

# Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones

## CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA

*Cette déclaration de principe a été revue par le Comité sur la santé des Autochtones et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*

### AUTEURE PRINCIPALE

Janet Smylie, BA, MD, CCFP, Ottawa (Ont.)

### COMITÉ SUR LA SANTÉ ET LES AUTOCHTONES

Janet Smylie (présidente), BA, MD, CCFP, Ottawa (Ont.)  
 Pierre Lessard (ex-président), MD, FRCSC, Yellowknife (T. N.-O.)  
 Karen Bailey, MD, FRCSC, FACOG, Wetaskiwin (Alb.)  
 Carole Couchie, BHsc, RM (sage-femme autorisée), Toronto (Ont.)  
 Mary Driedger, inf., BScN, MN, CPM, Winnipeg (Man.)  
 Erica Lise Eason, SM, MDCM, FRCSC, Ottawa (Ont.)  
 William J. Goldsmith, MD, FRCSC, Montréal (Qc)  
 Roda Grey, inf. aux. aut., SSW, Ottawa (Ont.)  
 Tracy O'Hearn, Ottawa (Ont.)  
 Kenneth Seethram, MD, FRCSC, Yellowknife (T. N.-O.)

### CONTRIBUTEURS INVITÉS

Avis Archambault, MA, Phoenix (Ariz.)  
 Howard Cohen, MD, Ottawa (Ont.)  
 Margaret Moyston Cummings, BSc, PHN, inf., MSW, Ottawa (Ont.)  
 Pascale Desautels, MD, Val d'Or (Qc)  
 Bernice Downey, inf., Ottawa (Ont.)  
 Claudette Dumont-Smith, inf., BScN, MPA, Ottawa (Ont.)  
 Jessie Fiddler, Sioux Lookout (Ont.)  
 Margaret Horn, MA, Kahnawake (Qc)  
 Elaine Johnston, BScN, Cutler (Ont.)  
 Mae Katt, inf., BScN, MEd, Thunder Bay (Ont.)  
 Lorraine Kenny, BA, Sioux Lookout (Ont.)  
 Dorothy LaPlante, RN (EC), BScN, Ottawa (Ont.)  
 Susan Maskill, BSc, Ottawa (Ont.)  
 Melanie Morningstar, Ottawa (Ont.)  
 Patricia Morris, MD, Ottawa (Ont.)  
 Ann Roberts, MD, Iqaluit (Nun.)  
 Elizabeth Roberts, MD, Ottawa (Ont.)  
 Marie Ross, BA, inf., CGPA(Dip.), Truro (N.-É.)  
 Carol Terry, BA, Sioux Lookout (Ont.)  
 Vincent F. Tookenay, MD, Russell (Ont.)  
 Alan Waxman, MD, MPH, Gallup (N.-M.)  
 Cornelia Wieman, MD, FRCSC, Hamilton (Ont.)

### ORGANISMES DE SOUTIEN

Assemblée des Premières Nations  
 L'Institut canadien de la santé infantile  
 Société canadienne de pédiatrie  
 Le Collège des médecins de famille du Canada  
 Congrès des peuples autochtones  
 Fédération de femmes médicales du Canada  
 Inuit Tapirisat du Canada  
 Ralliement national des Métis  
 Organisation nationale des représentants Indiens & Inuits en santé communautaire  
 Association des femmes Inuit de Pauktuutit

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

---

« Parmi tous les enseignements que nous recevons, voici le plus important : Rien de ce qui est ne vous appartient ; ce que vous prenez, vous devez le partager. »

– Chef Dan George<sup>1</sup>

#### **RECOMMANDATION A1**

##### **Les professionnels de la santé devraient avoir une connaissance de base des noms appropriés à utiliser pour désigner les différents groupes appartenant aux peuples autochtones du Canada.**

La Loi constitutionnelle définit « Autochtone » comme un terme légal général faisant référence aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis.<sup>2</sup> Les peuples autochtones se désignent eux-mêmes par leur appartenance tribale propre (comme étant des Micmacs, des Cris, des Innus, des Ojibwés, ou bien comme appartenant aux Premières nations, aux Inuits ou aux Métis). Les peuples des Premières nations peuvent aussi être désignés comme Amérindiens ou « Indiens », mais ce dernier terme est une appellation erronée qui provient de la croyance qu'avaient les premiers explorateurs européens d'être arrivés en Asie et qui peut être perçue comme une offense par certains membres des Premières nations ; ainsi, dans cet article, son usage sera réservé aux références provenant de statistiques et d'autres documents du gouvernement qui utilisent ce terme.

Le gouvernement classe les membres des Premières nations selon qu'ils sont inscrits, ou non, en vertu de la Loi fédérale sur les Indiens. Les « Indiens de plein droit » ou « Indiens inscrits » sont ceux qui sont inscrits en vertu de cette Loi ; on en comptait 610 874 en 1996. Les membres des Premières nations qui ne sont pas inscrits en vertu de cette Loi sont désignés comme des « Indiens non inscrits ».<sup>3</sup> On classe aussi parfois les membres des Premières nations comme étant, ou n'étant pas, des « Indiens visés par un traité » selon que l'on peut, ou non, retracer leur origine ancestrale aux Premières nations ayant signé des traités au Canada. Les communautés des Premières nations conservent des listes des « Indiens visés par un traité » et des listes « de bandes ». Les expressions « visé par un traité » et « de plein droit » ne sont pas interchangeables. Une personne peut être inscrite au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien comme « ayant plein droit » en vertu de la Loi sur les Indiens, mais elle peut être exclue de la liste de bande au niveau de la communauté. Elle pourrait donc bénéficier de certains droits conférés par son statut d'Indien, mais ne pas jouir des droits visés par un traité qui sont administrés au niveau de la communauté.<sup>3</sup>

Les Métis forment un groupe d'Autochtones dont on peut retracer l'ascendance aux mariages entre des hommes européens (surtout des Français, mais aussi des Écossais) et des femmes des Premières nations dans les provinces de l'Ouest au cours du XVII<sup>e</sup> siècle.<sup>3</sup> Au cours des deux siècles suivants, les Métis

sont devenus une nation assez importante, ayant une langue distincte, le Michif, une culture distincte et un rôle économique dans la chasse au bison et le commerce de la fourrure.<sup>3</sup> Les personnes dont l'origine ancestrale comporte une union entre un Autochtone et un non-Autochtone mais qui ne sont pas directement liées aux Métis du Nord-ouest historique peuvent aussi se considérer comme des Métis. Les Métis ont été exclus au cours de l'histoire des négociations des traités, ainsi que de la Loi sur les Indiens.

Les Inuits vivaient traditionnellement au nord de la limite des arbres de ce qui est maintenant le Canada et ils font partie de la population inuite circumpolaire plus large qui comprend les communautés du Groenland, de l'Alaska et de Russie. Un « Inuk » désigne un individu inuit. L'ancien terme « Esquimau » est en fait d'origine Algonquienne et signifie « mangeur de viande crue ». Il est maintenant considéré comme une appellation erronée. Il existe actuellement quatre régions inuites au Canada : le Nunavut, le pays des Inuvialuit (dans l'Arctique occidental), le Nunavik (au Québec septentrional), et le Nunatsiavut (au Labrador septentrional). Historiquement, les Inuits étaient inscrits auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien pour pouvoir bénéficier de certains avantages comme les prestations de maladie. Après leur exclusion de la Loi sur les Indiens lors de sa révision en 1951, les Inuits ont maintenant résolu leurs revendications territoriales dans trois régions inuites après plus de 30 ans de négociations, et un accord de principe est acquis au Nunatsiavut.

Aux États-Unis, les Autochtones sont généralement désignés comme des « Natifs américains », les termes plus régionaux comme ceux de « Natifs hawaïens » et de « Natifs d'Alaska » étant réservés aux peuples indigènes de ce qui est maintenant Hawaii et l'Alaska. Le terme général d'« Amérindien » se rapporte aux Natifs américains qui vivent dans ce qui est maintenant le territoire continental des États-Unis, à l'exclusion de l'Alaska. Plusieurs organisations américaines, aussi bien autochtones que non autochtones, dont l'*Association of American Indian Physicians* et l'*Indian Health Service*, continuent d'employer le terme « Indien ».

