

Skywoman, 2013. Simon Brassoupé, Haudenosaunee / Anishinabeg



Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations

Résumé	S1
Introduction	S6
Chapitre 1 : Définitions	S8
Chapitre 2 : Caractéristiques démographiques	S11
Chapitre 3 : Déterminants sociaux de la santé chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations	S16
Chapitre 4 : Systèmes, politiques et services de santé visant les Inuits, les Métis et les Premières Nations	S29
Chapitre 5 : Santé sexuelle et génésique des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations	S34
Chapitre 6 : Santé maternelle chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations	S40
Chapitre 7 : Santé des femmes d'âge mûr	S45
Chapitre 8 : Modification des issues par l'intermédiaire de soins compétents au plan culturel	S46
Chapitre 9 : Conclusion	S51
Chapitre 10 : Études de cas	S53
Annexe	S58





Editor-in-Chief / Rédacteur en chef

Timothy Rowe

CPL Editor / Rédactrice PPP

Vyta Senikas

Translator / Traducteur

Martin Pothier

Assistant Editor / Rédactrice adjointe

Jane Fairbanks

Editorial Assistant /

Adjointe à la rédaction

Daphne Sams

Editorial Office /

Bureau de la rédaction

Journal of Obstetrics and
Gynaecology Canada
Room D 405A
Women's Health Centre Building
4500 Oak Street
Vancouver BC V6H 3N1
editor@sogc.com
Tel: (604) 875-2424 ext. 5668
Fax: (604) 875-2590
<http://www.jogc.com>

The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC) is owned by the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), published by the Canadian Psychiatric Association (CPA), and printed by Dolloco Printing, Ottawa, ON.

Le Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada (JOGC), qui relève de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), est publié par l'Association des psychiatres du Canada (APC), et imprimé par Dolloco Printing, Ottawa (Ontario).

Publications Mail Agreement no. 40026233. Return undeliverable Canadian copies and change of address notices to SOGC, JOGC Subscription Service, 780 Echo Dr., Ottawa ON K1S 5R7. USPS #021-912. USPS periodical postage paid at Champlain, NY, and additional locations. Return other undeliverable copies to International Media Services, 100 Walnut St., #3, PO Box 1518, Champlain NY 12919-1518.

Numéro de convention poste-publications 40026233. Retourner toutes les copies canadiennes non livrées et les avis de changement d'adresse à la SOGC, Service de l'abonnement au JOGC, 780, promenade Echo, Ottawa (Ontario), K1S 5R7. Numéro USPS 021-912. Frais postaux USPS au tarif des périodiques payés à Champlain (NY) et autres bureaux de poste. Retourner les autres copies non livrées à International Media Services, 100 Walnut St., #3, PO Box 1518, Champlain (NY) 12919-1518.

ISSN 1701-2163



Skywoman. 2013. Simon Brascoupé, Haudenosaunee / Anishinabeg

Sekon, Paix. La Femme du ciel était enceinte lorsqu'elle créa le monde. Elle vivait dans le monde des esprits au-delà de la voûte céleste. Au milieu de son village, il y avait un magnifique arbre couvert de sources lumineuses. Puisqu'elle voulait apprendre ce qui le rendait si magnifique, elle l'a retiré de la terre sacrée pour en examiner les racines. À ce moment, elle tomba, dans le trou ainsi créé, vers notre monde. Dans sa chute, elle tenta de se retenir en agrippant, d'une main, des fraises et, de l'autre, du tabac sacré. À cette époque, le monde était sombre, recouvert d'eau et peuplé d'animaux. En tombant dans notre monde, elle y a amené la lumière. Voyant sa chute, les animaux et les oiseaux décidèrent d'envoyer des oiseaux pour freiner sa descente et l'emmener sur le dos de la tortue. Un rat musqué plongea alors au fond de l'eau et en ramena de la terre pour que la Femme du ciel puisse se tenir sur quelque chose de souple. La Femme du ciel a alors commencé à marcher en décrivant une spirale antihoraire pour créer la Terre. Cette histoire m'a été racontée par ma grand-mère, Sarah Patterson, Onen.

Dans cette image créée pour la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la Femme du ciel tombe de la voûte céleste au moment de la création. Sa chevelure compte une fleur et des oiseaux indiquant notre relation sacrée avec le monde naturel. Lorsque l'on inverse l'image, on aperçoit les trois sœurs : le maïs, les fèves et la courge. Le maïs indique la grossesse de la Femme du ciel et la capacité des femmes à créer la vie. Sa robe porte une branche de l'arbre de vie comptant sept feux symbolisant le cours de la vie de l'homme : chanson, danse, art, cadeau, famille, communauté et spiritualité. La tortue portant une spirale sur son dos nous indique que la naissance est toujours en cours et que la Femme du ciel est toujours parmi nous.

Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations

La présente directive clinique de consensus a été rédigée par le comité sur l'initiative en matière de santé des Autochtones et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Don Wilson, MD, FRCSC [coprésident du comité],
Heiltsuk Nation, Comox (C.-B.)

Sandra de la Ronde, MD, FRCSC [coprésidente du comité],
Ottawa (Ont.)

Simon Brascoupé, Kitigan Zibi Anishinabeg (directeur général
intérimaire de l'Organisation nationale de la santé autochtone),
Ottawa (Ont.)

Alisha Nicole Apale, MSc, Ottawa (Ont.)

Lucy Barney, inf. aut., MSN, Lillooet Nation, Vancouver (C.-B.)

Bing Guthrie, MD, FRCSC, Yellowknife (T.N.-O.)

Elizabeth Harrold, inf. aut., Vancouver (C.-B.)

Ojistoh Horn, MD, CCFP, Mohawk, Kahnawake (Québec)

Robin Johnson, MD, FRCSC, Esdilagh First Nation,
Williams Lake (C.-B.)

Darrien Rattray, MD, FRCSC, Tahlitan, Halifax (N.É.)

Nicole Robinson, MA, Ottawa (Ont.)

COMITÉ SUR L'INITIATIVE EN MATIÈRE DE SANTÉ DES AUTOCHTONES

Natsiq Alainga-Kango, Inuk, Iqaluit (NU)

Gisela Becker, sage-femme aut., Fort Smith (T.N.-O.)

Vyta Senikas, MD, FRCSC, MBA, Ottawa (Ont.)

COLLABORATEURS SPÉCIAUX

Annie Aningmiuq, Ottawa (Ont.)

Geri Bailey, inf. aut., Ottawa (Ont.)

Darlene Birch, sage-femme aut., Norway House (Man.)

Katsi Cook, sage-femme autochtone, Mohawks of Akwesasne,
Washington (DC)

Jessica Danforth, Toronto (Ont.)

Mary Daoust, MSW, Ottawa (Ont.)

Darlene Kitty, MD, Chisasibi Cree Nation, Chisasibi (Québec)

Jaime Koebel, BA, Métis, Ottawa (Ont.)

Judith Kornelsen, PhD, Vancouver (C.-B.)

Ndakaitedzva Tsatsa Kotwas, MA, Ottawa (Ont.)

Audrey Lawrence, MA, BA, MBA, Métisse, Ottawa (Ont.)

Amanda Mudry, BAFN, Crie et Haudenosaunee,
Whitehorse (YT)

Vyta Senikas, MD, FRCSC, MBA, Ottawa (Ont.)

Gail Theresa Turner, inf. aut., Labrador Inuit Land Claim
beneficiary, Happy Valley-Goose Bay (T.-N.-L.)

Vicki Van Wagner, sage-femme aut., Toronto (Ont.)

Eduardo Vides, Ottawa (Ont.)

Fjola Hart Wasekeesikaw, inf. aut., MN, Fisher River Cree
Nation (Ochekwi-Sipi), Winnipeg (Man.)

Sara Wolfe, sage-femme aut., Toronto (Ont.)

ORGANISATIONS QUI SOUTIENNENT LES PRÉSENTES

Association canadienne des infirmières et infirmiers en
périnatalité et en santé des femmes

Association canadienne des sages-femmes

Association des femmes autochtones du Canada

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Mots clés : Aboriginal, First Nation, Inuit, Métis, Social Determinants of Health, indigenous health, women, maternal/child health, health inequity, culturally-safe care, cultural competence, health service, delivery, life-cycle, traditional practices, rural health, urban, sexual health, reproductive health

J Obstet Gynaecol Can 2013;35(6 suppl. élec.):S1-S64

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif 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 de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Indigenous Physicians Association of Canada

Inuit Tapiriit Kanatami

Minwaashin Lodge

National Aboriginal Council of Midwives

Native Youth Sexual Health Network

Organisation nationale de la santé autochtone

Pauktuutit Inuit Women of Canada

Ralliement national des Métis

Société de la médecine rurale du Canada

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Nous avons pour objectif de fournir aux professionnels de la santé du Canada les connaissances et les outils qui leur permettront d'offrir des soins sûrs sur le plan culturel aux Inuites, aux Métisses et aux femmes des Premières Nations, et par leur intermédiaire, à leur famille, en vue d'améliorer la santé au sein de ces peuples.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL, *Sociological Abstracts* et *The Cochrane Library* en 2011, au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *Health Services* », « *Indigenous* », « *Transcultural Nursing* », « *Cultural Competence* ») et de mots clés (p. ex. « *indigenous health services* », « *transcultural health care* », « *cultural safety* ») appropriés. Des recherches ciblées sur des sous-sujets (p. ex. « *ceremonial rites* » et « *sexual coming of age* ») ont également été menées. Les recherches menées dans PubMed ont été restreintes à l'année 2005 et aux années suivantes, en raison du nombre important de dossiers récupérés sur le sujet. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en mai 2012. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes connexes sélectionnés (p. ex. *Campbell Collaboration*, *Social Care Online*, *Institute for Healthcare Improvement*).

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Commanditaires : La présente directive clinique de consensus a été soutenue par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

Déclarations sommaires

1. Sur le plan démographique, les peuples inuits, métis et des Premières Nations sont plus jeunes et plus mobiles que les peuples non autochtones. Cela nécessite donc, de la part des professionnels de la santé, la mise en œuvre d'efforts supplémentaires en vue d'établir un environnement de confiance et de sûreté culturelle au sein de leurs lieux de travail, et ce, car les occasions d'offrir des soins pourraient être brèves. (III)

2. Selon l'indice du développement humain de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada se classe au 6^e rang mondial; les Premières Nations, quant à elles, se classent au 68^e rang. (II-3)
3. Des ententes officielles ont été conclues pendant des siècles entre les gouvernements européens et les Premières Nations. Elles ont, à l'origine, été conclues dans un esprit d'amitié et de coopération; toutefois, elles en sont plus tard venues à être centrées sur la propriété des terres et l'extraction des ressources. Puisque ces ententes ont été bafouées à répétition, les Premières Nations entretiennent une attitude de méfiance à l'endroit du gouvernement, de ses représentants, de ses politiques et de quiconque étant perçu comme exerçant une quelconque autorité. (III)
4. La *Loi sur les Indiens* et ses amendements subséquents ont été conçus pour assurer le contrôle de tous les aspects de la vie des Indiens inscrits et pour promouvoir l'assimilation. Il s'agissait également d'un outil dont s'est servi le gouvernement pour obtenir accès aux terres et aux ressources des Premières Nations. (III)
5. Les traumatismes intergénérationnels qui ont été infligés aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations, sont le produit du colonialisme. Les pensionnats, la relocalisation forcée, la stérilisation involontaire, l'adoption forcée, la conversion religieuse et l'émancipation sont quelques exemples des politiques du gouvernement à l'endroit des Inuits, des Métis et des Premières Nations qui ont généré un stress et un dysfonctionnement post-traumatiques intergénérationnels. Quoiqu'il en soit, ces peuples continuent d'être résilients. (III)
6. La plupart des Canadiens ne savent pas qu'une forte proportion du produit intérieur brut du Canada repose sur des ressources naturelles extraites de terres autochtones, tandis que les Inuits et les Premières Nations doivent dépendre de transferts monétaires insuffisants de la part du gouvernement fédéral. (III)
7. Certaines sociétés multinationales procèdent à l'extraction de ressources se trouvant dans des terres qui se situent souvent dans des communautés autochtones ou dans les environs de celles-ci, ou encore dans des terres étant visées par des revendications territoriales. Le fait que la gestion des terres et des ressources soit assurée par les provinces, dans certaines régions, et par les gouvernements fédéral et territoriaux, dans d'autres régions, complique la communication entre les sociétés multinationales et les communautés inuites, métisses et des Premières Nations, particulièrement dans les cas où des revendications territoriales sont en cours de négociation ou dans ceux où de telles négociations n'ont toujours pas été entreprises. Ces sociétés multinationales ne fournissent pas de revenus à ces communautés. La plupart des communautés autochtones sont pauvres, ne disposent pas d'une infrastructure de santé publique adéquate et n'ont pas les moyens économiques d'améliorer leur condition. (III)
8. De nos jours, des problèmes de nature juridictionnelle rendent difficile l'offre de soins de santé, la bonne gestion des terres et la promotion de la santé au sein des communautés. (III)
9. Bien que la consommation d'aliments traditionnels contribue à la préservation de l'identité culturelle, la présence croissante de contaminants environnementaux (tels que le plomb, l'arsenic, le mercure et les polluants organiques persistants [POP]) pourrait compromettre la sécurité de ces aliments. (II-3)
10. Compte tenu des changements démographiques (population en croissance rapide comptant une importante composante jeunesse) et de l'urbanisation croissante que connaissent les Inuits, les Métis et les Premières Nations au Canada, force est de constater que la plupart des cliniciens en viendront à compter

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, CMAJ 2003;169:207-8.

- des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations parmi leurs patientes. (II-3)
11. Traditionnellement, les hommes et les femmes des peuples inuits, métis et des Premières Nations tenaient des rôles égaux et complémentaires. Le colonialisme s'est généralement affairé à mépriser et à ignorer les Inuites et les femmes des Premières Nations, et à les réduire au statut d'objet. Par l'intermédiaire de lois spécifiques, les femmes des Premières Nations (en particulier) ont perdu leurs droits et leurs pouvoirs au sein de leurs communautés, y compris leur rôle en matière de promotion de la santé et de l'éducation traditionnelles. (III)
 12. Au sein des communautés autochtones, le taux de chômage est beaucoup plus élevé que celui qui est constaté chez les Canadiens non autochtones. Il contribue de façon importante aux écarts socioéconomiques et aux lacunes en matière d'accès à des soins de santé équitables et de qualité. (II-3)
 13. La terminologie de la mesure des issues de santé a souvent pour effet de perpétuer des stéréotypes négatifs envers les Inuits, les Métis et les Premières Nations, puisque les données générées sont souvent signalées sans tenir du contexte social, politique et économique des communautés visées. (III)
 14. Les conflits juridictionnels entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et de bande rendent difficile l'offre de services de santé et de santé publique exhaustifs aux Premières Nations. (III)
 15. L'harmonie des sociétés inuites, métisses et des Premières Nations a été troublée par le colonialisme européen à la fin du 18^e siècle, lequel est à l'origine d'effets à grande échelle sur la santé sexuelle des femmes et des hommes des communautés inuites, métisses et des Premières Nations. (III)
 16. La recherche a démontré que la mise en œuvre de stratégies visant la compétence culturelle menait à l'amélioration des issues de santé et à celle de la satisfaction de la patiente. (II-3)
 17. Une forme insidieuse de racisme peut se manifester de façon non intentionnelle; ceux qui en font l'objet sont donc les mieux à même de définir ce qui constitue une telle manifestation de racisme et d'en identifier la présence. (III)

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient disposer d'une compréhension des termes qu'utilisent les Inuits, les Métis et les Premières Nations pour s'identifier. (III-A)
2. Les professionnels de la santé devraient disposer d'une compréhension des termes « sensibilisation culturelle », « compétence culturelle », « sûreté culturelle » et « humilité culturelle ». Les professionnels de la santé devraient reconnaître que les Inuits, les Métis et les Premières Nations pourraient avoir des points de vue différents quant à ce qui constitue des soins sûrs sur le plan culturel; ils devraient donc chercher à en savoir plus sur les valeurs propres à la communauté desservie. (III-A)
3. Les professionnels de la santé devraient être conscients des limites des statistiques recueillies au sujet des Inuits, des Métis et des Premières Nations, et devraient éviter d'avoir recours à des généralisations au sujet des risques de mortalité et de morbidité, au moment de comparer les populations inuites, métisses et des Premières Nations les unes aux autres et aux populations non autochtones. (III-A)
4. Les professionnels de la santé qui souhaitent mener des recherches auprès des Inuits, des Métis et des Premières

