

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

Ressources autochtones en matière de santé

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. Santé Canada a fourni le financement nécessaire pour la préparation et la distribution de ces lignes directrices.

AUTEURE PRINCIPALE

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

COMITÉ SUR LA SANTÉ DES 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.)

COLLABORATEURS

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 Pauktuuti

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.

La preuve la plus évidente de l'influence amérindienne sur la médecine américaine réside dans le fait que plus de deux cents médicaments indigènes, dont se servaient une ou plusieurs tribus amérindiennes, ont fait officiellement partie de la « Pharmacopée des États-Unis d'Amérique », à un moment ou l'autre, depuis la première édition de 1820, ou du National Formulary, depuis ses débuts en 1880. Chez les Autochtones, la connaissance de la flore indigène était en fait si étendue qu'il est possible de montrer qu'ils faisaient usage de tous nos remèdes végétaux indigènes à l'exception, tout au plus, d'une demi-douzaine d'entre eux. De plus, dans un nombre étonnant de cas, l'usage autochtone de ces médicaments correspondait à celui qui est accepté par le Dispensary of the United States. Si le sorcier amérindien vient à disparaître, il aura au moins laissé à l'humanité un nombre important de remèdes et de méthodes de soins ...

– Vogel¹

Le processus de guérison doit être fondé sur nos valeurs spirituelles traditionnelles du respect, de la fierté, de la dignité, du partage, de l'hospitalité et de l'entraide. ... L'autonomie commence par l'individu, puis est construite par la famille, ensuite par la communauté et, finalement, par nos rapports avec les autres nations.

– Chef Jean-Charles Pietacho et Sylvie Basile, communauté de la Première Nation Mingan²

RECOMMANDATION D1

Les communautés autochtones et les professionnels de la santé qui travaillent avec les peuples autochtones devraient soutenir la création de programmes et de services de santé destinés aux peuples autochtones et gérés par la communauté.

Toute discussion des services de santé destinés aux peuples autochtones du Canada devrait être préfacée par la reconnaissance du fait qu'avant le contact avec les Européens, les communautés autochtones, vivant sur les territoires qui constituent maintenant le Canada, avaient déjà mis en place des systèmes de soins de santé dont beaucoup étaient assez avancés et qui étaient particuliers à chaque région, contrôlés au niveau local et culturellement adéquats. La colonisation européenne a entraîné une détérioration de ces systèmes indigènes de soins de santé ainsi que des cultures qui les avaient engendrés. (sections A, * C2-4**).

Redonner aux communautés autochtones le contrôle des services de santé destinés à leurs peuples va dans le sens des principes d'autonomie gouvernementale dont il a été question à la section A8.*** Au cours des audiences de la CRPA, les intervenants ont exprimé clairement et sans relâche leur désir de voir les communautés reprendre la gestion de leurs services de santé :³ ce transfert de contrôle a été par la suite recommandé

par les commissaires de la CRPA.² L'Association médicale canadienne (AMC) a également donné son appui pour un contrôle autochtone des services sanitaires et sociaux au cours de son intervention auprès de la CRPA.⁴ L'article 23 de la déclaration préliminaire des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones garantit le droit des peuples « à déterminer et à développer tous les programmes de santé et de logement ainsi que tous les programmes économiques et sociaux qui les affectent et, si possible, à administrer ces programmes par leurs propres institutions. »⁵ Outre les arguments fondés sur les préférences des communautés et le droit fondamental à l'autonomie gouvernementale, les écrits sur le sujet indiquent qu'une augmentation du contrôle et de la participation autochtone dans la mise sur pied des politiques, leur mise en application et leur évaluation, a eu des conséquences socio-économiques bénéfiques.⁶