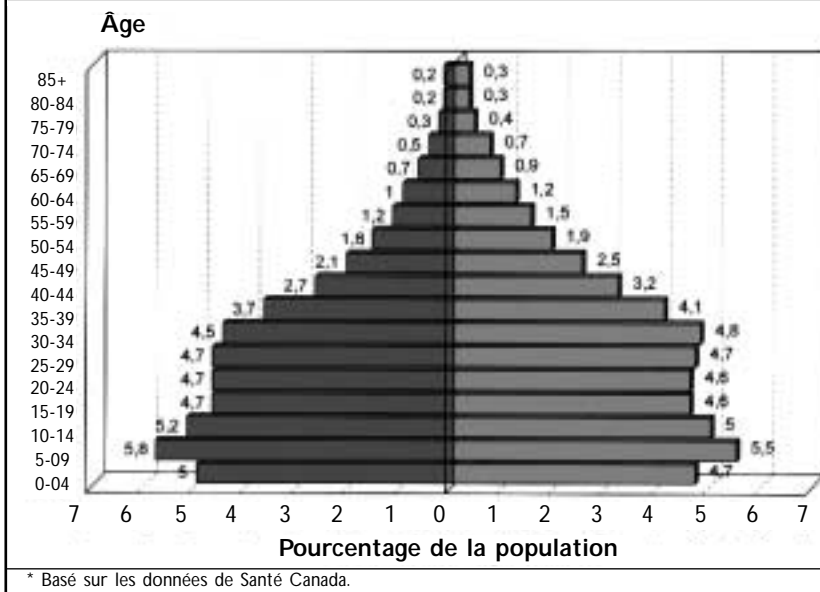
#### **RECOMMANDATION A2**

##### **Les professionnels de la santé devraient avoir une connaissance démographique de base des peuples autochtones du Canada.**

Au cours du recensement de 1996, 1 101 960 personnes se sont déclarées d'ascendance autochtone (3,9 % de la population canadienne totale), dont 799 010 se considéraient comme des Autochtones (2,8 %).<sup>4</sup> Parmi les premières, 867 225 personnes ont signalé avoir des ancêtres « Indiens d'Amérique du Nord », 220 740, Métis et 49 845, Inuits. Pour ce qui est de l'appartenance stricte, les Métis étaient au nombre de 210 055, les Inuits, 41 085

FIGURE 1

POPULATION D'INDIENS INSCRITS (593 050)  
PAR ÂGE ET PAR SEXE, 1995\*



\* Basé sur les données de Santé Canada.

et les Indiens d'Amérique du Nord, 535 075. Une enquête de rappel au recensement de 1991<sup>4</sup> a indiqué qu'environ deux tiers des personnes se réclamant d'ascendance autochtone se considèrent Autochtones.\*

Les données du recensement sous-estiment probablement le nombre d'Autochtones pour plusieurs raisons. Soixante-dix-sept réserves, d'une population totale estimée à 44 000 personnes, ont été dénombrées de manière incomplète au cours du recensement de 1996 et n'ont donc été incluses dans aucune

donnée d'énumération du recensement.<sup>4</sup> Parmi les Indiens « inscrits » et les membres d'une Première nation, 19 220 n'ont pas signalé leur appartenance ethnique.<sup>4</sup> De plus, certains ne révéleront pas leur ascendance ou leur identité autochtone à un recenseur non-autochtone. Les Autochtones ont tendance à déménager souvent et composent une part importante des sans-logis, ce qui rend encore plus probable un dénombrement incomplet. Enfin, certaines personnes d'ascendance autochtone peuvent avoir choisi la catégorie « Canadien » plutôt que de spécifier leur ascendance autochtone.

Bien qu'il existe peu d'information disponible sur l'état de santé des personnes signalant leur ascendance autochtone par rapport à ceux qui indiquent leur identité autochtone, on peut poser comme principe que les risques associés à certains problèmes de santé comportant une composante génétique, comme, par exemple, le diabète, peuvent être plus élevés chez ceux qui ont une ascen-

dance autochtone, qu'ils se désignent ou non comme des Autochtones. Les statistiques restreintes sur la santé des Métis montrent que la prévalence d'une maladie n'est pas forcément plus faible pour un individu ayant une ascendance mixte autochtone et européenne que celle de l'ensemble de la population autochtone.<sup>5</sup> Cependant, en raison des injustices historiques généralisées et des préjugés, de nombreuses personnes ayant une forte ascendance autochtone peuvent ne pas se révéler ouvertement comme des Autochtones. Ainsi, en dépit du

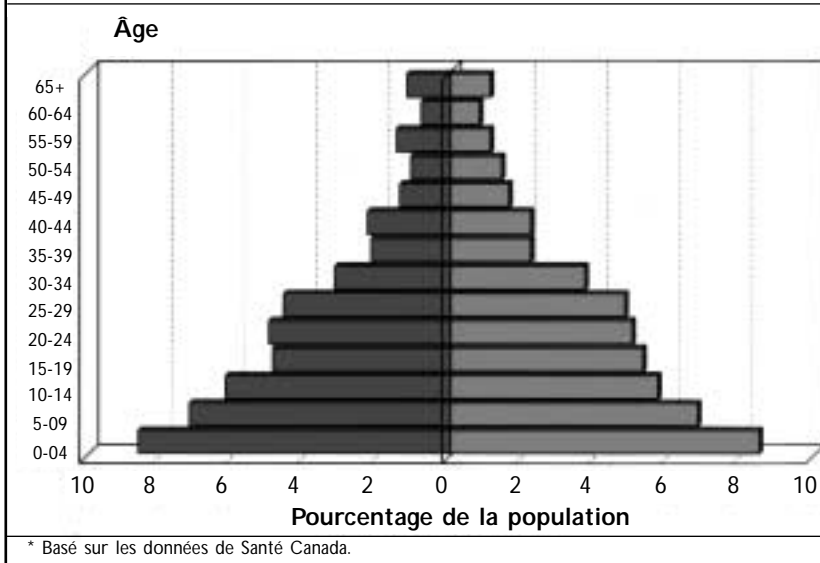
changement récent des statistiques censitaires pour identifier des questions de base, il n'en reste pas moins que l'origine ancestrale est peut-être la question la plus importante pour les professionnels de la santé et celle qui risque le moins de les mettre mal à l'aise.

La population autochtone du Canada identifiée par le recensement de 1996 est, avec un âge moyen de 25,5 ans, beaucoup plus jeune que l'ensemble de la population canadienne dont la moyenne d'âge est de 35,4 ans. Les enfants de moins de 15 ans représentent 38 pour cent de la population autochtone, alors qu'ils forment 20 pour cent de l'ensemble de la population.<sup>4</sup> La moitié de tous les Autochtones du Canada a moins de 24 ans.<sup>6</sup>

Les enfants autochtones de moins de 15 ans ont plus de chances que les enfants non autochtones de vivre dans des familles monoparentales (32 % contre 16 %). En milieu

FIGURE 2

POPULATION INUITE (36 215) PAR ÂGE ET PAR SEXE, 1991\*



\* Basé sur les données de Santé Canada.

\* Les questions d'ascendance sont liées aux groupes culturels et ethniques dont faisaient partie les ancêtres d'une personne, alors que les questions d'appartenance renvoient au fait que la personne se considère comme faisant, ou non, partie de ces groupes.

TABLEAU 1 GROUPES LINGUISTIQUES ET LANGUES DES AUTOCHTONES DU CANADA			
<b>ALGONQUIEN</b>	abénaquis	<b>KOOTENAIEN</b>	kootenai
	pieds-noir		<b>SALISHEN</b>
	cri		comox
	delaware		halkomelen
	malécite		lillooet
	micmac		oakanagan
	montagnais		sechelt
	ojibwé		shuswap
	potawatomi		squawmish
<b>ATHAPASCAN</b>	castor		salish des
	carrier		détroits
	chilcotin		thompson
	dogrib	<b>SIOU</b>	dakota
	han		
	hare	<b>TLINGIT</b>	tlingit de
	nakani		l'intérieur
	kutchin	<b>TSIMSHIAN</b>	tsimshian de
	sarsi		la côte
	sekanais		nass-gitksan
slave			
tagish	<b>WAKASH</b>	haista	
tahitan		haeltzuk	
tuchtone		kwakiutl	
		nootka	
<b>HAIDA</b>	haida	<b>INUIT</b>	inuktitut
<b>IROQUOIS</b>	cayuga		
	mohawk		
	oneida		
	onandaga		
	seneca		
	tuscarora		

\* Adapté d'un diagramme provenant du D<sup>r</sup> Vincent Tookenay, ancien président des *Native Physicians in Canada*.

urbain, plus de la moitié des enfants autochtones de moins de 15 ans vivent dans des familles monoparentales.<sup>4</sup>