- Nations doivent utiliser des cadres éthiques reconnus qui tiennent compte des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession), de l'Énoncé de politique des trois conseils et des lignes directrices propres aux communautés visées. (II-2A)
5. Les professionnels de la santé devraient reconnaître les effets intergénérationnels des pensionnats comme étant l'une des causes fondamentales des inégalités sociales et en matière de santé qui affectent les Inuits, les Métis et les Premières Nations, ces effets ayant des implications importantes sur les expériences et les pratiques entourant la grossesse et l'éducation des enfants. (II-3A)
 6. Les professionnels de la santé devraient savoir que le discours sur les politiques de santé et les négociations quant aux revendications territoriales perpétue souvent des stéréotypes négatifs, sans adéquatement faire mention des effets du colonialisme. (III-L)
 7. Les professionnels de la santé devraient connaître le Principe de Jordan (un principe qui place l'enfant au premier plan et qui exhorte l'agence gouvernementale auxquels les parents se sont d'abord adressés d'assumer les frais des services prodigués à l'enfant, pour ensuite entreprendre des démarches de remboursement, et ce, en vue d'assurer l'offre de soins adéquats en temps opportun) et être au courant des débats en cours (en ce qui concerne les responsabilités juridictionnelles) qui nuisent à l'offre de soins de santé de qualité, opportuns et sûrs sur le plan culturel aux Inuits et aux Premières Nations. (III-A)
 8. Les professionnels de la santé qui offrent des soins aux Inuits et aux Premières Nations devraient connaître le programme de services de santé non assurés (SSNA), les critères d'admissibilité de ce dernier et la couverture qu'il offre, ainsi que les exceptions et les permissions spéciales qui sont requises dans certains cas. Les professionnels de la santé devraient reconnaître qu'ils ont un rôle crucial à jouer dans la défense des droits de leurs patientes inuites et des Premières Nations, en vue de les aider à obtenir accès à ces prestations. Les professionnels de la santé devraient savoir que leurs patientes métisses n'ont pas accès au programme SSNA et qu'elles pourraient faire face à des difficultés particulières au moment de chercher à obtenir des soins de santé. (III-A)
 9. Tous les professionnels de la santé devraient reconnaître et respecter le rôle des sages-femmes autochtones et traditionnelles dans la promotion de la santé sexuelle et génésique des femmes, et devraient savoir que ce rôle ne se limite pas à la grossesse et à l'accouchement, mais bien qu'il se prolonge souvent au-delà de l'année de la naissance. (II-2A)
 10. Dans le cadre des consultations régulières (y compris celles qui visent les soins prénataux), les professionnels de la santé devraient se renseigner au sujet de l'utilisation de pratiques médicales et de médicaments traditionnels par leurs patientes. (III-A)
 11. Les professionnels de la santé devraient savoir que chaque communauté inuite, métisse et des Premières Nations compte ses propres traditions, valeurs et pratiques de communication; ils devraient donc participer aux activités de la communauté en question de façon à se familiariser avec ces traditions, valeurs et pratiques. (III-A)
 12. Les professionnels de la santé devraient être au courant des lois du Code criminel canadien qui traitent des activités sexuelles chez les mineurs (y compris les enfants de moins de 12 ans et les enfants dont l'âge se situe entre 12 et 16 ans) et de la différence d'âge entre les partenaires. (III-A)
 13. Compte tenu de la prévalence de l'exploitation et des sévices sexuels, les professionnels de la santé doivent, après avoir établi une relation de confiance avec la patiente, se pencher sur la présence possible de tels méfaits. Tous les examens gynécologiques et obstétricaux doivent être abordés avec sensibilité, de façon à permettre à la patiente de déterminer elle-même le moment où elle est prête à s'y soumettre. (III-A)
 14. Les professionnels de la santé devraient être avisés de la prévalence accrue du VIH/sida chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations, et devraient offrir des services de counseling et de dépistage du VIH aux femmes enceintes ou en âge de procréer. La mise en œuvre d'approches sûres sur le plan culturel envers le counseling, le dépistage, le diagnostic et le traitement en présence du VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang devrait être soutenue et adoptée. (III-A)
 15. Les professionnels de la santé devraient être avisés des taux élevés de cancer du col utérin que l'on constate chez les patientes inuites et des Premières Nations, ainsi que des piètres issues qu'elles connaissent à la suite du diagnostic d'un tel cancer. Les professionnels de la santé devraient s'efforcer de limiter les disparités entre leurs patientes autochtones et leurs patientes non autochtones, en faisant la promotion d'options de dépistage sûres sur le plan culturel. (I-A)
 16. Les professionnels de la santé doivent s'assurer que les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations ont accès à des services pouvant répondre à tous leurs besoins de santé génésique, y compris l'interruption de grossesse, sans préjugés. Les professionnels de la santé devraient s'efforcer d'assurer la confidentialité, particulièrement dans les petites communautés et dans celles qui ne sont accessibles que par avion. (III-A)
 17. Les professionnels de la santé devraient considérer la grossesse comme étant une occasion en or de s'engager envers les droits sexuels et génésiques, les valeurs et les croyances des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations, et de prendre position en leur faveur. (III-L)
 18. Les fournisseurs de soins de santé devraient s'enquérir des souhaits de la patiente et de sa famille à l'égard de l'élimination ou de la préservation des tissus provenant de la conception, de la grossesse, de la fausse couche, de l'interruption de grossesse, de l'hystérectomie et d'autres interventions, les respecter et plaider en faveur de la mise en œuvre de politiques et de protocoles institutionnels permettant de les soutenir. (III-A)
 19. Les professionnels de la santé devraient reconnaître que des troubles mentaux tels que les troubles de l'humeur, l'anxiété et l'assuétude à des substances psychotropes constituent d'importants problèmes de santé publique pour de nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations. (II-3B) L'utilisation de substances psychotropes qui mènent à l'assuétude constitue souvent un mécanisme d'adaptation à la douleur causée par les traumatismes intergénérationnels. Les professionnels de la santé devraient se familiariser avec des stratégies de réduction des dommages sûres sur le plan culturel pouvant être utilisées pour soutenir les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations (et leur famille) qui sont aux prises avec une telle assuétude. (II-2A)
 20. Les professionnels de la santé devraient soutenir et promouvoir le retour de l'accouchement au sein des communautés rurales et éloignées pour ce qui est des femmes qui ne sont exposées qu'à de faibles risques de complications. La participation nécessaire de la communauté à la prise de décisions au sujet de la distribution et de l'affectation des ressources destinées aux soins de maternité devrait être reconnue et facilitée. (III-A)
 21. Les professionnels de la santé devraient prendre conscience du fait que très peu de recherches, de ressources et de

programmes visent particulièrement la santé des femmes d'âge mûr (y compris la ménopause) au sein des communautés inuites, métisses et des Premières Nations. Les professionnels de la santé devraient plaider en faveur de la tenue de plus amples recherches dans ce domaine. (III-A)

22. Les professionnels de la santé devraient chercher à en savoir plus au sujet des pratiques de communication adaptées à la culture et devraient adapter leurs communications aux situations et aux antécédents particuliers que présentent leurs patientes. (III-A)
23. Les professionnels de la santé pourraient exprimer à leurs patientes qu'ils souhaitent établir avec elles une relation respectueuse marquée par l'écoute, la reconnaissance des différences et la sollicitation de leurs commentaires. (III-L)

24. Les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations devraient recevoir des soins prodigués dans leur propre langue, dans la mesure du possible. Les programmes et les établissements de santé offrant des services à un nombre important de patientes inuites, métisses et des Premières Nations devraient compter des interprètes et des défenseurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations parmi leurs employés. (III-A)

**Le résumé du présent document a été
publié antérieurement dans :
J Obstet Gynaecol Can 2013;35(6):554-558**

Introduction

Au Canada, les Inuits, les Métis et les Premières Nations sont des groupes distincts dont les membres représentent près de 4 % de la population nationale. Dans le cadre d'un résumé marquant publié par la SOGC en 2000, le Dr Janet Smylie a rédigé (en collaboration avec le comité de la SOGC sur la santé des Autochtones) un survol exhaustif des défis historiques et contemporains que doivent relever les peuples autochtones du Canada dans leurs efforts visant la santé, la justice sociale, l'égalité, l'éducation et l'abolition de la pauvreté¹.

Les lignes directrices de 2000-2001 étaient novatrices et se sont avérées d'une aide précieuse pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des peuples autochtones. Au fil des ans, le Canada a connu un certain nombre de modifications et de percées importantes en ce qui concerne les connaissances, les politiques, les programmes et les services en matière de santé. Le présent document a pour but de fournir une mise à jour quant aux développements clés qui affectent les Inuits, les Métis et les Premières Nations au Canada. Le présent document sera fondé sur la directive clinique d'origine et cherchera à approfondir certains aspects clés de la santé et du bien-être des Inuits, des Métis et des Premières Nations au Canada.

Depuis la publication de la première directive clinique, la recherche sur les inégalités en matière de santé a connu un essor considérable. En 1998, l'Agence de la santé publique du Canada a identifié 12 déterminants sociaux de la santé : le niveau de revenu et le statut social; les réseaux de soutien social; l'éducation et l'alphabétisme; l'emploi et les conditions de travail; l'environnement social; l'environnement physique; les habitudes de santé et compétences d'adaptation personnelles; le développement sain durant l'enfance; le patrimoine biologique et génétique; les services de santé; le sexe; et la culture². L'Organisation nationale de la santé autochtone a également identifié des déterminants sociaux de la santé qui sont propres aux peuples autochtones, en soulignant la nature interactive de facteurs contextuels, tels que la géographie et l'accès à des services de santé de base³. La sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé à titre de cause fondamentale de l'obtention de piètres issues de santé chez les peuples autochtones s'est également accrue. Au

fur et à mesure que les réalités sociales et économiques qui sous-tendent la santé ont été mieux reconnues, les efforts visant à modifier la façon de prodiguer des soins de santé ont progressé, notamment grâce au développement de nouveaux concepts tels que les « soins sûrs au plan culturel » (un des thèmes clés du présent document). Un nouvel ensemble de lignes directrices reflétant ces modifications s'avère requis; nous pourrions ainsi nous assurer que les professionnels de la santé sont en mesure d'accroître leurs connaissances et leurs compétences pour ce qui est de l'offre de services de santé sûrs au plan culturel et de grande qualité aux Inuits, aux Métis et aux membres des Premières Nations. La présente mise à jour a pour objectif principal de fournir un ouvrage de référence concis aux professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations.

En partenariat avec l'ONSA, le comité sur les initiatives en santé des Autochtones de la SOGC a sollicité la participation d'un sous-comité de rédacteurs et de collaborateurs spéciaux. Au cours de la réalisation de ce projet, l'ONSA a malheureusement dû fermer ses portes dans le sillage des compressions budgétaires du gouvernement fédéral en 2012, lesquelles ont exercé des effets considérables sur de nombreuses organisations autochtones. Compte tenu de ces compressions dévastatrices, nous souhaitons chaleureusement remercier tous nos partenaires qui ont continué à nous aider à achever le présent document.

La terminologie qu'utilisent les Inuits, les Métis et les Premières Nations pour parler d'eux-mêmes a évolué au fil des ans. La présente directive clinique débute par un chapitre consacré aux définitions et aux termes qu'utilisent les Inuits, les Métis et les Premières Nations pour parler d'eux-mêmes, ainsi que par un survol des termes et des concepts qui forment la base du présent document. Le deuxième chapitre se penche sur d'importantes tendances démographiques affectant les Inuits, les Métis et les Premières Nations, et offre certains renseignements sur les caractéristiques clés de la population, dont la diversité, le taux de croissance, la répartition en fonction du sexe et de l'âge, et les lieux de résidence. Par la suite, nous nous affairons à expliquer les déterminants sociaux de la santé, la façon dont ils sont applicables aux expériences et aux

issues de santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations, et les raisons pour lesquelles il est important que les professionnels de la santé les comprennent bien. Ce faisant, nous permettrons aux lecteurs d'examiner leurs propres pensées et points de vue quant à la santé et aux expériences de vie de ces populations. Le quatrième chapitre offre un survol des façons dont les Inuits, les Métis et les Premières Nations conçoivent la santé, et ce, en vue d'initier les professionnels de la santé à certaines des notions, des croyances et des pratiques de base en matière de santé auxquelles tiennent de nombreux peuples inuits, métis et des Premières Nations, et qui sont associées à une approche plus holistique envers la santé et le bien-être. Le cinquième chapitre est voué à la santé sexuelle et génésique, tandis que le sixième chapitre est consacré à la santé maternelle. Le septième chapitre traite de la santé des femmes d'âge mûr; sa brièveté reflète le manque de renseignements dans ce domaine. Enfin, le dernier chapitre traite du concept des soins compétents et sûrs au plan culturel, et de la façon dont il a été démontré que de tels soins permettaient une amélioration des issues.

Depuis la mise sur pied du CISA de la SOGC, d'innombrables personnes dévouées participant déjà à l'offre de soins aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations ont demandé au comité de leur fournir des conseils précis et pratiques pour les aider à offrir des soins sûrs au plan culturel et appropriés. Il est difficile de résumer les questions qui affectent les Inuits, les Métis et les Premières Nations au Canada, et de fournir des renseignements pertinents aux professionnels de la santé qui œuvrent auprès d'eux. Nous avons cherché à atteindre un équilibre entre l'offre de renseignements détaillés et le fait de nous assurer que le présent document constitue en lui-même un ouvrage de référence pour les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des peuples autochtones. Dans ce qui constituera (nous l'espérons) une partie fort utilisée de la présente directive clinique, nous offrons des conseils cliniques, des graphiques et des études de cas disposant de

points d'apprentissage clés. De plus, un document connexe sera publié à titre de complément au présent document : il résumera les principaux faits, conseils et renseignements de la directive clinique en vue d'une distribution élargie auprès de nos partenaires et de nos sociétés affiliées.

Compte tenu des poussées démographiques propres à une population en croissance rapide qui compte une importante composante jeunesse et de l'urbanisation croissante des Inuits, des Métis et des Premières Nations au Canada, le fait que la plupart des cliniciens en viendront à compter, parmi leurs patients, des Inuits, des Métis et des membres des Premières Nations constitue une réalité importante. L'adoption d'une approche visant à assurer l'offre de soins sûrs au plan culturel, le respect et la sensibilisation au contexte historique est d'une importance capitale pour notre engagement envers le droit à l'accès à des services de santé sexuelle et génésique de grande qualité, en temps opportun et sûrs au plan culturel au Canada. Nous espérons que cette mise à jour constituera un guide et un ouvrage de référence utiles pour les cliniciens et les autres parties intéressées. Nous nous réjouissons de votre intérêt et saluons les efforts que vous avez déployés jusqu'ici en ce qui concerne l'offre de soins aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations.

RÉFÉRENCES

1. Smylie J. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones. (2^e partie : Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada). Déclaration de principe de la SOGC, n^o 100, décembre 2000. *J Obstet Gynaecol Can* 2000;22:1070-81. Disponible : <http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS2-December2000.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
2. Agence de santé publique du Canada. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? 15 janvier 2013. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#status>. Consulté le 13 mars 2013.
3. National Aboriginal Health Organization. Broader determinants of health in an Aboriginal context. May 3, 2007. Disponible : <http://www.naho.ca/documents/naho/publications/determinants.pdf>. Consulté le 15 mars 2013.

Définitions

L'article 35 de la partie II de la *Loi constitutionnelle* de 1982 du Canada déclare que le terme « peuples autochtones du Canada » s'entend notamment des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada¹. Les peuples autochtones du Canada sont les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. De nos jours, les peuples autochtones préfèrent être désignés par les termes Premières Nations, Inuits ou Métis.

Là où cela s'avère approprié, nous utiliserons le terme « indigène ». En reconnaissance de la diversité des peuples indigènes de par le monde, l'Organisation des Nations Unies a élaboré une compréhension moderne qui englobe l'auto-identification aux niveaux personnel et communautaire, la présence de forts liens aux territoires et aux ressources naturelles environnantes, l'existence d'une langue, d'une culture et de croyances distinctes, et le fait d'appartenir à un groupe non dominant au sein de la société².

L'utilisation du terme « Premières Nations » s'est répandue dans les années 1970 afin de remplacer le terme « Indien ». Il s'agit d'un terme collectif qui est utilisé pour décrire les premiers peuples du Canada, mais qui n'englobe pas les Inuits ni les Métis. On compte 616 communautés distinctes au sein des Premières Nations au Canada³.

Abréviations

CATIE	Réseau canadien d'info-traitements sida
FADG	Fondation autochtone de guérison
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif
ITC	Inuit Tapirisat du Canada
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGBT	Lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres
NWAC	Association des femmes autochtones du Canada
ONSA	Organisation nationale de la santé autochtone
PCAP ^{MC}	Principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations
RHAS	Ressources humaines autochtones du domaine de la santé
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
SSNA	Services de santé non assurés

Le Ralliement national des Métis a adopté la définition suivante du terme « Métis » en 2002 : « Un "Métis" est une personne qui se désigne comme Métis, qui descend de Métis de souche, qui se distingue des autres Autochtones et qui est acceptée par la nation métisse »⁴. Le gouvernement fédéral reconnaît également cette définition⁴. La représentation politique des Métis est assurée par des groupes (tels que *Métis Nation of Ontario* et *Métis Nation of British Columbia*) qui font partie du Ralliement national des Métis, lequel s'étend du Québec jusqu'aux provinces de l'Ouest. Le Ralliement national des Métis ne reconnaît pas les Métis qui vivent au-delà de la frontière est du Québec.

