont extrêmement importantes
7 à l'interface des autochtones et des non-autochtones.

8 Dans ce sens-là, nous croyons que ce type
9 de professionnels devraient peut-être se retrouver en plus
10 grand nombre dans les centres hospitaliers, là où le besoin
11 le justifie. Je ferais un cas particulier pour la ville
12 de Montréal, où on nous expliquait qu'il y a quand même
13 continuellement un grand nombre d'autochtones, notamment
14 des Inuit, des Cris, qui sont hospitalisés à Montréal pour
15 recevoir des soins ultra-spécialisés. Il semble que la
16 disponibilité d'autochtones qui peuvent servir
17 d'interprètes soit assez précaire, notamment et
18 probablement dû à des conditions de travail qui ne leur
19 sont pas favorables alors qu'ils jouent un rôle aussi
20 important. Alors il nous apparaissait important
21 d'attirer l'attention de la Commission sur cette réalité.

22 Enfin, comme cinquième et dernier point
23 que nous avons traité dans notre mémoire, mais non le

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 moindre, il s'agit de la main-d'oeuvre autochtone parmi
2 les professionnels de la santé.

3 Il nous apparaît vraiment que la clé
4 d'une meilleure intégration des services de santé et des
5 services sociaux aux communautés autochtones passerait
6 par une augmentation du nombre de professionnels de la
7 santé en provenance de ces milieux. Il faut déplorer qu'il
8 n'y en ait pas davantage, d'autant plus que nous savons,
9 toujours dans une perspective de santé communautaire, que
10 les conditions socio-économiques des communautés passent
11 beaucoup aussi par le niveau de formation et le niveau
12 d'éducation de ses membres.

13 Par contre, les difficultés que
14 rencontrent les autochtones à traverser un processus de
15 formation nous apparaissent assez évidentes. Notre
16 système d'éducation est un modèle qui apparaît tout à fait
17 incompatible avec la réalité, la culture et les traditions
18 des autochtones. Pour la personne qui serait très
19 déterminée à faire profession dans le domaine de la santé,
20 ça veut dire s'expatrier, se retrouver dans des milieux
21 inconnus, souvent solitaire, où un rythme de vie et même
22 un rythme d'apprentissage apparaissent nettement
23 accélérés. En peu de temps ces personnes doivent avoir

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 l'impression d'étouffer et même de manquer d'air.

2 Un autre problème aussi dans cette
3 dynamique est que les autochtones, nous croyons, manquent
4 de modèles. On ne parle pas dans leur cas d'un problème
5 de relève mais bien de modèles qui inciteraient par la
6 suite d'autres autochtones à suivre les traces de certains
7 de leur communauté qui ont réussi à passer à travers un
8 processus d'apprentissage.

9 Ça nous amène à suggérer à la Commission
10 que des efforts très particuliers soient consentis pour
11 vraiment amorcer un mouvement et une émulation pour assurer
12 que des autochtones deviennent des professionnels de la
13 santé et, par la suite, aient un effet d'entraînement pour
14 d'autres membres de leur communauté.

15 Je reviens, pour conclure, aux mentions
16 auxquelles on faisait allusion précédemment sur
17 l'importance d'une politique de santé communautaire
18 particulière aux autochtones en autant qu'elle soit
19 vraiment véhiculée, adaptée et intégrée par des
20 autochtones eux-mêmes; donc le rehaussement du nombre
21 d'autochtones professionnels de la santé serait, selon
22 nous, un gage très important pour une amélioration de leurs
23 conditions socio-sanitaires.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Alors là-dessus, je m'en remettrais au
2 docteur Landry pour conclure.

3 **PAUL LANDRY:** En conclusion de la
4 conclusion, Monsieur le Président, je tiens d'abord à
5 insister que l'Association des hôpitaux du Québec compte
6 bien transmettre à tous ses membres cette réflexion, ou
7 les fruits de cette réflexion-là, et la position qui est
8 la nôtre et qui va peut-être émerger des discussions qu'on
9 va avoir.

10 Je voudrais en terminant rappeler, si
11 vous voulez, un sommaire des différentes propositions qui
12 émergent des propos que M^{me} Blouin vient de vous tenir,
13 qui sont un peu des recommandations que l'on formulerait
14 auprès de la Commission.

15 La première, ce serait que la Commission
16 fasse des représentations auprès des différents milieux
17 d'enseignement pour inclure dans leurs programmes de
18 formation pour les professionnels de la santé des notions
19 relatives aux différentes approches ethniques et
20 culturelles. Ça vaut aussi pour les populations
21 d'immigrants mais plus spécifiquement pour les autochtones
22 dans le cadre de cette Commission.

23 La deuxième recommandation est que nous

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 souhaiterions aussi que votre Commission fasse part aux
2 régies régionales du réseau québécois des problèmes de
3 coordination concernant la distribution des services de
4 santé, notamment ceux qui ont été soumis à cette Commission
5 au cours de vos audiences.

6 La troisième, c'est que les centres
7 hospitaliers -- et là, ça nous concerne -- qui desservent
8 de façon significative des clientèles de personnes
9 autochtones portent une attention particulière aux
10 mécanismes d'information, de référence, d'accueil qui les
11 concernent.

12 La quatrième est que les gouvernements,
13 tant provincial que fédéral, financent adéquatement, avec
14 des conditions de travail convenables nécessaires, les
15 interprètes ou les agents de liaison qui oeuvrent dans
16 nos milieux hospitaliers là où il y a suffisamment de
17 clientèle autochtone pour le justifier.

18 Finalement, qu'on priorise des mesures
19 pour favoriser un meilleur accès pour les autochtones à
20 l'éducation, avec des programmes de formation plus souples
21 adaptés afin d'augmenter parmi les membres de ces
22 communautés le nombre de professionnels de la santé et
23 des services sociaux pour mieux répondre aux besoins des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 populations concernées.

2 Ça fait un peu la conclusion de nos
3 commentaires pour le moment. Bien sûr, nous sommes
4 intéressés à échanger et à répondre à vos questions plus
5 spécifiques s'il y en a.

6 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Merci,
7 Monsieur le Président. Je pense que nous sommes
8 certainement très heureux que vous ayez pu réunir cette
9 réflexion dans un certain nombre de pages et également
10 que l'invitation de la Commission ait été une occasion
11 pour l'Association des hôpitaux du Québec de faire cette
12 réflexion-là pour venir nous la présenter.

13 Si je comprends bien, l'Association
14 représente plus de 200 centres hospitaliers et une
15 cinquantaine d'autres établissements d'hébergement. Sur
16 ces centres hospitaliers, il y en a certains qui sont
17 carrément situés de façon beaucoup plus accentuée en milieu
18 autochtone, comme l'hôpital de l'Ungava, le Centre
19 hospitalier de la Baie d'Hudson, et le Conseil cri de la
20 Baie James sont membres de l'Association. Par ailleurs,
21 à l'autre extrême, il y a des centres hospitaliers à
22 Montréal qui, comme vous l'avez dit, reçoivent un bon
23 nombre d'Inuit et Cris, entre autres, et personnes de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'autres nations autochtones pour avoir des soins
2 spécialisés.

3 En fait, la question principale en est
4 une de savoir comment organiser le réseau hospitalier pour
5 être sûr que les services sont donnés de façon sensible
6 et culturelle, de façon adaptée aux autochtones. Je
7 présume que du côté du Nord la situation doit être un peu
8 différente, et c'est sans doute plus aisé.

9 Alors ma première question serait
10 peut-être de vous amener à nous dire un peu votre perception
11 des hôpitaux qui sont, de façon quotidienne, en contact
12 avec une clientèle autochtone au Québec et l'expérience
13 qui peut être tirée de là pour peut-être éclairer un peu
14 des réformes qui pourraient être faites au Sud ou dans
15 l'ensemble ou la grande majorité des centres hospitaliers.

16 Quelle est votre évaluation de la
17 situation des hôpitaux qui fonctionnent de façon plus
18 directe en milieux autochtones? Certains sont même
19 directement sous contrôle autochtone, comme le Conseil
20 cri de la Baie James. Est-ce que vous pourriez élaborer
21 là-dessus pour distinguer d'abord cette réalité-là et
22 ensuite on reviendra aux centres hospitaliers de façon
23 générale.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 **PAUL LANDRY:** J'aurai un premier
2 commentaire, si vous voulez, avant de passer la parole
3 à mes collègues.

4 C'est évident que la situation de
5 l'Hôpital de l'Ungava, par exemple -- et le docteur
6 Tremblay pourra nous en parler -- est très différente de
7 celle de l'Hôpital de Sept-Îles, où la majorité de la
8 clientèle demeure des Québécois de souche, pour employer
9 cette expression-là, avec une clientèle autochtone quand
10 même importante. La situation aussi à Joliette, qui a
11 aussi une clientèle d'Atikamekw, par des réserves dans
12 le bout de Manawan, de la Mauricie, est encore là différente
13 de celle de l'Hôpital général de Montréal, qui reçoit
14 encore là -- et on pourra peut-être y revenir un peu plus
15 tard pour cette problématique-là -- la clientèle inuit
16 et crie référée du Grand Nord.

17 Alors ce sont des réalités où les
18 problèmes d'interface ou de communications sont nettement
19 différents.

20 Pour ce qui est de l'Hôpital de l'Ungava,
21 peut-être que le docteur Tremblay a des commentaires à
22 faire sur l'organisation là, qui nous semble beaucoup plus
23 facile à circonscrire, avec des problèmes de nature

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 différente.

2 **DR NORMAND TREMBLAY, directeur des**
3 **services professionnels (Hôpital d'Ungava), Association**
4 **des hôpitaux du Québec:** Je voudrais d'abord peut-être
5 ajouter quelque chose à la présentation.

6 Je représente un organisme, le Centre
7 de santé Tullatavit de l'Ungava, qui est relié à
8 l'Association des hôpitaux du Québec depuis un certain
9 temps. Il faut dire que nous n'avons jamais été vraiment
10 présents parmi ces organisations du Sud auxquels nous
11 sommes affiliés. Lorsque je me suis rendu compte qu'ils
12 avaient été invités pour venir présenter un mémoire ici
13 sur les autochtones, j'ai vu que c'était très important
14 et qu'il fallait que les organisations du Sud, qui
15 représentaient l'ensemble des hôpitaux, l'ensemble des
16 établissements, s'impliquent dans la question autochtone.

17 On sait ce qui se passe au niveau des
18 autochtones dans la province de Québec en général, qu'il
19 y a beaucoup d'incompréhension, qu'il y a beaucoup de
20 méconnaissance, je dirais. Alors je pense que c'était
21 très important que des organisations comme la Corporation
22 ce matin, comme l'Association des hôpitaux viennent ici
23 et commencent à se sensibiliser à cette question-là.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Le mémoire que nous avons préparé ne fait
2 pas le tour complet de la question autochtone; c'est très
3 complexe. Moi, je travaille pour les autochtones depuis
4 une vingtaine d'années et je ne peux pas dire que je
5 comprends la réalité autochtone encore. Je ne suis pas
6 un autochtone non plus, même si parfois je me le demande,
7 après avoir travaillé là-bas pendant longtemps.

8 Ce que je voulais ajouter aussi, c'est
9 que je connais surtout la réalité inuit. Je connais aussi
10 un peu la réalité indienne, mais moins. J'ai déjà
11 travaillé un petit peu chez les Indiens. Je fréquente
12 aussi, comme le docteur Dumont... on fréquente un peu les
13 mêmes tables, et par mes lectures aussi je connais la
14 réalité indienne, mais je connais beaucoup plus la réalité
15 inuit.

16 Alors je suis content d'être ici pour
17 faire un témoignage, pour témoigner qu'il y a des Québécois
18 de plus en plus qui s'intéressent dans leur profession
19 à la réalité autochtone. Il y en a même qui ont je pourrais
20 presque dire consacré leur vie à travailler pour les
21 autochtones. Alors je voulais préciser ça en commençant.

22 Je ne sais pas si vous voulez que je vous
23 présente le réseau du Nord. Vous devez probablement le

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 connaître. On parle du Grand Nord québécois. Nous sommes
2 une région isolée qui n'est pas reliée par la route et
3 où il y a deux établissements surtout, l'un sur la Baie
4 d'Hudson, l'un sur la Baie d'Ungava. Ce sont deux centres
5 de santé. Disons que l'un, jusqu'à date, a développé
6 surtout sa fonction hospitalière et tente de développer
7 la fonction communautaire, la fonction centre d'accueil.

8 L'autre centre, sur la Baie d'Hudson, est un centre à
9 vocation, je dirais, différente, qui s'est implanté plus
10 tard et beaucoup avec l'aide de la communauté, alors que
11 le centre de l'Ungava avait été implanté d'abord par le
12 gouvernement, je dirais, et plutôt sur le modèle du Sud.

13 Même si ces deux centres là travaillent
14 dans le même réseau, ils sont très éloignés l'un de l'autre.

15 Le conseil régional, qui deviendra bientôt une régie,
16 a pour fonction de voir à ce qu'il y ait une certaine
17 planification, qu'il y ait une certaine action commune,
18 jointe, de ces deux centres-là, parce qu'ils ont à
19 travailler sur une clientèle qui est semblable, qui est
20 en fait pareille et qui se déplace beaucoup d'une
21 sous-région à l'autre.

22 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense
23 que ce que vous venez de dire au sujet du rapprochement

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 ou de la coexistence entre l'ensemble de la société
2 québécoise et les autochtones dans le contexte des services
3 hospitaliers est extrêmement important. Votre mémoire
4 le fait ressortir. C'est trop souvent méconnu parce qu'on
5 pense à la réalité qui est vécue plus spontanément au Sud,
6 en particulier dans la région de Montréal, où on sait que
7 les relations sont tendues depuis un certain nombre
8 d'années. Dans ce sens-là, c'est important de faire
9 ressortir le fait que des non-autochtones travaillent avec
10 des autochtones de façon très concrète sur le terrain et
11 de relater un peu cette expérience-là.

12 Cependant, on a mentionné tantôt... je
13 pense que c'est M^{me} Blouin qui disait que les autochtones
14 devraient utiliser davantage la structure qui est à la
15 disposition du public de participer aux conseils
16 d'administration; il y a des sièges aux conseils
17 d'administration des hôpitaux. On sait que cette
18 participation-là n'est pas facile dans le grand public
19 nécessairement, donc sans doute encore moins du côté des
20 autochtones.

21 Alors j'aurais une question à deux
22 volets. La première est, dans les hôpitaux, par exemple,
23 de l'Ungava et de la Baie d'Hudson, sur l'implication des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 **NORMAND TREMBLAY:** Je pense que le
2 commentaire qui est fait dans le mémoire au sujet de la
3 participation des autochtones aux conseils
4 d'administration s'adresse surtout aux endroits où il y
5 a des populations mixtes. Chez nous, en vertu de la
6 Convention de la Baie James et du Nord québécois, il y
7 a déjà des conseils d'administration qui sont formés et
8 qui sont composés en majorité d'autochtones.

9 Si la réforme actuelle veut s'orienter
10 autour du citoyen, je dois dire que nous autres, on a une
11 certaine avance là-dessus; déjà, les citoyens, chaque
12 municipalité est représentée sur les conseils
13 d'administration. Sur environ, je dirais, 14 membres de
14 conseils d'administration -- je parle autant pour l'Ungava
15 que pour l'Hudson -- je pense qu'il y a à peu près huit
16 membres qui sont des autochtones en partant. Les
17 directeurs généraux sont des autochtones, et la
18 représentation majeure est une représentation autochtone.

19 Même là où il y a des postes qui pourraient être, je dirais,
20 pris par des allochtones, par exemple des postes cliniques
21 ou des postes de représentants non cliniques, on essaie
22 le plus possible de favoriser la participation autochtone,
23 de façon à ce que ce soit les autochtones qui soient en

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 majorité sur les conseils d'administration.

2 Par contre, cette présence-là, c'est
3 quelque chose, c'est un poids, mais il faut être conscient
4 que les gens qui viennent siéger là-dessus parfois sont
5 choisis pas tout à fait de la bonne façon. Je dirais que
6 ce ne sont peut-être pas les bonnes personnes qui sont
7 sur les conseils d'administration, parce que c'est onéreux
8 d'aller siéger sur les conseils d'administration.

9 Les questions de santé sont des choses
10 qui sont très sensibles chez les autochtones, sur
11 lesquelles ils sont très susceptibles. Alors ce n'est
12 pas n'importe qui qui va être appelé à siéger à ce sujet-là.

13 Les gens vont déléguer bien souvent des gens d'un certain
14 âge. Ces gens d'un certain âge n'ont pas été à l'école.

15 Ils ne sont pas au courant des structures. Ils ont besoin
16 de beaucoup d'aide pour comprendre la complexité des lois,
17 la complexité de toutes les procédures qu'on a à faire
18 sur des conseils d'administration.

19 Ce que je dois dire, malheureusement,
20 c'est que bien souvent, sur les conseils d'administration
21 -- parce que moi, j'ai siégé sur des conseils
22 d'administration depuis 10 ou 15 ans -- malheureusement,
23 bien souvent, on est appelé à régler des problèmes de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 procédurite, je dirais, plutôt que de parler des vrais
2 problèmes. On dirait qu'on ne trouve pas le moyen
3 d'aborder les vrais problèmes. C'est quand on aborde les
4 vrais problèmes que là, on va chercher la substance des
5 gens. Mais à ce moment-là les discussions s'étirent et
6 s'étirent. On a vu, nous autres, facilement, des conseils
7 d'administration -- quand je parle de ça au Sud les gens
8 sont découragés -- qui dureraient une semaine et qui se
9 terminaient à minuit le soir.

10 Alors c'est complètement un autre
11 contexte, et les gens, les allochtones, les professionnels
12 qui ont à aller siéger sur ces conseils d'administration
13 ont une présence très importante, parce qu'ils ont à
14 expliquer sans s'imposer aux gens qui sont là tous les
15 mécanismes qui entourent la distribution des soins de santé
16 et de services sociaux.

17 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense
18 que l'expérience du nord du Québec que vous décrivez est
19 importante, parce que sur le plan canadien il n'y a pas
20 beaucoup d'hôpitaux sous contrôle autochtone.
21 Évidemment, en raison des conventions dans le Nord cela
22 a été possible, de la même façon que du côté des commissions
23 scolaires, où il y a la Commission scolaire crie.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Cependant -- et on le sait de façon plus large -- il y
2 a souvent loin de la coupe aux lèvres entre participer
3 à un conseil d'administration et vraiment avoir son mot
4 à dire pour infléchir les politiques de l'établissement,
5 et le pouvoir professionnel, le pouvoir administratif est
6 très fort dans ces établissements. On le vit depuis la
7 réforme de la santé et des services sociaux en 1971 au
8 Québec, où on a instauré des conseils d'administration
9 représentatifs de la population.

10 Vous mentionnez que les directeurs
11 généraux sont autochtones. Également, je voulais dire
12 qu'on siégeait à Wassanipi il y a un an et, même s'il y
13 a une commission scolaire crie, on nous disait que du côté
14 local la réaction au niveau des écoles était à peu près
15 la même; même si c'était un conseil scolaire cri, on avait
16 l'impression que c'était une bureaucratie loin de la
17 réalité locale et des besoins. C'est ce que les Cris nous
18 disaient à Wassanipi.

19 Alors, essentiellement, ça nous ramène
20 à la présence aussi de professionnels de la santé
21 autochtones et la carence qu'on a de ce côté-là. On en
22 discutait ce matin du côté des médecins; on va en discuter
23 du côté du personnel, infirmières et infirmiers. Aussi,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 vous faites état aussi des coutumes différentes quand vous
2 parlez d'un conseil d'administration qui va durer une
3 semaine.

4 Si vous aviez à faire une évaluation du
5 processus du côté de ces hôpitaux-là, est-ce que vous
6 croyez vraiment qu'à ce moment-ci les autochtones ont
7 suffisamment leur mot à dire pour effectivement influencer
8 les politiques suivies par ces deux centres hospitaliers
9 en particulier?

10 **NORMAND TREMBLAY:** Il faut dire qu'il
11 y a tout un -- vous en parlez d'ailleurs -- management,
12 le changement de politiques, la manipulation des budgets
13 et tout ça; il y a toute une bureaucratie qui existe.
14 Il faut faire très attention à ce que les conseils
15 d'administration ne soient pas de la frime, ne soient pas
16 là pour simplement représenter. Je sais que nous autres,
17 on fait très attention, et c'est un des points majeurs
18 de contact, parce que le gros de l'administration, ce sont
19 des allochtones qui le font: la liaison au ministère,
20 la direction, les directeurs de l'hôpital. Alors c'est
21 très important que les autochtones aient leur mot à dire,
22 et c'est vraiment le conseil d'administration qui est le
23 lieu.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 On a eu, nous autres, à faire certains
2 redressements dans le passé où la direction avait pris
3 le contrôle sur le conseil d'administration. Maintenant,
4 je dirais qu'on fait particulièrement attention à ce que
5 le Conseil d'administration exerce son pouvoir, et je pense
6 qu'on a réussi jusqu'à un certain point.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Si on prend
8 l'exemple concret qui a été soulevé dans le mémoire sur
9 la tradition, par exemple, dans certaines communautés
10 autochtones d'une dernière visite aux personnes qui sont
11 sur le point de décéder, est-ce que, dans les deux hôpitaux
12 dont on parle de l'Ungava et de la Baie d'Hudson, il y
13 a eu une adaptation, un changement par rapport à un problème
14 comme celui-là, dont vous parlez dans le mémoire?

15 **NORMAND TREMBLAY:** Nous, on n'a pas
16 vraiment cette problématique-là de décès. Je dois dire
17 qu'il y a beaucoup d'autochtones dans l'hôpital, quand
18 même. Dans les établissements, il y a beaucoup
19 d'autochtones. Ils sont en majorité dans les
20 établissements. D'accord, ils n'ont peut-être pas les
21 emplois supérieurs, mais si vous vous promenez dans
22 l'établissement, il y a beaucoup d'autochtones. Alors
23 il y a des adaptations qui se font, je pense qu'on est

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 très ouvert à ça. On n'a pas eu de problèmes majeurs,
2 je dirais, de ce côté-là.