Les Autochtones du Canada ont également de plus en plus tendance à vivre en milieu urbain et 70,9 pour cent des Autochtones identifiés dans le recensement de 1996 vivent hors des réserves.<sup>6</sup> Les Autochtones vivent dans sept des 25 zones urbaines du recensement (Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Saskatoon, Toronto, Calgary, et Regina) dans une proportion de un sur cinq.<sup>4</sup>

La majorité des Inuits identifiés dans le recensement de 1996 vivent dans 55 communautés, ou leurs environs, dans les régions arctiques et subarctiques du Canada. La plupart d'entre elles sont éloignées et isolées. Un nombre restreint, mais croissant, d'Inuits vit dans les centres urbains du sud du Canada. Comme celle des Premières nations, la population inuite est aussi très jeune par rapport à l'ensemble de la population canadienne (Figure 2). Le taux de fécondité des femmes inu-

ites (3,4) est le plus élevé de toutes les populations autochtones et il est le double de la moyenne canadienne (1,7). Dans certaines régions nordiques, la proportion de personnes de moins de 30 ans peut atteindre 60 pour cent.<sup>7</sup>

La plupart des Métis qui ont été identifiés dans le recensement de 1991 vivent dans les provinces des Prairies, bien qu'il existe aussi des populations importantes en Ontario, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest. Soixante-cinq pour cent des Métis vivent en milieu urbain, par rapport aux 77 pour cent de l'ensemble de la population. Même dans les plus grands centres urbains où leur nombre est le plus élevé, (Winnipeg, Edmonton et Saskatoon), les Métis ne représentent qu'une faible fraction de la population urbaine totale (de 2,5 à 3,7 %). Environ la moitié des Métis vivent dans des villages, des hameaux, et des communautés rurales concentrées dans une bande située tout juste au nord de la zone fertile des prairies canadiennes, de même que dans des régions du nord de l'Ontario, de l'intérieur de la Colombie-Britannique et de la partie des Territoires du Nord-Ouest située au sud du Grand lac des Esclaves. Dans ces régions, les Métis peuvent représenter une partie très importante de la population totale et même définir certaines communautés comme métisses. De façon semblable aux profils d'âge des autres groupes autochtones, les Métis forment aussi une population jeune : 37,8 % de ceux qui étaient identifiés comme Métis avaient 14 ans ou moins.<sup>8</sup>

#### RECOMMANDATION A3

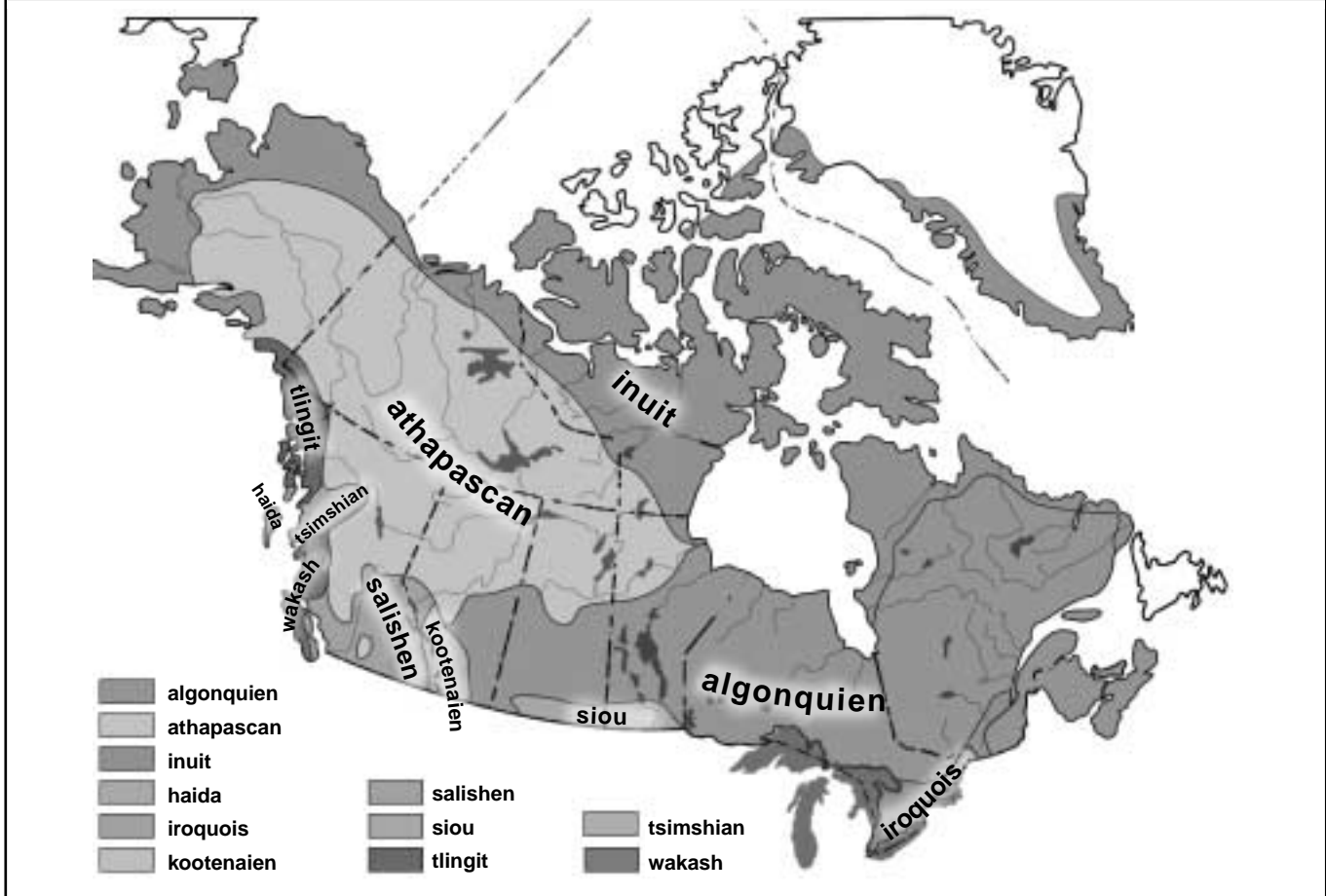
#### **Les professionnels de la santé devraient connaître les territoires géographiques traditionnels et les groupes linguistiques des peuples autochtones du Canada.**

Les Autochtones du Canada englobent à peu près 50 groupes de cultures différentes dont on trouve les racines dans les différentes langues et territoires. Le tableau I indique les 11 groupes linguistiques principaux et les 50 langues distinctes, tandis que la figure 3 trace les territoires traditionnels des peuples des Premières nations et des Inuits occupés par les divers groupes linguistiques. L'espace traditionnel des Métis était les prairies de l'Ouest.

Il est essentiel de comprendre l'importance des territoires traditionnels pour les Autochtones et leur communauté. Le concept autochtone de territoire et les rapports des humains avec le territoire sont très différents du point de vue occidental. Traditionnellement, la plupart des peuples autochtones ne possédaient pas le sens occidental d'une « propriété du territoire », mais ils percevaient plutôt une responsabilité de « prendre soin » ou de s'occuper de certaines étendues de terre que leurs ancêtres avaient pu occuper pendant des milliers d'années. Puisque la survie dépendait de ces étendues de terre, ainsi que des plantes et des animaux qui s'y trouvaient, la géographie des ces territoires traditionnels conditionnait leurs gestes quotidiens, liant les coutumes et les cultures autochtones à ces territoires :

FIGURE 3

TERRITOIRES TRADITIONNELS DES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA PAR GROUPES LINGUISTIQUES



Les Autochtones vénèrent leur terre et ils y sont très attachés, même s'il n'en reste que quelques acres après le pillage des forêts et des plaines perpétré par la culture dominante. Les Autochtones sont des produits et des prolongements de ce territoire, et les vestiges de l'éthique et des règles de conduite autochtones, qui perpétuent l'unité du groupe et sa survie sur le territoire, ne seront pas abandonnés facilement, ni prochainement, même si la persistance des formes anciennes de conduite a pour conséquence d'interdire l'esprit de compétition et d'empêcher le succès au sein de la culture non autochtone dominante.<sup>9</sup>

Les Inuits ont également un lien important avec la terre, et avec la mer :

Notre peuple est par tradition un peuple de la terre. Notre culture est fortement liée au territoire, ainsi que le sont notre peuple et nos communautés. Les Inuits ont toujours discerné la fragilité du monde qu'ils habitent et la manière traditionnelle inuite était de vivre en harmonie avec le territoire qui nous nourrit et assure notre subsistance.<sup>7</sup>

Ces liens restent forts dans de nombreuses communautés inuites :

Les Inuits continuent à avoir une relation très proche avec la terre et la mer. Presque chaque famille dépend de notre ter-

ritoire et des ressources en mammifères marins pour ses besoins vitaux, comme la nourriture et l'habillement. De nombreuses familles attendent avec impatience le moment où elles peuvent partir sur le territoire pendant de longues périodes de temps et vivre presque comme nos ancêtres.<sup>10</sup>

**RECOMMANDATION A4**

**Les professionnels de la santé devraient être sensibles à l'impact négatif qu'a eu la colonisation sur la santé et le bien-être des peuples autochtones.**

Une récapitulation détaillée de l'histoire des rapports entre Autochtones et Européens au cours des 500 dernières années dépasse les objectifs de ce document, mais les professionnels de la santé doivent avoir une idée de cette histoire, pour plusieurs raisons :

- Elle a eu une influence fondamentale et persistante sur la santé physique, mentale, psychologique et spirituelle ainsi que sur le bien-être des peuples autochtones du Canada.
- Elle a une influence sur les rapports actuels des peuples autochtones avec leurs professionnels de la santé et avec le système de santé dominant (issu du système colonial).