Dans les autres régions du pays (p. ex. les Maritimes et Terre-Neuve-et-Labrador), les gens d'origines ancestrales mixtes (européenne et Premières Nations ou inuite) s'identifient comme étant des Métis et disposent de langues et de traditions distinctes. Ils sont très différents sur les plans politique et culturel. Ils en ont conscience et ont adopté le nom de Métis principalement afin de présenter des réclamations au système judiciaire, puisque le gouvernement fédéral ne reconnaît que les Métis issus de la patrie historique des Métis.

Les Inuits (Inuk, au singulier) sont les personnes qui, avant le contact avec les Européens, vivaient dans l'Arctique et la région subarctique, sur des terres qui font maintenant partie du Canada, de l'Alaska, de la Russie et du Groënland. À l'extérieur du Canada, les Inuits sont parfois connus sous des noms différents, tels que Inupiat, Yupiks et Esquimaux. Les Aléoutes de l'Alaska sont apparentés aux Inuits. De nos jours, les Inuits canadiens continuent de vivre dans les régions arctiques et subarctiques, ainsi que dans des régions urbaines partout au Canada. Bien qu'il soit toujours utilisé aux États-Unis, le terme « Esquimau » est considéré comme étant péjoratif par de nombreux Inuits du Canada et du Groënland.

Au sein de la présente directive clinique, nous utilisons les termes Premières Nations, Inuits et Métis, dans la mesure du possible. Lorsque nous faisons référence aux peuples autochtones, nous le faisons en raison de l'absence d'une différenciation entre les Inuits, les Métis et les Premières Nations au sein des documents de recherche consultés.

La *Loi constitutionnelle* de 1867 ne faisait directement mention qu'aux « Indiens ». Bien que l'origine du terme « Indien » fasse toujours l'objet de débats, il peut offenser de nombreuses personnes des Premières Nations. Conformément à la législation fédérale, les « Indiens inscrits » sont ceux qui sont inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens* fédérale. Les membres des Premières Nations qui n'y sont pas inscrits sont connus sous le nom d'« Indiens non inscrits ». Les « Indiens visés par un traité » sont ceux qui peuvent retracer leurs origines aux Indiens qui ont signé des traités avec les gouvernements britannique ou canadien. Les conseils de bande des Premières Nations assurent la tenue d'une liste sur laquelle figure le nom de leurs membres qui ont des droits en vertu des dispositions des traités.

Les plus vastes responsabilités du gouvernement fédéral en matière de services visent les membres inscrits des Premières Nations (Indiens inscrits) et englobent l'offre de soins de santé. Les Inuits reçoivent également certains services, mais le nombre de ceux-ci est inférieur à celui qui est offert aux membres inscrits des Premières Nations qui vivent dans des réserves. Par exemple, seuls les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits reconnus sont admissibles à des prestations en vertu du Programme des services de santé non assurés, lequel offre une couverture pour certains biens et services nécessaires sur le plan médical⁵.

Le colonialisme peut être défini comme étant un processus qui inclut l'intrusion géographique, la dislocation socioculturelle, la mise en place d'un contrôle politique externe et la dépossession économique, l'offre de services sociaux de niveau inférieur et ultimement la création de formules idéologiques portant sur la race et la couleur de la peau qui placent le colonisateur à un niveau d'évolution plus élevé que le colonisé⁶.

Les concepts de « compétence culturelle » et de « sûreté culturelle » sont traités et définis dans le chapitre intitulé « Modification des issues par l'intermédiaire de soins compétents au plan culturel ». Ces termes peuvent être considérés comme s'inscrivant dans un continuum allant de la sensibilisation culturelle à la compétence et à la sûreté au plan culturel. Ce continuum représente un processus d'apprentissage pour les fournisseurs de soins de santé : ils doivent ainsi examiner leurs propres comportements afin d'y repérer les préjugés et chercher à comprendre les cultures des Inuits, des Métis et des Premières Nations.

Au Canada, la compétence culturelle nécessite une compréhension des questions culturelles, historiques et politiques qui ont affecté et qui continuent d'affecter la santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations. La sûreté culturelle dépasse la sensibilisation culturelle en exigeant l'analyse des déséquilibres de pouvoir, de la

discrimination institutionnelle, du colonialisme et des relations coloniales, ainsi que la prise de conscience de la façon dont sa propre culture affecte les soins de santé⁷. En bout de ligne, seule la patiente est en mesure de déterminer si les soins reçus étaient sûrs.

Les principes PCAP^{MC} des Premières Nations (propriété, contrôle, accès et possession) constituent une nouvelle façon de recueillir, de stocker, de distribuer et de consulter les données de recherche sur les Premières Nations; ces dernières sont ainsi en mesure de détenir, de protéger et de contrôler les processus de collecte des données au sein de leurs communautés et l'utilisation qui en est faite⁸. PCAP^{MC} est une marque de commerce déposée appartenant au Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et est utilisée avec la permission de ce dernier dans le cadre de la présente directive clinique.

Au cours de la dernière décennie, une certaine insatisfaction s'est manifestée à l'endroit de l'utilisation du terme « patiente », la plupart du temps dans les ouvrages traitant des aspects psychosociaux des soins. Certains ont avancé que ce terme laisse entrevoir une position inférieure. Le terme « client » suscite également un certain malaise chez de nombreux professionnels de la santé, puisqu'il semble faire référence à une entente d'affaires. Aux fins de la présente directive clinique, l'utilisation des termes « professionnel de la santé » et « patiente » a fait l'objet d'un consensus pour décrire les différents rôles et non pour exprimer un écart en matière de pouvoir. Toutefois, compte tenu de la présence d'un déséquilibre en matière de pouvoir, les professionnels de la santé ont la responsabilité d'aborder chaque interaction avec respect et humilité. Dans le cadre du présent guide, par « professionnels de la santé », on entend les obstétriciens, les gynécologues, les médecins de famille, les infirmières, les sages-femmes, les chercheurs du domaine de la santé et les autres professionnels paramédicaux.

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient disposer d'une compréhension des termes qu'utilisent les Inuits, les Métis et les Premières Nations pour s'identifier. (III-A)
2. Les professionnels de la santé devraient disposer d'une compréhension des termes « sensibilisation culturelle », « compétence culturelle », « sûreté culturelle » et « humilité culturelle ». Les professionnels de la santé devraient reconnaître que les Inuits, les Métis et les Premières Nations pourraient avoir des points de vue différents quant à ce qui constitue des soins sûrs au plan culturel; ils devraient donc chercher à en savoir plus sur les valeurs propres à la communauté desservie. (III-A)

RÉFÉRENCES

1. Partie II. Droits des peuples autochtones du Canada. Dans : Consolidation des lois constitutionnelles de 1867 à 1982. Ottawa : Ministère de la Justice, 2001. Disponible : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-16.html#h-52>. Consulté le 15 mars 2013.
2. Permanent Forum on Indigenous Issues. Who are indigenous peoples? New York : United Nations; 2006. Disponible : http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/5session_factsheet1.pdf. Consulté le 15 mars 2013.
3. Les membres des Premières Nations du Canada. Ottawa : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2003. Publ no QS- 6120-002-EE-A2. Disponible : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1303134042666/1303134337338>. Consulté le 15 mars 2013.
4. Ralliement national des Métis. Citizenship. Disponible : <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis/citizenship>. Consulté le 16 mars 2013.
5. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Assemblée des Premières Nations. Vos services de santé - Guide des Premières Nations pour l'accès aux Services de santé non assurés. Ottawa : Santé Canada, 2012. Cat. H34-230/1-2011F. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/yhb-vss/index-fra.php>.
6. Bisset A (éd.). The Canadian Oxford paperback dictionary. Don Mills ON: Oxford University Press Canada; 2000.
7. Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé. Ottawa : Organisation nationale de santé autochtone, 2008. Disponible : http://archives.algomau.ca/drupal6/sites/archives.algomau.ca/files/2012-25_003_019.pdf. Consulté le 15 mars 2013.
8. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Les principes PCAP des Premières Nations. Disponible : <http://www.rhs-ers.ca/node/2>.

Caractéristiques démographiques

L'étude des caractéristiques démographiques des populations inuites, métisses et des Premières Nations est une tâche ardue. Bien que nous nous fondions sur des données issues de Statistique Canada dans le présent document, nous en reconnaissons les lacunes. La collecte et la différenciation des données reconnaissant les géographies et les cultures distinctes des peuples autochtones doivent se poursuivre, particulièrement en raison du fait que les statistiques panautochtones ne permettent pas de mettre au jour les besoins distincts des Inuits, des Métis et des Premières Nations du Canada.

Au Canada, le recensement et le Registre des Indiens constituent les deux principales sources de données démographiques en ce qui concerne les Inuits, les Métis et les Premières Nations. Le recensement demande aux répondants de déclarer leur origine ethnique depuis 1891. Jusqu'en 1986, cependant, les répondants ne pouvaient indiquer plus d'une origine ethnique. Lorsque le recensement a été modifié en vue de permettre des réponses multiethniques, beaucoup plus de gens se sont identifiés comme détenant une ascendance autochtone. Le terme « ascendance autochtone » a été défini comme le fait de présenter au moins un ancêtre autochtone plus éloigné qu'un grand-père ou une grand-mère; toutefois, cela n'a pas semblé véritablement refléter le degré d'auto-identification d'une personne à la culture inuite, métisse ou des Premières Nations. Ainsi, en 1996, le recensement a demandé aux gens s'ils se considéraient comme faisant partie des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Le recensement ne tient pas compte des personnes qui ne résident pas au Canada au moment de sa tenue, des personnes institutionnalisées (incarcérées ou hospitalisées) ni des sans-abris.

Les dossiers sur les Indiens et les bandes maintenus par le gouvernement colonial britannique (et, par la suite, le gouvernement canadien) remontent aux années 1850 et cherchent à déterminer l'identité de ceux qui sont admissibles aux services. En 1951, ces dossiers ont pris la forme d'un registre officiel administré par le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Le Registre des Indiens consigne l'identité des personnes

des Premières Nations qui sont inscrites conformément à la *Loi sur les Indiens* et englobe les personnes qui vivent à l'extérieur du Canada, ainsi que celles qui sont institutionnalisées.

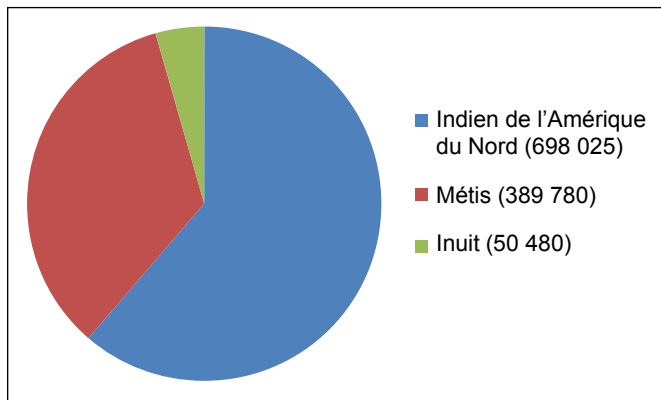
Ces deux sources démontrent la difficulté d'obtenir des données reflétant le nombre réel de personnes au sein de ces populations. En 2006, le recensement a consigné l'identité de 564 870 personnes ayant répondu qu'elles faisaient partie des Indiens inscrits. Toutefois, pour la même année, le Registre des Indiens a consigné l'identité de 763 555 personnes faisant partie des Indiens inscrits. Le recensement canadien semble cependant offrir les statistiques les plus exhaustives en ce qui concerne les populations inuites, métisses et des Premières Nations; nous utiliserons ces données pour rendre compte des caractéristiques démographiques¹.

En 2006, la population totale du Canada était de 31 241 030 habitants, dont 1 172 785 se sont identifiés comme étant Autochtones. Bien que les premiers résultats du recensement canadien de 2011 aient été divulgués en février 2012, la décomposition à des fins statistiques en fonction de l'origine ethnique n'est pas encore disponible; ainsi, nous faisons appel aux données du recensement de 2006. Les statistiques quant au nombre de Canadiens qui se sont identifiés comme étant des Indiens de l'Amérique du Nord, des Métis et des Inuits en 2006 apparaissent à la Figure 2.1.

Les caractéristiques démographiques sociales des Inuits, des Métis et des Premières Nations diffèrent de celles de la population générale canadienne sous plusieurs aspects. Comme l'indique la Figure 2.2, l'âge moyen chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations est considérablement inférieur à celui que l'on constate au sein de la population non autochtone; en fait, les moins de 15 ans représentent 35 % de la population inuite, par comparaison avec 18 % de la population totale canadienne².

Les Inuits, les Métis et les Premières Nations représentent collectivement l'un des segments de la population canadienne qui connaît la croissance la plus rapide. Les populations métisses et des Premières Nations ont connu

Figure 2.1 Données populationnelles de 2006 sur les Inuits, les Métis et les Indiens de l'Amérique du Nord¹



une hausse particulièrement rapide au cours de la dernière décennie, comme le démontre la Figure 2.3.

Bien que les écarts constatés d'une source publiée à l'autre fassent apparaître des « problèmes méthodologiques et de qualité des données »³, la croissance réelle de la population autochtone au Canada est attribuable, en partie, à la hausse de l'auto-identification à titre d'Inuit, de Métis et de membre des Premières Nations, ainsi qu'à la croissance démographique³. Des données de 2008 issues de Statistique Canada indiquent que le taux moyen de natalité chez les femmes autochtones était de 2,6, par comparaison avec 1,5 pour l'ensemble de la population canadienne. La proportion de la population dont l'âge est inférieur à 5 ans était deux fois supérieure à celle de la population générale (9,29 % vs 5,26 %). De surcroît, une proportion significative de l'accroissement global de la population autochtone peut être attribuée à une hausse de 85 % du nombre des personnes qui s'auto-identifient comme étant Métis. Malgré cette rapide croissance démographique, l'attribution de ressources par le gouvernement fédéral a été plafonnée; ainsi, ces ressources ne suffisent pas à répondre adéquatement aux besoins de cette population.

Il est important de souligner que les Inuits, les Métis et les Premières Nations ne constituent pas une entité populationnelle unique. On recense 616 communautés s'identifiant aux Premières Nations, en plus de diverses communautés inuites et métisses. Certaines communautés des Premières Nations vivent dans des réserves, tandis que certaines communautés métisses vivent dans des localités distinctes, ainsi que dans des régions rurales, urbaines et septentrionales d'un bout à l'autre du Canada. Dans le recensement de 2006, 40 % des personnes qui s'auto-identifiaient comme étant des Indiens de l'Amérique du Nord (Premières Nations) vivaient dans des réserves. Cela variait selon la province et le territoire; au Manitoba et

en Saskatchewan, des proportions accrues de personnes vivent dans des réserves.

Les données de Statistique Canada indiquent également que la population autochtone est plus mobile que la population canadienne générale; on estime que 19 % des Autochtones ont déménagé au cours de la dernière année, par comparaison avec 14 % de la population non autochtone. Les données sur la mobilité ont indiqué que les femmes autochtones sont plus susceptibles de déménager que les hommes autochtones; de plus, les membres des Premières Nations vivant hors-réserve sont beaucoup plus susceptibles de déménager que leurs homologues vivant dans des réserves. La Figure 2.4 présente les pourcentages des personnes de 5 ans ou plus qui ont déménagé au cours des cinq dernières années.

Au cours des 50 dernières années, le Canada a connu une croissance sans précédent pour ce qui est des populations inuites, métisses et des Premières Nations en milieu urbain. Au début des années 1950, moins de 7 % des Autochtones vivaient en milieu urbain; au début des années 1960, cette proportion est passée à 13 %^{4,5}. En 1951, 6,7 % de la population autochtone vivaient dans des villes⁴. De nos jours, près de 50 % des membres des Premières Nations, de 70 % des Métis et de 22 % des Inuits vivent en milieu urbain, tandis que seulement 40 % des membres des Premières Nations vivent dans des réserves¹.