3 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Si on passe
4 au deuxième volet, dans des régions comme Sept-Îles,
5 Joliette, Montréal, comment faire pour amener des
6 autochtones aux conseils d'administration des hôpitaux,
7 peut-être, si vous avez un supplément sur ce que le docteur
8 Tremblay a dit.

9 **HUGUETTE BLOUIN:** Oui. J'aimerais
10 d'abord peut-être revenir sur le dernier point, la question
11 de l'exemple qui est cité dans le mémoire. Ça nous a été
12 apporté par l'Hôpital de Sept-Îles et confirmé par
13 l'Hôpital de Joliette. Donc peut-être que dans ces
14 milieux-là, où il y a une majorité de non-autochtones,
15 c'est peut-être là où c'est perçu comme un problème ou
16 comme une difficulté.

17 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Mais il n'y
18 a sans doute pas d'autochtones sur les conseils
19 d'administration de ces hôpitaux-là.

20 **HUGUETTE BLOUIN:** Non, probablement
21 pas.

22 Sur la participation au niveau des
23 conseils d'administration, évidemment, il y a un processus

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 démocratique qui a été établi pour les sièges qui sont
2 réservés aux citoyens; donc un processus électoral. En
3 ce qui concerne le conseil d'administration de la régie
4 régionale, c'est un modèle aussi comparable à partir d'un
5 collège électoral qui est déterminé selon la loi. Donc
6 une personne autochtone qui voudrait briguer un siège au
7 niveau d'un conseil d'administration peut recevoir toute
8 l'information nécessaire par le biais de la régie
9 régionale, par le biais des centres hospitaliers
10 eux-mêmes, qui ont le mandat et la mission vraiment
11 d'informer la population et de leur faciliter la tâche.

12 Cependant, il faut comprendre, à la
13 lumière de ce que M. Tremblay expliquait sur peut-être
14 les aléas des conseils d'administration que la
15 participation à un conseil, c'est une forme d'implication,
16 c'est une forme de bénévolat, mais il y en a d'autres qui
17 peuvent aussi être très efficaces. On parlait du Centre
18 d'amitié autochtone à Montréal. Non, nous, à
19 l'Association des hôpitaux, on n'a pas eu en tant que tel
20 de contacts avec eux, mais on en a beaucoup entendu parler,
21 et je crois qu'ils sont très présents auprès des
22 établissements du réseau de la santé.

23 Moi, je peux présumer que si le Centre

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'amitié autochtone de Montréal demande à rencontrer une
2 administration hospitalière pour expliquer un problème,
3 une situation, pour rechercher conjointement une solution,
4 je suis certain que cela a autant de poids ou sinon plus
5 que la participation d'un autochtone au conseil
6 d'administration de l'établissement, qui, lui, a toute
7 une variété de sujets et de préoccupations à prendre en
8 compte dans ses réunions mensuelles, et caetera, avec des
9 ordres du jour très chargés.

10 Alors je crois que la participation
11 d'autochtones aux conseils d'administration, oui, c'est
12 une avenue qui est intéressante, qu'ils devraient
13 envisager, mais il y a aussi d'autres moyens. Je crois
14 que la constitution de groupes d'entraide, de groupes de
15 bénévolat, de groupes communautaires peut être aussi un
16 moyen d'action très, très puissant.

17 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:**

18 Évidemment, ce n'est pas une panacée, la participation
19 aux conseils d'administration, on le sait, de façon
20 générale. Cependant, il y a tellement de rattrapage à
21 faire ici pour les autochtones qu'il faut jouer sur tous
22 les tableaux.

23 En fait, ma question -- et j'y reviens

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 -- est: Est-ce que l'Association des hôpitaux... je pense
2 qu'on est souvent en situation d'attente, en disant:
3 l'information est donnée, elle circule, les gens peuvent
4 se présenter à ces élections-là. Également, le Centre
5 d'amitié autochtone peut faire des démarches, certainement
6 avec un poids important, que ce soit dans une région comme
7 Sept-Îles ou que ce soit du côté des Atikamekw de la
8 Haute-Mauricie par rapport à Joliette ou à Montréal, mais
9 il me semble qu'il faut qu'on fasse un petit peu plus si
10 on veut qu'il se passe de quoi, pour stimuler, pour
11 informer.

12 C'est pour ça que je repose un peu la
13 même question que je posais à la Corporation ce matin.
14 Je pense que, autant l'Association des hôpitaux que la
15 Corporation professionnelle des médecins, d'une certaine
16 façon, "découvre" la réalité et l'importance des Centres
17 d'amitié autochtones; et c'est déjà beaucoup, c'est un
18 pas important de franchi. Mais, en tout cas, moi, pour
19 un, je souhaiterais que l'Association pousse sa réflexion
20 un petit peu plus loin pour voir comment articuler une
21 relation suivie et pointer du doigt des façons d'entrer
22 et d'avoir un impact et une influence du côté des structures
23 hospitalières.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 C'est plus un commentaire en même temps
2 qu'une question de réceptivité de votre part. Je
3 constatais ce matin qu'il y avait un certain nombre
4 d'énoncés dans la Commission Rochon et, en fin de compte,
5 en pratique, il ne s'est à peu près rien passé depuis cinq
6 ans par rapport aux autochtones. Si on ne fait pas des
7 gestes concrets, même des petits gestes, pour améliorer
8 dans le quotidien, on risque, dans cinq ans ou six ans,
9 de se retrouver à peu près dans la même situation.

10 Alors, au fond, est-ce que l'Association
11 des hôpitaux...

12 **PAUL LANDRY:** J'aurais une réponse
13 peut-être très rapide à deux volets. Le premier, c'est
14 la participation au niveau des conseils d'administration.
15 Vous savez qu'il y a eu des ratés là-dedans, dans
16 l'opération qu'on a vécue au Québec l'année dernière, et
17 le ministre Côté va essayer de corriger ça. Mais c'est
18 supposé être l'expression d'une démocratie. Là où il y
19 a des communautés autochtones en nombre suffisant pour
20 justifier un poste, je pense qu'elles devraient
21 s'organiser, revendiquer et s'organiser pour avoir des
22 représentants sur les conseils d'administration. Je
23 pense que ça peut se faire dans des endroits peut-être

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 comme Sept-Îles ou dans les communautés plus petites où
2 il y a une forte proportion d'autochtones.

3 Pour répondre à votre deuxième question,
4 je pense qu'on est tout à fait réceptif à des liens avec
5 les Centres d'amitié autochtones de Montréal, et Huguette
6 et moi, on va se faire probablement un plaisir, à votre
7 suggestion, Monsieur le Président, d'aller les rencontrer
8 et de voir dans quelle mesure on peut faciliter auprès
9 de nos membres des liens avec ces structures-là. On ne
10 l'a pas fait jusqu'à maintenant, mais on est très disposé
11 à le faire.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** En fait, je
13 pense qu'il y a un certain parallèle. Si, par exemple,
14 la Commission royale ne vous avait pas contactés, suggéré,
15 souhaité, fait l'invitation pour avoir un mémoire,
16 peut-être que juste par les annonces dans les journaux
17 vous n'auriez pas fait cette réflexion-là et ne seriez
18 pas venus nous la présenter. De la même façon, du côté
19 d'organismes comme les Centres d'amitié autochtones, je
20 pense qu'il faut faire la démarche pour essayer d'aller
21 chercher l'autre. Dans ce sens-là, je prends votre
22 engagement un peu, d'une certaine façon, comme étant très
23 positif.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 À ce moment-ci, je voudrais demander à
2 ma collègue Viola Robinson de poursuivre.

3 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
4 you.

5 I don't think I have too many questions,
6 but I just wanted to I guess more or less follow up with
7 a comment on board participation and how Aboriginal people
8 can make better use or take advantage of the structures
9 that are being offered here.

10 I think you probably realize that
11 people, specially in the northern communities, where there
12 are larger proportions of them, don't link board structures
13 and those kinds of administrative things too much with
14 their sickness and with their health. I allude now to
15 the comment that was made with the James Bay area, where
16 there is a large proportion and where there are some
17 problems, even though you have people sitting on the
18 boards.

19 I am just wondering, first of all, how
20 do we encourage and -- that's the word you used -- sensitize
21 Aboriginal communities to the importance of participation
22 on these boards, but not only that; I don't think it is
23 enough to just establish boards and offer them a place

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 on the board. I think we have to go further than that.
2 It requires some training and some understanding and some
3 real sensitization about what the boards are all about
4 and how one contributes as a functioning board member to
5 the process. How can that be overcome? Because,
6 obviously, if we are going to have people on boards, we
7 can establish boards and we can say there is a process
8 and this is there, but if people don't understand and they
9 don't realize what the purpose is and why, then it is
10 useless. It doesn't accomplish anything. That's the
11 problem I see.

12 What would you propose that might
13 overcome this kind of a problem?

14 **PAUL LANDRY:** I beg your indulgence for
15 my very imperfect English, but before asking Dr. Tremblay
16 perhaps to comment, I would like to just point out that
17 our Association is presently involved in training sessions
18 for board members in our hospitals in Quebec. We have
19 been in the process of doing this, last year, explaining
20 to them the overall new structures that the new law has
21 created. Perhaps similar sessions, tailor-made, would
22 be of help to the northern Aboriginal communities.

23 I don't know if the Conseil régional de

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 l'Ungava or Kativik has had such training sessions, but
2 we have an overall format that perhaps could be adapted
3 and modified to meet the needs of these communities.

4 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Can I
5 just follow up on that? Do you have Aboriginal people
6 from those communities training now?

7 **PAUL LANDRY:** No, not to my knowledge.
8 We did go across the province of Quebec, but we didn't
9 go further north than Sept-Îles and les
10 Îles-de-la-Madeleine in this process.

11 **NORMAND TREMBLAY:** I am sorry, I would
12 prefer to speak in French if you don't mind.

13 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Go ahead.

14 **NORMAND TREMBLAY:** Au sujet de la
15 question de la participation des gens, de leur intérêt
16 aux conseils d'administration -- je reviens un peu
17 là-dessus -- je voudrais faire un commentaire.

18 Nous, les gens, on en était venu à un
19 moment donné à se demander si ce n'était pas un jeu, le
20 conseil d'administration. Quand on parlait du ministre,
21 ils disaient: "C'est quoi, le ministre?" Si bien qu'un
22 jour on a demandé à voir le ministre et on a présenté le
23 ministre au conseil d'administration pour leur montrer

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 que c'était vraiment quelque chose qui existait et que
2 ce n'était pas seulement un bon Dieu auquel on faisait
3 croire.

4 Pour ce qui est de la formation, je
5 voudrais parler de la formation des conseils
6 d'administration. Nous, on est impliqué dans ça. Ça
7 s'adonne que je suis sur le même conseil d'administration
8 depuis cinq ans, je pense, parce que, à cause de la réforme
9 qui ne s'applique pas, on n'a pas fait d'élections...

10 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** I am not
11 getting any translation.

12 **NORMAND TREMBLAY:** I am sorry, I can try
13 -- does it work?

14 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** They are
15 working on it.

16 --- (A Short Pause)

17 Go ahead.

18 **NORMAND TREMBLAY:** En français? J'ai
19 perdu un peu le fil de ma pensée. Je m'excuse.

20 Au sujet de la formation des conseils
21 d'administration, c'est toujours la même question. Il
22 y a des programmes de formation dans la province de Québec
23 pour tout le monde et, quand on arrive aux situations

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 extrêmes -- je parle du Nord ou des Cris -- le programme
2 n'arrive jamais au bout, ou encore il reste un 2 000 \$
3 ou 3 000 \$ peut-être pour organiser un programme, mais
4 les experts qui faisaient le programme au Sud... il
5 faudrait presque tous venir à Montréal pour faire le
6 programme. Et il y a la question de la langue. On s'y
7 bute ici, à la question de la langue, dans le Nord.

8 Le fait qu'on participe peu à ces
9 organisations-là, AHQ, Fédération des CLSC, c'est que tout
10 se passe en français. Nos dirigeants au Nord sont d'abord
11 de langue seconde anglaise et ne peuvent pas venir
12 participer, ou s'ils viennent participer... nous autres,
13 on est sur les conseils d'administration de l'Association
14 des hôpitaux du Québec, mais ils n'ont jamais pu venir
15 participer parce que tout est en français. Ça prend
16 toujours quelqu'un qui souffle dans l'oreille à côté pour
17 dire: "C'est ça, c'est ça c'est ça." À la longue, c'est
18 très, très difficile.

19 C'est pour ça que nous autres, on l'a
20 demandée, la question de la formation sur les conseils
21 d'administration depuis des années, et on a presque cessé
22 d'y croire. On est supposé avoir des budgets pour ça,
23 mais, finalement, on n'arrive pas à l'organiser.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 Là-dessus, c'est sûr qu'on a certainement besoin de l'aide
2 des associations dont on fait partie, mais on a à vivre
3 avec, je dirais, la problématique québécoise dans son
4 ensemble aussi, qui est de majorité francophone.

5 Souvent nous autres, par exemple, à
6 notre hôpital... je ne dirai plus "hôpital", mais à notre
7 centre de santé, on va envoyer nos autochtones se former
8 dans les autres provinces, parce qu'il faut toujours que
9 ça passe par les conseils d'administration, il faut
10 approuver, parce que ce sont des dépenses supplémentaires.

11 On les voit toujours... on autorise pour qu'ils aillent
12 en Colombie-Britannique, en Ontario, au Manitoba parce
13 qu'il n'y a pas grand-chose qui se passe ici au Québec
14 là-dessus, de prévu pour cette population-là.

15 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** There
16 certainly is more than one problem there that you have
17 with your board.

18 Those Cree that are sitting on your
19 board, what language do they speak or use?

20 **NORMAND TREMBLAY:** Sur le conseil
21 d'administration? Au Nord, on travaille toujours avec
22 des interprètes. Alors ils parlent dans leur langue; en
23 majorité, ils vont parler en inuktitut, et il y en a qui

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 parlent anglais. On travaille en anglais avec des
2 interprètes. C'est pour ça que ça ralentit beaucoup les
3 conseils d'administration aussi. Parfois on oublie de
4 faire parler telle personne, ou on n'a pas le contrôle
5 non plus sur ce que l'interprète a traduit.

6 Depuis quelques temps, on a expérimenté
7 la traduction simultanée. On a une traduction simultanée
8 au conseil d'administration, ce qui nous permet d'aller
9 beaucoup plus vite.

10 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** So that
11 problem probably could be overcome. But it is very
12 interesting about the kinds of opportunities that are
13 available for people in the South and not accessible in
14 the North. I think that's a real problem that has to be
15 overcome somehow, and I don't know the best way to do that.

16 So I would suggest that any specific
17 recommendations to address that problem would be very
18 helpful to the Royal Commission. That's an important
19 issue. I think that it should be the same, people should
20 be at least given equal opportunity.

21 **NORMAND TREMBLAY:** I can add something
22 to that.

23 Nous, les gens, comme je disais, si on

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 veut aller à des formations ou envoyer les autochtones
2 à des formations, souvent c'est en Colombie-Britannique,
3 disons, ou dans les Territoires du Nord-Ouest. Ça coûte
4 très, très cher -- c'est ça que je voulais dire -- et ça
5 gruge beaucoup de nos budgets aussi. Il faut dire que
6 les autochtones, leurs liens ne sont pas nécessairement
7 Sud; ils sont Nord aussi. Il faut favoriser les
8 rapprochements avec les groupes de pression auxquels ils
9 appartiennent. Nous autres, ça coûte très, très cher.
10 Il faut avoir ça en tête. Il faut avoir les budgets
11 nécessaires pour permettre ces formations-là.

12 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** It seems
13 to me it would be cheaper to take the same money, if that
14 same money was used, to take what training is available
15 here and bring it to that community.

16 I would like to move on to native
17 interpreters and how important they are. I know they are
18 very important in all communities, I guess the hospitals
19 in Sept-Îles and those areas, and in the urban centres
20 as well. You said there weren't that many. Do you know
21 how many there are functioning, or approximately, in
22 Quebec? I guess you wouldn't have that.

23 **PAUL LANDRY:** No, I don't think we have

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 the exact numbers because we didn't carry out a definite
2 survey before coming to meet the Commission, but the
3 interpreters that we did meet when we had our committee
4 mentioned that there are some but perhaps not enough to
5 meet the need.

6 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Not
7 enough. There is a shortage.

8 **PAUL LANDRY:** There is a shortage
9 definitely. It is a very demanding job because it entails
10 explaining health outcomes and issues to the patients who
11 are worried and anxious before undergoing surgery or other
12 procedures, and it requires a great deal of maturity and
13 ability to communicate and so on. It is not an easy task.

14 This is why we feel, as we mentioned
15 earlier, that there should be some adequate provision,
16 working conditions and adequate salaries and income
17 provided for these people, whether they are working at
18 the MGH in Montreal or in Sept-Îles or in Joliette. This
19 could be a major recommendation of your Commission.

20 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** That's
21 well taken. As well, I guess, probably they could also
22 be used in the shelters that you were talking about for
23 the elders and women who are coming in and going back,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 with no follow-up -- having the problem with the follow-up
2 once they go back to their communities.

3 **HUGUETTE BLOUIN:** Can I speak French
4 too?

5 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Yes.

6 **HUGUETTE BLOUIN:** Oui. On nous
7 beaucoup signalé le genre de problèmes qu'ils avaient et
8 l'importance d'avoir des consignes et des indications
9 très, très précises sur la personne qui est retournée dans
10 sa communauté pour assurer un suivi par les dispensaires
11 et les centres de santé qui sont dans les réserves.
12 Inversement, aussi, on nous a signalé les problèmes de
13 référence, à partir du moment où dans une communauté
14 quelqu'un doit se rendre vers un milieu hospitalier et
15 certaines fois des difficultés de référence, de contact
16 pour s'assurer que cette personne soit bien reçue au moment
17 voulu et avec évidemment les services qui sont requis.

18 Par contre, dans la foulée des
19 interprètes et des moyens qui pourraient être utiles, qui
20 sont d'ailleurs développés et qui pourraient l'être
21 davantage, ce sont tous les outils audio-visuels qui
22 peuvent être mis à la disponibilité des autochtones où
23 on expliquerait dans leur langue le type d'intervention

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 qu'ils auront à subir, les traitements, les suivis, les
2 conséquences et même expliquer de façon générale la maladie
3 qu'ils ont et les mesures préventives. Alors ce sont des
4 outils que l'on va encourager nos membres à développer
5 et qui peuvent compenser à certains moments pour le manque
6 d'interprètes dans certains milieux pour répondre à la
7 demande.

8 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank you
9 very much.

10 **NORMAND TREMBLAY:** Je voudrais ajouter
11 quelque chose sur les interprètes, si vous le permettez.

12 Je pense que la profession d'interprète,
13 c'est une profession charnière pour tous ceux qui
14 travaillent avec les autochtones. Vous avez dû en
15 entendre parler durant vos pérégrinations. Ce n'est pas
16 une profession qui est vraiment reconnue, je dirais; même
17 qu'il y a un certain côté péjoratif, jusqu'à un certain
18 point. Nous, on a essayé de la valoriser, d'enlever le
19 nom d'"interprète" et de donner un nom plus gratifiant
20 pour les gens.

21 C'est une profession très difficile pour
22 laquelle les gens n'ont pas vraiment de formation et pour
23 laquelle ils devraient avoir de la formation. Notamment,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 on rejoint peut-être ici toute la question de la médecine
2 traditionnelle. Le fossé qui existe entre nos conceptions
3 regardant la santé, regardant le corps humain, l'esprit,
4 le psychisme et les conceptions des autochtones, sur
5 lesquelles on n'a pas vraiment de connaissances,
6 finalement... nous, disons, on est porté à traiter les
7 autochtones comme on traite les Blancs, avec notre
8 vocabulaire, mais souvent notre vocabulaire ne veut rien
9 dire pour eux.

10 L'autochtone est coincé entre ces deux
11 personnes-là, est coincé et essaie de se débrouiller le
12 plus possible pour rendre l'idée et, en même temps, pour
13 ne pas mal paraître face à sa population et ne pas mal
14 paraître face au médecin qui questionne. Alors cette
15 profession-là engendre beaucoup de stress, je pense, et
16 doit être revalorisée.

17 Je pense qu'il y a des cours qui doivent
18 être organisés pour leur montrer aussi le vocabulaire,
19 la façon de communiquer, toutes ces choses-là.

20 Pour ce qui est de la question des
21 interprètes, vous demandez le nombre et tout ça. C'est
22 encore une preuve qu'on ne connaît pas vraiment ou qu'on
23 n'a pas reconnue. Pourtant, en "dealant" avec les

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtones, c'est vraiment une profession clé. Il en
2 manque, c'est sûr, et les gens sont souvent écrasés par
3 cette profession-là. C'est pour ça qu'on a de plus à
4 changer constamment d'interprètes, parce que c'est très,
5 très lourd au niveau intellectuel, très difficile à
6 supporter aussi au niveau psychologique. Alors on a à
7 changer, ce qui fait qu'on travaille toujours avec des
8 nouveaux qui ont encore moins de connaissances. Alors
9 c'est un problème très, très difficile.

10 Nous, au conseil d'administration,
11 c'est la question qui revient constamment, la question
12 du manque d'interprètes à Montréal. On peut parler de
13 ça -- en tout cas, vous allez peut-être en entendre parler
14 à d'autres tables -- le manque d'interprètes à Montréal.
15 Ça s'adonne même qu'on a eu un président de conseil
16 d'administration qui a été très malade, nous autres, qui
17 a dû être hospitalisé pendant deux mois au Montreal
18 General, et il a presque dépéri parce qu'il trouvait que...
19 lorsqu'il est revenu à la santé, c'est là qu'il a pu
20 témoigner vraiment comme quoi il y avait eu un manque
21 flagrant d'interprètes. Il y a beaucoup de manque
22 d'interprètes.