FIGURE 4

### IMPACT DE LA COLONISATION SUR LE CERCLE DE VIE

Anneau sacré (monde autochtone) brisé par :



\* Adapté d'une illustration d'Avis Archambault, guérisseur traditionnel et transmetteur de la généalogie Lakota / Gros Ventre

- Les politiques et autres attitudes qui ont guidé cette histoire subsistent de nos jours.

La réalité de l'existence autochtone de nombreuses Premières nations et des Métis a été décrite comme le « Cercle de vie » ou l'« anneau sacré. » Ce concept peut être grossièrement décrit comme une suite de rôles propres à chaque étape de la vie et un continuum de bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel, en harmonie avec les cycles de la nature (voir section B1). Avant la colonisation, les communautés autochtones des Amériques étaient diverses et prospères. Façonnées par l'environnement et les technologies disponibles, elles ont pris des formes allant des grosses villes de la confédération des Cherokee, des Mayas et des Incas, aux groupes plus petits et mobiles des peuples des plaines et du Nord.

La figure 4 illustre comment la colonisation a profondément bouleversé ce « Cercle de vie ». Les débuts de la colonisation européenne des Amériques ont vu des maladies épidémiques se répandre, des massacres se commettre, des guerres se faire et l'esclavage se perpétuer.

Les concepts d'« Anneau sacré » et de « Cercle de vie » ne s'appliquent pas aux Inuits qui possèdent leur propre patrimoine culturel riche et unique. Bien que les Inuits aient eu à souffrir de beaucoup des oppressions énumérées à la figure 4, une métaphore plus adéquate à leur égard pourrait être celle de l'impact qu'ont eu ces situations sur des événements communautaires traditionnels comme le partage et la consommation en commun de la nourriture traditionnelle.

Selon certains historiens, au cours des premières années de contact, dans ce qui est maintenant le Canada, les rapports ont

été précaires mais relativement pacifiques. La Proclamation royale de 1763 stipulait que les transactions territoriales devaient être négociées par traité ou par achat. Les transactions prenaient la forme de troc, de commerce et d'alliances militaires.<sup>11</sup> Malheureusement, l'approche gouvernementale s'est rapidement transformée et, après les négociations, elle est passée au partage du territoire puis à une politique unilatérale d'assimilation destinée à « soustraire les Autochtones de leur territoire natal ... éliminer les nations autochtones et leur gouvernement ... discréditer les cultures indigènes ... et réprimer l'identité autochtone. »<sup>11</sup> Les Actes relatifs aux Sauvages de 1876, 1880, 1884 et les suivants ont interdit des cérémonies autochtones comme la danse du soleil et le potlatch, ont conféré à l'« agent des Sauvages » une autorité en matière de nourriture, de biens et de transport permis aux peuples autochtones vivant dans les réserves, et ont encouragé la séparation des enfants autochtones de leurs parents pour les envoyer dans des pensionnats où la langue et la culture étaient activement oblitérées. La famine, la violence, les maladies infectieuses, la répression culturelle et les pratiques religieuses imposées, les bouleversements et les déplacements de familles et de communautés, ainsi que la violence physique, psychologique et sexuelle, faisaient partie de la vie courante des peuples autochtones du Canada au cours de cette période trouble. Les guérisseurs traditionnels des communautés autochtones n'avaient jamais vu de maladies telles que la variole et la poliomyélite qui ont décimé de nombreuses familles et certaines communautés entières. La population du territoire qui est maintenant le Canada, estimée à 500 000 personnes avant l'arrivée des Européens, s'est trouvée réduite à 102 000 en 1871.<sup>11</sup>

Malheureusement, il existe beaucoup d'exemples de l'impact dévastateur de la colonisation européenne dans le monde entier. Ses conséquences sont la présence certaine et persistante de maladies :

Tous les peuples du monde qui subissent une colonisation ont tendance à passer par trois phases en ce qui concerne la santé et les maladies accompagnant la progression de l'urbanisation et de l'industrialisation. La première phase est marquée par la famine, des taux élevés de maladies infectieuses et de mortalité, surtout chez les nourrissons et les enfants. La seconde phase est marquée par le déclin des maladies infectieuses et la croissance rapide de la population. La troisième phase est marquée par la montée des maladies chroniques et dégénératives. Il semble que les Autochtones canadiens se situent entre la seconde et la troisième phase car, en dépit du développement sous une forme quelconque des services sociaux et médicaux dans chaque communauté, on retrouve encore des taux inacceptables de maladie et de souffrance chez les Autochtones.<sup>12</sup>

L'état du système de santé actuel chez les peuples autochtones a ses racines dans le système colonial. Les méthodes traditionnelles de guérison ont été bannies comme étant

de la « sorcellerie », et le libre accès aux plantes médicinales a été prohibé par une législation liée aux premiers Actes relatifs aux Sauvages. Les premiers soins de santé occidentaux ont été dispensés par des agents de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et par des missionnaires ayant suivi une formation semi-professionnelle, et c'était ces mêmes missionnaires et agents de la GRC qui mettaient les enfants dans les pensionnats.

Certains des premiers médecins, arrivés avec les « agents des Sauvages », ont proposé une assistance médicale aux communautés des Premières nations en échange de la signature de traités. En 1930, le premier poste de soins infirmiers au sein d'une réserve a été ouvert. Dix-sept hôpitaux régionaux « d'Indiens » ont été construits par le gouvernement fédéral, initialement dans le but de contrôler les épidémies de maladies infectieuses liées à la colonisation, comme la variole, la rougeole, la tuberculose et la poliomyélite. Les Autochtones, enfants et adultes, pour lesquels le test de la tuberculose se révélait positif, étaient arrachés à leur communauté, souvent sans même une explication appropriée ou un consentement, et placés dans ces hôpitaux régionaux. En 1950, il y avait 33 postes de soins infirmiers, 65 centres sanitaires et 18 petits hôpitaux gérés par le gouvernement fédéral pour dispenser des soins aux peuples autochtones.<sup>12,13</sup>

En 1962, la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada a été créée avec le mandat de fournir des services aux peuples indiens et inuits visés par un traité. À la fin des années 1960, plusieurs universités ont commencé à offrir des services de base de première ligne ou des services d'experts aux communautés autochtones rurales et éloignées en collaboration avec la Direction générale des services médicaux. Beaucoup de ces programmes étaient dispensés à partir des mêmes « hôpitaux d'Indiens » qui avaient auparavant été ouverts pour contrôler les maladies infectieuses, comme la tuberculose.<sup>12,13</sup>

Le journaliste Geoffrey York allègue que les politiques et les attitudes oppressives envers les peuples autochtones ont survécu pendant une bonne partie du vingtième siècle, et qu'elles existent en fait encore de nos jours :

Étrangement, la plupart des Canadiens connaissent mieux l'histoire des Autochtones des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles que les réalités fâcheuses des récentes années. Les Canadiens savent que les premiers colons et leurs gouvernements ont pris des territoires aux Indiens, mais il est facile de se sentir détaché de ces événements qui datent d'il y a longtemps. Il est plus difficile de nier une responsabilité pour les politiques inconvenantes du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi les événements affreux de l'histoire récente sont cachés derrière un rideau d'illusions — les illusions qu'une pensée progressiste et des attitudes civilisées ont conduit à un juste traitement des Autochtones du Canada ... Des centaines de communautés autochtones souffrent encore de l'effet pernicieux des institutions qui peut sembler bénin aux yeux des Canadiens qui ne sont pas des Autochtones : les églises, les pensionnats religieux, les écoles provinciales et fédérales, les services

de l'aide sociale à l'enfance, les tribunaux, les ministères, les compagnies d'hydroélectricité, et les exploitants des ressources naturelles. Les conditions sociales ayant cours dans les réserves des temps modernes sont un héritage des décisions et des politiques adoptées par les institutions les plus puissantes des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles. Beaucoup de ces politiques — ainsi que les attitudes qui les ont guidées — survivent aujourd'hui.<sup>14</sup>

Les pensionnats, les déplacements de population et le « *Sixties Scoop* » sont des exemples de l'oppression généralisée qui a duré jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle.