Le désir d'autodétermination en matière de services de santé est souvent lié à un désir de renouer avec les valeurs et les pratiques de guérison traditionnelles. Plus de 80 pour cent des personnes interrogées à l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) ont répondu oui à la question « Pensez-vous qu'un retour aux façons de faire traditionnelles soit une bonne idée pour améliorer le bien-être de la communauté ? »⁷ À la *National Aboriginal Information and Research Conference* qui a eu lieu à Ottawa en 1998, les clés du bien-être communautaire et des traditions ont été définies comme étant l'adoption d'une perspective holistique, la prise de responsabilité en matière de santé et de guérison et l'importance de redonner à l'individu son contexte familial et communautaire. Les participants ont également exprimé un besoin de services variés et propres à chaque communauté qui puissent répondre à la diversité et à la variété régionale des communautés autochtones du Canada.⁷ Les thèmes du holisme (voir la section B1)[†] et le besoin de services diversifiés rejoignent les recommandations de la CRPA.^{2,8}

Au demeurant, tout nouveau cadre de services de santé pour les peuples autochtones fondé sur le principe de l'autodétermination doit être régi par un principe d'équité quant à ses résultats sociaux et en matière de santé.^{2,8} Le présent document a déjà abordé en détails le fardeau disproportionné de problèmes de santé auxquels font face les peuples autochtones (B2-3)^{††}, le contexte géographique, social et historique de ces problèmes de santé (A4-6),^{†††} et les insuffisances des systèmes dominants (C2-4).^{**} La CRPA décrit la possibilité « de centres axés sur la communauté pour développer et dispenser des services sanitaires et sociaux unifiés », idée souvent exprimée au cours des audiences publiques de la CRPA à travers le pays.² Sa mise en œuvre implique la transformation des postes de soins infirmiers et des établissements de santé existants en des

* J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1070-81.

** J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(2):157-67.

*** J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1080.

† J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(1):55-6.

†† J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(1):56-66.

††† J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1074-8.

« carrefours unifiés de services sanitaires et sociaux. » En outre, certaines communautés, tels les villages métis et les petites villes ayant une population autochtone appréciable et manquant de services pour les Autochtones, auraient besoin de nouveaux aménagements. Le principe d'équité décrit dans le rapport de la CRPA recouvre également la correction des inégalités institutionnelles actuelles affectant les services aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.⁸

Le rapport de la CRPA avance que les nouveaux modèles de programmes holistiques de la santé gérés par la communauté ont peu de chance de réussir s'ils ne sont pas étayés par des programmes d'infrastructure communautaire s'occupant de questions de logement, d'emploi, de scolarisation ainsi que de gestion des eaux propres et usées. Comme ce processus exige la mise en place des ressources nécessaires, la CRPA a soutenu que l'autonomie politique devait s'accompagner d'une redistribution équitable des terres et des ressources et que les gouvernements autochtones devaient avoir accès aux mêmes sources de revenu que celles qui permettent aux administrations fédérale, provinciales et municipales actuelles de s'auto-financer : les impôts et les taxes, les placements, les revenus des sociétés publiques et les loteries.²

Pour que les services sanitaires deviennent propriété collective, une adaptation adéquate des ressources humaines est également nécessaire, comme le fait remarquer John O'Neil :

La commission est consciente que la clé du succès de l'auto-détermination en matière de santé pour les Autochtones exige l'apport d'individus ayant une formation adéquate et, parallèlement, d'institutions capables de concevoir, de mettre en pratique et d'administrer un système de santé destiné à des Autochtones. Cette perspective se démarque des politiques actuelles de « transfert » par lesquelles les programmes et les services existants sont simplement transférés aux communautés ou aux organisations autochtones qui doivent alors, soit entrer en contact avec des agences ou des individus externes pour leur compétence spécialisée, soit se contenter de leur expérience limitée pour combler les besoins de la communauté en matière de santé.⁸

Les besoins en individus autochtones formés en services de soins de santé présentent un double défi. D'abord, il n'y a que très peu de professionnels autochtones de la santé en exercice. Ensuite, les transformations du système exigeront la présence d'individus qui comprennent autant les pratiques traditionnelles en matière de santé et de guérison que les approches classiques. Il sera à nouveau question du besoin de promouvoir la formation de professionnels autochtones de la santé à la section D3.