23 C'est dû notamment aux conditions de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 travail. Souvent les bons interprètes devraient être des
2 gens qui viennent des communautés, et non pas prendre des
3 gens qui traînent -- j'emploie le mot "traînent" -- à
4 Montréal, je dirais, et qui sont à la recherche d'un emploi
5 pour se procurer peut-être d'autres affaires. Nous
6 autres, on favoriserait beaucoup que les interprètes
7 viennent des communautés, qui sont déjà interprètes dans
8 le Nord et viennent faire des stages à Montréal. Ils sont
9 déjà sensibilisés aux questions de santé, alors que ceux
10 qu'on engage à Montréal n'ont généralement pas de
11 connaissances dans ce domaine-là. Mais on est bloqué par
12 des considérations salariales ou des conditions de
13 travail, les unions, toutes ces choses-là qui nous
14 bloquent, parce que les gens, pour venir travailler ici...
15 c'est quelque chose pour un autochtone qui est bien dans
16 son milieu de venir travailler à Montréal.

17 Bien souvent, nous autres, les gens qui
18 sont disponibles et qui ont des connaissances et qui sont
19 impliqués dans le domaine de la santé sont des gens, par
20 exemple... il faut penser qu'ils sont déjà mariés, ces
21 gens-là, qu'ils ont déjà des enfants, peut-être deux ou
22 trois enfants. Alors c'est très difficile de penser de
23 les déplacer. On n'a pas encore les structures. C'est

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 presque impensable actuellement dans notre système de
2 pensée qu'on pourrait donner une qualité de services comme
3 ça.

4 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
5 you. I guess perhaps what the Commission might have to
6 do is to create a whole new term, amend the vocabulary
7 and create a whole new term of interpreter to something
8 that is more professional and much higher standard that
9 will be acceptable.

10 Your comments are well taken. Thank
11 you.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense
13 qu'on arrive largement au terme de ce qu'on pouvait faire
14 ensemble ce matin. On n'a pas abordé de façon très
15 spécifique le problème peut-être le plus épineux de la
16 formation d'autochtones, Inuit, Cris, les diverses nations
17 du Québec, dans les professions de la santé. On sait que
18 c'est un problème à la grandeur du Canada, c'est un problème
19 majeur, difficile.

20 On a parlé hier -- et on en a dit un mot
21 ce matin -- que les profils scientifiques, entre autres,
22 souvent rebutent les autochtones parce qu'il y a une
23 question, non pas fondamentale, mais c'est plus une

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 question de structures d'accueil.

2 Nous allons regarder cette question-là
3 de très près au niveau de la Commission, comment faire
4 des petits pas pour amener des professionnels de la santé
5 en plus grand nombre, parce que les jeunes autochtones
6 sont maintenant dans les écoles secondaires dans une
7 proportion certainement pas mal plus grande. On en a
8 rencontré beaucoup en dixième, onzième, douzième année
9 dans le nord du Québec, de jeunes Inuit, pour essayer de
10 voir quel était l'ensemble des facteurs qui bloquaient.

11 Bien sûr, on nous dit: "Il faut amener
12 des programmes au Nord pour qu'on n'ait pas à venir au
13 Sud." Cependant, on sait qu'au Sud il n'y a pas de
14 structures d'accueil véritable pour permettre la
15 transition et l'accommodation, qu'il y a aussi une réalité
16 de racisme dans nos diverses institutions.

17 Alors c'est un problème qui est énorme
18 mais qui est essentiel, parce qu'il y a des jeunes
19 autochtones. C'est la grosse différence, c'est une
20 population très jeune, et il n'y a pas de raison pour qu'on
21 soit obligé d'avoir du personnel en roulement du Sud.
22 Et les gens qui sont du Sud nous le disent: "On
23 souhaiterait avoir beaucoup plus de professionnels

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtones qui parlent la langue", inuktitut entre
2 autres. La difficulté, c'est de trouver la façon de
3 progresser de façon substantielle.

4 J'invite certainement votre
5 Association, l'Association des hôpitaux, comme je l'ai
6 fait ce matin pour la Corporation des médecins -- et on
7 aura une discussion cet après-midi avec l'Ordre des
8 infirmières -- à réfléchir à ça. Vous avez mentionné la
9 possibilité de programmes plus souples. On pourrait
10 élaborer là-dessus. D'un autre côté vous nous dites, avec
11 justesse, qu'il ne faut pas créer des ghettos et certifier
12 professionnellement des gens uniquement pour le Nord qui
13 n'auraient pas le choix d'avoir une mobilité à l'intérieur
14 du Québec.

15 Donc, avec ces contraintes-là, comment
16 réussir à faire en sorte que les jeunes effectivement
17 viennent dans les professions de la santé, dans les
18 techniques de la santé, et éventuellement, bien sûr, au
19 niveau universitaire dans le domaine de la santé? C'est
20 une question majeure, probablement la question la plus
21 fondamentale en termes de véritable mot à dire des
22 autochtones dans le domaine et de contrôle de cette partie
23 de leur vie qui est en relation avec les services de santé.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Alors je ne peux pas faire autrement que
2 souhaiter que votre Association, en conjonction avec
3 diverses corporations professionnelles et les
4 universités, puisse poursuivre une réflexion. On a
5 rencontré hier les représentants de l'Université Concordia
6 et on a fait cette discussion-là également. C'est un
7 problème extrêmement difficile, et qui n'est pas propre
8 au Québec, qui est vrai à la grandeur du Canada. Mais
9 je vous incite, en tout cas, à poursuivre la réflexion
10 amorcée par rapport à la réalité autochtone dans toutes
11 ses facettes, parce que, autrement, on risque dans 10 ans
12 d'être relativement au même point mais avec beaucoup plus
13 de pressions sociales du côté des jeunes, qui, au fond,
14 doivent avoir un choix de travailler dans leur communauté
15 ou de s'intégrer dans la société plus large au Sud; ils
16 doivent avoir les outils pour le faire.

17 On sait qu'il y a une responsabilité des
18 communautés autochtones, du leadership autochtone, des
19 parents. C'est à tous les niveaux qu'il faut réussir à
20 convaincre sur la valeur de l'éducation et, en particulier,
21 du côté de professions du côté des sciences. On a créé
22 les structures au nord du Québec, on va créer le Nunavut
23 dans la Terre de Baffin. On en discutera cet après-midi,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 mais il n'y a pas une seule infirmière inuit pour les 20
2 000 Inuit dans la Terre de Baffin. En 1993, c'est
3 complètement anormal. Évidemment, ça fait partie d'une
4 réalité qui est difficile.

5 Alors je voudrais, en terminant, vous
6 remercier d'avoir amorcé cette réflexion, d'être venus
7 partager avec nous les éléments de réflexion que vous aviez
8 mis ensemble, et je souhaite que vous poursuiviez pour
9 aiguillonner les divers milieux, la jonction avec le Nord
10 et le Sud, dans votre Association comme telle, mais aussi
11 en relation avec les Centres d'amitié autochtones et
12 d'autres structures ou organismes qui travaillent dans
13 le secteur de la santé.

14 Alors merci de votre collaboration et
15 de votre présence ce matin et votre présentation.

16 La Commission suspend ses audiences
17 jusqu'à 1 h 30, alors que nous aurons l'occasion d'entendre
18 le mémoire, la présentation de l'Ordre des infirmières
19 et infirmiers du Québec et, par la suite, une présentation
20 de Francine Tremblay, qui a travaillé dans le domaine
21 social dans le Nord pendant plus de 20 ans.

22 Alors à 1 h 30 reprise des travaux.
23 Merci.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 --- Suspension pour le déjeuner à 12 h 20

2 --- Reprise à 13 h 40

3 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Bon
4 après-midi à tous. La Commission royale sur les peuples
5 autochtones au Canada reprend sa série d'audiences
6 publiques avec la présentation d'un premier mémoire par
7 l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. La
8 présentation sera faite par M^{me} Gyslaine Desrosiers, qui
9 est présidente de l'Ordre, et Jocelyne Poirier-Beaudin,
10 qui est conseillère en services professionnels.

11 Madame Desrosiers.

12 **GYSLAINE DESROSIERS, présidente, Ordre**
13 **des infirmières et infirmiers du Québec:** Merci, Monsieur
14 le Coprésident et Madame la Commissaire.

15 Il nous fait plaisir de répondre à
16 l'invitation de la Commission royale sur les peuples
17 autochtones afin de vous présenter notre mémoire. Nous
18 avons pris connaissance des travaux de la Commission et
19 nous avons pu être à même de constater que la Commission
20 est à la recherche de solutions aux problèmes
21 socio-économiques et politiques endémiques qui ont des
22 impacts sur les conditions de vie des autochtones. De
23 façon plus spécifique, la Commission a ciblé la guérison

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 comme étant un élément clé du changement pour l'avenir
2 des populations autochtones. On précisait même que cette
3 guérison doit se réaliser par un retour nécessaire à la
4 santé physique, mentale et spirituelle des autochtones.

5 C'est vraiment sur cet élément-là, c'est
6 dans ce contexte que l'Ordre des infirmières et infirmiers
7 du Québec a accepté votre invitation, parce qu'on souhaite
8 contribuer à votre réflexion sur les questions relatives
9 à la santé et à l'éducation, plus particulièrement parce
10 que les infirmières sont, depuis plusieurs années, des
11 intervenantes clés en milieu autochtone.

12 Nous estimons à environ 189... je dis
13 bien que c'est une estimation; c'est assez difficile, parce
14 que les infirmières sont distribuées dans plusieurs
15 dizaines de dispensaires au Québec. Enfin, on pourrait
16 dire que tout près de 200 infirmières pratiquent auprès
17 des communautés autochtones. Évidemment, on parle de
18 communautés qui sont en régions plus éloignées; c'est
19 difficile pour nous de répertorier les infirmières qui
20 travailleraient auprès de communautés plus intégrées ou
21 plus proches des régions urbaines.

22 Alors notre mémoire apporte un éclairage
23 évidemment parcellaire, parce que nous ne prétendons pas

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 avoir de connaissance fine ou d'expertise sur la vie des
2 autochtones. Par ailleurs, nous avons visité quelques
3 dispensaires autochtones et nous avons consulté beaucoup
4 d'infirmières qui oeuvrent dans ces populations-là. M^{me}
5 Poirier-Beaudin, qui m'accompagne, est plus
6 particulièrement chargée à l'Ordre des infirmières de
7 soutenir l'exercice infirmier en régions éloignées.

8 Notre présentation porte sur trois
9 points: l'organisation des services de santé, les
10 principes directeurs qui doivent soutenir l'organisation
11 des services de santé auprès de ces populations, le
12 contexte de l'exercice de la profession infirmière en
13 régions éloignées, et, enfin, la formation d'infirmières
14 autochtones.

15 Les premières séries d'audiences ont mis
16 beaucoup de l'avant et ont fait état des problèmes de santé
17 importants et des situations de souffrance ou de détresse
18 vécues par les communautés autochtones. On ne reprendra
19 pas ces éléments-là. On est plutôt partis de ce
20 constat-là, et c'est un constat qui sur le terrain est
21 confirmé partout. On parle de problèmes de santé et de
22 problèmes sociaux attribuables aux conséquences de la
23 perte de l'identité culturelle, du bouleversement des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 valeurs. On parle de tous les changements dans les
2 habitudes de vie qui ont amené une sédentarité accrue avec
3 tous les problèmes conséquents, tels que le diabète,
4 l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et
5 l'hypertension artérielle; enfin, tous les éléments de
6 pauvreté et de chômage qui sont à la source également d'une
7 certaine détérioration dans la qualité de vie et l'état
8 de santé.

9 Il faut souligner également l'aspect
10 très important de l'alcoolisme et des toxicomanies et
11 également tous les problèmes de santé mentale ou de
12 déracinement vécus par les jeunes autochtones; on a
13 beaucoup relaté dans les médias, et même votre Commission
14 l'a souligné, les problèmes d'identification des jeunes
15 avec consommation de drogues et suicides.

16 On voudrait signaler également le taux
17 élevé des grossesses chez les jeunes autochtones. Ces
18 grossesses-là modifient beaucoup la dynamique familiale
19 et empêchent les jeunes femmes autochtones de poursuivre
20 leurs études. On verra à la fin de notre mémoire que,
21 tout en favorisant l'accès à une formation d'infirmières
22 pour les autochtones, si elles sont trop jeunes confrontées
23 à des grossesses, elles ne peuvent absolument pas

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 s'inscrire dans ce cheminement d'éducation.

2 Alors on est parti de ces constats.

3 Donc il faut d'emblée établir le fait que la situation
4 de la santé chez les autochtones s'inscrit dans un contexte
5 psychosocial éminemment complexe.

6 Vous savez qu'en 1992 au Québec le
7 ministre de la Santé et des Services sociaux a mis de
8 l'avant une politique de santé et bien-être. Les
9 communautés autochtones ont été identifiées comme étant
10 un groupe vulnérable qui cumule un grand nombre de facteurs
11 de risque. Le ministère de la Santé ici au Québec propose
12 dans sa politique un certain nombre d'actions au niveau
13 de l'allocation des ressources ou de l'adaptation des
14 ressources aux valeurs et au style de vie des groupes
15 autochtones.

16 Je ne reprendrai pas tout ça, mais, tout
17 en appuyant ces stratégies ou ces actions-là qui ont été
18 énoncées par le ministère québécois, il demeure que nous,
19 nous mettons d'abord et avant tout l'accent sur
20 l'importance, l'aspect essentiel de miser prioritairement
21 sur la participation des communautés autochtones à la
22 définition d'une politique de santé qui les concernerait
23 en propre. Vous savez qu'il faut que les communautés

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 prioritaires.

2 Donc les communautés autochtones, à
3 notre avis, doivent s'inscrire dans une démarche
4 d'élaboration d'une politique de santé et bien-être et
5 la détermination, comme je le disais tantôt, d'objectifs
6 prioritaires.

7 Cela étant dit, ça peut sembler un peu
8 théorique; il demeure qu'en attendant il y a des gens qui
9 ont besoin de services. Il y a une infrastructure de
10 services qui existe. Au Québec l'organisation des
11 services de santé se caractérise par l'existence de
12 différents paliers de gouvernement, tant provincial que
13 fédéral, qui influencent la dispensation des services.
14 Au niveau de l'infrastructure régie par le gouvernement
15 provincial, il existe des régies régionales comme le
16 Conseil régional Kativik de la santé -- ce sont maintenant
17 des régies, même si on dit "conseil" -- et le Conseil cri
18 de la santé au niveau de la Baie James. Ce sont des modèles
19 inspirés de l'ensemble de la structure de la santé au
20 Québec, où chaque région a sa régie régionale de santé
21 et de services sociaux.

22 Par ailleurs, on a noté qu'il y a
23 d'autres communautés au Québec qui sont demeurées de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 compétence fédérale. Enfin, il y a un troisième modèle
2 où il y a des communautés qui, tout en gardant des liens
3 avec le fédéral, ont opté pour un transfert de programmes
4 de santé et les gèrent en tout ou en partie.

5 Donc on n'est pas en mesure de vous faire
6 un portrait aujourd'hui systématique, région par région,
7 mais ce qu'on vous dit de façon sommaire, c'est que
8 l'organisation des services de santé au Québec pour les
9 populations autochtones, ce n'est pas quelque chose
10 d'homogène, c'est plutôt un ensemble hétérogène.

11 Cela étant dit, quelles structures
12 répondraient le mieux aux besoins des communautés
13 autochtones? Quelles structures seraient les plus
14 prometteuses dans la poursuite des objectifs visant
15 l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des
16 populations autochtones? Est-ce qu'on doit promouvoir
17 des structures similaires à celles des provinces à
18 l'intérieur desquelles vivent les communautés? Il y
19 aurait beaucoup de questions de cette nature-là.

20 À notre avis, l'Ordre considère que
21 l'amélioration des conditions de vie et de santé ne repose
22 pas strictement sur une solution structurelle. On pense,
23 je le répète, que c'est vraiment sur la participation et

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 l'engagement des communautés autochtones qu'il est
2 primordial de mettre l'accent. Il faut donner à chaque
3 communauté le pouvoir de décider de ses structures et des
4 ressources à privilégier afin que, justement,
5 l'aménagement structurel préserve les valeurs
6 fondamentales qui animent ces communautés.

7 On ne peut pas préconiser un modèle
8 unique d'organisation de services pour les communautés
9 autochtones, à notre avis, et il faut aussi briser le cercle
10 vicieux de la dépendance de certaines communautés envers
11 des services qui sont fournis par les régions centrales.

12 On a certains exemples prometteurs de
13 prise en charge par certaines populations qui se sont
14 faites dans des structures différentes. Citons par
15 exemple le projet de sages-femmes de Povungnituk, qui
16 permet aux femmes enceintes de cette région d'avoir accès
17 à des services dans leur communauté, ce qui évite les
18 transferts coûteux, tant au point de vue financier qu'en
19 termes de retombées négatives sur le couple et la fratrie.

20 On nous a signalé également d'autres communautés qui ont
21 opté pour un transfert de programmes et qui les gèrent
22 eux-mêmes; par exemple, dans la communauté de Betsiamites,
23 il y a des résultats qui démontrent que, par ce type de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 prise en charge, d'auto-prise en charge par la communauté,
2 on a des résultats intéressants de diminution du nombre
3 de grossesses chez les adolescentes et de diminution des
4 suicides chez les jeunes.

5 Donc chaque communauté devra déterminer
6 ses besoins et préciser ses attentes en termes de qualité
7 et d'accessibilité. J'insiste sur la dimension
8 d'accessibilité parce que, sincèrement, c'est
9 difficilement acceptable que les communautés continuent
10 à accepter que les femmes enceintes aient à quitter leur
11 communauté à la 36^e semaine de grossesse. Ça, c'est une
12 dimension très importante. Comment les communautés
13 peuvent-elles considérer comme normal qu'à chaque année
14 les autochtones aient à se déplacer -- et vous savez, quand
15 ils se déplacent, ils se déplacent des fois une partie
16 de la famille ou toute la famille; l'Hôpital général de
17 Montréal a signalé qu'il gère plus de 3 000 déplacements
18 par année -- souvent pour obtenir des soins qui ne sont
19 peut-être même pas appropriés, qui répondent à des
20 standards de prestation de services d'une industrie
21 médicale occidentale et qui peut-être, finalement, causent
22 plus de tort que de bien. Encore là, je fais un jugement
23 grossier, mais on peut se demander si ces déplacements-là

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sont véritablement un investissement adéquat.

2 Donc, en conclusion sur l'aspect
3 structurel, il faut vraiment que les communautés fassent
4 une réflexion sur le type de services qu'elles désirent,
5 l'accessibilité, la qualité, et qu'elles se reconnaissent
6 vraiment comme compétentes pour décider des moyens et des
7 structures à mettre en place. Malgré l'aspect un peu
8 délicat, ça peut aller jusqu'à gérer elles-mêmes... non
9 pas "ça peut aller", mais ça passe également par la gestion
10 des budgets requis.

11 Concernant le deuxième aspect qu'on
12 voulait signaler à la Commission, qui est la contribution
13 des infirmières au niveau des soins de santé aux
14 populations autochtones, je disais tantôt que les
15 infirmières sont souvent l'intervenant principal, voire
16 le seul intervenant souvent, dans des communautés très
17 éloignées.

18 Vous savez que l'Ordre des infirmières,
19 depuis déjà 1983, travaille beaucoup à diffuser auprès
20 de son membership les notions mises de l'avant par
21 l'Organisation mondiale de la santé, qui datent déjà de
22 1968, qui sont le concept de soins de santé primaires.
23 C'est un mouvement vraiment de vision holistique de la

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 santé qui, à notre avis, s'inscrirait de façon très
2 harmonieuse avec la perspective holistique des traditions
3 autochtones.

4 L'infirmière doit être vue
5 véritablement comme un partenaire auprès des communautés
6 autochtones et non pas comme un intervenant de la santé
7 imbu d'un savoir particulier. C'est pour ça qu'on a
8 intitulé notre chapitre comme étant un partenariat
9 renouvelé entre les intervenants de la santé, notamment
10 les infirmières, et la population autochtone, parce que
11 les infirmières sont formées à cette vision holistique
12 et les infirmières reconnaissent de façon générale dans
13 leurs interventions -- pas simplement auprès des
14 populations autochtones mais partout; ça fait partie du
15 fondement même de notre développement professionnel --
16 la reconnaissance du potentiel de chaque individu, de
17 chaque famille, de chaque communauté dans la compétence
18 face à la prise en charge de leur santé. Les infirmières,
19 comme profession, nous valorisons beaucoup le support des
20 aidants naturels et des groupes d'entraide dans
21 l'amélioration de l'état de santé.

22 Afin de diminuer les interventions
23 curatives traditionnelles, un modèle curatif, on pense

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 que les infirmière peuvent, pendant encore un certain
2 temps, agir comme personnes-ressources auprès des
3 populations autochtones pour les aider à traduire les
4 besoins de soins et travailler davantage à déployer des
5 programmes de promotion de la santé et les supporter dans
6 leurs initiatives de développement sanitaire.

7 Maintenant, le contexte et les
8 conditions d'exercice de la profession d'infirmière en
9 régions éloignées.

10 Vous savez que les infirmières, dans la
11 plupart des communautés éloignées, sont la seule
12 personne-ressource de la communauté. Elles font des soins
13 infirmiers mais elles font également aussi des services
14 de pharmacie, de laboratoire léger, de radiologue, parfois
15 de dentisterie. Elles planifient des évacuations
16 d'urgence. Elles doivent stabiliser, justement, des
17 grands blessés pendant une période d'observation. Elles
18 doivent prévoir tous les effets physiologiques conséquents
19 à un transport en avion. Elles sont très, très, très
20 présentes.