Environ cent pensionnats ont été ouverts au Canada entre 1849 et 1983. La Loi sur les Indiens de 1920 a rendu obligatoire la fréquentation de l'école pour tous les enfants des Premières nations entre sept et 15 ans. Voici une description de l'expérience des pensionnats tirée d'un extrait du rapport de l'Enquête auprès des Premières Nations et des Inuits :

Dans certaines régions, jusque cinq générations successives d'enfants ont été arrachées à leur foyer, à leur famille, à leur culture et à leur langue ... À l'école, on coupait leurs cheveux longs et on leur donnait un uniforme ... beaucoup d'enfants ont souffert de longues années d'isolement et de solitude ... À leur arrivée dans les pensionnats, les enfants entraient dans un nouveau monde étrange ... Beaucoup d'enfants mourraient de maladie ; d'autres étaient minés psychologiquement et spirituellement par une discipline de fer et de très mauvaises conditions de vie. Les enfants étaient qualifiés de « détenus ». Les survivants disent qu'ils avaient toujours faim. Dans certains cas, les enfants étaient séparés de leurs frères et sœurs, torturés lorsqu'ils parlaient leur langue maternelle, et on leur interdisait de célébrer leurs traditions. Des violences sexuelles graves ont aussi été perpétrées dans certaines écoles, mais les violences physiques et la faible qualité de l'enseignement sont autant d'autres problèmes importants.<sup>15</sup>

Les enfants Inuits n'ont pas été épargnés par l'expérience du pensionnat. Mary Carpenter résume ainsi son expérience :

Après une vie à se faire battre, à avoir faim, à rester debout sur une jambe dans un couloir, à marcher dans la neige sans chaussures pour avoir parlé en Inuvialukton et à avoir, étalée sur mon visage, une pâte très piquante qu'ils nous mettaient pour nous empêcher d'exprimer notre coutume esquimaude de hausser les sourcils pour dire 'oui' et de froncer le nez pour dire 'non', j'ai très vite perdu la capacité de parler ma langue maternelle. Quand une langue meurt, le monde dont elle provient s'écroule aussi.<sup>16</sup>

L'influence traumatisante des pensionnats sur l'individu est décrite dans le même article :

Les anciens élèves ont exprimé la douleur et la confusion de ne se sentir dans aucun des deux mondes, d'être pris entre deux cultures, la culture blanche des pensionnats et leur culture inuite. Ce déchirement intérieur a causé diverses maladies de l'âme, conduisant à la dépression, au désespoir et à des comportements destructeurs comme l'alcoolisme, la toxicomanie,

la débauche sexuelle ou la violence qui ont tous leurs propres conséquences malheureuses.<sup>16</sup>

Malheureusement, l'influence des pensionnats s'étend bien au-delà de leur impact sur les survivants. Cornelia Wieman explique les effets persistants des pensionnats en déclarant :

En plus des dégâts causés chez les survivants qui ont dû subir des violences psychologiques, physiques et sexuelles, on doit se pencher sur les effets à long terme, cumulatifs et intergénérationnels exercés sur les communautés des Premières nations ... comprenant l'arrachement à leur propre communauté, la perte de la fierté et de la dignité, la perte de l'identité, de la langue, de la spiritualité, de la culture et de la capacité d'être parent. Les racines de ces dégâts et de ces pertes se reflètent dans les statistiques alarmantes qui traduisent les niveaux de violence familiale, de suicide, d'alcoolisme et d'autres toxicomanies retrouvés aujourd'hui dans les communautés autochtones.<sup>17</sup>

Les tentatives gouvernementales de déplacer des communautés inuites ont débuté en 1934 lorsque 22 Inuits de Kinnigait (Cap Dorset), 18 de Mittimatalik/Tununiq (inlet Pond) et 12 de Pangnirtuuq (Pangnirtung) ont été amenés à Dundas Harbour. Au cours des années 1950 et 1960, de nombreuses autres familles inuites ont été déplacées de leurs lieux traditionnels de vie pour être réimplantées dans des établissements permanents et centralisés. Les sites de réimplantation ont été choisis par des fonctionnaires du gouvernement qui n'avaient pas tenu compte du fait que les villages permanents ne faisaient pas partie de l'expérience des Inuits. En outre, les conditions de chasse des nouveaux sites étaient souvent loin d'être adéquates, ce qui rompait avec leurs coutumes pour se procurer la nourriture.<sup>18</sup>

Même si les intentions étaient de permettre aux Inuits un meilleur accès aux services gouvernementaux, ce mouvement les a conduits à une période de bouleversements sociaux, culturels et économiques. En quelques années, beaucoup d'entre nous avons abandonné une vie fondée sur une dépendance profonde aux ressources de la terre et de la mer et avons adopté un mode de vie différent.<sup>10</sup>

Dans les années 1950, en raison d'amendements à la Loi sur les Indiens, les provinces avaient l'assurance de recevoir des fonds du gouvernement fédéral pour chaque enfant autochtone pris par les agences de protection de l'enfance, ce qui a eu pour conséquence la multiplication du nombre des enfants des Premières nations qui ont été mis en tutelle légale. Cette accélération de l'arrachement à leur foyer des enfants autochtones est connue sous le nom de « *Sixties Scoop* ». Le pourcentage des enfants enlevés qui étaient d'ascendance autochtone a fait un bond de un pour cent en 1959 jusqu'à 30 et 40 pour cent dans les années 1960. Les enfants autochtones continuent à représenter un pourcentage disproportionné des enfants enlevés à leur foyer par les agences des services sociaux. Beaucoup des parents de ces enfants sont eux-mêmes les survivants des pensionnats.<sup>17</sup>

Les compagnies d'énergie hydroélectrique et d'exploitation des ressources naturelles sont également citées par York comme des exemples récents d'institutions modernes ayant une influence nocive sur les communautés autochtones.<sup>14</sup> En examinant l'état de santé des peuples autochtones dans la région de la Baie d'Hudson et de la Baie James selon les formes de développement, hydroélectrique et autres, dans la région, Stieb et Davies concluent que la hausse de la prévalence et de l'incidence des affections chroniques, des blessures, des empoisonnements et de la violence, qui étaient tous peu fréquents auparavant, semble être liée à ces changements environnementaux et aux changements sociaux, économiques et culturels qui les accompagnent.<sup>19</sup>

#### RECOMMANDATION A5

**Les professionnels de la santé devraient reconnaître que les défis socio-démographiques actuels auxquels doivent faire face de nombreux Autochtones et leur communauté ont un impact important sur leur état de santé.**

Les améliorations remarquables en matière de santé (comme l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles), dont a bénéficié l'ensemble de la population canadienne au cours des 200 dernières années, ont été dues surtout à l'augmentation de la prospérité économique rendue possible par la révolution industrielle ; cette dernière a permis l'amélioration des ressources alimentaires, des habitations sûres, un apport d'eau potable, des systèmes sans risque d'évacuation des eaux usées et la baisse du taux de natalité. Les systèmes modernes des soins de santé n'ont eu qu'une influence minime par rapport à ces changements.<sup>20</sup> Les autres facteurs sociaux qui sont maintenant acceptés comme étant décisifs en matière de santé comprennent l'emploi, le niveau d'éducation et certains risques environnementaux.