Toutes ces caractéristiques démographiques ont des conséquences en ce qui concerne la façon dont les fournisseurs de soins de santé interagissent avec les Inuits, les Métis et les Premières Nations. L'accès à des services de qualité, opportuns et sûrs au plan culturel constitue un défi de premier plan pour une population jeune et migratoire. Les patientes peuvent avoir de la difficulté à investir leurs relations avec les professionnels de la santé d'un sentiment de confiance et ces professionnels, à leur tour, peuvent avoir de la difficulté à assurer la continuité des soins, ce qui exerce un effet considérable sur les issues globales en matière de santé.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il s'avère difficile d'étudier les caractéristiques démographiques des Inuits, des Métis et des Premières Nations au Canada, et ce, en raison de plusieurs problèmes liés à la collecte de données. Les données sur les Premières Nations sont incomplètes en raison du fait que certaines réserves refusent de se prêter au recensement et que l'accès à certaines autres réserves s'avère difficile en raison de leur éloignement. Les Premières Nations qui vivent au Yukon ne sont souvent pas reflétées avec précision dans les statistiques, puisque ce territoire est dépourvu de réserves. Affaires autochtones

Figure 2.2 Données de 2006 sur l'âge médian des Inuits, des Métis et des Indiens de l'Amérique du Nord⁸

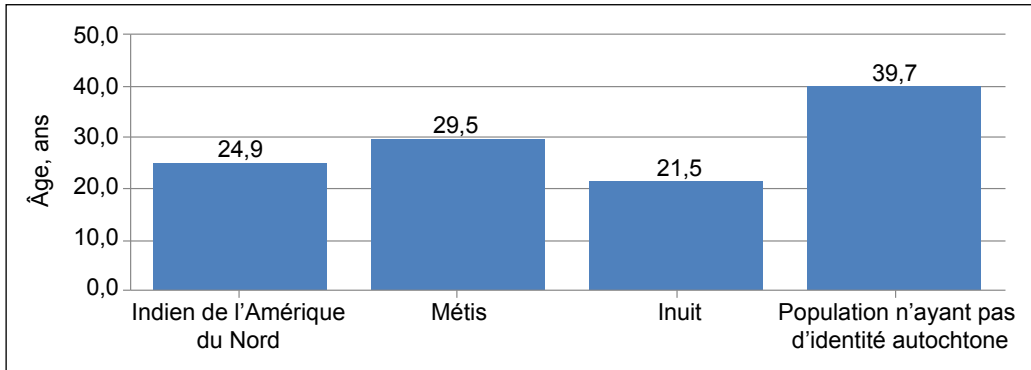


Figure 2.3 Croissance de la population 1996–2006¹

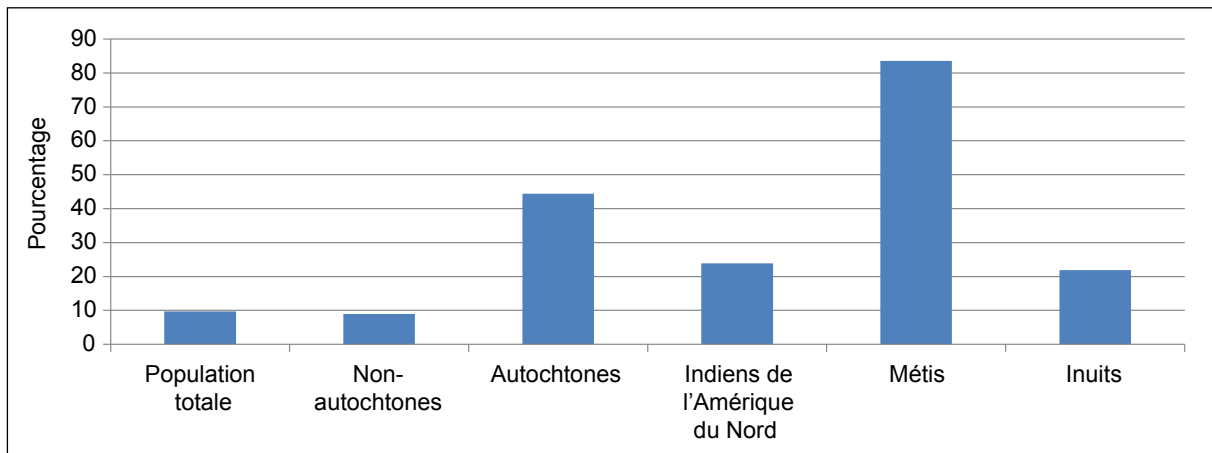
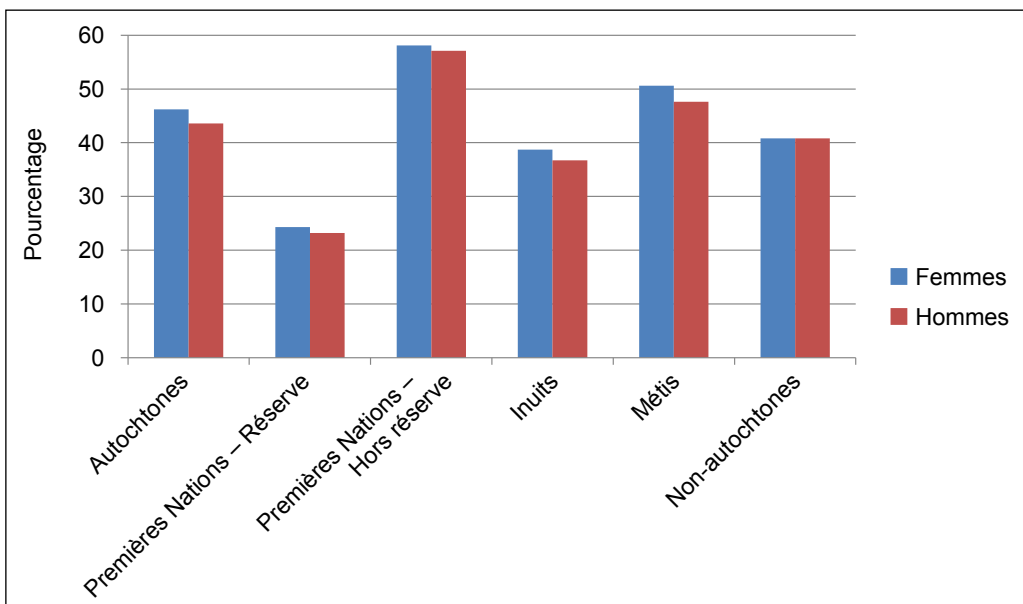


Figure 2.4 Pourcentages des gens de 5 ans ou plus qui ont déménagé au cours des cinq dernières années¹



et Développement du Nord Canada reconnaît l'existence de 616 nations. Au moins 22 réserves, dont un bon nombre compte des populations importantes, n'ont pas été couvertes par le recensement de 2006. Par exemple, bien que les communautés iroquoises de Kahnawake, d'Akwesasne, de Tyendinaga et de Six Nations fassent partie des 20 bandes les plus peuplées, elles n'ont pas pris part au recensement. Cependant, en 2006, Statistique Canada a amélioré la précision des données du recensement en effectuant une extrapolation pour pallier l'absence de données au sujet des réserves non participantes.

L'absence de données précises et consultables au sujet de la santé et du bien-être des Métis au Canada continue de poser problème. Les renseignements existants proviennent de documents de recherche universitaires, de sondages nationaux, provinciaux et régionaux, et de bases de données administratives. Entre 1980 et 2009, seulement environ 80 articles soumis à l'examen collégial traitant de la santé des Métis ont été publiés. Parmi ces articles, seulement la moitié présente des résultats stratifiés de façon à isoler les Métis et 12 pour cent d'entre eux ne traitent que des Métis. On avance que la rareté des articles publiés sur la santé des Métis serait en partie attribuable à un financement insuffisant, à l'absence de lignes directrices propres aux Métis en matière d'éthique de la recherche et à la rareté des communautés définies comme étant métisses. Certaines données sont recueillies par l'intermédiaire de sondages, comme l'Enquête auprès des peuples autochtones et les sondages régionaux menés par des organisations métisses. Toutefois, ces données comptent une portée et une généralisabilité limitées, sont souvent fondées sur des échantillons de taille inadéquate et ne sont pas désagrégées. Des bases de données administratives fédérales et provinciales recueillent des statistiques au sujet des naissances et des décès, des données hospitalières et de la surveillance des maladies infectieuses. Cependant, ces données sont également limitées en ce qui concerne les Métis (et les Premières Nations et les Inuits), puisque la plupart des bases de données administratives ne comptent pas d'identificateurs ethniques⁶. Le couplage de données avec des registres de citoyenneté tenus par des organisations provinciales de Métis peut être utilisé pour générer des renseignements propres aux Métis à partir des bases de données administratives; plusieurs organisations métisses régionales œuvrent actuellement à la mise en œuvre de tels projets. De surcroît, contrairement aux Premières Nations et aux Inuits, les Métis n'ont pas accès à des services et à des prestations de santé financés par le gouvernement fédéral. Par conséquent, les données recueillies par les programmes qui gèrent l'offre de ces services ne tiennent pas compte des Métis⁷.

Les recherches existantes ne parviennent également pas à refléter adéquatement la population vivant en milieu urbain; 50 % des Premières Nations, 70 % des Métis et 40 % des Inuits vivent en milieu urbain. De plus en plus urbanisés, la plupart des autochtones vivent dans des villes. Les professionnels de la santé devraient reconnaître que le fait de vivre à proximité des villes, des cliniques, des hôpitaux et des professionnels de la santé n'entraîne pas nécessairement une amélioration de l'accès à des services, qu'ils soient sûrs au plan culturel ou non. En milieu urbain, 57 % des enfants des Premières Nations vivent dans des familles à faible revenu.

Déclaration sommaire

1. Sur le plan démographique, les peuples inuits, métis et des Premières Nations sont plus jeunes et plus mobiles que les peuples non autochtones. Cela nécessite donc, de la part des professionnels de la santé, la mise en œuvre d'efforts supplémentaires en vue d'établir un environnement de confiance et de sûreté culturelle au sein de leurs lieux de travail, et ce, car les occasions d'offrir des soins pourraient être brèves. (III)

Recommandations

3. Les professionnels de la santé devraient être conscients des limites des statistiques recueillies au sujet des Inuits, des Métis et des Premières Nations, et devraient éviter d'avoir recours à des généralisations au sujet des risques de mortalité et de morbidité, au moment de comparer les populations inuites, métisses et des Premières Nations les unes aux autres et aux populations non autochtones. (III-A)
4. Les professionnels de la santé qui souhaitent mener des recherches auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations doivent utiliser des cadres éthiques reconnus qui tiennent compte des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession), de l'Énoncé de politique des trois conseils et des lignes directrices propres aux communautés visées. (II-2A)

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Rapport technique sur les peuples autochtones, recensement de 2006, 2^e éd. Ottawa : Statistique Canada, 2008. Disponible : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/rp-guides/rp/ap-pa_2/index-fra.cfm. Consulté le 20 mars 2013.
2. Inuit Tapiriit Kanatami. Inuit statistical profile. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami, 2008. Disponible : https://www.itk.ca/system/files_force/InuitStatisticalProfile2008_0.pdf. Consulté le 20 mars 2013.
3. Guimond E, Kerr D, Beaujot R. Charting the growth of Canada's Aboriginal populations: problems, options and implications. *Can Stud Popul* 2004;31:55-82. Disponible : <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/csp/article/download/15932/12737>. Consulté le 20 mars 2013.

4. Wilson K, Young TK. An overview of Aboriginal health research in the social sciences: current trends and future directions. *Int J Circumpolar Health* 2008;67:179–89.
5. Newhouse DR, Peters EJ, éd. Introduction. Dans : Newhouse DR, Peters EJ, éd. *Not strangers in these parts: urban Aboriginal peoples*; Cat no CP22-71/2003. 2012. pp.5–13. Disponible : http://www.horizons.gc.ca/doclib/AboriginalBook_e.pdf. Consulté le 20 mars 2013.
6. Smylie J, Fell D, Ohlsson A; Joint Working Group on First Nations Indian Inuit Metis Infant Mortality of the Canadian Perinatal Surveillance System. A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities. *Can J Public Health* 2010;101:143–8.
7. Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone. *Insuffisance des données et des renseignements sur la santé et le bien-être des Métis : Facteurs sous-jacents*. Prince George BC : National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2011. Disponible : <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/setting%20the%20context/Paucity%20of%20Metis%20Health%20%28French%29.pdf>. Consulté le 21 mars 2013.
8. Statistique Canada. Recensement visuel, peuples autochtones, Canada. Ottawa : Statistique Canada, 2010. Disponible : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=FRA&VIEW=C&PRCODE=01&TOPIC_ID=4&format=flash. Consulté le 21 mars 2013.

Déterminants sociaux de la santé chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations

L'indice du développement humain de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est un indice de qualité de vie qui mesure l'espérance de vie, l'éducation, le niveau de vie et le produit intérieur brut au niveau national. Selon cet indice, le Canada se place au sixième rang des 187 pays visés, ce qui souligne l'existence d'une qualité de vie qui est célébrée et grandement appréciée par de nombreux Canadiens. Et pourtant, lorsque ces mesures sont calculées au moyen des statistiques issues des communautés des Premières Nations du Canada, nous constatons une disparité criante car les Premières Nations se classent au 68^e rang selon cet indice¹. Dans de nombreux cas, les statistiques traitant particulièrement des Inuits et des Métis indiquent des inégalités tout aussi troublantes. Par exemple, les tableaux sur l'espérance de vie compilés par Statistique Canada pour les années 1991-2006 indiquent que, en moyenne, l'espérance de vie au sein des Premières Nations est de cinq ans inférieure à celle que l'on constate au sein des peuples non autochtones. Les membres des Métis comptent en moyenne une année de plus à leur espérance de vie, par comparaison avec les membres des Premières Nations. L'espérance de vie chez les Inuits présente une différence de 12-15 ans, par comparaison avec l'ensemble de la population canadienne, au cours de la période 1998-2003. Qui plus est, la situation s'aggrave².

Une conception holistique de la santé reconnaît que celle-ci constitue un état de bien-être physique, mental et social total et que « les inégalités en matière de santé sont imputables aux conditions sociétales dans le cadre desquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent »³. Les conditions sociales dans lesquelles vivent de nombreux peuples autochtones exercent une influence significative sur les taux disproportionnés de maladie que l'on y constate et sont connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé.

Déclaration sommaire

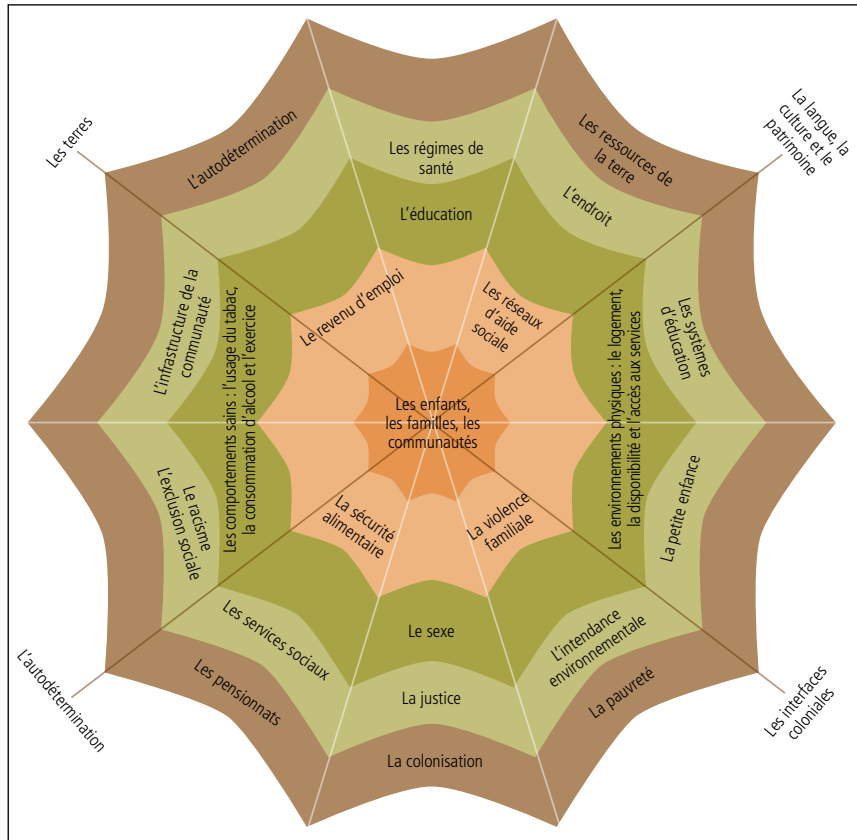
2. Selon l'indice du développement humain de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada se classe au 6^e rang mondial; les Premières Nations, quant à elles, se classent au 68^e rang. (II-3)

La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'est concentrée sur neuf domaines élargis qui, selon elle, englobe les déterminants clés de la santé : développement du jeune enfant, conditions d'emploi, mondialisation, exclusion sociale, systèmes de santé, conditions de santé publique prioritaires, mesures et données probantes, équité entre les sexes et urbanisation³.

Les déterminants de la santé peuvent être conceptualisés comme étant distaux (ou historiques) et proximaux (ou contemporains). Pour comprendre l'interdépendance de ces déterminants et leur influence combinée sur la santé générale des Inuits, des Métis et des Premières Nations, il faut se pencher sur le passé, sur les déterminants distaux de la santé⁴ (Figure 3.1).

Le présent chapitre ne constitue pas une analyse exhaustive de l'histoire des Inuits, des Métis et des Premières Nations au Canada. Quatre thèmes principaux se dégagent de cette histoire et exercent une influence sur la santé chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations de nos jours. Premièrement, les Inuits, les Métis et les Premières Nations ont participé de façon active (et non passive) à l'histoire. Les ententes conclues reflètent la vision du monde des parties en cause et certaines d'entre elles ont été si importantes que leur influence a traversé les âges et sous-tend bon nombre des arguments politiques et juridiques contemporains. Deuxièmement, les titres fonciers ont été et continuent d'être l'un des puissants éléments sous-jacents de la situation politique et du statut de la santé que l'on constate de nos jours⁵. Les différends en matière de juridiction dressent d'énormes obstacles à la mise en œuvre des stratégies et des services visant à améliorer l'accès des Premières Nations et des Inuits aux soins et à la santé. Troisièmement, les traumatismes intergénérationnels (soit les injustices accumulées au fil des siècles de souffrance qui sont imputables au colonialisme) sous-tendent bon nombre des comportements malsains qui perpétuent la mauvaise santé. Quatrièmement, ces forces historiques et contemporaines affectent les femmes de façon disproportionnée. De façon globale, le fait que

Figure 3.1 La toile de l'Être : Les déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones



Préparé par : Margo Greenwood, Ph. D., CNCSA, 2009

les Inuits, les Métis et les Premières Nations se soient retrouvés dans cette piètre situation en raison de forces systémiques et méthodiques exceptionnelles ne semble être que peu ou pas compris ni reconnu, y compris de la part des professionnels de la santé.