21 Par ailleurs, au-delà de leur
22 contribution comme ça, sur un quart normal de travail,
23 elles sont souvent disponibles, de garde, le soir, la nuit,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 la fin de semaine, enfin presque tout le temps. Tout ça
2 pour vous dire que, finalement, ce sont des exigences très
3 élevées au niveau du contexte d'exercice de la profession.
4 Alors les exigences sont élevées quand on y est, dans
5 la communauté éloignée, et l'isolement professionnel et
6 social auquel les infirmières sont confrontées vient
7 accentuer certaines difficultés, parce que, vous le savez,
8 quand on a des collègues ou des pairs avec qui on peut
9 échanger... l'infirmière se trouve quand même très isolée,
10 et ça peut occasionner des sources de stress importantes.

11 Ce qu'on veut dire par là, c'est que pour
12 aller travailler en région éloignée, ça demande une
13 préparation particulière de sensibilisation sur toutes
14 sortes de dimensions à caractère culturel mais également
15 une préparation, un know-how professionnel particulier.

16 On ne peut pas envoyer là des débutantes ou de jeunes
17 infirmières sans expérience, et là, il s'inscrit comme
18 une espèce de cercle vicieux: étant donné que les
19 conditions de travail ou les conditions d'attrait --
20 carrément les conditions de travail tout court -- ne sont
21 pas très intéressantes, ça finit que, finalement, il y
22 a un problème de recrutement et de stabilité des ressources
23 infirmières, et on s'inscrit dans un cercle vicieux,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 finalement; parfois ce ne sont pas les bonnes personnes,
2 des infirmières pas tout à fait préparées qui s'y
3 retrouvent et elles quittent peu de temps après, étant
4 confrontées à une réalité pour laquelle elles ne sont pas
5 outillées.

6 Je signale ça parce que, ce n'est
7 peut-être pas du ressort de la Commission, mais il demeure
8 que c'est une réalité à laquelle on est confronté. Sans
9 vouloir partir un débat, on a regardé les conditions de
10 travail des médecins qui vont en régions éloignées, et
11 leurs conditions... je ne parle pas de salaire. Je parle
12 de possibilités de ressourcement, possibilités d'avoir
13 accès à de l'éducation, de mise à jour, possibilité de
14 retour; enfin, sortir, la brisure de l'isolement
15 professionnel. On s'est aperçu que véritablement, c'est
16 nettement mieux.

17 Il y a tous les éléments également de
18 conditions de vie des infirmières sur place. C'est un
19 petit peu difficile pour nous d'aborder cette question-là
20 dans le cadre de cette Commission, mais on s'est dit qu'il
21 ne faut pas jouer à l'autruche. On est obligé de déplorer
22 les situations de violence auxquelles les infirmières sont
23 confrontées. Cet été, dans une communauté donnée, les

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 infirmières ont dû être évacuées par hélicoptère, étant
2 victimes de violence faite par la communauté locale. Les
3 infirmières nous écrivent, à l'Ordre des infirmières, et
4 nous signalent toutes sortes de marques de violence:
5 des menaces verbales, du harcèlement au téléphone, des
6 agressions physiques; d'autres manifestations sont leur
7 dispensaire qui peut être brisé, ou enfin, des dommages,
8 du vandalisme.

9 Sincèrement, autant les infirmières
10 veulent être des partenaires auprès des populations
11 autochtones, autant elles y sont présentes, autant on en
12 est rendu à un point où, autant pour la communauté
13 elle-même, la violence est rendue à une extrême limite,
14 et les infirmières sincèrement se demandent si elles
15 pourront aller oeuvrer dans ces communautés-là.

16 Un autre élément de disparité est qu'on
17 s'est aperçu que les infirmières anglophones ont davantage
18 accès à des programmes de perfectionnement universitaire
19 qui préparent à aller exercer en régions éloignées, et
20 il n'y a pas d'équivalent de ces programmes-là en français
21 au Québec.

22 Enfin, le dernier volet de notre
23 préparation touchait la question de la formation des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 infirmières autochtones.

2 Sûrement -- et cela a été reconnu par
3 plusieurs -- les infirmières autochtones à qui M^{me} Poirier
4 a parlé reconnaissent que c'est sûrement un élément majeur
5 pour aider les communautés à atteindre une plus grande
6 autonomie en matière de santé. Quand on regarde ça, on
7 se retrouve devant un certain dilemme. Autant on veut
8 favoriser la formation des infirmières d'origine
9 autochtone, par contre, les programmes pourraient être
10 adaptés pour cette clientèle-là mais en aucun temps les
11 exigences ne pourraient être réduites. On se retrouve
12 confronté avec un problème de pré-requis, de préalables
13 requis. Il faut qu'il y ait des cours préparatoires ou
14 des programmes de mise à niveau qui permettent aux jeunes
15 autochtones d'avoir accès à la formation collégiale et
16 universitaire, et encore là on se retrouve devant un
17 dilemme, parce qu'évidemment ça peut vouloir dire un
18 déracinement pour un certain temps s'il faut aller
19 poursuivre des études au Sud.

20 Je vous rappelle également que l'Ordre
21 des infirmières et infirmiers du Québec, en conformité
22 avec une orientation nord-américaine, considère que
23 l'infirmière du futur, ou enfin d'un futur rapproché, devra

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 être de formation universitaire. On pense que s'il y a
2 des mesures pour faciliter l'accès à la profession
3 infirmière chez les autochtones, elles devraient être
4 d'emblée davantage ciblées pour une formation
5 universitaire, étant donné que non seulement c'est une
6 tendance nord-américaine, mais de manière générale les
7 exigences de la pratique infirmière dans ces milieux-là
8 feraient en sorte qu'avec une formation universitaire
9 elles auraient véritablement un leadership, elles seraient
10 des intervenantes de santé beaucoup mieux préparées.

11 Il existe ailleurs au Canada des
12 programmes intéressants, comme le National Native Access
13 Program to Nursing dispensé à l'Université de la
14 Saskatchewan ou encore à l'Université Lakehead. On
15 trouverait intéressant qu'il y ait une volonté politique
16 pour offrir des programmes similaires au Québec. Il n'y
17 a pas d'équivalent au Québec.

18 Enfin, oui, favoriser l'accès des
19 autochtones à des programmes de formation est une
20 préoccupation, ou enfin c'est une voie d'avenir. Par
21 ailleurs, on veut vous signaler que ce n'est peut-être
22 pas la panacée universelle, parce qu'on s'est aperçu dans
23 nos statistiques que dans les infirmières autochtones que

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 nous avons au Québec -- nous en avons une soixantaine --
2 une sur trois seulement travaille auprès de populations
3 autochtones. On ne connaît pas les raisons de façon
4 exhaustive, mais certaines nous ont signalé que c'est
5 difficile pour une infirmière autochtone de pratiquer dans
6 sa communauté, ou dans certaines communautés.

7 On a eu des témoignages d'infirmières
8 autochtones très émouvants et très enrichissants. Par
9 contre, certaines disent qu'elles peuvent subir des
10 pressions de la part de leur communauté, des pressions
11 qui sont souvent reliées au statut de la femme dans ces
12 communautés et, à ce moment-là, il y a des difficultés
13 pour exercer. Vous savez, sur le plan culturel, une femme
14 qui entre dans l'intimité des soins du corps, et caetera,
15 peut-être que ça peut être plus difficile pour elle de
16 le faire dans sa propre communauté, et cela a occasionné
17 certains abandons dans la poursuite de leur carrière auprès
18 des leurs.

19 Donc, d'une part, les valeurs
20 traditionnelles peuvent des fois être un frein à l'exercice
21 de leur profession dans leur propre communauté. Par
22 contre, on s'aperçoit que des fois c'est parce qu'elles
23 n'ont pas tous les préalables requis. Présentement il

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 y a des finissantes infirmières autochtones qui sont
2 attendues avec beaucoup d'impatience dans certaines
3 communautés, mais, vous savez, peut-être qu'on les amène
4 très rapidement au burnout parce qu'elles ne sont pas
5 prêtes, elles sont inexpérimentées, et ce n'est pas parce
6 qu'elles sont autochtones qu'elles sont d'emblée outillées
7 pour faire face à des problèmes éminemment complexes.

8 Alors on souligne que le processus
9 d'intégration au marché du travail des jeunes autochtones
10 est un élément délicat sur lequel il faudrait se pencher.

11 Alors je conclurais là-dessus, sur la
12 formation des infirmière autochtones, qu'on est convaincu
13 qu'elles pourraient assumer un leadership important dans
14 leurs communautés et dans l'auto-prise en charge des soins
15 de santé, et plus il y aura des infirmières formées à
16 l'université, plus elles deviendront elles-mêmes des
17 formatrices pour la formation d'autres agents de santé
18 dans leur communauté.

19 C'était l'essentiel... évidemment,
20 c'est éminemment sommaire. On est prêt à échanger avec
21 vous sur des éléments de notre présentation.

22 Merci.

23 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je vous

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 remercie. Je pense que c'est un mémoire quand même
2 extrêmement important, parce que le nursing se trouve le
3 contact principal au niveau des professions de la santé
4 avec les populations autochtones. Les chiffres que vous
5 nous donnez, 189 infirmières, avec les réserves que vous
6 y avez apportées, qui oeuvrent en milieu autochtone au
7 Québec, dont une vingtaine seraient des autochtones, en
8 laissant peut-être 40 autres ailleurs au Québec, je pense,
9 parlent par eux-mêmes.

10 Le membership de l'Ordre des infirmières
11 est d'au-delà de 50 000 membres?

12 **GYSLAINE DESROSIERS:** Soixante-cinq
13 mille.

14 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:**
15 Soixante-cinq mille. Évidemment, cela a évolué depuis
16 le temps où je présidais l'Office des professions du
17 Québec, et pour le mieux.

18 Alors je pense que ces chiffres-là
19 parlent par eux-mêmes en relation avec la population
20 autochtone du Québec, qui est dans un pourcentage quand
21 même pas mal plus élevé, peu importe le chiffre que l'on
22 prend; si on prend le noyau dur, autour de 70 000 à 80
23 000 personnes, ou l'origine autochtone, jusqu'à 137 000.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 On voit qu'il y a beaucoup de chemin à parcourir, et c'est
2 une préoccupation qu'on a trouvée à la grandeur du Canada,
3 comment convaincre les jeunes de poursuivre au niveau du
4 postsecondaire, en particulier dans les professions de
5 la santé, et en particulier du côté des sciences
6 infirmières.

7 Je voudrais peut-être souligner, avant
8 de poser une première question, que la Commission a eu
9 l'occasion d'aller, en février dernier, au Groenland.
10 Au Groenland, il y a 56 000 habitants: 48 000 Inuit et
11 8 000 Danois. Évidemment, cela relève de Copenhague.
12 Ils ont passé ce qu'ils appellent le Home Rule Act en 1979
13 pour créer un gouvernement autochtone inuit public au
14 niveau du Groenland et, en 1992, ils ont fait la dévolution
15 des services de santé. En particulier, sur un cours de
16 trois ans au niveau des sciences infirmières, dorénavant,
17 il y a deux ans et demi qui se donnent totalement sur place
18 au Groenland, et les infirmières et infirmiers doivent
19 aller faire un stage à Copenhague de six mois
20 essentiellement pour pouvoir avoir leur licence de
21 pratique à travers la communauté européenne -- et ça, ils
22 y tiennent beaucoup -- pour qu'ils soient qualifiés au
23 niveau de la communauté européenne.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Tout ça pour dire que l'essentiel de la
2 formation des infirmières se fait sur place, maintenant,
3 au Groenland, de sorte qu'évidemment, par analogie, je
4 pense que ça démontre qu'il y a des choses qui pourraient
5 être faites davantage de façon rapprochée.

6 J'ai eu l'occasion de mentionner que
7 dans la Terre de Baffin il y a 20 000 Inuit qui vont faire
8 partie du nouveau Nunavut, et il n'y a pas une seule
9 infirmière inuit. Alors, encore une fois, les femmes
10 viennent accoucher à Iqaluit de 14 communautés, en parlant
11 inuktitut de façon presque totale, et ce sont des
12 infirmières du Sud en roulement qui sont le point de
13 contact, avec des problèmes d'interprètes, et caetera.
14 Évidemment, au nord du Québec, on connaît un peu plus la
15 situation et le développement avec le centre à Povungnituk.

16 Tout ça pour dire qu'il y a un besoin
17 criant, et il y a des jeunes dans les écoles; il y a des
18 jeunes dans les écoles secondaires. On en a rencontré
19 plusieurs, garçons et filles, en neuvième, dixième,
20 onzième années, à travers le Canada, pour essayer de voir
21 quelles sont les barrières. Les barrières, comme vous
22 le mentionnez, sont certainement d'un ordre... souvent
23 il y a une distance entre les standards de formation sur

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 place par rapport à ceux du Sud; donc, il y a un rattrapage.

2

3 Il y a certainement un problème majeur
4 au niveau de l'accueil qui est fait, de la transition,
5 quand les jeunes viennent au Sud; et ça, j'aimerais qu'on
6 en parle un peu, et peut-être du rôle de votre corporation
7 professionnelle là-dessus, pour faciliter la transition
8 du côté des jeunes qui viennent prendre une formation au
9 Sud. Il y a également une question de valeurs attachées
10 à l'éducation comme tel par la communauté, par les leaders
11 et par les parents eux-mêmes, mais il est évident qu'avec
12 le nombre de jeunes autochtones, que ce soit des Inuit
13 ou des Cris, ici au nord du Québec, il n'y a pas de raison...
14 il y a un déblocage qui doit prendre place dans la prochaine
15 décennie. Les jeunes se tournent actuellement vers
16 l'alcool, les drogues, le suicide, et c'est une bombe à
17 retardement sur le plan social.

18 Alors dans ce sens-là, on était très
19 heureux que votre corporation professionnelle réponde à
20 l'invitation de la Commission pour réfléchir sur la
21 question.

22 Essentiellement, donc, vous avez
23 plusieurs de vos membres qui sont en contact avec les

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 communautés, avec les gouvernements qui ont été créés dans
2 le nord du Québec. Est-ce que, dans le cadre d'une
3 corporation professionnelle comme la vôtre, il y a des
4 programmes particuliers qui touchent cette question-là?

5 Je comprends que la question des infirmières en milieu
6 éloigné, depuis toujours, au Québec, c'est une
7 préoccupation de l'Ordre des infirmières et infirmiers,
8 mais de façon plus particulière avec la réalité
9 autochtone... parce que c'est une réalité qui est en
10 croissance et non pas en décroissance.

11 Donc, si on regarde l'avenir, est-ce que
12 vous avez un comité ou une structure ou est-ce que vous
13 envisagez réfléchir de façon plus spécifique, poursuivre
14 la réflexion qui a été amorcée en ce qui a trait à cette
15 question capitale de convaincre plus de jeunes ou
16 convaincre les organismes aussi d'avoir les systèmes
17 d'accueil pour qu'effectivement des jeunes puissent
18 considérer devenir membres de la profession du nursing
19 dans le contexte québécois? Et c'est un problème qu'on
20 a à l'échelle du Canada; la situation n'est pas différente,
21 ou n'est pas pire et n'est pas meilleure. Il y a certaines
22 pointes de force -- je pense que le programme de Povungnituk
23 en est une -- mais c'est un problème généralisé, et on

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 ne peut pas passer les prochains 10 ans comme on vient
2 de passer les derniers 10 ans, parce qu'il y a une pression,
3 il y a une masse de jeunes.

4 L'Ordre des infirmières comme tel, il
5 me semble, est certainement placé pour avoir une action
6 la plus dynamique possible par rapport à ça. Alors je
7 vous pose la question: Comment vous envisagez l'avenir
8 dans des gestes concrets?

9 **GYSLAINE DESROSIERS:** Écoutez, je vais
10 être bien franche avec vous. Dans les gestes concrets
11 immédiats, c'est assez difficile. Nous autres, ce qu'on
12 peut faire dans le moment de façon immédiate, on cherche
13 à mettre de l'avant des moyens pour vaincre l'isolement
14 professionnel de celles qui travaillent, qui oeuvrent déjà
15 là, par des moyens plus modernes; on parle de
16 téléconférences. Enfin, je n'explorerai pas ça avec vous,
17 parce que je pense que le sens de votre question est plus
18 dans l'accès des jeunes autochtones aux programmes de
19 formation professionnelle.

20 Là-dessus, je suis obligée de vous dire
21 que, oui, on est intéressé à jouer un rôle catalyseur ou
22 à s'inscrire dans une dynamique. Par ailleurs, vous savez
23 que l'immensité du territoire... on parle de la Côte-Nord,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 en passant par l'Abitibi, avec toute la Baie d'Hudson,
2 la Baie d'Ungava; vous savez, le territoire est tellement
3 immense. Oui, il y aurait des besoins supplémentaires,
4 on devra investir davantage dans la formation
5 professionnelle, mais c'est difficile pour nous autres
6 d'être l'élément moteur.

7 Je pense qu'avec un minimum de
8 concertation il y aurait sûrement moyen de travailler sur
9 des programmes de mise à jour. Vous parliez de programmes
10 très adaptés, plus appropriés; vous parliez de programmes
11 qui pourraient être faits sur place, avec un stage, et
12 caetera, de six mois. On y avait pensé. On a déjà regardé
13 ces questions-là. Mais nous, on fonctionne à l'intérieur
14 d'un système professionnel ici au Québec qui fait en sorte
15 que c'est le gouvernement qui réglemente, qui décide quels
16 sont les diplômes qui permettent l'accès à la profession.
17 Donc on n'a pas de pouvoir ou d'influence. On ne peut
18 pas changer les règles du jeu et dire que pour un groupe,
19 les préalables ou le diplôme ne seront pas les mêmes ou
20 seront quelque chose de différent. On est pris dans un
21 système de réglementation professionnelle très rigide.

22 Est-ce qu'il y a des assouplissements
23 possibles dans la façon d'accéder, ou même des programmes

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 aménagés... ça pourrait être soit dans l'accessibilité
2 ou soit même dans le contenu des programmes. Je ne peux
3 pas concevoir qu'on n'aurait pas des éléments de contenus
4 de programmes qui ne tiendraient pas davantage compte de
5 la dimension culturelle. Peut-être même qu'il y a des
6 éléments dans le cours d'infirmière qui sont complètement
7 inappropriés à la dispensation des soins auprès d'une
8 population autochtone, qui, à la limite, peuvent les
9 heurter sur le plan de leur culture.

10 Enfin, toutes ces choses-là pourraient
11 être regardées, mais vous savez comment ça fonctionne,
12 quelle sera l'instance motrice, qui va asseoir les
13 différents groupes pertinents pour discuter de cette
14 question-là? Est-ce que ce sont les conseils de bande?

15 Je ne connais pas assez l'infrastructure autochtone.
16 Est-ce que ce sont les conseils régionaux de santé avec
17 qui on pourrait s'asseoir dans un partenariat pour
18 travailler à l'élaboration de nouvelles formules? Et le
19 problème, c'est qu'il va falloir les financer, parce qu'on
20 ne peut pas imaginer une université unique ou un collège
21 unique pour l'ensemble des groupes autochtones ou des
22 futures candidates autochtones qui voudraient avoir accès
23 à une formation. J'ai un petit peu de misère à voir, demain

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 matin, la faisabilité. C'est certain qu'il y a un aspect
2 de financement.

3 Jocelyne, tu pourrais mentionner qu'il
4 y a déjà eu des programmes... on n'est même pas capable
5 d'avoir des programmes dans le moment adaptés pour les
6 infirmières qui vont aller travailler là. On voudrait
7 des programmes ou des certificats de santé communautaire
8 particuliers. Tu parlais d'un programme de formation
9 nordique pour le milieu nordique. Il n'est même pas
10 disponible en français au Québec. On est confronté à des
11 éléments de financement majeurs.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Ça, c'est
13 une question qui m'a frappé. Comment se fait-il que ce
14 programme-là de formation nordique n'est pas disponible
15 en français au Québec? J'avoue que ça m'a frappé en le
16 lisant dans votre mémoire, et dans votre présentation cela
17 a été répété. Pouvez-vous expliciter là-dessus?

18 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN, conseillère**
19 **en services professionnels, Ordre des infirmières et**
20 **infirmiers du Québec:** Oui. Ce sont des programmes qui
21 sont offerts dans d'autres provinces, et il n'y a pas de
22 programmes similaires. Ce qu'on dit aux infirmières du
23 Québec, par exemple celles qui exercent auprès du fédéral,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 on leur dit qu'il y a un programme clinique. Santé et
2 Bien-être offre un programme effectivement mais qui n'est
3 pas reconnu. Alors la personne n'a pas accès à des crédits
4 au niveau universitaire.

5 Ça, ça relève de décisions
6 d'établissements. Nous, on a fait des démarches auprès
7 de différents établissements universitaires, mais on ne
8 peut pas imposer ces programmes. Alors on multiplie les
9 démarches, mais, jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de
10 programmes offerts spécifiquement à l'intention des
11 infirmières qui exercent en région éloignée.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Alors il
13 n'y a pas d'université, comme Lakehead par exemple, que
14 vous mentionniez...

15 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Ça, ce sont
16 des programmes particuliers. Ce sont des programmes qui
17 ont été développés spécifiquement à l'intention des
18 infirmières autochtones. Donc il y a une année
19 préparatoire.

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** C'est ça.

21 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Et c'est un
22 programme de niveau universitaire. Donc ce serait
23 intéressant que cette possibilité soit considérée ici au

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 Québec pour ces infirmières.

2 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je présume
3 que vous avez fait des démarches sur le plan d'un programme
4 nordique de façon générale auprès du ministère de la Santé
5 et des Services sociaux, auprès de certaines universités?

6 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Oui.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Sans
8 résultat à ce moment-ci.