À l'opposé, beaucoup d'Autochtones et leur communauté continuent à souffrir de conditions sociales aux effets négatifs sur leur état de santé : la pauvreté, des habitations inadéquates, un apport d'eau et une évacuation des eaux usées insalubres, un faible niveau d'éducation scolaire, le chômage, la violence familiale, l'alcool et les autres toxicomanies, la dépendance sociale, la discrimination juridique et les risques environnementaux.<sup>11,13</sup> La prévalence et les tendances de certains de ces problèmes sont examinées ci-dessous :

- **Revenu** : Selon le recensement de 1996, 43,6 pour cent des Autochtones vivaient dans un foyer « à faible revenu » par rapport à 19,2 pour cent de la population non autochtone.<sup>4</sup> Selon le recensement de 1991, le revenu annuel moyen des Autochtones du Canada en 1990 était 70 pour cent du revenu annuel des non-Autochtones. Dans les réserves, le revenu annuel moyen était 43 pour cent de celui des non-Autochtones.<sup>21</sup> Le revenu annuel moyen des Métis était 67 pour cent de celui de l'ensemble de la popu-

---

lation canadienne en 1991.<sup>8</sup> Au Nunavut, en 1996, le revenu annuel moyen des Inuits était 44 pour cent de celui des non-Inuits.<sup>7</sup>

- **Sécurité alimentaire :** Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, 8,3 pour cent des Autochtones de plus de 15 ans interrogés ont signalé un problème d'approvisionnement alimentaire au cours de l'année ayant précédé l'enquête. L'analyse de la répartition de ce chiffre indique : 12,7 pour cent chez les Inuits, 8,5 pour cent chez les « Indiens » hors des réserves, 7,7 pour cent pour les « Indiens » dans les réserves et 7,5 pour cent chez les Métis.<sup>22</sup> Dans beaucoup de communautés autochtones isolées du nord, il est difficile et cher de se procurer des aliments nutritifs : un panier de nourriture nutritive qui revient à 125 \$ pour une famille de quatre personnes à Ottawa, coûte 209 \$ à Salluit au Nunavik et 260 \$ à Arctic Bay au Nunavut.<sup>7</sup>
- **Chômage :** La participation des Autochtones à la population active est plus faible que celle des non-Autochtones, et leur taux de chômage est plus élevé. En 1991, ce dernier était de 19,4 pour cent chez les Autochtones et de dix pour cent chez les non-Autochtones. Il était de 31 pour cent chez les Premières nations dans les réserves.<sup>23</sup> Les communautés inuites et métisses subissent la même pénurie de travail. Le taux de chômage global au Nunavut en 1999 était de 21 pour cent alors qu'il était de moins de neuf pour cent au Canada. Chez les Inuits eux-mêmes, les taux de chômage sont habituellement beaucoup plus élevés. Beaucoup d'Inuits dépendent encore d'une économie mixte combinant un revenu salarial avec des modes traditionnels de collecte de nourriture et de confection de vêtements.<sup>7</sup> En 1991, le taux moyen de chômage chez les Métis était de 21,7 pour cent.<sup>8</sup>
- **Éducation :** En 1991, 49 pour cent de la population autochtone du Canada avaient au moins une éducation de niveau secondaire, contre 62 pour cent dans la population non autochtone. La même année, 31 pour cent des membres des Premières nations vivant dans des réserves et 45 pour cent des Métis avaient au moins une éducation de niveau secondaire. En 1996, 41 pour cent des femmes inuites et 35 pour cent des hommes inuits avaient au moins ce niveau d'éducation, alors que 35 pour cent des femmes inuites et 32 pour cent des hommes inuits n'avaient pas atteint la neuvième année.<sup>7</sup> Les niveaux d'éducation postsecondaire et les taux de persévérance scolaire dans les écoles des réserves se sont améliorés au cours des vingt dernières années. En 1968, environ 800 Autochtones avaient une éducation postsecondaire ; leur nombre a dépassé 150 000 en 1991. Le taux de persévérance scolaire dans les écoles des réserves est passé de 13 pour cent, en 1969, à 75 pour cent, en 1995-96.<sup>23</sup> L'Enquête régionale sur la santé auprès des Premières nations

et des Inuits a révélé que le niveau d'éducation était inversement proportionnel aux affections chroniques signalées par les Autochtones eux-mêmes.<sup>15</sup>

- **Logement :** La Société canadienne d'hypothèques et de logement a déclaré que 65 pour cent des logements dans les réserves n'atteignaient pas les normes en 1996. Bien que les systèmes d'eau courante et d'évacuation des eaux usées soient devenus beaucoup plus répandus au cours de dix dernières années, 25 pour cent des maisons dans les réserves n'avaient pas de salle de bain en 1996. Trente et un pour cent des membres des Premières nations qui habitaient dans des réserves en 1996 vivaient dans des maisons surpeuplées : la concentration par habitation allait de 3,7 à 6 personnes par maison, les concentrations les plus élevées se trouvant au Québec, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta.<sup>21,24</sup> On a également noté que les logements insalubres constituaient un des facteurs de mauvaise santé chez les Métis.<sup>26</sup> L'habitat défectueux et surpeuplé est aussi un problème majeur chez les Inuits du nord. En raison de l'augmentation des coûts de construction et du combustible, 90 pour cent des familles inuites du Grand Nord ont besoin de logements sociaux. Dans certaines communautés, le temps d'attente pour un logement est de plusieurs années et les familles se retrouvent dans de petites maisons bondées qui n'ont ni isolation, ni chauffage, ni plomberie, ni égouts adéquats.<sup>7</sup>

Les professionnels de la santé doivent avoir conscience du fait que l'état de santé a peu de chances de s'améliorer substantiellement si on n'attaque pas ces problèmes socio-démographiques à la racine.

#### RECOMMANDATION A6

#### **Les professionnels de la santé devraient comprendre le besoin de fournir des services de santé aux peuples autochtones aussi près que possible de leur domicile.**

Les communautés autochtones sont situées dans des régions éloignées, dans la majorité des cas, et beaucoup ne sont accessibles que par la voie aérienne. Selon les statistiques de la Direction générale des services médicaux, environ 20 pour cent des communautés des Premières nations n'ont pas encore d'accès routier durant toute l'année.<sup>25</sup> Presque toutes les communautés inuites du nord sont reculées et ne sont pas accessibles par la route pendant toute l'année. Post *et col.*<sup>25</sup> estiment que, pour l'ensemble des communautés à l'échelle nationale, de 30 à 50 pour cent d'entre elles pouvaient être dites reculées, bien qu'il existe une variation régionale importante.

Après l'effondrement des systèmes traditionnels de soins de santé et leur remplacement par les systèmes médicaux fédéraux, de très nombreux individus ont été transportés hors de leur communauté afin de bénéficier de services médicaux,

notamment, des services de naissance. Étant donné que les Autochtones sont très attachés à leur territoire et à leur culture, pour eux synonymes, comme nous l'avons signalé à la section A3, les non-Autochtones peuvent commencer à comprendre l'effet perturbateur qu'a le fait de soustraire des individus de leur communauté rurale et éloignée pour leur fournir des services médicaux, comme le décrit ici Roda Grey, coordinatrice de la santé à l'Inuit Tapirisat du Canada :

Les sages-femmes traditionnelles ... avaient une place spéciale au sein des communautés inuites et elles étaient respectées et reconnues pour leur compétence ... [Les femmes inuites] se déplaçaient sur de grandes distances ... pour recevoir les services d'une sage-femme traditionnelle, mais elles étaient accompagnées de membres de leur famille et demeuraient au sein de leur propre culture ... Les sages-femmes traditionnelles dispensaient des soins prénatals, des conseils de nutrition et d'exercice physique, et des soins au nouveau-né ... Une fois les postes de soins infirmiers établis de façon permanente sur les territoires inuits, la profession inuite traditionnelle de sage-femme a été interdite ... Les femmes enceintes approchant du moment de l'accouchement étaient envoyées dans des communautés plus grandes ... Les femmes étaient séparées de leur famille et de leur culture à un moment important de la vie. Les services de santé s'occupaient de cas d'urgence et de traitement plutôt que de prévention et d'éducation. Les aînés dans les communautés inuites disent que les femmes inuites enceintes ne tiennent plus compte des enseignements traditionnels en matière de santé.<sup>27</sup>

La description de Grey fait un usage presque synonyme du lieu géographique et de la culture, ce qui reflète le lien serré qui existe entre eux. Au cours d'une discussion ultérieure, Grey décrit comment les aînés parmi les Inuits pensent que les femmes enceintes manquent d'exercice physique et d'une alimentation équilibrée et qu'elles se nourrissent plutôt de « camelote alimentaire » et passent beaucoup de temps à regarder la télévision depuis que les infirmières du Sud ont pris en main leur santé.