Jusqu'ici, les services de santé destinés aux peuples autochtones ont été fournis par les gouvernements fédéral et provinciaux. Dans un tel modèle, les fonctionnaires de l'État responsables de la planification des programmes et de leur exécution relèvent directement de leur ministre qui, lui, relève du Parlement et de la loi ; mais ils ne sont qu'indirectement

responsables vis-à-vis des communautés autochtones qu'ils servent. Politiquement, beaucoup des préoccupations sur la responsabilisation dans un tel système sont de nature fiscale.⁶ La mise en place de programmes de santé des Autochtones gérés par la communauté nécessite la création de mécanismes locaux permettant de rendre des comptes. Dans le but d'éviter les problèmes de responsabilisation indirecte liés aux programmes gouvernementaux, les nouveaux mécanismes doivent tenir compte du large éventail de mesures de responsabilisation, accroître la participation véritable et complète de la communauté et être compatibles avec la culture locale et son système de valeurs. Conformément aux modèles circulaires de la santé dont il a été question dans ce document, les nouveaux modèles de responsabilisation pourraient être progressifs ou cycliques. Les renseignements recueillis par les évaluations des programmes communautaires pourraient servir à rendre les programmes locaux plus souples et plus efficaces. La question de la prise en charge de la recherche par la communauté est examinée à la section suivante.

Les individus et les organismes œuvrant dans la conception, la mise en pratique et l'administration de services de santé autogérés au niveau communautaire tireront profit de la nouvelle Organisation pour la promotion de la santé des peuples autochtones. Cet organisme national, conçu et contrôlé par des Autochtones, se consacre à l'amélioration de la santé de tous les peuples autochtones. Son mandat est de mettre sur pied des politiques, des recommandations de recherche et des ressources en guérison traditionnelles. Il fonctionnera en partenariat avec des programmes existants qui font la promotion de la santé des Autochtones et servent trois centres différents de santé pour les Inuits, les Métis et les Premières nations.

Le programme de maternité du Centre de santé Inuulivik de Puvungnituk, au Québec, offre un bon exemple d'une transition vers un des programmes gérés par la communauté au service de la santé des peuples autochtones. Le programme de maternité a débuté en 1986, sous l'initiative d'un groupe local d'Inuites, insatisfaites des changements des politiques fédérales qui obligeaient chaque Inuite à accoucher dans des hôpitaux du sud, loin de sa communauté. Une sage-femme, travaillant en collaboration avec un médecin de famille local et le centre de santé local et payée par le Québec, a été engagée et des Inuites de la localité ont été choisies par la communauté et formées comme sages-femmes de la communauté par un programme d'encadrement. Ces sages-femmes sont devenues des têtes de file de la communauté et ses représentantes en matière de santé. Les femmes de la communauté peuvent à présent faire un choix éclairé quant au lieu de leur accouchement. Un comité périnatal, composé de sages-femmes de la communauté, de sages-femmes non inuites et de médecins, examine les dossiers personnels à la 32^e semaine de gestation et fait des recommandations aux femmes sur le choix du lieu de l'accouchement. Une sage-femme de la communauté participe

avec une sage-femme diplômée ou un médecin aux naissances sur place. Les sages-femmes, la liaison communautaire et le conseil d'administration du centre local de santé relèvent en tout temps de la communauté. De plus, les statistiques sur le degré de satisfaction au niveau culturel et les retombées périnatales sont surveillées grâce à un programme de coopération avec diverses institutions universitaires. Depuis les débuts du programme de naissance sur place, l'amélioration des résultats périnataux a dépassé celle de la moyenne québécoise et les soins sont plus conformes à la culture.^{9,†}

Ce programme donne une idée des stratégies et des défis reliés au transfert du contrôle des services sanitaires aux communautés autochtones. À la demande des communautés, le gouvernement a rendu le contrôle du lieu de naissance aux membres de la communauté. Ces derniers ont travaillé avec une équipe de fournisseurs de soins de santé afin de mettre sur pied un programme de naissance géré par la communauté et basé sur le système ancestral des sages-femmes traditionnelles. Le nouveau système rejoint les systèmes de valeurs locales et met l'accent sur le rôle de la famille, de la culture, de l'éducation et de la prévention. Il incorpore les pratiques médicales modernes lorsqu'elles sont indiquées, utiles et compatibles avec la gestion communautaire. Divers mécanismes assurent la responsabilisation de la communauté locale. Le nouveau système a eu des retombées bénéfiques, aussi bien en matière de soins conformes à la culture qu'en matière de morbidité et de mortalité périnatales.