CONTEXTE HISTORIQUE : PREMIÈRES NATIONS

L'Amérique du Nord dispose de vastes terres et d'une abondance de ressources naturelles. Les débuts des temps coloniaux ont vu la formation d'ententes commerciales et d'alliances entre les diverses nations autochtones et les Anglais, les Français et les Hollandais, l'empiétement et la formation des colonies de ces derniers, et la survenue de conflits. Le traité *Two Row Wampum* de 1613 constitue le plus ancien traité connu à avoir été conclu en Amérique du Nord; il a été conclu entre les Iroquois et les Hollandais.

Un fond de wampum blanc symbolise la pureté de l'entente. Deux rangs de pourpre représentent l'esprit de nos ancêtres respectifs. Trois perles de wampum séparent les deux rangs; elles symbolisent la paix, l'amitié et le respect. Les deux rangs représentent

deux voies parallèles, deux embarcations, naviguant ensemble sur le même cours d'eau. L'une, un canot d'écorce de bouleau, représente les Indiens, leurs lois, leurs coutumes et leurs traditions tandis que l'autre, un navire, désigne les Blancs, leurs lois, leurs coutumes et leurs traditions. Nous voyageons ensemble, côte à côte, mais chacun dans son embarcation sans que ni l'un ni l'autre n'essaie de diriger l'embarcation de son voisin⁶.

L'affirmation du *Two Row Wampum* selon laquelle aucune des deux nations ne renoncerait à sa souveraineté a été réaffirmée dans le cadre de traités et d'ententes d'allégeance conclus par la suite. Cette série d'ententes en est venue à être connue sous le nom de Chaîne d'alliance, laquelle devait demeurer en vigueur « tant et aussi longtemps que le soleil brillera, que les rivières suivront leur cours et que l'herbe demeurera verte » (traduction libre)⁶.

Les 150 années qui ont suivi ont été marquées par des conflits entre l'Angleterre et la France, lesquels visaient le contrôle du commerce en Amérique du Nord (que de nombreuses nations désignaient du nom d'Île aux

tortues). De petites colonies de pionniers se sont alors établies. Les guerres, les maladies infectieuses, la faim et les conflits internes ont contribué à la décimation des peuples des Premières Nations; malgré tout, ces derniers ont continué de jouer un rôle actif en concluant des ententes d'allégeance dans le conflit entre l'Angleterre et la France. À la suite de l'acquisition britannique des territoires français en Amérique du Nord, le roi George III a émis la Proclamation royale de 1763, laquelle décrivait le cadre constitutionnel pour la négociation des traités territoriaux avec les peuples des Premières Nations. L'année suivante, un nombre important de membres des Premières Nations se sont rassemblés pour les négociations du Traité de Niagara au cours desquelles la Chaîne d'alliance et la souveraineté autochtone ont été réaffirmées.

La Proclamation royale et le Traité de Niagara continuent d'avoir une pertinence juridique au Canada. L'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 signé dans le cadre de la Confédération du Canada indiquait que la Proclamation royale et le Traité de Niagara constituaient des traités actifs. La *Loi constitutionnelle* de 1982 réaffirme la légitimité de tous les traités conclus tant avant qu'après la Confédération.

À la suite de la Confédération, un certain nombre d'ententes, collectivement connues sous le nom de traités numérotés, ont été signées entre 1871 et 1921. Ces traités ont été conclus entre la Couronne et les communautés autochtones d'Ontario et des provinces et des territoires de l'Ouest. En échange de leurs terres, le Canada leur a promis des services d'éducation, de l'argent, des outils et des fournitures agricoles, entre autres. Dans le cadre du Traité numéro 6, une armoire à pharmacie a également été promise. La reconnaissance des traités présente de multiples défis, partiellement en raison du fait qu'ils n'ont pas été conclus entre des nations, mais bien entre des communautés ou des bandes coloniales et la Couronne, ainsi qu'en raison de leurs postulats de base et des promesses qu'ils contenaient ou non.

Déclaration sommaire

3. Des ententes officielles ont été conclues pendant des siècles entre les gouvernements européens et les Premières Nations. Elles ont, à l'origine, été conclues dans un esprit d'amitié et de coopération; toutefois, elles en sont plus tard venues à être centrées sur la propriété des terres et l'extraction des ressources. Puisque ces ententes ont été bafouées à répétition, les Premières Nations entretiennent une attitude de méfiance à l'endroit du gouvernement, de ses représentants, de ses politiques et de quiconque étant perçu comme exerçant une quelconque autorité. (III)

En 1876, le Parlement a voté la *Loi sur les Indiens*, laquelle précisait les concepts établis par la Proclamation royale et attribuait une petite assise territoriale (réserve) exclusivement destinée à l'usage des personnes définies comme étant des Indiens. Un Indien était défini comme toute personne mâle de sang indien appartenant présumément à une bande indienne particulière, les enfants de cette personne et toute femme mariée légalement à cette personne. Une Indienne qui épousait un non-Indien perdait son statut.

Les Indiens inscrits se sont vu attribuer des terres de réserve sur lesquelles aucun développement significatif ne pouvait être mis en œuvre. Cette loi était essentiellement un outil qui accordait au gouvernement fédéral une autorité législative exclusive en ce qui concerne les Indiens et les terres réservées aux Indiens. Par exemple, les Indiens inscrits devaient détenir un laissez-passer pour entrer dans les réserves et en sortir, ils n'étaient pas considérés comme étant des personnes, ils ne détenaient pas de droit de vote, ils n'avaient pas le droit d'exprimer leur culture par l'intermédiaire de danses et de cérémonies, et la pratique de leurs formes ancestrales de gouvernement leur était interdite. Cette loi permettait aux municipalités et aux entreprises d'exproprier certaines parties des réserves afin d'y construire des routes et des voies ferrées ou d'y mener des travaux publics. Lorsqu'un membre des Premières Nations souhaitait devenir propriétaire ou poursuivre des études supérieures, il devenait « émancipé », perdant ainsi son statut d'Indien et son droit de vivre dans une réserve ou de recevoir les rares services attribués par les traités. Il est important de souligner que la *Loi sur les Indiens* prescrivait également l'émancipation des femmes des Premières Nations qui mariaient des hommes ne faisant pas partie des Premières Nations, ce qui avait pour résultat que ces femmes et leurs enfants perdaient leur statut d'Indien et leurs droits connexes.

Déclaration sommaire

4. La *Loi sur les Indiens* et ses amendements subséquents ont été conçus pour assurer le contrôle de tous les aspects de la vie des Indiens inscrits et pour promouvoir l'assimilation. Il s'agissait également d'un outil dont s'est servi le gouvernement pour obtenir accès aux terres et aux ressources des Premières Nations. (III)

« Notre objectif est de poursuivre nos efforts jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien au Canada qui n'ait pas été intégré à la société et qu'il n'y ait plus de question indienne ni de ministère des Affaires indiennes »⁷ (Déclaration célèbre prononcée en 1920 par M. Duncan Campbell Scott, poète, essayiste et surintendant général adjoint des Affaires indiennes pendant 19 ans.)

Dans le cadre de cette loi, la définition d'« Indiens » faisait exclusion des deux autres groupes principaux d'Autochtones : les Inuits et les Métis. Ni les Inuits ni les Métis ne détenaient de titre reconnu. Ce n'est que dans le cadre de la *Loi constitutionnelle* de 1982 que les Inuits et les Métis ont été reconnus comme étant des groupes distincts d'Autochtones canadiens (Article 35)⁸.

CONTEXTE HISTORIQUE : INUITS

Les Inuits occupent les terres et les eaux de l'Arctique depuis plus de 4 000 ans. Un mode de vie migratoire terrestre a été pratiqué pendant des milliers d'années, et ce, jusqu'à l'arrivée des Européens (en commençant par les baleiniers au 16^e siècle). Dans les années 1700, le mode de vie des Inuits avait commencé à se modifier en réaction à la présence continue des baleiniers européens. Ces derniers offraient des breloques, des outils et un certain approvisionnement en vivres aux Inuits, en échange d'une aide pour ce qui est de la détermination des meilleurs lieux de pêche à la baleine et de conseils en matière de boucherie. La pêche intensive a rapidement eu pour effet d'épuiser les stocks de baleines et les Européens en sont ainsi venus à se désintéresser de la pêche à la baleine dans l'Arctique. Par conséquent, les Inuits ont ainsi perdu accès aux fournitures européennes auxquelles ils étaient devenus dépendants et se sont retrouvés face à un accès limité aux baleines qui constituaient une partie essentielle de leurs moyens de subsistance depuis des siècles.

Au début du 20^e siècle, la principale source d'échanges commerciaux entre les Inuits et les Européens était passée de la pêche à la baleine à la traite des fourrures; ces fourrures étaient échangées contre des armes à feu, des munitions, du tabac, du thé, du sucre, de l'étoffe et des outils de métal, entre autres. Le trappage constitue toujours une partie importante des moyens de subsistance des Inuits et les fourrures sont toujours utilisées pour confectionner des vêtements, et ce, malgré que les avantages économiques d'une telle pratique aient été gravement hypothéqués par les récriminations des groupes de défense des droits des animaux du sud. L'arrivée des Européens dans l'Arctique a exposé les Inuits à de nouvelles maladies, comme la rougeole et la tuberculose. De nombreux Inuits en sont morts, puisque leur système immunitaire n'y était pas adapté.

Dans les années 1940, l'Arctique a été profondément altéré en raison d'une forte présence gouvernementale; celle-ci s'est enracinée encore plus profondément au cours de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre froide. De surcroît, dans le cadre de ses efforts visant à démontrer

sa souveraineté et à gouverner plus facilement le Nord, le gouvernement canadien a mis en œuvre des initiatives ayant pour but de faire passer les Inuits de leurs camps migratoires traditionnels à des colonies permanentes de plus grande envergure. Cela a constitué un changement éprouvant pour les communautés et les familles inuites. Des maisons « modernes » (ainsi que des services de santé, d'éducation et sociaux) ont été fournies aux Inuits dans ces colonies. En l'espace de trois décennies, les Inuits sont devenus presque entièrement dépendants de l'aide gouvernementale. Les Inuits étaient un peuple qui vivait de la terre et qui était entièrement autonome, et quelques générations plus tard, leurs descendants détiennent des téléphones cellulaires et utilisent Internet.

La réinstallation forcée s'est avérée extrêmement dommageable pour de nombreuses familles et communautés inuites. Leur mode de vie a été modifié de façon drastique, peu d'occasions économiques pointaient à l'horizon et de nombreux Inuits ont été réinstallés dans des régions de l'Extrême-Arctique où les moyens de subsistance se faisaient extrêmement rares. Le 18 août 2010, M. John Duncan, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, a présenté les excuses du gouvernement pour la réinstallation forcée de familles d'Inukjuak et de Pond Inlet dans des régions de l'Extrême-Arctique (fjord Grise et baie Resolute) (reportez-vous à l'Annexe 1).

Politique et autonomie gouvernementale : Inuits

En 1971, l'Inuit Tapirisat du Canada (ITC) a été créé pour faire du lobbyisme et négocier l'apport de modifications aux politiques gouvernementales, ainsi que pour redonner une autonomie politique aux Inuits. L'ITC a entretenu des négociations de revendication territoriale avec les gouvernements fédéral et provinciaux au sein des quatre régions inuites : Nunavik, Inuvialuit, Nunavut et Labrador. Contrairement à de nombreux peuples des Premières Nations, les Inuits n'ont jamais signé de traités.

Chacune de ces quatre régions dispose d'une structure d'autonomie gouvernementale distincte. Par exemple, le Nunavik (partie nord du Québec) compte une histoire politique particulière dont les origines remontent à la mise en œuvre du projet de la baie James. Celle-ci a donné lieu à la première entente territoriale exhaustive moderne au Canada, soit la Convention de la Baie James et du Nord québécois. Le Nunavut est la région inuite la mieux connue. En 1999, le Nunavut est officiellement devenu un territoire canadien. Les traditions, les valeurs et les croyances des Inuits forment une partie importante de la façon dont fonctionne le gouvernement du Nunavut; l'inuktitut en constitue l'une des langues officielles. En 2001, l'Inuit Tapirisat du Canada a pris le nom d'Inuit

Tapiriit Kanatami (« Les Inuits sont unis au Canada ») pour refléter la négociation réussie d'ententes territoriales dans les quatre régions.

CONTEXTE HISTORIQUE : MÉTIS

Bien que l'existence des Métis ait été reconnue par la Loi constitutionnelle de 1982, les droits des Métis à l'égard des terres, des cours d'eau et de la faune ont souvent été bafoués. Les Métis sont les descendants de commerçants de fourrures européens (principalement français, écossais ou anglais) et de femmes des Premières Nations. Au cours du 18^e siècle et du 19^e siècle, les commerçants de fourrures européens ont parcouru de grandes distances d'un bout à l'autre du Canada : dans certains cas, ils ont parfois entretenu des relations avec des femmes des Premières Nations pour des raisons politiques / stratégiques (p. ex. marier la fille d'un Chef), tandis que dans d'autres cas, ces relations n'avaient pour but que d'éviter la solitude. Leurs épouses des Premières Nations s'avéraient également extrêmement utiles, puisqu'elles disposaient de connaissances approfondies au sujet des tenants et aboutissants de leur coin de pays et qu'elles étaient en mesure de communiquer avec les autres peuples des Premières Nations.

Ainsi, ces femmes ont commencé à engendrer des enfants mi-européens, mi-Premières Nations. Les enfants de pères français en sont venus à être connus sous le nom de « Métis » et ceux de pères anglais ou écossais, sous le nom de « *countryborn* ». Ces enfants ont souvent été désignés au moyen de termes plus offensants, tels que « bois-brûlés » ou « sang-mêlé ».

Avec le temps, des communautés de Métis ont commencé à voir le jour. Les Métis se sont mariés et ont eu des enfants avec d'autres Métis, et une culture unique, fondée sur un ensemble de traditions et de pratiques issues de l'Europe et des Premières Nations, s'est développée. Leur connaissance des langues et des cultures européennes et des Premières Nations leur ont permis de combler les écarts culturels et d'ainsi améliorer les relations commerciales. Au cours du 19^e siècle, la croissance des communautés Métis s'est poursuivie, bon nombre de celles-ci s'installant dans la région de la rivière Rouge (qui fait dorénavant partie du Manitoba). Cette région, connue sous le nom de Terre de Rupert, était à l'origine considérée par les autorités impériales comme étant la propriété de la Compagnie de la Baie d'Hudson; toutefois, elle a plus tard (en 1869) été vendue au Dominion du Canada nouvellement créé. Les Métis n'ont pas été consultés au sujet de ce transfert ni au sujet des effets que celui-ci aurait sur leurs terres et leurs moyens d'existence.

Ces préoccupations ont été exacerbées lorsqu'un tiers d'expression anglophone, M. William MacDougall, a été nommé à titre de superviseur de ce transfert. En 1870, sous la direction de M. Louis Riel, les résidents de Rivière-Rouge ont formé un gouvernement provisoire en vue de s'opposer à l'acquisition de leurs terres. Après plusieurs mois de tension, trois représentants de Rivière-Rouge (dont M. Louis Riel) se sont rendus à Ottawa pour négocier avec le gouvernement canadien. Ces négociations ont abouti à la formulation de la *Loi sur le Manitoba*, laquelle déclarait que la colonie de Rivière-Rouge ferait son entrée dans la Confédération sous le nom de « Province du Manitoba ».

La *Loi sur le Manitoba* de 1870 a également établi les fondements de la détermination de l'identité des personnes étant admissibles à l'obtention de titres fonciers⁹. Par conséquent, le gouvernement a commencé à émettre des certificats (*scrip*) en vue de la distribution des terres. Les Métis se sont vu remettre un certificat qui était échangeable contre des terres ou de l'argent. Ce processus de certificats comptait de nombreux obstacles pour les Métis, dont des ennuis administratifs et liés à l'alphabétisation, la fraude et les délais prolongés affectant la prise de décision. Ces obstacles administratifs et bureaucratiques se sont avérés insurmontables pour de nombreux Métis, ce qui a affecté la participation à ce processus.

M. Louis Riel a finalement été mis à procès et pendu pour son rôle dans le cadre de la résistance. De nombreux autres Métis ont été tués ou persécutés et un bon nombre de ceux qui ont été épargnés ont préféré la clandestinité, ce qui a donné lieu à une migration vers l'Ouest considérable. Pour leur protection et celle de leur famille, de nombreuses personnes ont cessé de s'identifier comme étant Métis. Les Métis en sont venus à être connus sous le nom de « *Road Allowance People* » et à vivre en périphérie des villes; les occasions économiques s'offrant à eux étaient alors extrêmement limitées et ils n'avaient pas accès à des services sociaux ou d'éducation.