Beaucoup d'Autochtones doivent encore quitter leur communauté pour recevoir des soins médicaux à cause de l'isolement géographique. La majorité des Inuits vivent encore dans des communautés éloignées et isolées et l'hôpital le plus proche est habituellement à des centaines de kilomètres, et les centres spécialisés les plus importants peuvent être à des milliers de kilomètres : par exemple, la distance entre Iqaluit et Ottawa, le centre principal de soins tertiaires pour Iqaluit, est de 2 055 km. Dans la plupart des communautés éloignées des Inuits et des Premières nations, il n'y a qu'une infirmerie dotée d'une infirmière ou d'un intervenant en santé communautaire. Des médecins et d'autres spécialistes viennent périodiquement par voie aérienne dans la communauté. De nombreux services, y compris la réadaptation, la physiothérapie, la chiropractie et la mammographie, ne sont en général pas offerts.

Plusieurs communautés autochtones rurales et éloignées

explorent actuellement la possibilité d'utiliser de l'équipement perfectionné de télécommunications comme, par exemple, des liaisons vidéo entre des patients et des spécialistes en santé situés dans un autre lieu. Le progrès de tels procédés de télémédecine pourrait aider à dispenser de meilleurs soins de santé aux Autochtones vivant dans des communautés isolées.

Les professionnels de la santé participant à la prise de décision pour déterminer l'emplacement des programmes de soins médicaux individuels et communautaires doivent soigneusement tenir compte des effets, tant culturels que biomédicaux, que pourrait avoir cet emplacement.

#### **RECOMMANDATION A7**

**Les professionnels de la santé devraient avoir une connaissance de base des obligations et des politiques gouvernementales en ce qui a trait à la santé des Autochtones du Canada.**

La section A4 a brossé un bref tableau du contexte des relations entre Européens et Autochtones dans ce qui est maintenant le Canada au cours des 500 dernières années. Les obligations gouvernementales actuelles envers les peuples autochtones en ce qui a trait au territoire et aux autres services, y compris les soins de santé, peuvent être retracées aux traités signés au cours de cette période. Les traités, qui sont des accords négociés entre le gouvernement canadien (précédemment, anglais) et les communautés autochtones sur les compensations offertes aux peuples autochtones par le gouvernement en échange de titres fonciers, ont servi d'instruments de négociation de la paix et du partage du territoire pendant plusieurs siècles. L'histoire des traités a commencé dès le XVII<sup>e</sup> siècle lorsque le *Two Row Wampum* a été négocié entre les Mohawks et les Hollandais en 1613,<sup>11</sup> et elle s'est prolongée jusqu'au vingtième siècle (avec le *Treaty #9* adhésions de 1929-30). Des témoins de la signature de certains traités vivent encore.

Malheureusement, de nombreux accords par traité n'ont pas été respectés pleinement par les Européens. De plus, les chefs autochtones considéraient souvent que les documents écrits définitifs étaient très éloignés des intentions qui soutendaient les traités négociés verbalement. Les chefs autochtones avaient négocié des traités entre leurs propres nations pendant des centaines d'années avant le contact avec les Européens. Ces traités « de nation à nation » reposaient sur des serments verbaux, des cérémonies, et des symboles visuels comme les ceintures wampum. Les chefs autochtones ont négocié les traités avec les Européens dans cette perspective de traités « de nation à nation ». Les Britanniques s'attendaient à ce que les Premières nations reconnaissent également l'autorité d'un monarque lointain et cèdent de grandes étendues de territoire au contrôle britannique sans que ces attentes n'aient été explicites dans les accords verbaux des traités. En

fait, comme on l'a signalé à la section A3, la notion de propriété du territoire était un concept européen.

Des accords négociés sur l'utilisation du territoire et sur les compensations sont encore passés entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones, et des centaines de revendications territoriales non résolues restent à négocier. Certaines communautés autochtones n'ont jamais cédé leur territoire traditionnel par la signature de traités. D'autres contestent l'interprétation fédérale des traités sur le plan historique. Dans le domaine de la santé, l'ampleur des obligations du gouvernement envers les peuples autochtones fait l'objet de grandes controverses. Les services de santé aux communautés autochtones ont fait partie des négociations d'au moins quelques traités, comme le montre la « clause de l'armoire à pharmacie » du Traité n° 6, signé en 1876 entre le Canada et les Cris de l'Alberta et de la Saskatchewan :

Dans le cas où les Indiens ... seraient frappés d'épidémies ou d'une grande famine, la Reine ... accorderait aux Indiens une assistance ... suffisante pour les soulager de la calamité qui les aura frappés. Une armoire à pharmacie sera conservée dans la maison de chaque agent des Indiens pour être utilisée au bénéfice des Indiens sous l'autorité de cet agent.<sup>28</sup>

Beaucoup ont interprété la « clause de l'armoire à pharmacie » comme une preuve que la fourniture par le gouvernement de services de soins de santé est un droit négocié par traité.

Comme il a été exposé dans la section A4, les fondements historiques des services fédéraux de santé auprès des Autochtones reposaient plus sur une présomption de leur autorité sur les Nations Autochtones que sur une obligation négociée. Cette politique d'appropriation a été rendue officielle dans la Loi constitutionnelle de 1897 par laquelle le gouvernement fédéral se conférait une autorité législative sur « les Indiens et les territoires réservés aux Indiens. »<sup>2</sup> Les Lois constitutionnelles de 1876, 1880 et 1884 ont encore imposé par la loi une politique fédérale de domination et d'assimilation, et les services de santé ont d'abord été regroupés avec les autres « services » aux peuples autochtones. Entre 1867 et 1966, la responsabilité des « Affaires indiennes » est passée entre les mains de différents ministères fédéraux, tels que le Secrétariat d'État, la Citoyenneté et l'Immigration, les Mines et Ressources, les Affaires du Nord et les Ressources nationales, jusqu'à ce que soit finalement créé, en 1966, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Entre-temps, la responsabilité des services de santé auprès des Inuits et des Indiens « inscrits » avait été transférée au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en 1945, jusqu'à ce que, en 1962, le Service de santé des Indiens soit fusionné avec six autres programmes fédéraux de santé pour former la Direction générale des services médicaux du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, rebaptisée Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en juillet 2000.

Depuis les premières Lois sur les Indiens, seuls les peuples autochtones qui étaient inscrits au ministère des Affaires indi-

ennes et du Nord Canada en vertu de la Loi sur les Indiens et ceux qui étaient reconnus par des traités ont eu droit à certains avantages, y compris certains services spéciaux de santé. Ces avantages et ces services excluent donc une portion importante des Autochtones vivant au Canada. Selon les résultats du recensement de 1996, les Indiens et les Inuits « inscrits » constituent moins de 60 pour cent des peuples autochtones du Canada ; le reste de la population autochtone se compose des membres des Premières nations qui ont été exclus des traités ou qui ont perdu leur statut légal d'Indien, ainsi que des Inuits « non inscrits » et les Métis. Avant 1985, une Indienne « de plein droit » qui se mariait avec un homme qui n'avait pas le statut légal d'Indien perdait son statut d'Indienne et les avantages qui y étaient liés. La loi C-31 a permis à certaines de ces femmes et à leurs descendants de s'inscrire ou de se réinscrire en vertu de la Loi sur les Indiens, avec certaines restrictions. Des milliers d'hommes autochtones ont aussi dû perdre leur statut pour remplir les conditions de leur enrôlement militaire. En 1969, le « Livre blanc » a cherché à démanteler complètement la Loi sur les Indiens, y compris la fermeture des services spéciaux de santé accordés aux Indiens et Inuits « inscrits ».

Historiquement, les Métis ont été ignorés par les gouvernements anglais puis canadien. Lorsque les pionniers européens sont arrivés et ont revendiqué le territoire historique des Métis, ces derniers ont été traités comme des squatteurs et expulsés du territoire. Au lieu de recevoir par traité des compensations de terres et d'autres avantages, comme c'était le cas dans les négociations avec les Premières nations, les Métis ont reçu des « certificats de Sang-Mêlé », c'est-à-dire des « certificats d'argent ou de terres attribués à des Métis » en compensation de leur renonciation au titre d'Autochtone. Les revendications des Métis pour avoir la reconnaissance politique et la garantie d'une assise territoriale se sont poursuivies pendant plus d'un siècle. Les Métis sont actuellement exclus des avantages et des programmes de santé qui sont offerts aux Indiens et aux Inuits « inscrits » par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Les services médicaux et les avantages spéciaux en matière de santé destinés aux Indiens et aux Inuits « inscrits » ont été fournis par trois structures gouvernementales : les gouvernements provinciaux (qui sont remboursés par le gouvernement fédéral pour les services qu'ils fournissent aux Indiens et aux Inuits « inscrits ») ; la Direction générale des services médicaux du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada ; et le Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Cette structure hétérogène a conduit à un système de prestations de services plutôt compliqué, ayant des lacunes et des chevauchements juridictionnels : par exemple, on ne sait pas clairement quelle agence a le mandat de s'occuper des services de santé mentale pour les Autochtones.