Le nouveau système de naissance géré par la communauté est bien différent du système de transfert qu'il a remplacé. On peut avancer que le système antérieur se fondait sur des valeurs européennes et mettait l'accent sur les technologies « scientifiques » avancées et la responsabilité médico-légale. Les fournisseurs de soins de santé qui ne font pas partie de la communauté pourraient avoir de la difficulté à assimiler ce contraste des valeurs sous-jacentes.

Le *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Programme* à Kahnawake, au Québec, offre un autre exemple d'un programme de santé géré par la communauté dont on retrouve les racines dans le *Diabetic Education program* de l'hôpital Kateri.^{‡‡} Dans les années 1980, plusieurs études ont été menées dans la communauté et elles ont révélé la prévalence du diabète sucré et de ses complications parmi ses membres. Le *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Programme* a été créé en réponse au désir de la communauté que soit effectuée une recherche plus poussée pour la prévention du diabète. Ce programme de recherche participative est mené conformément au Code d'éthique mis sur pied par les membres de la communauté afin

de garantir que la recherche est conforme aux valeurs de la communauté et que les résultats peuvent ensuite être utiles à cette communauté. Il s'agit également d'un exemple de recherche centrée sur une communauté et gérée par elle, dont il sera question à la section suivante.¹⁰

Plusieurs centres de santé autochtones ont été ouverts dans des zones urbaines au cours de la dernière décennie. Ils sont généralement sous la direction d'un conseil d'administration composé de représentants de la communauté et sont financés par des subventions municipales, provinciales et fédérales. La plupart d'entre eux offrent des services de soins primaires ainsi que des programmes éducatifs, sociaux et culturels. Les défis auxquels font face les centres autochtones urbains comprennent : subvenir aux besoins culturels divers des populations autochtones urbaines ; équilibrer les ressources et les responsabilités attendues d'une clinique de soins primaires avec les autres besoins communautaires connus ; et créer des mécanismes permettant de rendre efficacement des comptes à la communauté tout en demeurant justiciable devant les bailleurs de fonds gouvernementaux. La diversité des communautés autochtones urbaines peut rendre difficile l'identification d'un ensemble cohérent de valeurs communautaires ou de principes pouvant guider la programmation.

La notion de programmes gérés par la communauté peut s'avérer particulièrement problématique pour les initiatives métisses lorsqu'on la relie au concept de communauté dans l'espace géographique. Comme on l'a vu à la section A2,^{‡‡‡} la majorité des Métis vivent en zones urbaines, où ils représentent une faible proportion de la population totale, et ils sont parfois dispersés à travers la ville. De plus, l'appartenance à des organisations métisses nationales et provinciales se fait sur une base volontaire (contrairement à l'appartenance aux communautés des Premières nations dans les réserves). Bien que les organisations métisses puissent aussi développer un programme de gestion communautaire, celle-ci doit être souple dans ses définitions de la communauté et comporter des mécanismes permettant de réduire les barrières géographiques, de bâtir des liens communautaires et de promouvoir la participation collective.

En résumé, les communautés autochtones ont un droit fondamental et une aspiration à reprendre le contrôle de leurs propres services de santé. Ce retour à des modèles de services de santé établis dans la communauté et gérés par elle comporte un changement de paradigme dans le sens de systèmes qui collent mieux aux valeurs des communautés. Il ne faut pas chercher à reproduire les arrangements antérieurs, mais plutôt en créer de nouveaux, au sein de chaque communauté, à partir de ses valeurs, de ses connaissances et de ses ressources culturelles et

† Malheureusement, le gouvernement du Québec a récemment passé une loi qui exige que toute nouvelle sage-femme suive un programme de formation de trois ans qui se donne hors de Puvungnituk, et qui n'est offert qu'en français. Cela aura pour effet de limiter sérieusement le nombre des nouvelles sages-femmes inuites.

‡‡ L'hôpital Kateri a lui-même été fondé en 1955 lorsqu'une Mohawke a obtenu du financement du conseil des Mohawks et de la Province pour prendre le contrôle d'un hôpital local jusque-là administré par un ordre religieux qui a fait faillite.