9 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Les
10 difficultés qu'on rencontre, c'est au niveau de la
11 planification des programmes. Les universités ont déjà
12 des programmes structurées. Nous, ce que les infirmières
13 nous demandent beaucoup en région, ce sont des programmes
14 avec un volet santé communautaire et aussi des cours qui
15 leur permettent de mettre à jour leurs connaissances, par
16 exemple à l'examen physique, par exemple aux nouvelles
17 tendances qui se développent dans les soins. Donc cela
18 exige de la part des universités de développer des
19 compétences dans des domaines qu'elles ne possèdent pas
20 nécessairement actuellement. Donc il y a tout un volet
21 de stage pratique qui est une composante importante.

22 **GYSLAINE DESROSIERS:** Souvent il y a
23 l'aspect volume. Les universités ne veulent pas partir

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 ces régions-là qui poursuivent au niveau postsecondaire,
2 au niveau du cégep.

3 On a amorcé cette discussion-là avec les
4 cégeps, par exemple à Sept-Îles, et avec un certain nombre
5 d'établissements, mais est-ce que l'Ordre des infirmières
6 et infirmiers fait quelque chose sur ce plan-là, au-delà
7 de l'aspect purement nordique?

8 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Oui. C'est
9 un sujet qui nous préoccupe beaucoup. Je dois vous dire
10 que dans le cadre des démarches pour élaborer le mémoire
11 que nous présentons aujourd'hui, j'ai rencontré des
12 enseignantes qui ont été impliquées dans des programmes
13 de formation offerts aux jeunes autochtones, des étudiants
14 qui ont été intégrés à un groupe régulier d'étudiants,
15 et j'ai consulté plus spécifiquement des enseignantes de
16 deux cégeps qui offrent actuellement le programme. Ça
17 nous préoccupe beaucoup à cause des difficultés
18 rencontrées par les étudiants. Je vais vous donner deux
19 exemples.

20 Il y a le cégep de Chicoutimi qui vient
21 de terminer un programme avec un groupe. Au début les
22 étudiants étaient une quinzaine. On avait une quinzaine
23 d'étudiants autochtones, et à la fin on a seulement neuf

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 étudiants qui ont terminé. Parmi ces neuf étudiants il
2 y a eu un échec. Huit étudiants autochtones se sont
3 présentés à l'examen d'admission de l'Ordre et il y a eu
4 trois échecs.

5 Je dois vous dire que les enseignantes,
6 tout au cours de la démarche d'apprentissage, ont assuré
7 un support important aux étudiants. Elles ont eu des cours
8 préparatoires. Il y a eu des échecs en cours de
9 cheminement. On a prévu des sessions intensives durant
10 l'été pour permettre à ces étudiantes d'atteindre les
11 objectifs. Donc, malgré un support constant, on
12 s'aperçoit qu'en bout de ligne il y a peu d'étudiants qui
13 terminent le programme.

14 À John Abbot (PH), il y a aussi 17
15 étudiants qui poursuivent des études, soit des infirmières
16 auxiliaires ou soit pour une formation d'infirmière, et
17 à John Abbot (PH) aussi il y a eu une année préparatoire.

18 On a même mis en place un système de jumelage où
19 l'étudiante autochtone est jumelé à une étudiante non
20 autochtone qui lui prête ses notes, qui discute avec elle
21 du contenu des cours. Donc il y a tout un support qui
22 est assuré à l'étudiante, et il y a quand même des
23 difficultés. Il y a eu aussi des abandons dans le cadre

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 de ces programmes.

2 Donc il va falloir qu'on trouve des
3 moyens, et je pense que c'est en collaboration qu'il va
4 falloir trouver ces moyens. Il faut que les communautés
5 autochtones... par exemple, quand on dit qu'on a besoin
6 d'un programme de mise à niveau, une propédeutique, il
7 faut vraiment que ce soit vu comme étant des conditions
8 qui visent le succès; il faut assurer le succès. Il faut
9 mettre toutes les conditions préalables pour que les
10 étudiants possèdent les préalables requis pour finalement
11 poursuivre les études et réussir le programme.

12 Il y a tout ce qui concerne aussi le
13 matériel pédagogique, le matériel didactique. Il faut
14 que ce soit traduit aussi dans la langue. Il y a beaucoup
15 de support qui peut être assuré à ce niveau-là.

16 Nous, l'Ordre, en tant que corporation
17 professionnelle, on ne peut pas prendre de décisions au
18 niveau de la formation. On est consulté par le ministère
19 de l'Enseignement supérieur et de la Science, donc on peut
20 collaborer, mais on ne peut pas être les éléments ou les
21 personnes qui vont décider, par exemple, d'ouvrir tel ou
22 tel programme. Pour moi, c'est vraiment une collaboration
23 qu'il va falloir instaurer autant entre les maisons

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 d'enseignement que les communautés autochtones.

2 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Merci.

3 Viola, any questions?

4 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** I guess
5 the questions I had, you have just about answered them.

6

7 I guess I want to speak a bit about your
8 thought about -- it is important to have the improvement
9 in the quality of life and health, and people at the
10 community level need to be involved in the decision-making,
11 they have to be empowered to plan on how they are going
12 to do this.

13 From my understanding in going to the
14 different communities, I believe that the things that you
15 are saying, the communities themselves have told us in
16 many instances. They are very aware of their problems,
17 and they know how to deal with them, and they want to do
18 the very things that are being suggested here, but they
19 too are having difficulty in accessing support, resources,
20 financial resources, and, particularly in northern
21 communities, in accessing the kind of training and
22 education and everything that is required to meet that
23 goal, the same thing that you are talking about.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 So I think that what you are saying and
2 what we have heard is the same, and I think there is
3 something that has to be in the middle, how do we overcome
4 this and how do we get something in place. It is pretty
5 clear that they seem to know what they need, and a lot
6 of them are saying the difficulty, I think, is the cultural
7 shock of leaving the community to go to a southern community
8 to get your education and to get your training. And I
9 guess, on the other part is the willingness of university
10 institutions to adapt their courses to the holistic system.
11 I don't know how they would do that, but there must be
12 a way.

13 I was going to ask you, as a matter of
14 fact, when you were talking about the nurses that are being
15 trained now to go up north -- and you are saying most of
16 them are non-Aboriginal, and that you believe in the
17 holistic way, trying to integrate that. I am just
18 wondering how these nurses are groomed now; how do you
19 groom them and prepare them to take these posts in the
20 North? Are they getting something in their training now
21 at the university level that helps them to make that choice?

22 **GYSLAINE DESROSIERS:** Ce qu'on vous
23 disait tantôt, justement, c'est qu'on n'est pas

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 entièrement satisfait de la préparation actuelle des
2 infirmières qui doivent aller travailler au Nord. On sait
3 qu'il y a des programmes universitaires plus adaptés,
4 justement, qui préparent davantage pour aller travailler
5 dans des communautés culturelles. Il y a des certificats
6 qu'on appelle de santé communautaire. Il pourrait même
7 y avoir des certificats très centrés sur des aspects
8 ethniques, ou enfin qui tiennent compte de différentes
9 considérations.

10 Le problème qu'on exprimait dans notre
11 présentation, c'est que, pour intéresser des infirmières
12 particulièrement formées, par exemple des nurse
13 practitioners ou des infirmières cliniciennes, des
14 infirmières tout à fait outillées tant sur le plan culturel
15 que sur le plan professionnel, pour aller travailler au
16 Nord, il faudrait leur offrir quelque chose d'intéressant.

17 Actuellement, sur un strict plan des conditions de
18 travail, que ce soit monétaire ou que ce soit en termes
19 de conditions de vie, en termes de possibilités de
20 ressourcement, et caetera, c'est inintéressant;
21 sincèrement, il faut le dire. Avec aussi les changements
22 de lois fiscales, maintenant, tout est taxable quand on
23 travaille au Nord et tout coûte plus cher. Ça fait en

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sorte que présentement il n'y a aucun incitatif à attirer
2 les infirmières les mieux qualifiées.

3 Là, on s'inscrit dans un cercle vicieux.
4 On s'inscrit dans un cercle vicieux où ce sont peut-être
5 les jeunes infirmières, celles qui ne sont pas tout à fait
6 qualifiées pour y aller... je ne veux pas dire par là
7 qu'elles sont inadéquates, mais finalement on expose des
8 personnes mal préparées, parce qu'il y en a, des
9 cheminements qui peuvent préparer de façon adéquate. Et
10 là, peut-être effectivement qu'on crée un bris de confiance
11 dans la population. La population qui voit des jeunes
12 infirmières passer chez elle à un roulement de 50 pour
13 cent par année, vous comprenez qu'ils ne doivent pas
14 établir une relation de confiance. Il ne doit pas
15 s'établir un partenariat intéressant et valable. Il n'y
16 a pas de perspective à long terme. Alors on est vraiment
17 dans un cercle vicieux qui devrait être coupé à quelque
18 part.

19 Nous, à l'Ordre des infirmières et
20 infirmiers, compte tenu de notre mandat, on n'est pas
21 supposé même passer de commentaires sur les conditions
22 de travail, vous savez; on est supposé être là strictement
23 pour des fins de protection du public. Mais, à un moment

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 donné, il faut quand même dire les choses telles qu'elles
2 sont. Si les conditions d'exercice ne permettent pas
3 d'attirer dans les communautés qui en ont besoin les
4 personnes les mieux qualifiées, si on ne décide pas de
5 briser ce cercle vicieux, on se retrouve dans la situation
6 où on est présentement.

7 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Au niveau
8 des programmes de formation, on trouve vraiment important
9 qu'il y ait des notions transculturelles qui soient
10 intégrées. Il y en a déjà dans les programmes, et il
11 faudrait davantage de notions dans ce domaine. Il
12 faudrait aussi que les maisons d'enseignement développent
13 des stages en régions isolées. Il faudrait peut-être
14 avoir aussi des nominations conjointes, pour intéresser
15 les infirmières dans ces régions.

16 Un autre aspect important qui touche la
17 problématique que vous soulevez... on parle de taux de
18 roulement élevé. Vous savez que chez les jeunes, à ce
19 moment-là il n'y a pas de modèle infirmier. Quand les
20 gens passent, passent, passent, les jeunes n'ont pas de
21 modèles qui peuvent à ce moment-là les intéresser à la
22 profession d'infirmière.

23 Je dois vous dire aussi, par rapport au

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 début de votre intervention, que, oui, les populations
2 autochtones disent qu'elles sont prêtes, et je dois vous
3 dire qu'unaniment toutes les infirmières que nous avons
4 consultées sont d'accord avec ça. Elles nous ont toutes
5 dit, une après l'autre: "Oui, les populations autochtones
6 sont capables de se prendre en charge. Elles ont le
7 potentiel", et elles sont prêtes à les aider à le faire.
8 Cela a été vraiment unanime de la part de toutes les
9 personnes consultées.

10 Donc je pense que s'il y a un désir du
11 côté des populations, les infirmières sont prêtes elles
12 aussi à relever le défi et elles sont prêtes à utiliser
13 aussi les moyens que les gens ont sur place pour trouver
14 des solutions. Elles nous ont dit: "Écoutez, les
15 populations autochtones connaissent les besoins, elles
16 sont en mesure d'identifier quels sont les moyens qu'on
17 peut prendre pour atteindre un niveau de qualité de vie
18 supérieur."

19 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Yes, and
20 we also know that it is not only in the nursing profession
21 that this high turnover is, it is also in teaching
22 professions and other professions; people who have to leave
23 the South and go to the North, there is not all that many

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 that will adapt themselves and make it their home for long
2 periods of time.

3 I guess it is a problem of, for instance,
4 non-Aboriginal nurses going into the community, but then
5 again, you also said there is only one out of three
6 Aboriginal nurses that will go back and work in their own
7 communities. So there is obviously another problem there.

8 I am not sure if that is the answer, but it is quite a
9 difficult problem.

10 The will of the people is there and the
11 will of the nurses is there, but there is a lack of will
12 some place else. So it is unfortunate, but certainly,
13 I guess, that's something that has to be addressed
14 somewhere.

15 I don't have any other questions.

16 **GYSLAINE DESROSIERS:** Peut-être, sur ce
17 que vous venez d'énoncer, nous autres aussi, on était
18 perplexe, parce qu'en fait, s'il y a une infirmière
19 autochtone sur trois qui pratique dans ces communautés,
20 c'est qu'on a eu des témoignages contradictoires. On a
21 des témoignages d'infirmières autochtones qui travaillent
22 dans leur communauté... je ne sais pas comment s'est fait
23 le consensus sur place, mais des témoignages de succès.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Mais là où ça ne fonctionne pas, ou là où les infirmières
2 autochtones préfèrent ne pas travailler dans leur propre
3 communauté... peut-être que ça demande un cheminement de
4 la communauté elle-même parce que sinon, on est dans un
5 cul-de-sac.

6 Est-ce que la communauté veut préparer
7 ses jeunes à devenir infirmières et à revenir après?
8 Est-ce que ça demande une espèce de discussion sur des
9 dimensions culturelles? Si on ne veut pas être soigné
10 par une jeune femme issue de sa propre communauté, est-ce
11 qu'on préfère que ce soit une Blanche qui vient du Sud?

12 Enfin, ce sont des questions qui doivent être mises sur
13 la table.

14 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense
15 que vous avez tout à fait raison. La discussion entre
16 les communautés, la définition de leurs besoins, ce
17 qu'elles souhaitent, et la façon de le réaliser, souvent,
18 il y a une distance entre ce que les communautés souhaitent
19 et les moyens concrets pour y parvenir.

20 Je voudrais ré-aborder une question qui
21 est peut-être délicate mais je pense qui doit être abordée.

22 On a rencontré plusieurs corporations professionnelles
23 d'infirmières et infirmiers et on sait qu'il y a un certain

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 niveau de violence dans les communautés autochtones, mais
2 je pense que c'est la première fois que c'est exprimé aussi
3 clairement que ça par rapport aux infirmières. Vous en
4 faites état dans votre mémoire, vous y êtes revenues dans
5 votre présentation.

6 Je présume qu'autant les infirmières non
7 autochtones que les infirmières autochtones ont rencontré
8 ces difficultés par rapport à une certaine réalité de
9 violence dont elles ont fait l'objet. Est-ce que c'est
10 aussi vrai pour les autochtones qui sont infirmières que
11 pour les non-autochtones qui vont dans les communautés
12 autochtones comme infirmières?

13 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Les
14 exemples récents qu'on a eus, ça concerne davantage des
15 infirmières non autochtones. Les infirmières
16 autochtones, je vous dirais que c'est plus des pressions
17 qu'elles subissent, c'est plus au niveau psychologique.

18 Comme le disait la présidente tantôt, c'est difficile
19 pour nous d'aborder cet aspect, mais il faut le faire,
20 parce que nous avons des infirmières qui ont vécu des
21 situations très difficiles, et vous savez que, dans un
22 tel contexte, c'est très difficile de recruter du personnel
23 par la suite.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Donc les différentes situations de
2 violence, il y a de la violence pendant la dispensation
3 des soins; ce sont vraiment des situations très difficiles
4 qui impliquent aussi toute la famille et la communauté.

5 Donc il y a des mesures qui doivent être prises pour
6 contrer ce phénomène qui est quand même important.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Donc ce que
8 vous dites, c'est que dans un certain nombre de
9 circonstances, ce n'était pas uniquement le malade, mais
10 il n'y avait pas de soutien suffisant de la famille et
11 de la communauté pour l'infirmière.

12 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Oui.

13 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Dans des
14 cas comme ceux-là, est-ce qu'il y a quelqu'un, soit l'Ordre
15 ou d'autres organismes qui font la discussion avec la
16 communauté pour essayer de voir un peu qu'est-ce qui se
17 passe, quelle est la compréhension des choses? Est-ce
18 que ça reste là, l'infirmière revient au Sud et il y a
19 une difficulté, bien sûr, de remplacement, ou est-ce qu'on
20 amorce une discussion plus franche avec la communauté sur
21 la raison de ça?

22 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Dans la
23 situation à laquelle on fait référence, il est certain

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 qu'il y a eu des discussions au niveau de l'employeur et
2 il est certain aussi que nous, on a été consulté. Ce sont
3 les conséquences de cette violence qu'il faut considérer.

4 Vous savez, les infirmières concernées ne sont pas
5 retournées dans la communauté. Parfois on prend des
6 solutions qui ne sont peut-être pas nécessairement les
7 meilleures; on va former d'autres personnes pour remplacer
8 les infirmières.

9 Nous, on le dit dans le mémoire, on
10 considère que les populations autochtones ont droit à des
11 soins de qualité, et il faut vraiment envisager et que
12 les communautés envisagent les conséquences d'une telle
13 violence.

14 Alors nous, oui, on est préoccupé, on
15 est consulté, on essaie de donner du support aux
16 infirmières, mais il faut vraiment que la question retourne
17 aux communautés, parce que ce sont elles finalement qui
18 se retrouvent sans infirmière dans un contexte
19 d'isolement.

20 **GYSLAINE DESROSIERS:** Il est arrivé un
21 incident cet été, et dans cette communauté-là, finalement,
22 les infirmières ont toutes été évacuées; ils ont gardé
23 juste un médecin. Là, ils ont dit: "On n'a plus

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'infirmières, mais on va former des gens sur place qui
2 vont se mettre à faire des examens physiques sous la
3 direction immédiate ou la supervision d'un médecin."

4 On a été un peu surprises de la solution,
5 parce qu'on s'interroge, est-ce que la solution d'avenir
6 ou la perspective à long terme, c'est de sortir les
7 infirmières? Évidemment, vous le savez, on a une
8 profession à 92 pour cent de femmes. Alors quand on envoie
9 des infirmières en régions éloignées, ce sont
10 habituellement des femmes, des jeunes femmes qui se
11 retrouvent toutes seules. Alors si la communauté
12 considère que ce n'est pas important d'avoir des
13 infirmières, si la communauté ne veut pas les protéger
14 ou assurer de façon claire et démontrer leur volonté de
15 les garder, on va s'installer dans un modèle curatif
16 médical complet, où il y aura un médecin et des agents
17 de santé. Je me pose la question.

18 Alors quand vous dites: "Qu'est-ce qui
19 est arrivé par la suite", nous autres, on nous a
20 sensibilisées, le ministère de la Santé a été sensibilisé,
21 mais on ne se sentait pas l'instance mandatée pour aller
22 s'asseoir avec la communauté localement. Il y a des
23 employeurs, il y a des gens qui doivent faire ça localement.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 On vous le signale, non pas pour faire
2 une dénonciation comme ça, brutale, mais on se dit que
3 dans la dernière année, beaucoup d'infirmières nous ont
4 écrit et elles nous demandaient à nous, l'Ordre des
5 infirmières, de faire quelque chose alors que dans les
6 faits on n'est pas l'organisme pour ça. Il existe des
7 syndicats, des employeurs, un ministère, des conseils de
8 bande, d'autres personnes qui devraient immédiatement être
9 saisies de cette question-là. Nous autres, on est
10 quasiment comme en dernier recours là-dessus, et on a été
11 surpris de voir justement que ce n'est pas mis sur la table.

12 On a eu des témoignages absolument
13 pitoyables d'infirmières qui vont être marquées peut-être
14 pour des années après leur séjour, et on se dit... comme
15 dit Jocelyne, je pense que cette communauté-là n'a plus
16 d'infirmières depuis les incidents de l'été. C'est un
17 exemple, vous allez dire, et on ne veut pas en faire un
18 cas d'espèce, mais ça semble assez général. Quand on parle
19 de violence entre eux, de cas de violence familiale, c'est
20 qu'à un moment donné il n'y a plus de contrôle dans la
21 communauté, et accidentellement les infirmières en
22 deviennent victimes. Il faut que le cercle vicieux soit
23 brisé à un moment donné.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** En fait, si
2 je comprends bien, les infirmières sont essentiellement
3 à l'emploi des communautés, et il n'y a pas d'employeur
4 indépendant comme un hôpital ou un centre...

5 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Non, elles
6 peuvent relever d'un employeur aussi, d'un centre de santé.

7 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** À ce
8 moment-là, c'est sans doute un peu plus facile, il y a
9 un interlocuteur sur place dans la communauté comme
10 employeur pour faire le point en principe.

11 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Oui, ça
12 devrait être plus facile. Je peux ajouter aussi que les
13 infirmières qui étaient dans cette communauté étaient des
14 infirmières avec de l'expérience; ce sont des personnes
15 qui avaient des compétences dans le domaine, et cela a
16 été quand même très difficile pour elles.

17 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Si je
18 reviens un instant au cégep de Chicoutimi, les programmes,
19 et à John Abbot (PH), vous avez fait état évidemment des
20 ratés sur le plan des réussites. Est-ce que le programme
21 continue quand même? En d'autres termes, est-ce que
22 c'était une démarche ad hoc, unique? En d'autres termes,
23 est-ce qu'il y a toujours de nouveaux étudiants qui entrent

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 dans le programme à Chicoutimi, ou est-ce que cela a tué
2 dans l'oeuf l'amorce de ces programmes-là?

3 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Non. Je ne
4 pense pas que ce soit objet pour restreindre l'ouverture
5 de d'autres programmes, mais ça, ce sont des groupes
6 particuliers. C'est le ministère de l'Enseignement
7 supérieur. Là, le groupe a terminé, et on va assurer le
8 suivi au niveau de l'étudiant qui a un échec, pour lui
9 faire compléter son programme, pour qu'il puisse réussir.

10 Je n'ai pas eu d'autre confirmation de
11 programmes de la part de tous les cégeps qui ont déjà donné
12 le programme à des étudiants intégrés à un groupe régulier.

13 Pour ce qui concerne le programme de John Abbot (PH),
14 lui, il continue toujours de se donner parce que les
15 étudiantes sont en train de compléter leurs études.

16 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** En d'autres
17 termes, ces programmes-là sont un peu uniques dans le
18 temps; c'est-à-dire que c'est particulier, spécifique...

19 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Oui. C'est
20 un groupe, oui.

21 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** ... et on
22 doit reprendre un autre groupe, mais pas nécessairement
23 l'année suivante. Il n'y a pas un roulement régulier comme

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 dans le système d'enseignement.

2 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Non.

3 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je vois.

4 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Il est
5 toujours possible pour les étudiants de s'intégrer à un
6 groupe de l'enseignement régulier, mais pour des groupes
7 spécifiques, ça dépend des décisions du ministère.