Certains services, comme ceux de podologie, ne sont offerts que dans les réserves. Les Métis et les Indiens « non inscrits » n'ont pas droit à ces services et ne reçoivent aucun budget pour

les prestations en matière de santé qui ne sont pas assurées, comme les médicaments et les soins dentaires. Bien qu'en théorie les Inuits « inscrits » des communautés éloignées aient droit à des services de santé additionnels, en pratique, ils ne peuvent pas en bénéficier puisque que ces services ne sont pas offerts dans leur communauté.

Actuellement, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits se divise en deux composantes : le Programme des services de santé non assurés (SSNA) et les Programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI). La plupart des programmes de santé qui dépendaient auparavant du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada ont été transférés à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le SSNA est un programme de portée nationale qui offre des prestations de santé aux Indiens et aux Inuits « inscrits ». Les prestations couvertes par le programme sont les produits pharmaceutiques, les fournitures médicales et l'équipement sanitaire, les soins dentaires et de la vue, le transport médical, et les consultations psychologiques individuelles. Les PSPNI sont établis au niveau de la communauté et comprennent des soins infirmiers communautaires et des représentants de la santé communautaire. De plus, dans les communautés isolées du Nord, les soins primaires sont souvent offerts par une infirmière ou un représentant de la santé communautaire qui reçoit l'aide d'un médecin par téléphone ou par radio. Ces derniers programmes sont offerts par des bureaux régionaux ou par les Premières nations elles-mêmes et ils comportent des initiatives comme : le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), le programme « Grandir ensemble », le Programme de lutte contre l'usage abusif de solvants, le Système d'information sur la santé des Premières nations, le programme VIH-SIDA, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves.

Les politiques fédérales actuelles favorisent le transfert dans les communautés autochtones de la gestion des programmes spéciaux de santé.<sup>12</sup> En mars 1999, 41 pour cent (soit 244) des communautés des Premières nations ou des Inuits admissibles avaient signé un accord de transfert des services de santé. Un autre 37 pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits admissibles participaient au transfert par des ententes de planification ou de contribution.<sup>29</sup>

#### **RECOMMANDATION A8**

**Les professionnels de la santé devraient reconnaître le fait que les Autochtones et leur communauté ont besoin de leur appui pendant cette période de transition vers l'autodétermination**

Cette recommandation va dans le sens de la reconnaissance par la Commission royale sur les peuples autochtones des droits inhérents

des Autochtones à l'autonomie gouvernementale, une reconnaissance qui a été confirmée dans la section 35(1) de la Loi constitutionnelle.<sup>2</sup> La Commission a proposé la reconstruction et le développement de nations autochtones autogouvernées.<sup>11</sup>

Alors que la Commission royale a fondé son argumentation sur le droit fondamental à l'autonomie gouvernementale, Gray cite des textes australiens et canadiens sur l'autodétermination et les rapports entre les indigènes et les gouvernements, textes qui s'appuient sur « un point de vue implicite selon lequel le développement et la mise en place de politiques et de programmes efficaces découlent de l'autodétermination. »<sup>30</sup> Il affirme en outre qu'une étude globale menée aux États-Unis a conclu que « les améliorations tangibles du statut socio-économique des Amérindiens sont directement attribuables aux changements politiques des années 1970 qui ont conduit à l'augmentation du contrôle et de la participation des Indiens quant à la formulation des politiques qui les concernent. »<sup>30</sup>

L'Association médicale canadienne appuie également l'autodétermination des peuples autochtones sur le plan social, politique et économique et elle reconnaît que cette autodétermination améliore la santé des Autochtones et de leur communauté. Le rapport de l'AMC à la Commission royale sur les peuples autochtones déclare que :

La faillite des institutions occidentales, passées et présentes, à satisfaire aux besoins fondamentaux des peuples autochtones, dont la santé n'est pas des moindres, corrobore le point de vue selon lequel les peuples autochtones sont les mieux placés pour décider de leurs besoins et des solutions à leurs problèmes.<sup>13</sup>

La question du contrôle des services de santé par les peuples autochtones sera examinée plus en profondeur à la section D.

J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1082-94

#### **RÉFÉRENCES**

1. George D. My Heart Soars. Clarwin House, Toronto, 1974. Cited in: Lessard P. Aboriginal health care: how to understand and communicate better. J Soc Obstet Gynaecol Can 1994;16:1571-9.
2. Constitution Act. Section 35(2). 1982.
3. Isaac T. An introduction to Aboriginal issues. J Soc Obstet Gynaecol Can 1995;17:583-5.
4. Statistics Canada. 1996: Aboriginal Census Data. The Daily. Statistics Canada, 1998.
5. Statistics Canada. Language, Tradition, Health, Lifestyle and Social Issues: 1991 Aboriginal Peoples Survey (Catalogue 89-533). Ottawa, 1993. Cited by Kinnon D, Health is the whole person: a background paper on health and the Metis people. Submission to the Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1993.
6. Statistics Canada data. Obtained by personal correspondence with Doug Norris, Statistics Canada.
7. Pauktuutit. Inuit women's health: overview and policy issues. Pauktuutit — Inuit Women's Association of Canada. March 2000.
8. Boisvert DA. A human resources development plan for the Metis nation. Metis National Council, Ottawa, June 1995.
9. Brant C. Native ethics and rules of behaviour. Can J Psychiatr 1990;35:534-9.

- 
10. Inuit Tapirisat of Canada. We are the Inuit (brochure). Inuit Tapirisat of Canada 2000.
  11. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1996.
  12. Locust CS. Overview of Health Programs for Canadian Aboriginal Peoples. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Primary Care of Native American Patients. Woburn USA: Butterworth, 1999:17-21.
  13. Bridging the gap: promoting health and healing for Aboriginal peoples in Canada. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
  14. York G. The dispossessed: life and death in native Canada. Toronto: Little, Brown & Co, 1992.
  15. First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999. St. Regis QC: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, Akwesasane Mohawk Territory, 1999.
  16. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. 1996;6(10):372.
  17. Wieman, CA. Return to Native Roots. Aboriginal Health Building Informed Partnerships. Presented at the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada 55th Annual Clinical Meeting, Montreal, 1999.
  18. Dickason OP. Canada's First Nations: A History of Founding Peoples from the Earliest Times. Toronto: McClelland & Stewart, 1992, pp.396-7.
  19. Steib D, Davies K. Health and development in the Hudson Bay/James Bay Region. *Arctic Med Res* 1995;54:170-83T.
  20. Torrance GM. Socio-Historical Overview: The Development of the Canadian Health System. In: Coburn D, D'Arcy C, Torrance G (eds). *New P Health and Canadian Society*. Markham: Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp.6-32.
  21. Department of Indian and Northern Affairs. Basic Departmental Data 1996. Departmental Statistics Section, Information Quality and Research Directorate, January 1997.
  22. Canadian Institute on Child Health. Aboriginal Children. In: *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*. 2nd ed. Ottawa: The Institute, 1994, pp.131-48.
  23. Department of Indian and Northern Development. Highlights of Aboriginal Conditions 1991, 1996. Ottawa: Departmental Statistics Section, Information Quality and Research Directorate, 1995.
  24. Canadian Mortgage and Housing Corporation, Social Directorate. Housing Conditions of aboriginal peoples in Canada. Summary Report. Ottawa: Government of Canada, 1996.
  25. Postl B, Irvine J, MacDonald S, Moffatt M. Background Paper on the Health of Aboriginal Peoples in Canada. Cited in: *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
  26. Kinnon D. "Health is the whole person": a background paper on health and the Metis people. Submission to the Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1993.
  27. Ross M. Aboriginal women's health: cultural values, beliefs, and practices. *J Soc Obstet Gynecol Can* 1997;17:987-91.
  28. Young TK. Indian Health Services in Canada: a socio-historical perspective. *Social Sciences Medicine* 1984; 18:257-264. Cited in: *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal peoples in Canada*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
  29. Health Canada. Ten Years of Health Transfer First Nation and Inuit Control. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services, 1999. Cat. No.: H34-104/2000.
  30. Gray D, Siggers S, Drandich M, Wallam D, Plowright P. Evaluating government health and substance abuse programs for indigenous peoples: a comparative review. *Australian J Pub Health*. 1995;19(6):567-72.