‡‡‡ J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1071-3.

holistiques. Une fois établis les fondements ou l'éthique de tels programmes, des approches médicales modernes peuvent être intégrées à des programmes plus « traditionnels » lorsque cela est indiqué, utile et pertinent. Il en résulte des services de santé qui ont une plus forte pertinence culturelle et qui sont donc plus efficaces. Les professionnels de la santé doivent travailler solidairement avec les communautés autochtones afin de permettre une transition plus facile vers des services de santé propres aux peuples autochtones.

RECOMMANDATION D2

Les communautés autochtones et les professionnels de la santé qui travaillent avec les peuples autochtones devraient soutenir le développement d'une recherche participative liée à la santé des peuples autochtones et gérée par la communauté.

Comme on l'a vu aux sections B2 et B3,^{††} la plupart des statistiques sur la santé des peuples autochtones portent sur ceux qui vivent en réserve ou qui sont « inscrits » auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada et sur la mortalité. La plupart des données ne fournissent donc qu'un aperçu très limité des conditions de santé prévalant pour une portion réduite de la population autochtone du Canada. À propos du reste de la population autochtone, un auteur déclare : « Notre connaissance des conditions physiques et sociales de la santé des Métis et des autres autochtones vivant hors des réserves, et surtout dans les villes, est minime. »⁸ Il est essentiel d'obtenir une information régionale qui « reflète de façon précise les conditions de santé de TOUTES les communautés autochtones si l'on veut que les services de santé soient établis à partir des besoins réels de ces communautés. »¹¹

Cependant, les méthodes de la recherche « scientifique » sont fondées sur un système européen de valeurs, bien différent du système de valeurs de nombreuses communautés autochtones. Par exemple, le concept de propriété individuelle des idées peut être étranger à une vision autochtone du monde dans laquelle le savoir et les idées sont vus comme les dons d'une puissance supérieure qui ne doivent être ni possédés ni vendus par les individus, mais qui peuvent être partagés pour en faire bénéficier la famille et la communauté.

Par le passé, les scientifiques et les fonctionnaires du gouvernement ont fait preuve d'un style « hélicoptère » de recherche dans les communautés autochtones : arrivée dans la communauté, recueil des données, départ de la communauté et enfin, publication des résultats dans des documents gouvernementaux ou scientifiques auxquels la communauté a très peu accès. Cette méthodologie s'écarte évidemment des coutumes acceptables dans la plupart des communautés autochtones, ce qui suscite une méfiance envers la recherche

scientifique chez de nombreux individus ou dans de nombreuses communautés, particulièrement si cette recherche est menée par quelqu'un d'étranger à la communauté.

Les notions d'autodétermination peuvent également être appliquées à la recherche sur la santé dans les communautés autochtones. L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI), coordonnée par un comité directeur national composé de représentants autochtones régionaux, offre un exemple de projet de recherche dans lequel les communautés autochtones ont joué un rôle clé. Les membres du comité directeur ont mis sur pied un Code d'éthique, sur le modèle du *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Program*,¹⁰ afin de s'assurer que les procédures de recherche, la gestion des données et la répartition des informations sont menées d'une manière acceptable pour les communautés autochtones touchées. On a recueilli des informations quantitatives aussi bien que qualitatives.⁷

Les chercheurs qui ont pris part à l'ERSPNI ont admis le besoin de faire plus d'études de longue durée de ce genre. Les auteurs de la section sur la santé des aînés écrivent :

L'étude soulève clairement plus de questions qu'elle n'apporte de réponses ... il faudrait entreprendre des recherches bien plus poussées, sous forme d'études longitudinales de longue durée, pour obtenir une compréhension approfondie des questions de santé affectant les aînés puisqu'elles continueront de prendre de l'importance et de se transformer ... La présente enquête ne pose aucune question concernant la consommation d'alcool, l'usage et l'abus des drogues, les régimes alimentaires et la nutrition, l'exercice physique et les autres facteurs comportementaux.⁷

L'Association médicale canadienne, dans son rapport à la Commission royale sur les peuples autochtones, a aussi pris position pour une recherche supplémentaire sur la santé qui impliquerait les peuples autochtones au niveau de la conception de la recherche, ainsi que de la cueillette et de l'analyse des données, et dont les résultats seraient mis à la disposition des communautés touchées.⁴

RECOMMANDATION D3

Les communautés autochtones et les professionnels de la santé qui travaillent avec les peuples autochtones devraient encourager la formation de professionnels de la santé parmi les Autochtones qui s'engagent à travailler à l'avenir dans les communautés autochtones.