8 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Où on
9 attache une année préparatoire avant, ou enfin, une
10 préformation. Ça, on ne retrouve pas ça dans le programme
11 régulier, évidemment.

12 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Non. Non,
13 mais ce sont vraiment des cours de mise à niveau pour les
14 étudiantes, parce qu'on s'est aperçu souvent, en
15 évaluation des dossiers... ça, ce sont les maisons
16 d'enseignement qui effectuent l'évaluation des dossiers.
17 On s'est aperçu qu'il manquait des acquis en
18 mathématiques, en chimie et en physique. Donc le cours
19 préparatoire vise à mettre à niveau les connaissances.

20 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Parmi les
21 60 infirmières autochtones, est-ce qu'il y en a qui ont
22 poursuivi au niveau du baccalauréat universitaire?

23 **JOCELYNE POIRIER-BEAUDIN:** Je ne peux

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 pas vous dire. Je n'ai pas de statistiques là-dessus.
2 Je sais qu'il y a une étudiante au niveau du baccalauréat
3 à l'Université de Montréal, mais je n'ai pas de chiffres
4 concernant les infirmières qui poursuivent des études.
5 Je sais qu'il y en a qui ont des certificats en santé
6 communautaire, mais je ne peux pas vous donner de chiffres
7 au niveau du baccalauréat.

8 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je pense
9 que ça fait le tour de la discussion qu'on pouvait avoir
10 dans ce cadre-ci, à moins que ma collègue ait des questions
11 additionnelles.

12 Viola, do you have any other questions?

13 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Nothing.

14 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Encore une
15 fois, la Commission a tenu l'hiver dernier une table ronde
16 sur les questions de santé à l'échelle du Canada et on
17 a produit un rapport -- d'ailleurs, je vais en faire
18 parvenir une copie aux intervenants de ce matin -- qui
19 s'intitule "Sur le chemin de la guérison", "A Path to
20 Healing" en anglais -- je vais vous en remettre une copie
21 -- où il y a eu pas mal de présentations et de discussions
22 sur la question entre autres des professions de la santé
23 et du nursing en particulier dans les situations nordiques

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 par surcroît.

2 Alors je voudrais à ce moment-ci vous
3 remercier d'avoir accepté notre invitation et d'avoir
4 amorcé cette réflexion. La Commission souhaite que ce
5 soit un point de départ et non pas un point d'arrivée.
6 Il y a beaucoup de chemin à parcourir, et le besoin ne
7 fera que s'accroître.

8 Alors on vous remercie d'être venues
9 faire la présentation de votre mémoire cet après-midi à
10 la Commission.

11 **GYSLAINE DESROSIERS:** Merci.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Alors nous
13 allons suspendre l'audition pour une quinzaine de minutes,
14 avec une reprise à 3 h 00 pour entendre le mémoire de M^{me}
15 Francine Tremblay.

16 Merci.

17 --- Courte suspension à 14 h 45

18 --- Reprise à 15 h 10

19 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Nous
20 reprenons l'audience de la Commission royale sur les
21 peuples autochtones avec la présentation de M^{me} Francine
22 Tremblay, qui a oeuvré depuis plus de 20 ans, à divers
23 titres, auprès des communautés atikamekw et montagnaises

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 en ce qui a trait à la prise en charge des services sociaux,
2 auprès des Inuit dans le nord du Québec dans le domaine
3 des services de santé et des services sociaux. M^{me}
4 Tremblay veut, à partir de son expérience, donner à la
5 Commission royale un certain nombre de considérations et
6 de pistes de solution pour l'avenir.

7 Alors je cède immédiatement la parole
8 à M^{me} Tremblay.

9 **FRANCINE TREMBLAY:** Merci.

10 Le but de ma présentation est d'apporter
11 un témoignage basé sur plus de 20 ans d'expérience de
12 travail et de réflexion sur les problèmes d'aide au
13 développement social en milieu autochtone. Même si je
14 fus quotidiennement confrontée aux problèmes de santé
15 physique et mentale vécus par les autochtones, je leur
16 laisse le soin d'exprimer eux-mêmes leurs préoccupations
17 et recommandations en ce sens.

18 Mentionnons cependant que le processus
19 d'acculturation qui s'est accéléré au cours des années
20 cinquante a transformé la vie nomade des autochtones en
21 une vie sédentaire. Depuis, les conditions de vie
22 matérielles et économiques ainsi que la santé physique
23 des autochtones se sont grandement améliorées. Ces gains,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 que cela nécessite, est généralement bien accueillie par
2 les autochtones. Toutefois, j'admets que dans le
3 quotidien j'ai rencontré des obstacles et résistances au
4 changement. Selon moi, ils sont principalement
5 imputables aux divergences de perception de l'approche
6 de développement par les instances gouvernementales
7 décisionnelles ainsi que par les multiples intervenants.

8 La grande mobilité de tous ces porteurs
9 de dossiers et leur formation souvent inappropriée sont
10 parmi les obstacles importants qui compromettent ou
11 freinent les actions en vue d'une prise en charge
12 communautaire des services et qui engendrent
13 inévitablement des problèmes majeurs et persistants.

14 L'éloignement géographique,
15 l'isolement professionnel ainsi que mon engagement dans
16 le milieu ne m'ont guère permis, jusqu'à tout récemment,
17 d'exprimer ouvertement et publiquement mon analyse de la
18 situation. La Commission royale représente donc pour moi
19 une occasion privilégiée de me faire entendre et d'apporter
20 un point de vue qui résulte de ma détermination et de ma
21 persévérance à travailler pour différentes organisations
22 amérindiennes et inuit.

23 Pour bien comprendre le sens de mon

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 intervention je dois d'abord vous faire part du cadre
2 générale de référence dans lequel s'insèrent mes
3 préoccupations. Je ferai par la suite une légère
4 élaboration de ma vision et approche de développement,
5 suivie d'une brève formulation des objectifs visés. Ce
6 sont là quelques préalables avant d'exposer l'ensemble
7 des problèmes et quelques pistes de solution.

8 Est-ce que je vais trop vite, Madame
9 Viola? Am I going too fast?

10 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** It's
11 okay, if it's not too fast for the interpreters.

12 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Vous
13 pourriez peut-être ralentir un petit peu.

14 **FRANCINE TREMBLAY:** D'accord.

15 Le cadre de référence.

16 La présente communication se situe dans
17 le respect:

18 a) des revendications autochtones pour
19 le droit et l'exercice de l'autodétermination et de
20 l'autonomie gouvernementale;

21 b) dans le respect des principes et
22 valeurs visés par le nouveau Forum paritaire
23 québécois-autochtone, tels que la reconnaissance et le

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 respect mutuel, la cohabitation et le partage équitable
2 des ressources, le développement permanent et durable
3 ainsi que la relecture conjointe de l'histoire.

4 Elle se situe aussi dans le respect des
5 nouvelles orientations ministérielles du gouvernement du
6 Québec en matière de santé et bien-être, telles que la
7 régionalisation, la décentralisation, le citoyen
8 décideur, la reconnaissance et le financement des groupes
9 communautaires, l'équité inter-régionale, l'organisation
10 et la prestation des services en fonction de
11 problématiques, les plans régionaux et individualisés de
12 services, les Centres locaux de services communautaires
13 comme porte d'entrée du système, et enfin la politique
14 et les objectifs de santé et de bien-être pour l'an 2000.

15 La présente communication s'effectue
16 aussi dans le respect des orientations du gouvernement
17 fédéral en matière de relations avec les autochtones dans
18 le cadre des transferts de programmes sociaux et de santé
19 aux bandes et à l'égard des programmes nationaux de
20 formation des autochtones.

21 De plus, je tiens à souligner ma
22 préoccupation à l'égard de la révision du chapitre 15 de
23 la Convention de la Baie James et du Nord québécois dans

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 le contexte de l'application de la réforme du gouvernement
2 du Québec en territoires autochtones et dans la perspective
3 du projet de constitution devant mener à un véritable
4 gouvernement régional au Nunavik. Enfin, je me questionne
5 à savoir quel sera le rôle de l'administration régionale
6 Kativik dans un tel contexte.

7 Ma vision et approche de développement.

8 Le développement socio-sanitaire est
9 une composante fondamentale du processus de développement
10 des peuples autochtones. Il est donc influencé dans la
11 pratique par différentes conceptions de ce que constitue
12 le développement. Je crois fermement que la prestation
13 des services en milieu autochtone doit être conçue en
14 termes de politique sociale et de développement
15 communautaire et non plus exclusivement en termes de
16 progrès technique.

17 Je privilégie la promotion et la mise
18 en oeuvre d'une participation directe, active et
19 permanente des communautés locales. La conception
20 profonde des autochtones de l'unité du vivant et la
21 participation constituent les principes fondamentaux sur
22 lesquels reposent la prestation de services et toutes
23 autres activités de développement proposées ou

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 entreprises.

2 La participation active communautaire
3 est ici conçue comme une fin en soi et non plus uniquement
4 comme un moyen ou une technique de gestion. Elle devient
5 un processus permanent où sont renforcés les savoirs
6 expérientiels et individuels locaux, les réseaux naturels
7 d'entraide, la confiance et la solidarité. L'action et
8 la concertation deviennent plus importantes que les
9 résultats à atteindre. Ceci présuppose une pratique
10 orientée vers une approche globale et multidisciplinaire
11 ainsi qu'une coopération inter-sectorielle.

12 Cette approche d'engagement
13 communautaire ne peut être simplement proclamée et
14 intégrée dans les institutions et les programmes
15 existants, car elle suscite une réorientation des services
16 dans la conception et le fonctionnement.

17 La plupart du personnel non autochtone
18 sont issus soit des systèmes médicaux et hospitaliers ou
19 de l'entreprise privée. Cette approche exige de
20 travailler à modifier les modes de pensée et nécessite
21 un changement d'attitude. En ce sens, une formation
22 appropriée, intégrée et continue est nécessaire à tous
23 les niveaux: gestionnaires, administrateurs et

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 développement et la gestion des institutions
2 socio-sanitaires ainsi que dans les rapports avec les
3 gouvernements et autres instances externes. Je voudrais
4 aussi énoncer des pistes de solution déjà expérimentées
5 dans certains cas et qui s'avèrent efficaces. Je voudrais
6 enfin sensibiliser le plus largement possible l'ensemble
7 des partenaires autochtones et non autochtones au
8 bien-fondé d'une analyse critique des approches et
9 pratiques actuelles en vue d'amorcer des actions en faveur
10 d'un changement réel.

11 Pour avoir vécu différents aspects de
12 la réalité d'aide au développement socio-sanitaire en
13 milieu autochtone, je me permets de faire ressortir huit
14 problèmes que je considère majeurs et persistants. Je
15 tiens dans un premier temps à vous les énumérer dans la
16 logique suivante du regroupement que nous avons adopté:
17 les trois premiers problèmes auront trait à l'aspect
18 idéologique de la question; les deux suivants concernent
19 les aspects quantitatifs et qualitatifs liés aux
20 ressources humaines; finalement, les trois derniers
21 touchent des aspects davantage fonctionnels d'ordre
22 administratif, financier et d'encadrement.

23 Les problèmes majeurs et persistants.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Le problème n° 1.

2 L'absence d'une vision commune et
3 partagée de développement et de prestation des services
4 conduit à un cloisonnement des interventions et à une
5 confusion dans les organisations.

6 Ce premier problème est assez subtil
7 dans la mesure où tout le monde semble d'accord sur
8 l'autonomie et la participation communautaire alors qu'en
9 réalité les intérêts, les attitudes et les pratiques
10 témoignent très souvent du contraire.

11 Comme exemple de base je me réfère la
12 Convention de la Baie James et du Nord québécois, où on
13 ne retrouve pas de vision et idéologie commune de
14 développement, ou tout au moins une orientation priorisant
15 la participation et l'approche communautaire ainsi que
16 la formation comme base du développement social. Beaucoup
17 de juristes ont travaillé à la révision de cette entente,
18 ce qui peut expliquer le peu d'importance accordée aux
19 aspects culturels et communautaires du développement.

20 Par ailleurs, l'engagement politique
21 des gouvernements nationaux, régionaux et locaux inscrit
22 dans une telle convention me semble le soutien fondamental
23 pour le processus permanent d'une participation

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 communautaire réelle dans son ensemble. Sinon, les
2 priorités d'action et le processus de prise en charge
3 seront constamment entravés et fluctuants au gré des
4 gestionnaires, selon leur formation et leurs intérêts.

5 En fait, toutes les politiques sociales
6 en milieu autochtone, que ce soit dans le domaine de la
7 santé physique ou de la santé mentale, devraient toutes
8 reposer sur une vision et idéologie communes du
9 développement centrées sur la participation directe et
10 active des communautés locales.

11 Il n'y a pas de compréhension commune
12 et de consensus sur une vision, sur des priorités d'action
13 et de développement et sur des approches d'intervention
14 au sein des deux institutions socio-sanitaires et avec
15 le Conseil régional de santé et des services sociaux de
16 la région du Nunavik, région où j'ai travaillé plus de
17 13 ans. Par exemple, l'une des institutions opère avec
18 une vision technocratique et laisse peu de place à la
19 formation des autochtones. L'autre promeut une vision
20 plus communautaire et participative des autochtones, alors
21 qu'au niveau régional on va reprocher à l'institution
22 progressiste de ne pas s'aligner sur un modèle classique.

23 Aussi, j'ai travaillé pour une

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 institution qui dès son ouverture priorisait l'approche
2 de participation communautaire et la formation continue
3 de la main-d'oeuvre autochtone. Des efforts réels ont été
4 faits pour promouvoir et opérationnaliser cette approche
5 visant à intégrer le social et le médical tout en créant
6 des conditions favorisant une plus grande autonomie des
7 travailleurs autochtones.

8 Jusqu'à tout récemment j'ai toujours cru
9 que dans cette institution il y avait un consensus
10 inébranlable sur ces priorités d'action et de
11 développement. À ma grande surprise, lors d'une situation
12 de crise budgétaire, on ne fait plus référence aux
13 priorités établies, et même que le déficit servira de
14 prétexte pour contrecarrer le maintien et la consolidation
15 des services sociaux et de santé communautaire.

16 Il y a donc un glissement des priorités
17 en choisissant le maintien des services médicaux et
18 infirmiers curatifs et les services administratifs. Dans
19 ce processus décisionnel, la direction et l'équipe des
20 services communautaires ainsi que les communautés locales
21 n'ont pas été consultées. En fait, c'est au moment où
22 se vivent de réels enjeux que se révèlent les divergences
23 de conception et d'approche de développement.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 N'étant donc pas lié par une
2 compréhension commune sur l'approche et les priorités
3 d'action s'ensuit l'éclatement du maillon très jeune et
4 vulnérable que sont les services sociaux préventifs, la
5 santé communautaire et la formation des autochtones.

6 Après plusieurs années de travail pour
7 développer un plan régional d'organisation de services
8 en santé mentale au Nunavik qui serait axé sur les services
9 préventifs, du jour au lendemain le programme de santé
10 mentale du CLSC est passé sous la responsabilité des
11 services médicaux du centre hospitaliers. Les priorités,
12 ici, encore là, sont très aléatoires et l'apanage de tous
13 et chacun. Elles fluctuent avec la mobilité et les
14 intérêts de quelques membres du personnel non autochtone
15 qui ont le pouvoir.

16 Enfin, dans le domaine de la santé
17 mentale, une des institutions préconise l'intervention
18 directe et individuelle du psychologue; l'autre
19 institution préconise un rôle de conseiller formateur et
20 d'appui aux ressources locales autochtones.

21 Au problème n° 1, je me permets de faire
22 quelques recommandations.

23 Il me semble impératif d'inclure dans

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 la Convention de la Baie James révisée une orientation
2 de base commune qui favoriserait des choix plus éclairés
3 et cohérents relativement aux catégories d'institutions
4 et à l'approche préconisée dans la prestation et le
5 développement des services sociaux et de santé.

6 Deuxième recommandation au problème 1.
7 Afin de favoriser l'harmonisation des politiques sociales
8 en milieu autochtone, des mécanismes tels que forums,
9 colloques, séminaires pourraient être mis en place. La
10 mise en oeuvre de ces moyens d'information et de
11 concertation devrait avoir lieu dans les communautés
12 autochtones.

13 Troisième recommandation. Il serait
14 opportun de revoir systématiquement et de mettre à jour
15 avec tous les partenaires autochtones et non autochtones
16 -- je parle ici particulièrement du conseil régional, des
17 gestionnaires, du personnel des institutions et des
18 communautés locales -- de réviser les approches et
19 priorités de développement social et les ressources s'y
20 rattachant. Je parle ici de ne pas exclure aucun
21 partenaire.

22 La quatrième recommandation au problème
23 n° 1 serait que lors du processus de révision des priorités,

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 il s'avère important de concerter tous les partenaires
2 afin de favoriser la convergence des projets et programmes.

3 Cette revue des priorités devrait faire l'objet d'un
4 consensus et d'un soutien des gouvernements régionaux et
5 centraux.

6 Si nous allons vers le problème n° 2,
7 il a trait à la tendance chez les instances
8 gouvernementales et décisionnelles à concevoir d'un point
9 de vue monolithique les différents groupes autochtones,
10 ce qui par conséquent exclut les particularités de chacun.

11 La perception monolithique du monde
12 autochtone va à l'encontre des réalités multiples et des
13 particularités des groupes amérindiens et encore davantage
14 entre ceux-ci et les Inuit. Cette perception
15 d'homogénéisation est souvent liée à l'ignorance ou à
16 l'application de normes et standards de l'appareil
17 bureaucratique.

18 Lors du processus de validation des
19 objectifs pour l'an 2000 visant à développer une politique
20 provinciale de santé et bien-être, il fut non seulement
21 difficile de faire participer la région du Nunavik mais
22 encore plus d'inclure un chapitre exclusif pour traiter
23 les différentes problématiques chez les Inuit. Par

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 exemple, sur un thème comme celui de la périnatalité, où
2 les Inuit de la Baie d'Hudson ont un projet original en
3 ce domaine, la tendance était d'englober cette expérience
4 unique sous le vocable général des autochtones.

5 Comme autre exemple de cette tendance
6 réductionniste du monde autochtone, je peux souligner
7 l'expérience que j'ai vécue au sein de la Conférence des
8 CRSSS; les CRSSS, ce sont les Conseils régionaux de la
9 santé et des services-sociaux du Québec. Avant 1989, de
10 ce que je connais, il n'était aucunement question des
11 autochtones. Par conséquent, aucun espace budgétaire
12 officiel était réservé aux régions nordiques, c'est-à-dire
13 les régions inuit et crie. À partir du moment où le
14 Conseil régional Kativik, dont j'étais la déléguée... et
15 la principale raison pour laquelle j'étais la déléguée,
16 c'est ce qui a été mentionné un petit peu plus tôt, c'était
17 la question de langue, parce que les réunions se passaient
18 en français, et mon président et ma directrice générale
19 parlaient uniquement anglais.

20 Donc à partir du moment où le Conseil
21 régional, dont j'étais la déléguée, a commencé à participer
22 directement aux différentes tables de la conférence --
23 table des présidents, table des DG et toutes les tables

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sur les programmes -- il n'en prit pas moins de deux ans
2 avant de faire comprendre que les Cris et les Inuit
3 n'étaient pas dans la région 09, la région de la Côte-Nord,
4 et enfin que les Inuit et les Cris formaient deux peuples
5 distincts et deux régions distinctes et autonomes.

6 Comme dernier exemple, lors de ma
7 participation à l'assemblée annuelle de la Fédération des
8 CLSC de l'été dernier, il fut proposé, dans l'adoption
9 des règlements relatifs au membership, qu'un représentant
10 siège au nom des deux régions nordiques et qu'il y aurait
11 alternance à chaque deux ans. Il a fallu une intervention
12 de ma part afin d'avoir une représentation distincte pour
13 les Cris et les Inuit.

14 À ce deuxième problème que je considère
15 majeur et persistant, je me permets de faire quelques
16 recommandations.

17 La première serait que les autochtones
18 puissent profiter au maximum de toutes les tribunes
19 disponibles afin de se faire connaître, se faire entendre
20 et se faire respecter dans chacune de leur identité
21 respective.

22 Pour les groupes non conventionnés, il
23 serait opportun de leur favoriser l'accès et la

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 nécessaire.

2 La première question que je me suis
3 longuement posée est de comprendre pourquoi l'implantation
4 de CSLC n'a pas été encouragée et supportée dès le départ
5 -- par "dès le départ", j'entends en 1975 -- comme cela
6 aurait pu être possible. Cette situation est déplorable,
7 d'autant plus que la structure de type CLSC convient
8 davantage aux valeurs et à la conception traditionnelle
9 de la santé des peuples autochtones.

10 De même, les avantages de ce modèle
11 institutionnel plus léger sont dus principalement à son
12 caractère de flexibilité et d'adaptabilité aux besoins
13 des communautés locales et régionales. En effet, de par
14 sa mission, le CLSC rallie le volet social, communautaire,
15 infirmier et médical en plus de promouvoir un esprit et
16 un travail d'équipe multidisciplinaire.

17 L'habitude acquise dans le traitement
18 des cas sociaux dans l'une des institutions où j'ai
19 travaillé s'exerçait spontanément par le Service de la
20 protection de la jeunesse. L'utilité de ce service de
21 deuxième ligne est incontestable dans la mesure où il ne
22 se substitue pas aux services sociaux de première ligne
23 dont l'approche est de tout mettre en oeuvre pour

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 solutionner un problème avec la participation de la famille
2 étendue, de tous les intervenants et de membres
3 significatifs de la communauté. Il m'apparaît
4 inconcevable que, par exemple -- et je l'ai vu, de mes
5 yeux vu -- l'abuseur et la victime soient traités dans
6 les mêmes conditions, c'est-à-dire avec le même
7 intervenant, la même approche, dans le même temps et les
8 mêmes lieux.