PENSIONNATS

Après la Confédération, l'éducation des enfants autochtones est devenue une responsabilité fédérale et a été confiée en sous-traitance à l'Église. Les pensionnats canadiens constituaient « l'outil d'assimilation par excellence »¹⁰ et avaient pour but de « tuer l'Indien au cœur de l'enfant »¹¹. Du milieu des années 1800 jusque, dans certains cas, en 1996, on estime que 100 000 enfants autochtones de 4 à 18 ans ont été retirés de leur famille et mis en pensionnat^{12,13}. Bien que les expériences varient, les enfants des Inuits, des Métis et des Premières Nations étaient tous mis en pensionnat.

Par exemple, bien que certains Inuits aient commencé à être mis en pensionnat au cours des années 1860, ce n'est qu'après la mise en œuvre de politiques gouvernementales de sédentarisation forcée que la fréquentation de ces écoles (également connues sous le nom de résidences fédérales) a été imposée à pratiquement tous les enfants des Inuits; la première école régie par le gouvernement a ouvert ses portes à Chesterfield Inlet en 1951.

La plupart des enfants mis en pensionnat y restaient toute l'année. Dans certains cas, pour se rapprocher de leurs enfants, les parents quittaient leur foyer pour se rendre vivre dans des camps situés en périphérie des pensionnats. Dans ces pensionnats religieux, les enfants voyaient leurs cheveux être coupés court, n'avaient pas le droit de parler leur langue, étaient forcés de se convertir à la confession religieuse des dirigeants du pensionnat en question et étaient soumis à des sévices physiques et souvent sexuels. Les taux de maladies infectieuses attribuables à l'insalubrité des pensionnats se sont traduits en des taux élevés de mortalité. En 1907, le Dr Peter Bryce, un fonctionnaire du ministère de la Santé de l'Ontario, a visité les pensionnats de l'ouest du Canada et y a vu des enfants être délibérément infectés par des maladies comme la tuberculose, le tout donnant lieu à un taux de mortalité moyen de 40 %. Le rapport du Dr Bryce n'a été rendu public qu'en 1922 : il avait alors quitté ses fonctions gouvernementales et a publié un livre intitulé « *The Story of a National Crime: Being a Record of the Health Conditions of the Indians of Canada from 1904 to 1921* »¹⁴. Ces enfants avaient rarement l'occasion de voir et de connaître une vie familiale normale. Avec le temps, le rabaissement continu de ces enfants, de leurs parents et de leurs ancêtres a eu pour effet d'engendrer une autodévalorisation et un dysfonctionnement chroniques.

Les enfants autochtones ont appris à mépriser les traditions et les réussites de leurs peuples, à rejeter les valeurs et la spiritualité qui avaient toujours donné un sens à leur vie, et à se méfier des connaissances et des habitudes de vie de leur famille et de leur parenté. Lorsqu'on leur a permis de retourner dans leurs villages, bon nombre d'entre eux avaient appris à se mépriser eux-mêmes.¹³

Bien que les enfants des Inuits, des Métis et des Premières Nations ne soient plus mis en pensionnat, les séquelles de cette expérience continue d'affecter la vie de ces gens de façon considérable. Par exemple, selon L'Enquête auprès des peuples autochtones¹⁵, 3 000 Inuits ayant été mis en pensionnat sont toujours en vie et près de la moitié (44 %) de tous les Inuits dont l'âge se situe entre 44 et 54 ans compte un membre de leur famille ayant été mis en pensionnat.

L'expérience des pensionnats a profondément affecté le transfert des connaissances traditionnelles au sujet de l'accouchement et de l'éducation des enfants. De nombreux survivants de cette expérience ont grandi sans jamais avoir connu l'affection de leurs parents; souvent, leurs seuls souvenirs sont hantés par la cruauté et les sévices que leur ont infligés les personnes en position d'autorité au sein de ces pensionnats. Lorsqu'est venu le temps pour eux de fonder leur propre famille, ils ont dû le faire sans avoir appris l'art d'être parent auprès de leurs propres parents. Souvent, les pères ne se sentaient pas en mesure de participer à la vie familiale ou ne souhaitaient pas le faire; les mères ont donc dû prendre la relève.

Au niveau populationnel, les effets de cette expérience sociale agressive ont été catastrophiques. En 2008, le premier ministre du Canada, Stephen Harper, a présenté des excuses officielles pour les actes répréhensibles du gouvernement fédéral dans la mise en œuvre du programme de pensionnats. (Reportez-vous à l'Annexe 2).

Recommandation

5. Les professionnels de la santé devraient reconnaître les effets intergénérationnels des pensionnats comme étant l'une des causes fondamentales des inégalités sociales et en matière de santé qui affectent les Inuits, les Métis et les Premières Nations, ces effets ayant des implications importantes sur les expériences et les pratiques entourant la grossesse et l'éducation des enfants. (II-3A)

CONSEIL CLINIQUE

Les survivants intergénérationnels de l'expérience des pensionnats pourraient être en proie à une faible estime de soi. La faible estime de soi peut faire en sorte que la patiente se sente indignée de l'attention de son professionnel de la santé.

Le système des pensionnats constituait le principal agent institutionnel visant l'assimilation des Inuits, des Métis et des Premières Nations. Cependant, dans les années 1950, au fur et à mesure que diminuait le nombre d'enfants mis en pensionnat, le système de protection de la jeunesse en est graduellement venu à devenir l'outil institutionnel de l'assimilation et du colonialisme. À cette époque, en raison d'un amendement apporté à la *Loi sur les Indiens*, les provinces se voyaient garantir du financement fédéral pour chaque enfant autochtone appréhendé par leurs organismes de protection de la jeunesse. Les agents de la protection de la jeunesse, souvent issus de la classe moyenne blanche, procédaient donc à l'évaluation des familles et des maisons des enfants autochtones en fonction de leurs propres valeurs et normes. Ces maisons

étaient souvent perçues comme étant surpeuplées et mal entretenues. Les politiques gouvernementales et le racisme systémique avaient créé des conditions de pauvreté intergénérationnelles pour de nombreuses familles inuites, métisses et des Premières Nations. De surcroît, les parents étaient souvent issus des pensionnats et bon nombre d'entre eux continuaient de souffrir des effets à long terme de l'abus et de la négligence, et du fait d'avoir grandi sans parents (et donc sans possibilités d'apprendre les compétences parentales). Plutôt que de s'attaquer aux problèmes socio-économiques sous-jacents, les agents de la protection de la jeunesse ont commencé à retirer les enfants autochtones de leurs foyers. Mis en œuvre « dans l'intérêt supérieur de l'enfant », ce retrait accéléré des enfants autochtones de leurs foyers s'étant déroulé sur plusieurs décennies est connu sous le nom de « *Sixties Scoop* ».

En 1955, la division de la protection de l'enfance de la C.-B. avait la garde de 3 433 enfants. De ce nombre, on estime que 29 enfants (ou moins d'un pour cent du total) étaient d'ascendance indienne. En 1964, par contre, cette division avait la garde de 1 446 enfants d'ascendance indienne. Ce nombre représentait alors 34,2 pour cent de tous les enfants dont cette division avait la garde. Autrement dit, en dix ans, la proportion des enfants autochtones au sein du système de protection de la jeunesse de la C.-B. était passée de pratiquement nulle au tiers. Cette tendance prévalait également ailleurs au Canada.¹⁶

CONSEIL CLINIQUE

Reconnaissez que de nombreuses femmes, familles et communautés inuites, métisses et des Premières Nations ont connu des expériences considérablement négatives en relation avec le personnel des services sociaux et de protection de la jeunesse, et que ces expériences peuvent exercer un immense effet sur leurs interactions avec le système de santé.

De surcroît, entre 1937 et 1972, des milliers de stérilisations forcées ont été imposées aux femmes autochtones de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Par conséquent, on constate une méfiance palpable de la part des femmes autochtones lorsque vient le temps de discuter de contraception de quelque façon. Certaines femmes se méfient du frottis de Pap qui est systématiquement mis en œuvre dans le cadre de leur consultation gynécologique de dépistage, parce qu'elles croient à tort qu'il existe une relation entre cette intervention de dépistage et la stérilisation. Les professionnels de la santé devraient être conscients de ce contexte historique au moment de discuter de contraception et de frottis de Pap avec les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations.

Pour un Autochtone né au tournant du siècle dernier, il n'est pas déraisonnable d'imaginer une série d'expériences de vie s'accompagnant d'une confusion, d'un isolement et d'une tristesse incommensurables. Au cours de leur vie, ces personnes ont assisté aux derniers jours du mode de vie traditionnel. Elles ont connu les exactions perpétrées par la *Loi sur les Indiens* sur leur famille et leur communauté. Des communautés entières d'Inuits ont été relocalisées. Les enfants des Inuits, des Métis et des Premières Nations ont été retirés de leur famille et mis de force dans des pensionnats éloignés. Leurs liens à la terre, à la glace et à l'eau ont continuellement été remis en question et bafoués. Des ressources ont été extraites sans leur permission ou leur assentiment. Elles ont continué à vivre dans la pauvreté tandis que le reste du Canada s'est développé. Leurs petits-enfants ont été retirés par les services sociaux. Les injustices intergénérationnelles ou historiques donnent l'impression que l'on naît Autochtone en devant assumer le fardeau de siècles de souffrances. Ces injustices sont encore plus prononcées dans le contexte de l'orientation collectiviste ou égalitaire de la vision indigène du monde¹⁷.

Malgré la présence d'immenses obstacles, les peuples autochtones exigent d'être traités de façon juste et équitable. La résilience des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations dans le cadre de cette lutte est extraordinaire.

Déclaration sommaire

5. Les traumatismes intergénérationnels qui ont été infligés aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations, sont le produit du colonialisme. Les pensionnats, la relocalisation forcée, la stérilisation involontaire, l'adoption forcée, la conversion religieuse et l'émancipation sont quelques exemples des politiques du gouvernement à l'endroit des Inuits, des Métis et des Premières Nations qui ont généré un stress et un dysfonctionnement post-traumatiques intergénérationnels. Quoi qu'il en soit, ces peuples continuent d'être résilients. (III)

Comme nous l'avons mentionné, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé s'est concentrée sur neuf domaines élargis qui, selon elle, englobe les déterminants clés de la santé : développement du jeune enfant, conditions d'emploi, mondialisation, exclusion sociale, systèmes de santé, conditions de santé publique prioritaires, mesures et données probantes, équité entre les sexes et urbanisation. Dans la prochaine section, nous analyserons chacun de ces neuf domaines en fonction d'exemples et de points de vue particuliers propres aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations.

MONDIALISATION

Dans une large mesure, la mondialisation est alimentée par l'exploitation des ressources de la terre et les facteurs économiques qui lui sont associés. Argent, pouvoir et ressources : les processus et les issues de la mondialisation ont de vastes répercussions sur la santé des peuples et des communautés, ainsi que sur la santé de la terre, des eaux, de l'air et des glaces.

Le Canada est considéré comme étant un chef de file en matière d'économie sur le plan international. Notre produit intérieur brut continue de reposer principalement sur l'exportation de nos ressources naturelles, les minerais, le pétrole et, à terme, l'eau figurant parmi les plus importantes de celles-ci¹⁸. Toutefois, ces ressources naturelles sont extraites de terres, de glaces et d'eaux qui, pour la plupart, sont toujours mêlées à des négociations non résolues avec les Premières Nations et les Inuits. Ainsi, les Premières Nations et les Inuits doivent dépendre de transferts monétaires insuffisants de la part du gouvernement fédéral et du système d'aide sociale, tandis qu'une forte proportion du produit intérieur brut canadien repose sur des ressources naturelles extraites de terres autochtones.

Les Métis (qui ne reçoivent pas de transferts fédéraux) ont négocié des ententes au niveau régional, y compris des accords de cogestion à l'égard des ressources naturelles se trouvant sous les terres octroyées par entente. Le *Metis Settlements Accord* est un ensemble de mesures législatives et d'accords financiers conclus entre les établissements métis et la province d'Alberta (y compris un accord de cogestion entre les établissements métis et la province d'Alberta à l'égard de la gestion à long terme des ressources naturelles se trouvant sous les terres octroyées par entente)¹⁹.

Déclarations sommaires

6. La plupart des Canadiens ne savent pas qu'une forte proportion du produit intérieur brut du Canada repose sur des ressources naturelles extraites de terres autochtones, tandis que les Inuits et les Premières Nations doivent dépendre de transferts monétaires insuffisants de la part du gouvernement fédéral. (III)
7. Certaines sociétés multinationales procèdent à l'extraction de ressources se trouvant dans des terres qui se situent souvent dans des communautés autochtones ou dans les environs de celles-ci, ou encore dans des terres étant visées par des revendications territoriales. Le fait que la gestion des terres et des ressources soit assurée par les provinces, dans certaines régions, et par les gouvernements fédéral et territoriaux, dans d'autres

régions, complique la communication entre les sociétés multinationales et les communautés inuites, métisses et des Premières Nations, particulièrement dans les cas où des revendications territoriales sont en cours de négociation ou dans ceux où de telles négociations n'ont toujours pas été entreprises. Ces sociétés multinationales ne fournissent pas de revenus à ces communautés. La plupart des communautés autochtones sont pauvres, ne disposent pas d'une infrastructure de santé publique adéquate et n'ont pas les moyens économiques d'améliorer leur condition. (III)

Recommandation

6. Les professionnels de la santé devraient savoir que le discours sur les politiques de santé et les négociations quant aux revendications territoriales perpétue souvent des stéréotypes négatifs, sans adéquatement faire mention des effets du colonialisme. (III-L)

CONDITIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET SYSTÈMES DE SANTÉ

De nombreuses maladies ont été endiguées ou pratiquement éradiquées au Canada grâce à la disponibilité d'antibiotiques et à la mise en œuvre de meilleures conditions de vie, de diverses immunisations, de nouvelles technologies et d'un système universel de soins de santé²⁰. Quoi qu'il en soit, la plupart des communautés inuites, métisses et des Premières Nations doivent souvent composer avec des logements inadéquats, insuffisants et insalubres, l'absence d'une infrastructure sanitaire de base et la rareté des aliments²¹. Des conflits juridictionnels entre les systèmes de gouvernance fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones (bandes, dans le cas des Premières Nations, et représentants municipaux, dans celui des Inuits) rendent difficile l'offre de services de santé et de santé publique exhaustifs. Le mandat de gérer les fonds, y compris la mise en place d'une infrastructure de santé publique sur les réserves, relève du gouvernement fédéral. À l'extérieur des réserves, conformément aux lois sur la cession immobilière, les gouvernements provinciaux sont responsables de la santé, des services sociaux, des routes et de l'infrastructure.

En novembre 2011, 131 communautés des Premières Nations avaient reçu un avis de sécurité leur demandant de faire bouillir l'eau avant de la consommer. L'accès à de l'eau potable et à des aliments nutritifs constitue une préoccupation particulièrement importante pour les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et leurs enfants. La qualité et la variété des choix d'aliments sains sont

limitées au sein des communautés autochtones; une étude sur la sécurité des aliments menée au Nunavut a constaté que « la moitié des personnes sondées ont signalé qu'il n'y avait pas eu assez à manger dans leur foyer au cours du mois précédent »²². Au Nunavut, jusqu'à 70 % des enfants inuits d'âge préscolaire vivent dans des maisons aux prises avec une insécurité alimentaire²². Il n'est également pas rare de constater la présence d'au moins 20 personnes vivant dans une même maison ne comptant qu'une seule salle de bain. Le surpeuplement dans les logements constitue une préoccupation en matière de santé publique qui affecte particulièrement les communautés inuites, ce qui s'accompagne d'implications significatives en matière de maladies transmissibles (comme la tuberculose)²³ (au sein des communautés inuites, les taux de tuberculose ont doublé depuis 2006 et sont actuellement 185 fois plus élevés que les taux que l'on constate chez les Canadiens non autochtones²³). La collecte des ordures est variable. La réglementation de l'élimination des déchets dangereux, des sites d'enfouissement, des incinérateurs et de la pollution émise par les industries se trouvant dans les réserves des Premières Nations ou sur des territoires adjacents est généralement absente. Les conséquences sur la santé générale des personnes qui vivent près de ces sites, qui mangent de la viande et du poisson provenant de ceux-ci, qui en boivent l'eau et qui s'y procurent des « herbes médicinales traditionnelles » sont faciles à comprendre.