L'autodétermination des services autochtones de santé exige la présence de professionnels de la santé autochtones qualifiés. Des moyens de parfaire la formation de membres de la communauté dans le domaine de la santé sont nécessaires : une telle formation devrait idéalement se faire à partir des talents, des valeurs

^{††} J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(1):56-66.

et des connaissances existant déjà dans la communauté. En 1997-98, au Canada, 74 médecins et 42 étudiants en médecine se sont déclarés Autochtones.¹² Actuellement, on compte environ 300 infirmières autorisées autochtones qui sont membres de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et, de manière officieuse, on estime à 1000 le nombre total d'infirmières autochtones au pays. Le nombre total de médecins et d'infirmières canadiens relevé par l'Association médicale canadienne en 2000 et par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada en 1999, représente environ 0,2 et 0,4 pour cent, respectivement, de l'ensemble des médecins et des infirmières du Canada, malgré le fait que les Autochtones représentent environ quatre pour cent de la population canadienne. Il existe également une pénurie d'Autochtones ayant une formation en travail social, en art dentaire, en physiothérapie et praxithérapie, en psychologie et en santé mentale (y compris la toxicomanie), en chiropraxie, en soins de longue durée et dans la profession de sage-femme. Bien que de nombreuses communautés aient des représentants qualifiés en santé communautaire (RSC), la durée et l'envergure de la formation des RSC ont fluctué au cours des années. Ce type d'enseignement consiste actuellement en un programme de 30 semaines dont le but est de former des infirmières auxiliaires.¹³ La formation de courte durée dispensée aux représentants en santé communautaire et aux infirmières qui font des diagnostics et qui fournissent des services thérapeutiques dans des communautés rurales éloignées n'est souvent pas suffisante pour fournir un service de santé d'un niveau satisfaisant.¹⁴

L'accent sur le recrutement et la formation de professionnels autochtones de la santé a peut-être laissé dans l'ombre le besoin parallèle d'administrateurs formés dans le domaine de la santé. La gestion de la santé constitue un domaine où existe une grave pénurie de professionnels autochtones, un besoin qui se fait d'autant plus pressant que de nombreuses communautés s'acheminent vers un transfert de leurs services de santé. Pour terminer, les Autochtones formés à la guérison traditionnelle signalent une pénurie de jeunes gens poursuivant ce type de formation.

La conception, la mise en œuvre et la gestion continue des systèmes de santé autochtones communautaires nécessitent une augmentation considérable, non seulement du nombre de professionnels autochtones de la santé, mais également des exigences et de l'envergure de leur formation. Beaucoup d'entre eux auront à assumer des fonctions de leadership dans les nouveaux systèmes de santé, dans lesquels ils auront à intégrer les approches classiques aux pratiques plus traditionnelles de santé et de guérison. De plus, la nature de leur fonction pourrait les amener à se faire les défenseurs des peuples autochtones auprès des services traditionnels et à jouer un rôle de modèles dans leur propre communauté. Comme tous les professionnels autochtones de la santé n'ont pas nécessairement envie de travailler en milieu ou dans des communautés autochtones, il

existe un besoin réel de former des individus qui s'engagent à travailler dans ces milieux.

La CRPA a recommandé « un programme accéléré au cours des dix prochaines années pour éduquer et former des Autochtones capables de pourvoir et de gérer les services de santé et les services sociaux à tous les niveaux dans les communautés autochtones et dans les établissements conventionnels. »² L'AMC a, elle aussi, appuyé la formation de professionnels autochtones de la santé, aussi bien lors de ses recommandations auprès de la CRPA que par la création d'une bourse annuelle pour les étudiants autochtones en médecine.⁴

RECOMMANDATION D4

Les communautés autochtones et les professionnels de la santé qui travaillent avec les peuples autochtones devraient comprendre le besoin d'un programme préventif en matière de santé dans les communautés autochtones.