9 Examinons également le cas d'une
10 agression sexuelle chez un enfant. La Protection de la
11 jeunesse prendra en charge ce dernier en appliquant la
12 loi et les procédures administratives ou judiciaires en
13 vue d'un placement ou d'une adoption. Si nécessaire,
14 l'enfant sera référé et examiné par une infirmière, un
15 médecin ou un psychologue. Jusqu'à tout récemment, j'ai
16 rarement vu une évaluation de la situation et des prises
17 de décision concernant l'orientation d'un enfant qui
18 serait le résultat d'un réel travail d'équipe
19 multidisciplinaire.

20 Finalement, si je me réfère à la récente
21 crise, d'ailleurs très médiatisée, au sujet des nombreux
22 abus sexuels sur plus de 100 enfants à Povungnituk, la
23 tendance immédiate à judiciariser le problème s'est

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 confirmée de façon évidente. Alors que toutes les
2 familles et la communauté étaient soudainement envahies
3 par une profonde détresse et requéraient un soutien
4 thérapeutique individuel et collectif, l'on s'affairait
5 à procéder aux enquêtes policières et aux évaluations
6 outrancières dans le but d'obtenir toutes les informations
7 nécessaires aux dossiers pour la cour. De plus, le budget
8 accordé par le ministre ne prévoyait aucune somme pour
9 supporter les activités préventives et thérapeutiques
10 initiées par la section CLSC. Ce même budget amputait
11 même deux postes de travailleurs autochtones réservés
12 depuis deux ans pour la consolidation du CLSC dans les
13 domaines de prévention en milieu scolaire et en santé
14 mentale.

15 À ce problème je me permets encore ici
16 de faire des recommandations.

17 Première recommandation. Il est
18 fortement suggéré à la Commission de voir à la réévaluation
19 de la conception et du fonctionnement des services sociaux
20 et de santé dans une perspective globale et communautaire
21 suivant le modèle et l'approche de type CLSC.

22 Deuxième recommandation. Il serait
23 urgent de traduire, dans la réalité des milieux

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtones, les nouvelles orientations du gouvernement
2 du Québec prônant une approche par programme et non plus
3 en fonction de catégories d'établissements ou en fonction
4 des professions.

5 Troisième recommandation. Il serait
6 pertinent de repenser dès maintenant l'efficacité et
7 l'adaptabilité des services communautaires de type CLSC
8 intégrés à une structure de centre de santé. Ce modèle
9 est complexe et inspiré, encore là, des systèmes médicaux
10 et hospitaliers. Il peut être envisageable de développer
11 une structure pivot CLSC avec des unités régionales
12 d'hospitalisation et des points de service locaux.

13 Quatrième recommandation. En ce qui
14 concerne la protection de la jeunesse et de l'enfance,
15 il y aurait avantage qu'elle soit déplacée des institutions
16 pour devenir une entité régionale. Ces intervenants,
17 toutefois, feraient partie des équipes locales
18 multidisciplinaires.

19 Dernière recommandation. En bout de
20 ligne, il devient inévitable de réexaminer
21 fondamentalement la formation professionnelle du
22 personnel socio-sanitaire non autochtone tout en
23 encourageant les autochtones dans la mise en valeur

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'approches et de pratiques respectant leur culture et
2 leur diversité.

3 Problème n° 4.

4 Il a trait à une iniquité flagrante dans
5 l'attribution des effectifs de services sociaux et de santé
6 communautaire comparativement aux effectifs médicaux et
7 infirmiers.

8 En conformité avec le décalage entre le
9 médical et le social, entre le curatif et le préventif,
10 on peut facilement observer la disproportion quantitative
11 dans la répartition des ressources humaines. À titre
12 d'exemple, on peut retrouver de deux à quatre infirmières,
13 d'un à trois interprètes, un médecin et un dentiste pour
14 dispenser les services locaux de santé. Du côté des
15 services sociaux de première ligne et de santé
16 communautaire, on retrouve alors de 0,5 à 1 travailleur
17 communautaire. Comme ce groupe de travailleurs est
18 presque exclusivement autochtone, il s'ensuit -- et vous
19 le savez tout comme moi -- un rapport de force très inégal
20 avec le pouvoir médical non autochtone, ce qui ne favorise
21 pas le développement des ressources de base en santé
22 communautaire et dans les services sociaux de première
23 ligne.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 Par ailleurs, je me permets de
2 mentionner ici qu'il s'avère beaucoup plus facile
3 d'obtenir un poste de médecin étant donné qu'il est
4 rémunéré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec,
5 ce qui risque selon moi d'accentuer la médicalisation du
6 système.

7 Les recommandations au problème n° 4.
8 Il est recommandé que la répartition des
9 effectifs socio-sanitaires soit cohérente avec
10 l'importance accordée au niveau du discours et en
11 conformité avec les orientations du gouvernement du
12 Québec, qui priorise les services préventifs de services
13 sociaux et de santé communautaire ainsi que la promotion
14 de la santé.

15 Deuxième recommandation au problème de
16 l'iniquité. Il serait souhaitable d'impliquer les
17 communautés locales dans les processus décisionnels en
18 vue d'un choix éclairé du personnel prioritaire en fonction
19 des problèmes réels auxquels elles sont confrontées, ceci
20 étant lié à une analyse critique du modèle proposé afin
21 de contrer la dépendance vis-à-vis les ressources externes
22 et favoriser l'auto-prise en charge.

23 Dernière recommandation au problème.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 mentionnerai deux exemples tant chez les non-autochtones
2 que chez les autochtones. Je sais qu'il y a des gens ici
3 dans la salle qui l'ont entendu plusieurs fois, mais je
4 vais le répéter pour le bénéfice de la Commission.

5 Par exemple, chez le personnel non
6 autochtone, non seulement il n'y a plus de consensus sur
7 l'approche conceptuelle, mais il y a en plus un manque
8 de formation à travailler dans un contexte inter-culturel.

9 L'approche exclusivement technique et professionnelle
10 est garante d'efficacité immédiate mais elle n'est pas
11 nécessairement appropriée dans une perspective à long
12 terme visant la prise en charge par les communautés
13 locales.

14 Je vous citerai donc l'exemple d'une
15 jeune Inuk que j'ai accompagnée pour une consultation
16 psychiatrique à Montréal. Lors de l'entrevue, je lui ai
17 demandé en inuktitut si elle désirait aller aux toilettes.

18 Elle m'a répondu par un son guttural, "Ahn".
19 L'interprétation spontanée du psychiatre était, oh,
20 qu'elle avait un comportement très bizarre, alors qu'il
21 s'agissait tout simplement d'une forme culturelle
22 signifiant "Non, je ne veux pas aller aux toilettes."
23 C'est un exemple qui démontre un peu la méconnaissance

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 que nous avons de la culture.

2 Chez les autochtones, les problèmes du
3 personnel se présentent différemment. Ils se situent en
4 aval du processus de recrutement, car souvent la
5 crédibilité sociale et la compétence linguistique de la
6 personne l'emportent sur toutes les autres exigences de
7 l'emploi. Cela conduit notamment à des situations telles
8 que des postes stratégiques et décisionnels de gestion
9 sont attribués à des autochtones vulnérables à la fois
10 dans le système gouvernemental et bureaucratique actuel
11 et dans tous les rapports avec leurs pairs.

12 Recommandations en ce qui a trait à ce
13 problème.

14 Une première recommandation serait
15 d'établir une politique générale d'emploi avec des
16 critères de recrutement et des objectifs de formation de
17 base et continue en fonction d'objectifs de développement.

18 Il va de soi que cette démarche se fasse sous la
19 responsabilité des groupes autochtones.

20 Deuxième recommandation. Il est
21 recommandé qu'au sein de chaque plan régional de
22 développement des ressources humaines soient précisés les
23 besoins de formation, d'encadrement et de perfectionnement

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 du personnel autochtone et non autochtone.

2 Troisième recommandation. Il est à
3 prévoir pour les non-autochtones une formation appropriée
4 et qui s'apparente à la formation inter-culturelle
5 obligatoire chez les candidats volontaires à la
6 coopération internationale. Il est important que soit
7 relativisée l'expertise professionnelle, laquelle ne
8 s'applique pas indistinctement dans toutes les cultures.

9 Les clés de communication inter-personnelle et de savoir
10 chez les peuples autochtones nécessitent un apprentissage
11 certain et très multidimensionnel. Le dilemme est de
12 sortir de l'image folklorique de ces peuples tout en
13 respectant leurs valeurs fondamentales dans un processus
14 rapide et inévitable du changement social.

15 Dernière recommandation. Chez les
16 Inuit -- les Inuit du Québec, j'entends -- il est urgent
17 de mettre des programmes permanents de formation et
18 d'encadrement des gestionnaires, des administrateurs, des
19 agents locaux de services sociaux e de santé communautaire.

20 Chez les groupes autochtones avec qui j'ai travaillé,
21 la priorité serait, pour certains groupes, de réanimer
22 et de consolider ces programmes.

23 Problème n° 6.

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 La marginalisation des autochtones dans
2 l'allocation des ressources financières et le
3 sous-financement chronique des institutions, des
4 services, programmes et ressources s'y rattachant.

5 En contexte de crise économique et
6 financière, ce problème prend une allure obsessionnelle
7 et risque de pénaliser gravement les autochtones. Le
8 phénomène de marginalisation se produit de trois façons:

9 1) Les groupes autochtones ne sont pas
10 prévus aux lieux décisionnels de répartition budgétaire
11 tels que la Conférence des régies régionales et les divers
12 comités provinciaux. Notre expérience au sein de la
13 Conférence des régies régionales depuis 1989 nous l'a
14 démontré. Avant cette date les budgets accordé pour les
15 programmes sociaux et de santé au Nunavik étaient soit
16 des fonds discrétionnaires, des fonds de tiroirs ou des
17 surplus non récurrents.

18 2) Les autochtones ne peuvent ou ne
19 sont pas invités à transiger directement avec les instances
20 ministérielles, devant presque toujours passer par une
21 voie interposée.

22 3) Troisième phénomène de
23 marginalisation: les conditions de traitement du dossier

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 autochtone en matière de financement ne s'effectuent que
2 très rarement dans les même temps et les mêmes lieux que
3 les autres régions; c'est toujours après... "Plus tard,
4 on arrangera ça."

5 Parmi les difficultés reliées à une
6 carence financière, signalons par exemple le cas fréquent
7 d'annonce de budgets pour l'ouverture de postes mais dont
8 la sous-évaluation hypothèque au départ les chances de
9 succès et de durabilité. C'est une cause importante qui
10 a conduit l'accumulation de déficits dans les institutions
11 nordiques. Plus précisément, j'ai en tête le cas de
12 l'engagement d'une responsable du programme des personnes
13 en perte d'autonomie, pour qui fut alloué 50 000 \$ alors
14 que les coûts réels de fonctionnement sont à peu près 80
15 000 \$.

16 Les recommandations au niveau de ce
17 problème de marginalisation des autochtones.

18 Première recommandation. Il faudrait
19 tenir compte des principes d'équité dans tout processus
20 de répartition, d'allocation de ressources inter- et
21 intra-régionales. D'autres critères que la loi du nombre
22 devraient prévaloir dans le développement des cadres de
23 référence, des normes et procédures relatives à

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 l'attribution des budgets et programmes sociaux.

2 Deuxième recommandation. Il est
3 impératif de faire connaître les divers lieux où se
4 discutent et se débattent les questions budgétaires où
5 les groupes autochtones pourraient exprimer leurs besoins
6 et de favoriser l'accès et la participation directe des
7 autochtones à ces différents lieux stratégiques.

8 Nous recommandons finalement que les
9 dossiers autochtones soient traités au même moment et par
10 les mêmes instances que pour l'ensemble des autres régions.

11 Problème n° 7.

12 La mobilité des multiples porteurs de
13 dossiers entraîne une discontinuité dans la gestion et
14 l'absence de suivi du développement des institutions, des
15 services, programmes et des ressources.

16 Les problèmes reliés à la mobilité du
17 personnel vont en s'accroissant vu la multiplicité
18 croissante des intervenants et la durée de plus en plus
19 courte de séjour dans les communautés d'accueil.

20 Mis à part la diminution de certains
21 avantages pécuniers par rapport à la taxation, il est à
22 considérer que la vie dans les communautés autochtones
23 n'est plus aussi paisible qu'auparavant. Un climat

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 d'affrontement et de violence se manifeste de plus en plus.

2 Cette instabilité reliée aux conditions de vie et de
3 travail cause de sérieux problèmes fonctionnels.

4 Il est courant, par exemple, de voir
5 défiler en une seule année six -- et je n'exagère pas --
6 infirmières pour assumer un poste dans une communauté
7 locale. Il en est ainsi à d'autres niveaux, comme j'ai
8 pu moi-même le constater dans le cas de quatre directeurs
9 successifs des services administratifs d'un centre
10 hospitalier au cours de la même année.

11 Cette rotation du personnel ne favorise
12 pas le suivi des dossiers, qui, au départ, a toujours été
13 la principale faille du système de gestion à tous les
14 niveaux. Cette lacune dans la gestion de l'information
15 nécessiterait une attention redoublée et bienveillante
16 de la part des gestionnaires et professionnels non
17 autochtones, compte tenu de la difficulté culturelle pour
18 les autochtones de concevoir la réalité en termes de
19 planification. Ne serait-ce que le simple suivi d'un
20 agenda de rencontres, on se bute à un choc culturel, aggravé
21 d'un impact sur la poursuite normale d'une activité. La
22 dimension méthodologique elle-même n'est donc pas neutre,
23 d'où la nécessité d'ajustements réciproques pour une plus

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 grande cohérence.

2 Les attentes normales du suivi par les
3 instances gouvernementales ne sont pas non plus comblées
4 adéquatement. Leurs réactions et interventions ne sont
5 que trop sporadiques et très tardives, laissant par exemple
6 des déficits s'accumuler d'année en année et laissant
7 l'état de crise s'accentuer. Ces formes aléatoires de
8 fonctionnement font que les décisions évoluent au rythme
9 des personnes assignées du moment et non pas selon
10 l'historique et la logique interne des dossiers.

11 Recommandations à ce problème.

12 Une façon innovatrice -- je ne sais pas
13 si elle est très innovatrice, mais on parle de plus en
14 plus de ça aux États-Unis; ici, on commence à en parler
15 -- reliée au problème de mobilité serait de proposer des
16 postes à temps partagé et aussi d'impliquer les communautés
17 locales dans le recrutement et l'évaluation des
18 gestionnaires et du personnel socio-sanitaire.

19 Deuxième recommandation. Pour
20 favoriser une plus grande cohérence dans la gestion, il
21 est recommandé d'abord de sensibiliser et former les
22 administrateurs, gestionnaires et le personnel
23 socio-sanitaire à une base commune de méthodes simples

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 fait que les gestionnaires autochtones et non autochtones
2 peuvent difficilement se référer de manière informelle
3 à d'autres modèles de fonctionnement similaires. Leur
4 source d'information et avis-conseils leur proviennent
5 presque exclusivement des porte-parole gouvernementaux
6 ou des consultants externes.

7 Étant donné qu'il y a encore peu de
8 cadres autochtones et dont la formation n'est pas toujours
9 adéquate, cela permet une continuation des relations de
10 pouvoir des représentants de l'État, des consultants et
11 de quelques cadres non autochtones sur les conseils
12 d'administration des institutions. Ce schéma de
13 relations entre autochtones et non-autochtones met en
14 cause la désinvolture avec laquelle on a laissé les
15 communautés locales en dehors du processus de
16 développement. On les traite comme des bénéficiaires ou
17 administrateurs passifs au lieu de partenaires informés,
18 éclairés et actifs.

19 Les recommandations à ce dernier
20 problème.

21 Il y aurait peut-être lieu de favoriser
22 différentes formes de pairages professionnels apolitiques
23 intra- et inter-régionaux dans le but de développer des

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 réseaux de formation et de solidarité.

2 Deuxième recommandation. Il serait
3 peut-être recommandé d'explorer la possibilité de
4 réunifier les conseils d'administration des deux
5 institutions socio-sanitaires du Nunavik pour la seule
6 et bonne raison que ce serait peut-être de nature à
7 renforcer la solidarité et le pouvoir autochtone.

8 Troisième recommandation. Il serait
9 opportun de créer des tables apolitiques, permanentes et
10 régulières de travail avec les représentants de l'État
11 et les responsables de services et programmes afin de
12 partager et de mettre à jour l'information et s'entendre
13 sur des plans de travail avec des échéanciers communs.

14 Une autre recommandation... et celle-ci
15 est très importante selon mon expérience. Il est
16 recommandé que les mandats, les rôles et les limites de
17 l'intervention des représentants de l'État et des
18 consultants externes soient connus et compris par tous
19 les partenaires impliqués, et ce, dans le but de contrer
20 l'ingérence, l'improvisation, l'opportunisme et, parfois
21 même, des formes de tutelle déguisées. Je me réfère ici...
22 je suis allée à un forum la semaine passée, le Forum
23 paritaire québécois-autochtone, et il y a beaucoup de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 en charge leurs institutions et la prestation de leurs
2 services. Expérience à l'appui, je demeure convaincue
3 qu'il y a des moyens d'adopter certaines normes existantes
4 et d'en concevoir de nouvelles qui permettraient aux
5 organismes autochtones mandatés de participer et de
6 bénéficier des nouvelles orientations gouvernementales
7 et ministérielles tout en exerçant graduellement leur
8 droit à l'autodétermination et à l'autonomie
9 gouvernementale.

10 Les relations entre autochtones et
11 non-autochtones s'amélioreront en autant que des principes
12 humains tels que le respect la communication, la confiance,
13 la persévérance, la tolérance seront vécus à tous les
14 niveaux, et ce, dans une perspective de reconnaissance
15 et d'engagement réciproques. Il faudra investir des
16 énergies nouvelles et prendre le temps qu'il faut pour
17 bien se situer et se comprendre au niveau des buts et
18 attentes les uns vis-à-vis des autres.

19 Pour terminer, je vous remercie de
20 m'avoir donné l'occasion d'exprimer ouvertement et
21 publiquement ces bribes d'analyse basées sur mon
22 expérience et mon engagement solidaire dans l'aide au
23 développement des communautés amérindiennes et inuit

StenoTran

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 depuis les 20 dernières années.

2 Merci beaucoup.

3 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Je voudrais
4 d'abord vous remercier, Madame Tremblay, pour nous avoir
5 communiqué ces réflexions, qui sont le résultat d'une
6 longue expérience, d'un long vécu auprès des autochtones,
7 à la charnière, au fond, des institutions non autochtones
8 qui sont impliquées, non seulement au Nord mais également
9 dans d'autres contextes avec les autochtones au Québec.

10 Je pense que votre mémoire, qui se situe sur le plancher,
11 sur le terrain, est certainement un mémoire qui est
12 précieux, parce qu'on a souvent l'occasion d'entendre des
13 présentations qui se situent à un niveau plus macro que
14 micro, dans le vécu spécifique.

15 Évidemment, cela comporte aussi la
16 difficulté, et vous le soulignez... c'est une chose que
17 d'identifier un certain nombre de problèmes; c'est une
18 autre chose que de réajuster, de renouveler les cadres
19 qui, souvent, sont asphyxiants ou très restrictifs pour
20 la réalité, qui ne devrait pas être compartimentée mais
21 devrait être abordée de façon beaucoup plus large.

22 Il y a beaucoup de choses dans votre
23 mémoire. Nous allons avoir l'occasion d'y réfléchir, de

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 le regarder de plus près au niveau de la Commission. Je
2 pense qu'il y a quand même deux éléments qui ressortent
3 et qu'on connaît dans la société plus large, mais qui ont
4 peut-être un impact additionnel du côté des autochtones,
5 et c'est la difficulté d'équilibre et d'équité entre les
6 services de santé et les services sociaux.

7 C'est évident que les services de santé,
8 par la technologie, et également par leur utilisation en
9 période de crise, d'urgence, prennent souvent facilement
10 le pas sur les services sociaux, qui sont aussi au niveau
11 de crises individuelles mais également peut-être au niveau
12 d'une vision un peu plus à long terme. Alors ce que vous
13 soulignez en termes de personnel et en termes de budget,
14 je pense que c'est vécu à l'échelle du Québec comme des
15 autres provinces. C'est une tension qui est constante,
16 et lorsqu'on parle de contraintes financières et de
17 rationalisation, trop souvent, on coupe là où cela paraît
18 avoir moins d'effets à court terme mais peut-être là où
19 c'est le plus dommageable à long terme. Dans le contexte
20 autochtone, ça s'accroît du fait que le personnel
21 autochtone se trouve davantage au niveau des services
22 sociaux qu'au niveau des services de santé; donc ils sont
23 touchés encore plus directement.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 On a discuté, tout au long de la journée,
2 de la carence qu'il y avait de professionnels de la santé
3 du côté des autochtones et de méthodes, de façons
4 d'apporter certains correctifs de ce côté-là. On est
5 conscient qu'à travers le Canada, par exemple, il y a eu
6 beaucoup d'efforts de formation de travailleurs sociaux
7 du côté autochtone, mais on n'a pas l'effort équivalent
8 du côté des professions de la santé, techniquement.

9 Ça m'amène à vous poser spontanément la
10 question: Du côté des travailleurs sociaux -- je ne sais
11 pas, vous n'êtes peut-être pas à même de me répondre; on
12 n'a pas ici la Corporation des travailleurs sociaux du
13 Québec -- est-ce que vous êtes au courant du nombre
14 d'autochtones, Inuit, Cris ou de quelque nation
15 amérindienne, qui ont une formation en travail social au
16 niveau universitaire au Québec? Êtes-vous au courant de
17 ça?

18 **FRANCINE TREMBLAY:** Non. Je ne
19 pourrais pas vous le donner pour les groupes amérindiens,
20 mais je connais quelques-unes des travailleuses sociales
21 amérindiennes, des Cries. Je connais Belle How (PH)...
22 je pourrais les nommer, mais je ne sais pas le nombre.
23 Mais, du côté inuit, nous n'avons pas encore de travailleur

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 social autochtone.