Mme Katsi Cook, sage-femme Mohawk, soutient que cette attaque envers la nature constitue une autre attaque visant le corps des femmes autochtones, et ce, puisque les systèmes reproducteurs des femmes sont ceux où les effets des produits toxiques et de l'empoisonnement par irradiation sont les plus manifestes. Dans les régions qui comptent des mines d'uranium, comme à Four Corners et dans les *Black Hills* (États-Unis), les Autochtones présentent des taux de cancer, de fausse couche et d'anomalies congénitales qui connaissent une hausse alarmante. Les enfants qui grandissent à Four Corners connaissent des taux de cancer de l'ovaire et du testicule équivalant à quinze fois la moyenne nationale (Taliman 1992), tandis que les femmes autochtones de Pine Ridge connaissent un taux de fausse couche six fois plus élevé que la moyenne nationale (Harden 1980, 15). Sur la réserve Mohawk d'Akwesasne, une des régions les plus polluées du pays, les BPC, le DDT, le Mirex et les HCB qui sont déversés dans les eaux se retrouvent ultérieurement dans le lait maternel (Contaminated 1994, 11). Par le viol de la terre, le corps des femmes autochtones se trouve bafoué une fois de plus²⁴.

Déclaration sommaire

8. De nos jours, des problèmes de nature juridictionnelle rendent difficile l'offre de soins de santé, la bonne gestion des terres et la promotion de la santé au sein des communautés. (III)

Des données récentes au sujet des effets des contaminants environnementaux sur la santé des populations inuites, métisses et des Premières Nations y étant sensibles semblent indiquer que des contaminants se trouvent dans les aliments traditionnels. La tenue d'autres recherches à ce sujet s'avère cependant requise et on avance que « les avantages de consommer des aliments traditionnels l'emportent toujours sur les risques, particulièrement lorsque l'on tient compte de la valeur culturelle, économique et nutritive des aliments traditionnels ». Puisque l'accès à ces derniers est de plus en plus affecté par les changements climatiques, on prévoit que les apports en protéines et en nutriments des foyers déjà aux prises avec l'insécurité alimentaire connaîtront une baisse significative²⁵⁻²⁷.

CONSEIL CLINIQUE

L'omble chevalier et le caribou comptent de faibles taux de contaminants; les femmes enceintes et celles qui allaitent sont activement encouragées à en consommer²².

Déclaration sommaire

9. Bien que la consommation d'aliments traditionnels contribue à la préservation de l'identité culturelle, la présence croissante de contaminants environnementaux (tels que le plomb, l'arsenic, le mercure et les polluants organiques persistants [POP]) pourrait compromettre la sécurité de ces aliments. (II-3)

URBANISATION

Bien que l'urbanisation offre des avantages tels que l'augmentation du nombre d'occasions économiques et de perfectionnement professionnel, et l'accès à des services de santé et pédagogiques, la migration des réserves vers les villes (et la mobilité au sein de celles-ci) se produit souvent en l'absence d'options de rechange viables. La pauvreté, les piètres occasions d'emploi, le faible niveau de scolarité, la violence et le fait d'être monoparental figurent parmi les facteurs clés qui sont à l'origine de cette mobilité croissante. Bien que le fait de déménager dans un centre urbain ne mène pas nécessairement à des issues de santé négatives, il a été démontré que l'acculturation et la modification rapide du mode de vie donnaient lieu à une incidence accrue de maladie chronique⁵. Le racisme et l'exclusion sociale

s'accompagnent également d'implications particulières et propres à chaque sexe en matière de santé. Par exemple, on reconnaît d'emblée que les femmes qui sont isolées et qui vivent dans la pauvreté se trouvent en position vulnérable et qu'elles se voient forcées d'accepter de travailler dans des conditions d'exploitation. Toutefois, il est important de souligner que les issues de l'urbanisation des Inuits, des Métis et des Premières Nations varient d'une personne, d'une famille et d'une communauté à l'autre. Bien que les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations soient plus susceptibles de vivre dans des quartiers défavorisés, un nombre de plus en plus important d'entre eux vivent dans tous les différents centres urbains du Canada et bon nombre d'entre eux travaillent à bâtir des communautés et à assurer la continuité culturelle au sein des villes²⁸.

Déclaration sommaire

10. Compte tenu des changements démographiques (population en croissance rapide comptant une importante composante jeunesse) et de l'urbanisation croissante que connaissent les Inuits, les Métis et les Premières Nations au Canada, force est de constater que la plupart des cliniciens en viendront à compter des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations parmi leurs patientes. (II-3)

INIQUITÉ ENTRE LES SEXES

Les sociétés indigènes étaient souvent matriarcales ou égalitaires et les rôles sexuels au sein de nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations sont souvent décrits comme étant complémentaires (rôles sociaux, politiques et spirituels définis). Par exemple, les femmes détenaient souvent les connaissances au sujet des herbes médicinales, y compris celles qui étaient utilisées pour interrompre la grossesse, déclencher le travail, soulager la douleur du travail et rehausser le lait maternel. Cet équilibre a été troublé par le colonialisme^{29,30}.

Les dossiers historiques font fi des forces des femmes et redéfinissent leur position.

Les missionnaires, les agents des Indiens, les commerçants et les religieux de sexe masculin ont souvent eu affaire à des femmes autochtones au moment de la prise de contact : ils ont tous refusé d'accepter l'émancipation de la femme autochtone³¹.

Chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations, les rôles complémentaires des hommes et des femmes ont été davantage érodés par différentes lois. Par exemple, la *Loi*

sur les Indiens (qui définit le statut de la femme en relation avec son père et son mari) a interdit la cession héréditaire traditionnelle des terres à une femme, retirant donc à celle-ci ses droits à titre de protectrice et de détentrice du titre des terres. Plus tard, en 1986, la Cour suprême du Canada a statué que les lois provinciales et territoriales traitant des biens immobiliers matrimoniaux ne s'appliquaient pas aux réserves indiennes. Ainsi, lorsqu'un mariage ou une relation prend fin et que les parties ne s'entendent pas, les femmes ayant mis fin à la relation ne sont pas protégées par la loi contre la perte de leur maison³¹. Les pensionnats et la pratique *Sixties scoop* ont retiré aux Inuites, aux Métisses et aux femmes des Premières Nations leur rôle de mère, les empêchant ainsi d'assurer la passation de leurs connaissances médicales, historiques, cérémoniales et morales.

Pour détruire un peuple, il est essentiel d'assumer le contrôle des capacités génésiques des femmes et de procéder à la destruction des femmes et des enfants. Lorsque les femmes d'une nation ne sont pas tuées de façon disproportionnée, la population de la nation en question ne sera pas gravement affectée. Les femmes et les enfants autochtones ont été ciblés par un programme systématique d'élimination en vue d'assurer la destruction des nations indiennes (1992, 121). Voilà pourquoi des colons tels que M. Andrew Jackson ont recommandé que leurs troupes assassinent systématiquement les femmes et les enfants autochtones dans le cadre des massacres que ces troupes perpétrèrent, et ce, en vue d'achever l'extermination des nations en question³².

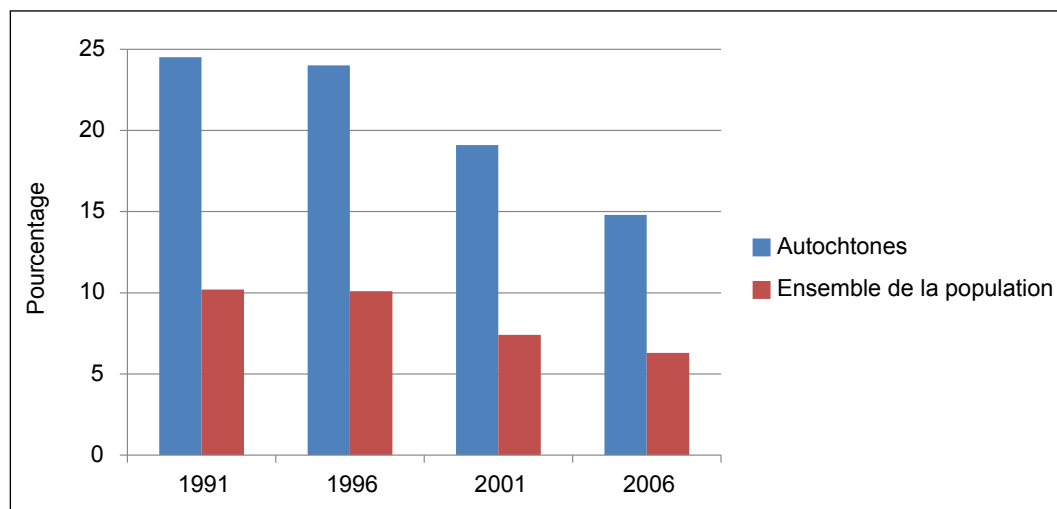
Déclaration sommaire

11. Traditionnellement, les hommes et les femmes des peuples inuits, métis et des Premières Nations tenaient des rôles égaux et complémentaires. Le colonialisme s'est généralement affairé à mépriser et à ignorer les Inuites et les femmes des Premières Nations, et à les réduire au statut d'objet. Par l'intermédiaire de lois spécifiques, les femmes des Premières Nations (en particulier) ont perdu leurs droits et leurs pouvoirs au sein de leurs communautés, y compris leur rôle en matière de promotion de la santé et de l'éducation traditionnelles. (III)

EXCLUSION SOCIALE

Au Canada, le système de santé et les efforts de recherche dans le domaine de la santé ne parviennent pas, en grande partie, à comprendre les effets de la dimension de l'exclusion

Figure 3.2 Taux de chômage selon les données du recensement canadien (1991, 1996, 2001 et 2006)



sociale sur les issues de santé que connaissent les femmes. Les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations, les membres de groupes racialisés et les immigrants récents ont été identifiés comme étant les groupes les plus marginalisés de la société canadienne. L'exclusion sociale fait référence aux structures et aux « processus dans le cadre desquels des personnes et des communautés entières sont systématiquement tenues à l'écart des droits, des occasions et des ressources qui sont normalement mis à la disposition des membres de la société et qui jouent un rôle crucial en matière d'intégration sociale »³².

DÉVELOPPEMENT ET ÉDUCATION DU JEUNE ENFANT

Par « développement du jeune enfant », on entend la croissance qui se déroule de la préconception jusqu'à l'âge de six ans, soit la période au cours de laquelle la plasticité neuronale est à son apogée. Une méta-analyse de 38 études examinant les issues néonatales chez des femmes autochtones a révélé la présence de taux accrus de faible poids de naissance, d'accouchement préterme, de mortinaissance et de mortalité néonatale, par comparaison avec les femmes non autochtones²⁰. Un certain nombre de programmes existants visent à neutraliser les facteurs négatifs complexes se trouvant dans l'environnement social et culturel des enfants, et ce, afin d'améliorer leur capacité à fréquenter l'école primaire et à assurer leur réussite (comme, par exemple, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones). La mise en œuvre d'autres efforts s'avère requise pour faire en sorte que de tels programmes soient disponibles dans toutes les communautés.

CONDITIONS D'EMPLOI

L'inégalité et l'insécurité en matière d'emploi et la disparité en matière de revenu exercent des effets négatifs sur la santé, ce qui donne lieu à des contraintes économiques et à des tensions connexes sur les plans social et économique³³. Près de 14,8 % des Autochtones canadiens sont sans emploi, par comparaison avec la moyenne nationale de 6,3 %³⁴. Bien que les taux de chômage chez les Autochtones du Canada connaissent une certaine atténuation, la Figure 3.2 indique que ces taux continuent d'être considérablement plus élevés qu'au sein de l'ensemble de la population canadienne³⁵.

On estime que 35 % des femmes autochtones vivent dans la pauvreté. En raison de la chronicité du chômage et du sous-emploi, les femmes autochtones sont plus susceptibles de vivre dans des logements délabrés et surpeuplés, de devoir faire face à l'insécurité alimentaire et de s'alimenter de façon inadéquate. Les femmes autochtones sont également moins susceptibles que les femmes non autochtones de finir leurs études secondaires et d'obtenir un diplôme collégial. Selon une étude, 39 % des femmes autochtones monoparentales gagnent moins de 12 000 \$ par année, ce qui a d'importantes conséquences en ce qui concerne le logement, la sécurité alimentaire et les soins offerts aux enfants (sans mentionner que cela hypothèque sérieusement les chances de pouvoir poursuivre des études supérieures)³⁶. Le manque d'emploi chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations est également considéré comme étant un problème social considérable au sein même de ces communautés, comme le révèle l'Enquête auprès des peuples autochtones dans le cadre duquel 67,1 % des résidents ont indiqué que le chômage constituait leur problème social le plus important³⁷.

Déclaration sommaire

12. Au sein des communautés autochtones, le taux de chômage est beaucoup plus élevé que celui qui est constaté chez les Canadiens non autochtones. Il contribue de façon importante aux écarts socioéconomiques et aux lacunes en matière d'accès à des soins de santé équitables et de qualité. (II-3)

MESURES ET DONNÉES PROBANTES

L'épidémiologie est l'étude de la distribution et des déterminants de la fréquence de la maladie au sein des populations humaines. Certaines issues sentinelles ont été identifiées et sont mesurées avec le temps pour contribuer à l'évaluation de l'efficacité des stratégies de prévention de la maladie. Malheureusement, bon nombre de ces stratégies de prévention ont été centrées sur la réduction du risque et sont souvent liées aux comportements propres au mode de vie. Lorsque les facteurs de risque sont isolés de leur contexte historique, social et économique, cela peut favoriser ou renforcer l'apparition de stéréotypes négatifs. Par exemple, il a été bien établi que le tabagisme, l'âge au moment de la première relation sexuelle, la multiparité et les antécédents en matière de maladies transmissibles sexuellement constituent tous des facteurs de risque en ce qui concerne le cancer du col utérin. Il est également de plus en plus reconnu que les femmes autochtones connaissent une incidence accrue de cancer du col utérin et de mortalité connexe. Pris isolément, de telles données épidémiologiques peuvent facilement être utilisées pour soutenir des stéréotypes qui caractérisent les femmes des Premières Nations comme étant libidineuses ou comme manquant de volonté, de discernement ou de force morale, tandis que les obstacles sociaux, géographiques et financiers qui nuisent au dépistage et à la mise en œuvre d'un suivi peuvent être facilement passés sous silence. Qui plus est, la phraséologie utilisée qui veut que l'on « soutienne » les communautés inuites, métisses et des Premières Nations pour qu'elles deviennent plus responsables laisse entendre que ces communautés ne s'efforcent pas déjà de protéger et de promouvoir leur propre santé et leur propre bien-être.

Déclaration sommaire

13. La terminologie de la mesure des issues de santé a souvent pour effet de perpétuer des stéréotypes négatifs envers les Inuits, les Métis et les Premières Nations, puisque les données générées sont souvent signalées sans tenir du contexte social, politique et économique des communautés visées. (III)

Comme l'illustre le présent chapitre, de plus en plus de données démontrent clairement les effets qu'exercent les déterminants sociaux sur la santé des Inuites, des Métisses

et des femmes des Premières Nations. Il est impératif que les professionnels de la santé comprennent que les Inuits, les Métis et les Premières Nations survivent malgré d'incroyables forces structurelles qui visent leur assimilation mais qui, en réalité, donnent lieu à une marginalisation et à une exclusion systématiques s'accompagnant de conséquences inacceptables en matière de santé sexuelle et génésique. Malgré cela, la résilience, la collectivité et la conception holistique de la santé demeurent fortes et représentent un aspect essentiel des communautés, des personnes et des chefs de file qui s'efforcent de promouvoir la santé et de faire avancer le statut des Autochtones au Canada. Dans cet ordre d'idées, l'autodétermination est dorénavant considérée comme étant une composante habilitante clé pour assurer l'évolution des issues de santé au sein des communautés inuites, métisses et des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

1. Fighting climate change: human solidarity in a divided world. [Human development report 2007/2008]. New York: United Nations Development Programme; 2007. Disponible : http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Indicator_tables.pdf. Consulté le 30 mars 2013.
2. Health indicators of Inuit Nunangat within the Canadian context 1994-1998 and 1999-2003. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami; 2010. Disponible : <https://www.itk.ca/publication/health-indicators-inuit-nunangat-within-canadian-context>. Consulté le 30 mars 2013.
3. Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Genève : Organisation mondiale de la santé, commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2008. Disponible : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Consulté le 30 mars 2013.
4. Greenwood M. Web of being: social determinants and indigenous people's health. Prince George BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2009. Disponible : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/1791_NCCAH_web_being.pdf. Consulté le 19 mars 2013.
5. Gracey M, King M. Indigenous health Part 1: determinants and disease patterns. *Lancet* 2009;374:65-75.
6. Borrows J. Wampum at Niagara: Canadian legal history, self-government, and the royal proclamation. Dans : Asch M, éd. *Aboriginal and treaty rights in Canada*. Vancouver: UBC Press; 1998. pp. 155-72.
7. Leslie J, Maguire R, Moore RG. The historical development of the Indian Act. Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada; 1978.
8. Ministère de la Justice. Partie II. Droits des peuples autochtones du Canada. Dans : *Consolidation des lois constitutionnelles de 1867 à 1982*. Ottawa : Ministère de la Justice, 2001. Disponible : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-16.html#h-52>. Consulté le 19 mars 2013.
9. Richardson C, Wade A. Metis responses to violence: understanding, preventing and responding to violence in the Metis community. Edmonton: Government of Alberta; 2005. Disponible : <http://www.docstoc.com/docs/72494258/Metis-Responses-to-Violence>. Consulté le 29 mars 2013.
10. Chartrand LN, Logan TE, Daniels JD. Métis history and experience and residential schools in Canada. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation; 2006. Disponible : <http://www.ahf.ca/downloads/metisweb.pdf>. Consulté le 19 mars 2013.
11. Harper S, au nom du gouvernement du Canada. Présentation d'excuses aux anciens élèves des pensionnats indiens. Ottawa : Affaires autochtones et