L'accent sur la prévention fait partie intégrante de la vision holistique traditionnelle du monde dans laquelle la santé est vue comme un état d'équilibre ou comme un cycle nécessitant d'être maintenu, et dans lequel la maladie survient lorsque les choses « perdent leur équilibre » (section B1[†]). La prévention, ou le maintien de cet équilibre, est la responsabilité de l'individu.^{15,16} En outre, il existe une éthique de planification préventive à long terme dans de nombreux systèmes autochtones de valeurs et celle-ci incite les décideurs à envisager les conséquences d'une décision prise aujourd'hui sur les individus, les familles et les communautés des générations à venir.

La « prévention des maladies » occupe la seconde place (après les « services pédiatriques ») dans la liste de tous les services et a été invoquée par 84 pourcent des participants à l'ERSPNI comme un service de santé ayant besoin d'amélioration. Les troisième et quatrième places ont été occupées, respectivement, par la « sensibilisation aux médicaments » et la « sensibilisation au diabète » et plus de 82 pourcent des participants ont indiqué que ces services de santé avaient besoin d'amélioration. Par conséquent, trois des quatre services mentionnés par les participants de l'enquête comme ayant un besoin d'amélioration des plus pressants sont des services préventifs.⁷

Les publications scientifiques corroborent le besoin de s'engager dans une perspective préventive en matière de santé des communautés autochtones. Alors que diminuent les problèmes de santé des peuples autochtones du Canada liés à des taux élevés de maladies infectieuses et de morbidité périnatale et qu'augmentent les problèmes liés aux maladies chroniques et dégénératives, les interventions médicales d'urgence auront de moins en moins de place, et les programmes de santé préventifs s'attachant au mode de vie et aux facteurs comportementaux

[†] J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(12):55-6.

de risque deviendront de plus en plus importants.^{17,18} Dans son rapport à la CRPA, l'AMC conclut :

En tant que professionnels de la santé, nous devons reconnaître que nous sommes arrivés au « plat de la courbe » de nos efforts ... les améliorations de la santé sont liées à l'ordre du jour socio-économique et politique. À lui seul, l'accroissement des services n'améliorera pas la morbidité et la mortalité collectives des peuples autochtones ... Nous devons soutenir leur prise en charge dans le contexte plus vaste de la promotion de la santé.⁴

RESSOURCES ET CONTACTS

Aboriginal Nurses Association of Canada

Contact: Bernice Downey, RN, directrice administrative

12, avenue Stirling, 3^e étage
Ottawa (Ont.) K1Y 1P8
Tél. : (613) 724-2677
Télé. : (613) 724-4718
Courriel : info@anac.on.ca
Site Web : www.anac.on.ca

Aboriginal Youth Network

Site Web : <http://ayn.ca>

Assemblée des Premières nations

Contact: Elaine Johnston, BScN, directrice administrative

1, rue Nicholas, suite 1002
Ottawa (Ont.) K1Y 7B7
Tél. : (613) 241-6789
Télé. : (613) 241-5808
Site Web : <http://www.afn.ca>

Instituts de recherche en santé du Canada,

Institut de la santé des Autochtones

Contact: D^r Jeff Reading, directeur scientifique

410 Laurier Avenue W., 9th Floor
Address Locator 4209A
Ottawa (Ont.) K1A 0W9
Tél. : (613) 941-2672
Télé. : (613) 954-1800
Courriel : info@cihr.ca
Site Web : <http://www.cihr.ca>

Congrès des peuples autochtones

867, boul. St-Laurent
Ottawa (Ont.) K1K 3B1
Tél. : (613) 747-6022
Télé. : (613) 747-8834
Courriel : info@abo-peoples.org
Site Web : <http://www.abo-peoples.org>

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/index.htm>

Les adresses des bureaux régionaux se trouvent sur le site Web.