2 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** L'autre
3 point dans le mémoire est: Vous parlez de la structure
4 des centres locaux de services communautaires.
5 Initialement, les centres locaux de services
6 communautaires au Québec devaient avoir trois volets:
7 le volet services sociaux, services de santé, mais aussi
8 animation communautaire. C'est un volet qui a dû être
9 laissé de côté dans le cheminement parce que plus
10 difficile. C'est sûr que d'intégrer déjà les services
11 de santé et les services sociaux, c'est déjà difficile,
12 même si c'est une rationnelle de distribution de services.
13 Alors lorsqu'on ajoute l'aspect communautaire, d'impact
14 plus large sur les problèmes sociaux et de santé, par la
15 voie communautaire, c'est encore plus exigeant. C'est
16 la raison pour laquelle l'expérience à l'échelle du Québec,
17 d'une certaine façon, malheureusement, n'a pas pu être
18 poursuivie du côté du volet communautaire comme tel.

19 Est-ce que, dans votre expérience auprès
20 des autochtones et dans le Nord, ce volet communautaire
21 -- donc la relation avec les autochtones eux-mêmes -- il
22 y a une structure quelconque pour le prendre en charge?
23 Essentiellement, vous nous présentez des recommandations

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 ici cet après-midi. Est-ce que ces recommandations-là,
2 par exemple, vous les avez déjà présentées, ou certaines
3 d'entre elles, auprès des communautés autochtones
4 elles-mêmes?

5 Quelle est l'implication des
6 communautés autochtones vis-à-vis un peu un genre de
7 réaménagement des priorités que vous mettez de l'avant
8 dans un mémoire comme le vôtre?

9 **FRANCINE TREMBLAY:** Tout d'abord, au
10 niveau de l'implication des autochtones dans les processus
11 de décision, quand je parle de communautés locales, pour
12 moi, je fais référence aux autorités municipales, aux
13 autorités des bandes; je fais aussi référence aux comités
14 de santé, parce que dans chaque communauté, en tout cas
15 où j'ai travaillé, il y avait des comités de santé, des
16 groupes communautaires qui s'intéressaient
17 particulièrement aux problèmes dans leur communauté. Ce
18 sont ces groupes-là plus particulièrement, les comités
19 de santé et les groupes de femmes... lorsqu'on travaille
20 au niveau des communautés locales, avant d'aller aux
21 autorités politiques locales, c'est avec ces gens-là qu'on
22 travaille, à qui on donne de l'information, avec qui on
23 échange et on discute des problème et on essaie de voir

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 quelles pourraient être les solutions aux problèmes.

2 Les comités de santé sont le pivot et,
3 selon moi, devraient être de plus en plus, d'ailleurs,
4 encouragés à participer beaucoup plus dans la réflexion
5 et l'organisation des services.

6 Alors, lorsqu'on parle de concertation,
7 c'est ce dont on veut parler, au niveau de concertation
8 de tous les partenaires. Lorsqu'on parle des communautés
9 locales, ce ne sont pas seulement les représentants des
10 communautés locales qui siègent dans les conseils
11 d'administration; on parle des représentants des
12 différents groupes communautaires.

13 J'ai deux expériences où j'ai travaillé
14 dans le cadre de prise en charge des services sociaux.
15 Ce sont des processus très longs. Lorsqu'on s'engage
16 communautairement, qu'on soit non autochtone ou
17 autochtone, ça demande énormément d'efforts. C'est long.

18 Je pense qu'il y a des gens dans la salle qui pourraient
19 témoigner: du côté atikamekw, cela a pris plus de trois
20 ans de travail avec un groupe de 20 Atikamekw à juste
21 définir quel genre de services sociaux ils voudraient
22 avoir.

23 On parlait à ce moment-là d'une prise

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 en charge communautaire des services sociaux, ce qui est
2 bien différent d'une prise en charge des services sociaux.

3 Si on parle de prise en charge communautaire, ça veut
4 dire qu'on part à zéro, quasiment, et avec les communautés
5 et les différents groupes significatifs des communautés,
6 on essaie de voir quels modèles ou quelles approches
7 seraient à privilégier.

8 Alors je pense que dans les communautés
9 ce sont les comités de santé ou les groupes de femmes,
10 les groupes de jeunes, qui sont ceux qui sont le plus en
11 mesure de prendre beaucoup plus de responsabilités en
12 termes de réflexion, d'orientation et même de décisions.

13 Une dernière expérience, Monsieur le
14 Président, serait la suivante. Nous avons commencé dans
15 la région du Nunavik à impliquer les municipalités et les
16 comités de santé dans le recrutement du personnel, des
17 infirmières et des travailleurs communautaires. Encore
18 là, ça demande une démarche, ce n'est pas facile, parce
19 qu'il faut d'abord préparer le groupe aux questions,
20 préparer aux entrevues. Alors ça demande peut-être un
21 avant-midi complet à travailler avec le groupe pour qu'ils
22 soient en mesure de bien identifier le genre de personne
23 qu'ils veulent, quels critères ils veulent avoir pour le

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 choix du personnel.

2 Alors on a vécu des expériences très
3 intéressantes. Par exemple du côté de la Baie d'Hudson,
4 à Inukjuak, nous avons une communauté qui a participé au
5 recrutement d'infirmières et qui ont fait eux-mêmes le
6 choix. Cela a été eux qui ont pris la décision sur le
7 choix.

8 Vous savez, c'est quelque chose qu'on
9 a commencé... en tout cas en autant que je suis concernée,
10 lorsque j'avais des postes, pour favoriser l'implication
11 des autochtones dans le recrutement, je l'ai fait. Mais,
12 vous savez, c'est toujours lié aux coûts. Ils disaient:
13 "Bien non, l'infirmière coordonnatrice va aller à
14 Montréal. Donc on n'a pas d'argent pour payer pour le
15 représentant de la localité." Mais on arrive toujours,
16 si on veut et si on est convaincu, à impliquer les
17 autochtones dans des processus de décision, autant le
18 recrutement que l'évaluation.

19 Mais ce n'est pas facile. Comme vous
20 disiez tout à l'heure, c'est un changement complet
21 d'attitudes. Et ça ne se fait pas du jour au lendemain;
22 il faut être patient. C'est plus long, ça demande plus
23 d'efforts que de faire tout par nous autres mêmes, mais

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 je pense que ça vaut le coup, parce que, même si on parle
2 beaucoup de violence dans les communautés... je ne suis
3 pas ici pour répondre de tous.

4 La lecture de la réalité est très
5 différente qu'on soit ici dans le Sud ou dans la communauté.

6 Moi, je pourrais vous faire ma lecture de la réalité des
7 événements des infirmières qui ont sorti, parce que j'étais
8 la directrice à ce moment-là des services communautaires.

9 Je pourrais vous donner la lecture réelle de ce que les
10 gens ont ressenti -- ont ressenti -- de ne pas avoir été
11 impliqués dans la décision de sortir les infirmières trop
12 rapidement. Eux vivent aussi d'énormes émotions et
13 auraient eu beaucoup de choses à dire et auraient eu
14 beaucoup de solutions à mettre de l'avant.

15 Je ne sais pas si j'ai répondu à votre
16 question, mais je pense qu'au niveau local il y a énormément
17 de ressources mais il s'agit de se rendre sur les lieux,
18 il s'agit de s'asseoir et de prendre le temps.

19 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Une des
20 questions qui préoccupent énormément les communautés
21 autochtones et bien sûr la Commission, parce qu'on a eu
22 l'occasion de faire des consultations spéciales, c'est
23 celle du suicide chez les jeunes en particulier, à la fois

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 sur le plan de la prévention et également de la prise en
2 charge lorsqu'il y a des crises, alors qu'à ce moment-là
3 souvent se dégagent des budgets, des fonds pour faire
4 entrer des professionnels de la santé dans le domaine de
5 la santé mentale. Est-ce que vous avez eu l'occasion dans
6 votre expérience de réfléchir à ça? On sait que le
7 problème du suicide n'est pas uniquement autochtone, ça
8 touche toutes les couches de la population. C'est très
9 déroutant. Ce n'est pas relié uniquement à la pauvreté
10 ou à des situations difficiles.

11 Il n'en demeure pas moins que le
12 pourcentage est important du côté des communautés
13 autochtones, les communautés atikamekw en particulier.
14 On a fait des audiences, et ils nous ont fait part du nombre
15 élevé de tentatives de suicide qu'ils ont eu ces récentes
16 années chez les jeunes, et également bien sûr du côté des
17 Inuit et du côté des Cris.

18 Est-ce que vous auriez des réflexions
19 à faire, des conseils à donner ou des suggestions à faire
20 sur la façon dont on peut prendre un problème comme
21 celui-là?

22 **FRANCINE TREMBLAY:** Je pense qu'il y a
23 des solutions. Il y a eu des solutions qui ont été mises

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 de l'avant, plus particulièrement à Povungnituk. Il y
2 a une approche qui est très intéressante chez les jeunes,
3 et c'est le peers' counselling, l'approche par les pairs.
4 C'est un projet qui ne demandait pas beaucoup de sous,
5 qui ne demandait pas beaucoup d'argent. C'était dans le
6 cadre d'un projet en santé communautaire, où vraiment le
7 leadership du projet, avec un appui d'une personne
8 ressource en santé communautaire, a aidé la communauté.
9 Tout le monde de la communauté était impliqué et
10 supportait ce projet-là.

11 C'est un projet où ce sont les jeunes
12 qui ont vraiment été les responsables de ce projet-là,
13 supportés par tous les membres significatifs de la
14 communauté. Il s'est avéré des succès intéressants, juste
15 le fait que les jeunes puissent s'asseoir ensemble et
16 parler vraiment de leurs émotions et ce qu'ils vivaient.

17 Je pense que c'est une piste de solution
18 très intéressante, toute l'approche des pairs, tant au
19 niveau du suicide qu'au niveau des autres problématiques.

20 Si vous voulez avoir mon idée, c'est
21 évident, comme je l'ai dit dans mon texte -- et cela a
22 toujours été ça -- qu'on ne réglerait jamais rien par des
23 approches structurelles ou médicales. Je pense que c'est

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 en s'assoyant avec les jeunes et en leur donnant de
2 l'espoir, en les occupant... par exemple, à Kuujjuaq,
3 depuis qu'ils ont un forum où il y a des sports organisés
4 et où il y a de la stimulation, vous savez que les jeunes
5 sont beaucoup moins en détresse. Je n'ai pas de
6 statistiques parce que ce n'était pas le but de ma
7 présentation, mais j'irais dans le sens de favoriser une
8 approche de travail sur le terrain, avec la communauté,
9 avec les pairs.

10 Je ne veux pas aller trop loin dans la
11 question du suicide, parce que je pourrais vous en parler
12 pendant plusieurs jours, mais je pense que l'approche des
13 pairs s'est avérée très significative et très bien
14 accueillie, et a donné des résultats assez intéressants
15 au niveau de l'expression et de la dénonciation et au niveau
16 de la capacité des jeunes, tranquillement, à faire face
17 aux réalités, à leurs parents. C'est un projet qui est
18 issu de la communauté, c'est un projet qui n'a pas de
19 grosses structures, c'est un projet qui fait appel au
20 volontarisme.

21 Je pense que de plus en plus il faut
22 encourager, quels que soient les niveaux où on soit,
23 autochtones ou non autochtones, gestionnaires ou non, ce

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 genre d'initiative qui est gérée par la communauté ou par
2 les groupes qui vivent le problème.

3 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Merci.

4 Je voudrais peut-être à ce moment-ci
5 demander à ma collègue Viola Robinson de poursuivre si
6 elle a un certain nombre de questions.

7 Madame Robinson.

8 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
9 you.

10 I want to thank you especially for your
11 very thorough, extensive brief. I think it is very
12 enlightening, and I am sure your proposals will be reviewed
13 very carefully. It is the kinds of things that we have
14 been looking for.

15 I don't have too many questions, but,
16 just on this suicide project, was this initiated by the
17 community itself?

18 **FRANCINE TREMBLAY:** You know, to start
19 a project, whoever you are, especially when you have the
20 problem, you need a bit of pushing or you need a bit of
21 encouragement. In that particular case there was a doctor
22 -- I will give his name, Michael Mathis (PH) -- who was
23 aware of the peers' counselling. So he offered his

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 services just to help the young people to start slowly
2 the process of peers' counselling. But it was only in
3 terms of training, in terms of encouragement.

4 Sometimes, what happens is, you have
5 somebody that comes here and says, "I will help you to
6 solve your problems. I will help you and I will train
7 you." But this person comes, is very involved, and then
8 the group takes it very seriously and thinks it is the
9 solution to their problems; then the person goes, and the
10 group is left alone. In that case, this consultant --
11 not consultant, but this resource person always was keeping
12 a link, a contact with the group of young people, because
13 sometimes, even though they were working as peers'
14 counsellors and they were trained, they needed to be
15 supported.

16 But, in fact, it is really coming from
17 the community. The budget was going to the municipal
18 council and it was administered by them. As resources
19 in our department, we were only there to encourage them,
20 even though sometimes we were going there with them just
21 to see how things happened and also to share with them
22 and say, "Wow! You are progressing." And then it works.
23 It is not just to start something and then you leave the

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 group on its own.

2 But, yes, it was a request from the
3 community. There were some young people trained for that,
4 and they became so good. Myself, I can tell you, after
5 20 years working with the native people, I discovered in
6 my last five years -- not five years, because when I worked
7 for the Montagnais of the North Shore. I discovered such
8 good therapists, such good Inuit -- able to heal, but it
9 is because they don't fit into our system.

10 It was an incentive for me to stay in
11 the North, because I was very impressed with their skills
12 to heal. That's why those young people in the peers'
13 counselling were trained, and very rapidly they became
14 very skilled to train the other peers.

15 I don't know if I replied to your
16 question, Mrs. Robinson.

17 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Yes, I
18 think you have. What I was wondering was, when was this
19 project started?

20 **FRANCINE TREMBLAY:** It was started
21 about three years ago.

22 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Is it
23 still ongoing?

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 **FRANCINE TREMBLAY:** Yes, it is still on.

2 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** So you
3 can measure now that the suicides have declined.

4 **FRANCINE TREMBLAY:** Yes. From my own
5 experience, under the community services we had a very
6 incredibly skilled person that went through all the
7 problems in her life: her children were sexually abused,
8 she was abused, she was a battered woman, she was caught
9 with a box with drugs in it. She had all the problems
10 in her life and she became our mental health counsellor.
11 She was so skilled. She was an adult and she went to
12 support the young people in the peers' counselling. From
13 that, when the people were giving training to the young
14 people, she was learning.

15 Then, from there, she started going in
16 other communities and all by herself -- the doctor who
17 was assigned to go, because there was a very high crisis
18 of suicides in one of the communities, couldn't go. So
19 we had her go, and during the time she went there she made
20 her own plan from the training she had, and in the time
21 she was there -- she was there for two weeks -- she prevented
22 seven young people from committing suicide, in the time
23 she was there. So she got the message and she knew how

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 to get through to the young people. But it's about three
2 years ---

3 But, you are right, about the
4 evaluation, that's what I like in that project; it is
5 because the resource person who is there has no personal
6 interest. He has a bit because he is a researcher, but
7 he is more centred on the group of young people and he
8 is very aware of the importance of measuring the results
9 of this project.

10 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank
11 you. That is helpful.

12 When you began your presentation you
13 talked about certainly I guess a lot of the problems and
14 the obstacles that you faced while you were working in
15 the different communities, and you have also given a number
16 of recommendations. But I think your thrust was to say
17 that there has to be a common and shared vision. I take
18 it this is a new vision, or a vision of -- certainly, it
19 has to be different from what has been around.

20 I am just wondering about that, a common
21 and shared vision. So that's a vision that has to be common
22 and shared between the Aboriginal community or the people
23 and with governments?

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 **FRANCINE TREMBLAY:** I will say that what
2 I am telling you here is not new. I had my Bachelor in
3 Social Work a long time ago, and we were learning that.
4 It is a long time -- community organization, community
5 participation. What I wrote there, I read that this
6 morning from many presentations. But it is the application.
7 And to apply that, it is not just to talk about it and
8 then we do it. To apply that, you have to have some skills.
9 Whether you are a native or a White person, or
10 non-autochtone, you have to get the skills, the knowledge
11 of working with the communities.

12 What was your question? Excuse me.

13 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** I was
14 just going to say that the vision -- that's being the
15 problem, though.

16 **FRANCINE TREMBLAY:** Oui.

17 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** The
18 vision of Aboriginal people is not the same as other
19 people's in society, and because that is not the same,
20 it is difficult to share a common interest or a common
21 view. It is just recently that the Aboriginal people are
22 starting to I guess voice and beginning now to make people
23 understand the Aboriginal vision of the world, the

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 Aboriginal perception. It hasn't been there. It hasn't
2 been anywhere. Otherwise, we wouldn't be sitting here
3 today.

4 **FRANCINE TREMBLAY:** That's true.

5 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** That's
6 the problem.

7 So I don't know if your perception of
8 common vision is the same as mine, but in my view, because
9 I am an Aboriginal person, it is because the other side
10 of the table never understood what we meant when we said
11 something because we see them from a different world view.

12 **FRANCINE TREMBLAY:** Yes. I like that
13 very much. You are right, and I would never deny that.
14 But, for me, when I talk about common vision, it is not
15 to impose anything, but it is more in the sense that --
16 I am at the point where sitting here today was very hard
17 for me, because I lost track a bit of my society and I
18 am reproducing some of the patterns of the native in terms
19 of domination, in terms of the dependency.

20 For me, when I say "common vision", it
21 is more in terms of, at least we recognize where we want
22 to go, each of us or together, but at least we talk about
23 it and we make it clear right from the beginning.

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 All my life, my professional life --
2 people change. People change visions. Governments come
3 and say, "Wow! I will help you for that." Then you see
4 them with their own people and they have a different vision.
5 It is terrible, not just for the native people. When
6 I say "common vision", it is at least give priority to
7 a human vision or a community vision to the services or
8 to any intervention, even at the economic level.

9 I was at the Forum last week and I was
10 at that workshop on the economic development, because that
11 was the only place where I could talk about social
12 development. At the end, they were really concerned about
13 -- when they encourage a person to start an enterprise,
14 they don't really look at the unit of his life, they look
15 only in terms of the logic of the enterprise.

16 So in that sense, at least -- you are
17 right. I have been with native people -- and I am not
18 an Inuk; I will never be an Inuk. But at least with the
19 people I work with in the field, the native people, we
20 have the same vision -- vision in the sense that we respect
21 each other, and if we don't agree, we don't agree. We
22 have come to the point where there is no more colour
23 sometimes.

StenoTran

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 I had a lot of managers. I worked for
2 a lot of native managers. But when we talk sometimes about
3 management, there are some aspects where there is no colour
4 at all. There is a lot of things I am learning, a lot
5 of things where we don't have to talk about native and
6 non-native. When we talk about sexual abuse, a child that
7 is abused has emotions like any child of the world.

8 So common vision is more in terms of,
9 how are we going to approach the problem. At least if
10 we can agree -- if government doesn't agree, they will
11 have to tell us. They will have to tell the community
12 that they don't agree and why. And then the community
13 will not expect, you see. A common vision, for me, I think
14 it is possible, but it has to start first with the local
15 community.

16 I am sure you are aware of that, with
17 your experience, but in the province of Quebec the idea
18 of government was coming from Inuit people, from les
19 coopératives, le mouvement coopératif. I was there before
20 the James Bay and Northern Quebec Agreement. I was there
21 and I was like all the Inuit people, I was thinking
22 myself -- I was sure that it was going to be a real Inuit
23 government. I was sure, and I was helping, you know, to

Le 16 novembre 1993

Commission royale sur
les peuples autochtones

1 start working together and helping the NQIA to work. But
2 when we saw the book we realized that they didn't call
3 that "Regional Government", they were calling that
4 "Administration régionale", which is very different.

5 So, in that sense, at least, if they
6 called -- and we cannot do anything. I know myself, I
7 have been a social worker, I tried all the strategies to
8 be able -- for the local community to be recognized. But
9 I am always caught -- because native people are not yet
10 able to confront those people.

11 So I think the common vision comes from
12 the community level and then has to go up.

13 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** Thank you
14 for that. That's helpful. We understand each other, at
15 least, now, what we mean.

16 As I said, I don't have many questions.
17 I don't have any other questions. Your brief, even though
18 I didn't read it because I couldn't read -- but I will
19 in time. I know what you said through the interpreters,
20 and it is very interesting, and I want to thank you for
21 that. It was presented very well.

22 **FRANCINE TREMBLAY:** Thank you very
23 much. I would like to apologize, because it is not usually

Le 16 novembre 1993

**Commission royale sur
les peuples autochtones**

1 my approach to do a presentation in French. I usually
2 try my best to do it in Inuktitut or in the language of
3 my partners, but, unfortunately, I had no time, and also,
4 since I am not working, I was not able to afford the time.

5 But I respect that very much and I just hope that if there
6 is some provisions left, I will be very happy to have my
7 document translated by one of the people that can do it,
8 so I could give this document to the Inuit people and
9 anglophone native people I work with, because I intend
10 to have them know what I think. But I apologize for that.

11 **COMMISSIONER VIOLA ROBINSON:** That's
12 fine.

13 **COPRÉSIDENT RENÉ DUSSAULT:** Alors je
14 voudrais vous remercier de votre présentation et peut-être
15 uniquement ajouter, sur cette question de visions qui sont
16 encore largement différentes, qu'il reste que le secteur
17 de la santé et des services sociaux est un secteur où,
18 comme l'environnement, il y a de l'espoir, où il y a un
19 certain rapprochement entre les valeurs autochtones et
20 les valeurs de la société plus large.

21 Je pense que tout le monde reconnaît de
22 plus en plus que la politique de santé et sociale doit
23 être globale et prendre en considération des facteurs