Affaires indiennes et du Nord Canada, Direction générale

Terrasses de la Chaudière
10 Wellington, Tour Nord
Hull (Qc)
Adresse postale : Ottawa (Ontario) K1A 0H4
Tél. : (819) 997-0380
Télé. : (819) 953-3017
Site Web : <http://www.inac.gc.ca>

Inuit Tapirisat du Canada

510-170, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ont.) K1P 5V5
Tél. : (613) 238-8181
Télé. : (613) 234-1991
Site Web : <http://www.tapirisat.ca>

Ralliement national des Métis

Contact: Cliff Gladue, directeur de la santé

350, rue Sparks, suite 201
Delta Hotel Office Tower
Ottawa (Ont.) K1R 7S8
Tél. : (613) 232-3216
Télé. : (613) 232-4262
Site Web : www.sae.ca/mbc

Organisation nationale des représentants Indiens et Inuits en santé communautaire

Contact: Margaret Horn, MA, directrice administrative

B.P. 1019
Kahnawake (Qc) J0L 1B0
Tél. : (450) 632-0892
Télé. : (450) 632-2111
Site Web : www.total.net/~niichro

Association des femmes autochtones du Canada

9, avenue Melrose
Ottawa (Ont.) K1Y 1T8
Tél. : (613) 722-3033
Télé. : (613) 722-7687

Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples Health

Contact: Richard Jock, directeur administratif

56, rue Sparks, suite 400
Ottawa (Ont.) K1P 5A9
Tél. : (613) 237-9462
Télé. : (613) 237-1810
Sans frais : (877) 602-4445
Courriel : rjock@oaaph.ca

Association des femmes Inuit de Pauktuutit

Contact: Tracy O'Hearn, directrice administrative

192, rue Bank

Ottawa (Ont.) K2P 1W8

Tél. : (613) 238-3977

Courriel : pauktuut@comnet.ca

Site Web : <http://www.pauktuutit.on.ca>

J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(3):263-70

RÉFÉRENCES

1. Vogel VJ. American Indian Medicine. Norman OK: U of Oklahoma P, 1973;pp6-35.
2. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 1996.
3. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Public Hearings Discussion Paper 2: Focusing the Dialogue. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 1993.
4. Canadian Medical Association. Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
5. United Nations. Discrimination against Indigenous Peoples: Report of the Working Group on Indigenous Populations on its eleventh session. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1999.
6. Gray D, Siggers S, Drandich M, Wallam D, Plowright P. Evaluating government health and substance abuse programs for indigenous peoples: a comparative review. *Aust J Publ Health* 1995;19(6):567-72.
7. First Nations and Inuit Regional Health Survey. National Report 1999. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. St Regis QC: Akwesasane Mohawk Territory, 1999.
8. O'Neil JD. Issues in health policy for indigenous peoples in Canada. *Aust J Publ Health* 1995;19(6):559-66.
9. Ross M. Aboriginal women's health: cultural values, beliefs, and practices. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1997;17:987-91.
10. Macaulay AC et al. The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project: intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a native community in Canada. *Prevent Med* 1997;26(6):779-90.
11. 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.
12. Personal correspondence with Dr. Vince Tookenay, past president of the Native Physicians Association of Canada.
13. Young DE Smith LL. The Involvement of Canadian Native Communities in their Health Care Programs: A Review of the Literature since the 1970's. Edmonton: Canadian Circumpolar Health Institute, U of Alberta P, 1992.
14. Tookenay V. Improving the health status of Aboriginal people in Canada: new directions, new responsibilities. *Can Med Assoc J* 1996;155(11):1581-3.
15. Malloch L. Indian medicine, Indian health: study between red and white medicine. *Can Wom Studies* 1989;10(2,3):105-112.
16. Kinoshemeg R. Cancers in the Aboriginal female population: a community perspective. Canadian Medical Association, Aboriginal Women's Health Workshop, Winnipeg, 1995.
17. Locust CS. Overview of Health Programs for Aboriginal Peoples. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Primary Care of Native American Patients. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999; pp.17-21.
18. Haraldson SSR. Health and health services among the Navajo Indians. *J Commun Health* 1988;13(3):129-142.