- Développement du Nord Canada, le 11 juin 2008. Disponible : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100015644/1100100015649>. Consulté le 19 mars 2013.
12. Affaires indiennes et du Nord Canada. Backgrounder: the residential school system. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada; 1998.
 13. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Canada Communication Group Publishing; 2006. Disponible : <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115053257/> http://www.aainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_e.html. Consulté le 20 mars 2013.
 14. Bryce PH. The story of a national crime: being an appeal for justice to the Indians of Canada. Ottawa: James Hope & Sons; 1922. Disponible : <http://archive.org/download/storyofnational00brycuoft/storyofnational00brycuoft.pdf>. Consulté le 18 février 2013.
 15. Zukewich N. Enquête auprès des peuples autochtones de 2006. Ottawa : Statistique Canada, 2009. Cat. 89-637-XWF. Disponible : <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=89-637-x&lang=eng>. Consulté le 18 mars 2013.
 16. Johnston P. Native children and the child welfare system. Toronto: James Lorimer & Co.; 1983.
 17. Dodgson JE, Struthers R. Indigenous women's voices: marginalization and health. *J Transcult Nurs* 2005;16:339-46.
 18. Statistique Canada. Produit intérieur brut par industrie. Ottawa : Statistique Canada, 2010. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100730/dq100730a-eng.htm>. Consulté le 20 mars 2013.
 19. Metis Settlements General Council. Legislation. Edmonton: Metis Settlements General Council; 2012. Disponible : <http://www.msgc.ca/about+us/legislation/default.ksi>. Consulté le 18 mars 2013.
 20. Shah CP. Public health and preventive medicine in Canada. 5^e éd. Toronto: University of Toronto Press; 2003.
 21. Berman H, Mulcahy GA, Forchuk C, Edmunds KA, Haldenby A, Lopez R. Uprooted and displaced: a critical narrative study of homeless, Aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:418-30.
 22. Egeland GM, Pacey A, Cao Z, Sobol I. Food insecurity among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *CMAJ* 2010;182:243-8. Disponible : <http://www.cmaj.ca/content/182/3/243.full.pdf+html>. Consulté le 15 mars 2013.
 23. Cameron E. State of the knowledge: Inuit public health, 2011. Prince George BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2011. Disponible : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/setting%20the%20context/1739_InuitPubHealth_EN_web.pdf. Consulté le 13 mars 2013.
 24. Smith A. Not an Indian tradition: the sexual colonization of native peoples. *Hypatia* 2003;18(2):70-85. Disponible : <http://www.womenspiritcoalition.org/resources/not-an-indian-tradition>. Consulté le 21 mars 2013.
 25. Métis National Council. Métis traditional knowledge. Ottawa: Métis National Council; 2011. Disponible : <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/05/Metis-Traditional-Knowledge.pdf>. Consulté le 21 mars 2013.
 26. Métis National Council. Métis nation and climate change. Ottawa: Métis National Council; 2011. Disponible : <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/05/Climate-Change-Fact-Sheet.pdf>. Consulté le 21 mars 2013.
 27. Métis National Council. Métis Nation and species at risk in Canada. Ottawa: Métis National Council; 2011. Disponible : <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/05/SARA-Fact-Sheet-2.pdf>. Consulté le 21 mars 2013.
 28. Browne AJ. Urban First Nations health research discussion paper. A report for the First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization. Ottawa: First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization; 2009. Disponible : <http://www.naho.ca/documents/fnc/english/UrbanFirstNationsHealthResearchDiscussionPaper.pdf>. Consulté le 20 mars 2013.
 29. Dorion L. Emerging voices of Métis women. Saskatoon SK: Gabriel Dumont Institute; 2003. Disponible : <http://www.metismuseum.ca/resource.php/01269>. Consulté le 20 mars 2013.
 30. Blady S. Les Métisess: towards a feminist history of Red River. Dans : Oakes J, Riewe R, eds. *Issues in the North*, vol 2. Edmonton: Canadian Circumpolar Institute, University of Alberta; 1997. pp. 179-86.
 31. Aboriginal women and the implementation of Bill C-31. Thunder Bay ON: Ontario Native Women's Association; 1991. Disponible : <http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/AboriginalWomen&ImplementationofBillC31.pdf>. Consulté le 20 mars 2013.
 32. Todman LC. Reflections on social exclusion: What is it? How is it different from U.S. conceptualizations of disadvantage? And, why Americans might consider integrating it into U.S. social policy discourse. *City Futures Conference*; 2004 Jul 8; Chicago. Disponible : <http://www.uic.edu/uic>. Consulté le 14 mars 2013.
 33. Frohlich KL, Ross N, Richmond C. Health disparities in Canada today: some evidence and a theoretical framework. *Health Policy* 2006;79(2-3):132-43.
 34. Statistique Canada. Rapport technique sur les peuples autochtones, recensement de 2006, 2^e éd. Ottawa : Statistique Canada, 2008. Disponible : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/rp-guides/rp/ap-pa_2/index-eng.cfm. Consulté le 14 mars 2013.
 35. Mendelson M. Les Autochtones sur le marché du travail canadien : travail et chômage, aujourd'hui et demain. Ottawa : Caledon Institute of Social Policy, 2004. Disponible : <http://www.caledoninst.org/publications/pdf/471eng.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
 36. Anderson K. Tenuous connections: urban Aboriginal youth sexual health & pregnancy. Toronto: Ontario Federation of Indian Friendship Centres; 2002 Mar. Disponible : http://74.213.160.105/UMAYCWebsite/WC_OFIFC_report.pdf. Consulté le 14 mars 2013.
 37. Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones, 1991. Ottawa : Statistique Canada, 1993. Disponible : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SurvId=3250&SurvVer=1&InstalId=16692&InstaVer=1&SDDS=3250&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>. Consulté le 14 mars 2013.

Systemes, politiques et services de santé visant les Inuits, les Métis et les Premières Nations

À la suite de la Confédération en 1867, le gouvernement fédéral était considéré comme étant responsable des Premières Nations et de leurs réserves. En 1871, des « agents des Indiens » ont été nommés pour administrer les affaires des Premières Nations et pour mettre en œuvre les dispositions des Traités numérotés, y compris les soins médicaux.

Bien qu'une controverse considérable ait entouré l'ampleur des obligations du gouvernement envers les Premières Nations et les Inuits en matière de santé, l'offre de services de santé aux communautés des Premières Nations a fait partie d'au moins certaines négociations de traité.

« La « clause de l'armoire à pharmacie » du Traité n° 6 a été interprétée par de nombreuses personnes comme indiquant que l'offre de services de santé par le gouvernement fédéral constitue un droit négocié par traité »¹. Voilà ce qui forme la base de l'offre de soins de santé par le gouvernement canadien. Il nous importe de souligner que le gouvernement fédéral offre toujours un financement par personne qui est considérablement moins élevé que les sommes que fournissent les gouvernements provinciaux à la population générale.

Les prestations et les services médicaux sont offerts aux Premières Nations et aux Inuits par l'intermédiaire d'un processus complexe; les dépenses encourues pour les services rendus aux « Indiens inscrits » et aux Inuits inscrits sont par la suite remboursées par le gouvernement fédéral, le tout étant dirigé par la *Loi canadienne sur la santé*². Ces services de santé englobent les soins de santé primaires (comme la consultation de médecins et d'autres services professionnels de santé) et les soins hospitaliers assurés. Ce qui n'est pas couvert par les régimes de santé provinciaux et territoriaux pourrait l'être par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, par l'intermédiaire du programme de services de santé non assurés (SSNA). Le programme SSNA est le programme national de prestations de soins de santé médicalement nécessaires de Santé Canada qui offre, aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits admissibles³,

une couverture pour ce qui est des demandes de prestations visant une gamme déterminée de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, de fournitures et d'appareils médicaux, de services d'intervention d'urgence à court terme (santé mentale) et de services de transport pour raison médicale, lorsque ceux-ci ne sont pas autrement assurés.

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada a également un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, des familles et des communautés autochtones et nordiques. Cette structure hétérogène a mené à la mise en œuvre d'un système de prestation de services plutôt compliqué comptant des lacunes et des chevauchements juridictionnels. Les communautés inuites et des Premières Nations qui vivent dans des régions éloignées n'étant accessibles que par avion doivent relever des défis additionnels pour obtenir accès à des services de santé. Les Inuits (et particulièrement ceux qui vivent dans des régions nordiques) ont des besoins distincts qui sont difficiles à satisfaire au moyen des modèles standard de prestation de soins de santé. L'emplacement en région rurale et éloignée de nombreuses communautés inuites crée des obstacles à l'accès à des soins appropriés, coordonnés et sûrs au plan culturel. Les services offerts à la plupart de ces communautés sont en grande partie assurés par un poste de soins infirmiers dont le personnel est constitué d'une infirmière ou d'un représentant en santé communautaire; des médecins et d'autres spécialistes y sont périodiquement emmenés par avion. Les Inuits qui nécessitent des soins avancés doivent être transférés dans des villes du sud du Canada⁴. Parmi eux, on trouve pratiquement toutes les femmes enceintes, lesquelles sont transférées dans ces villes plusieurs semaines avant l'accouchement⁵.

Une situation particulière prévaut au Yukon : les membres des Premières Nations peuvent ou non y être des « bénéficiaires » de leur Première Nation, qu'ils soient ou non considérés comme étant « inscrits » en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Dans ce cas, les Premières Nations disposent du droit d'assumer la responsabilité d'offrir des

programmes et des services à leurs citoyens. Le terme « *Taken down* » signifie qu'une communauté des Premières Nations s'est prévalu de ce droit et qu'elle reprend les responsabilités du ou des gouvernements fédéral et/ou territorial. Les Premières Nations qui ont repris (« *taken down* ») ces responsabilités quant à ces programmes sont donc responsables de l'offre de ceux-ci; pour ce faire, elles reçoivent un transfert forfaitaire de la part du ou des gouvernements fédéral et/ou territorial. Le programme SSNA fournit encore du financement aux Premières Nations du Yukon en fonction du nombre d'« Indiens inscrits » qui en font partie; bon nombre des Premières Nations du Yukon regroupent les ressources tirées des paiements de transfert en santé et des prestations « par personne » offertes par le programme SSNA, pour ensuite les redistribuer aux bénéficiaires, inscrits ou non. Bien que cela améliore les issues de santé pour ce qui est des bénéficiaires non inscrits, cette façon de procéder entraîne simultanément une baisse des ressources à la disposition des bénéficiaires inscrits (lesquelles sont déjà limitées par l'intermédiaire du programme SSNA).

Les complexités et les défis de la conception, de la prestation et de la mise en œuvre des politiques et des services de santé pour les Premières Nations et les Inuits ont des conséquences manifestes sur l'accès à des soins de qualité, opportuns et sûrs au plan culturel. Le cas de Jordan River Anderson de la *Norway House Cree Nation* constitue un exemple de ces complexités et de ces défis.

Principe de Jordan

Jordan était un enfant ayant d'importants besoins sur le plan médical qui, à l'âge de deux ans, était prêt à quitter l'hôpital, mais qui y a plutôt passé inutilement plus de deux années additionnelles, puisque la Province du Manitoba et le gouvernement du Canada ne parvenaient pas à s'entendre quant au remboursement des frais pour les soins prodigués à la maison. Jordan est décédé à l'âge de 5 ans sans avoir jamais passé une journée en milieu familial, tandis que les gouvernements continuaient à débattre de la question. Le « Principe de Jordan » est un principe qui place l'enfant au premier plan et qui exhorte l'agence gouvernementale auxquels les parents se sont d'abord adressés d'assumer les frais des services prodigués à l'enfant, pour ensuite entreprendre des démarches de remboursement, le cas échéant; de cette façon, l'enfant n'a pas à devenir une victime de la bureaucratie. Le Principe de Jordan s'applique à tous les services gouvernementaux et doit être adopté et être intégralement mis en œuvre par le gouvernement du Canada et toutes les provinces / territoires⁶.

Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé de la Colombie-Britannique

Certains ont avancé que le transfert de la responsabilité des soins de santé aux Premières Nations pourrait permettre l'obtention de meilleurs résultats. Un tel transfert s'est produit en Colombie-Britannique avec la signature, le 13 octobre 2011, de l'accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé de la Colombie-Britannique. Cet accord entre le gouvernement du Canada, le Conseil de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique et le gouvernement de la Colombie-Britannique a permis la création de la *BC First Nations Health Authority*, laquelle administre les services de santé fédéraux qui sont offerts aux Premières Nations en Colombie-Britannique⁷.

Bien que les Métis constituent l'un des peuples fondateurs du Canada et continuent, de façon collective, de faire l'objet de disparités considérables sur le plan de la santé, ils sont considérés (par les gouvernements fédéral et provinciaux) comme faisant partie de la population non autochtone. Cela signifie que les Métis n'ont pas accès aux services de santé additionnels qui sont offerts aux Premières Nations et aux Inuits par le gouvernement fédéral⁸. Les groupes représentant les Métis ont avancé pendant de nombreuses années que, en tant que l'un des peuples fondateurs du Canada, ils devraient recevoir les mêmes compensations additionnelles que reçoivent les Premières Nations et les Inuits de la part du gouvernement fédéral⁹.

Il existe des ressources utiles pour aider les professionnels de la santé à en apprendre davantage au sujet des systèmes de santé et des politiques particulières qui s'appliquent à leurs patientes inuites, métisses et des Premières Nations, y compris le *Benefits Guide on Non-Insured Health Benefits Program* de l'Assemblée des Premières Nations¹⁰ et la fiche de référence sur le programme SSNA de l'Initiative en matière de santé des Autochtones de la SOGC (disponible par l'intermédiaire du site Web de la SOGC¹¹).

CONSEILS CLINIQUES

Consultez le site Web du programme SSNA¹² afin de vous y familiariser

Familiarisez-vous avec la logistique des soins spécialisés dans votre région / centre, ainsi qu'avec les communautés autochtones avoisinantes qui sont desservies par votre centre et avec les services particuliers qui sont offerts dans chaque centre.

Déclaration sommaire

14. Les conflits juridictionnels entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et de bande rendent difficile l'offre de services de santé et de santé publique exhaustifs aux Premières Nations. (III)

Recommandations

7. Les professionnels de la santé devraient connaître le Principe de Jordan (un principe qui place l'enfant au premier plan et qui exhorte l'agence gouvernementale auxquels les parents se sont d'abord adressés d'assumer les frais des services prodigués à l'enfant, pour ensuite entreprendre des démarches de remboursement, et ce, en vue d'assurer l'offre de soins adéquats en temps opportun) et être au courant des débats en cours (en ce qui concerne les responsabilités juridictionnelles) qui nuisent à l'offre de soins de santé de qualité, opportuns et sûrs au plan culturel aux Inuits et aux Premières Nations. (III-A)
8. Les professionnels de la santé qui offrent des soins aux Inuits et aux Premières Nations devraient connaître le programme de services de santé non assurés (SSNA), les critères d'admissibilité de ce dernier et la couverture qu'il offre, ainsi que les exceptions et les permissions spéciales qui sont requises dans certains cas. Les professionnels de la santé devraient reconnaître qu'ils ont un rôle crucial à jouer dans la défense des droits de leurs patientes inuites et des Premières Nations, en vue de les aider à obtenir accès à ces prestations. Les professionnels de la santé devraient savoir que leurs patientes métisses n'ont pas accès au programme SSNA et qu'elles pourraient faire face à des difficultés particulières au moment de chercher à obtenir des soins de santé. (III-A)

Bien que les Inuits, les Métis et les Premières Nations représentent environ 4 % de la population canadienne, les professionnels de la santé d'origine autochtone demeurent très sous-représentés. En 1996, le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a identifié les ressources humaines autochtones dans le domaine de la santé (RHAS) comme étant un élément clé dans la réussite potentielle de nouvelles approches en matière de santé et de guérison, et a recommandé que « les gouvernements et les établissements d'enseignement entreprennent de former 10 000 Autochtones dans le domaine de la santé (dont des rôles professionnels et de gestion) au cours de la prochaine décennie »¹³. Des systèmes de contingentement ont été élaborés dans un certain nombre d'établissements postsecondaires canadiens formant des professionnels de la santé, et ce, en vue d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones. De plus, l'Inuit Tapariit Kanatami a récemment publié le *2011-2021 Inuit Health Human Resources Framework and Action Plan* dont l'objectif est de faire avancer la santé des Inuits en créant une main-d'œuvre inuite qui sera en mesure d'offrir une gamme complète de services de santé au sein des communautés inuites, principalement en langue inuite¹⁴.

La guérison et la pratique sage-femme traditionnelles soulèvent également d'importantes questions en matière de RHAS. Les sages-femmes sont des femmes disposant de connaissances spécialisées en matière de soins prénataux, d'aide à l'accouchement et de soins postpartum. Les sages-femmes peuvent avoir recours au massage, à la modification du régime alimentaire, à des médicaments, ainsi qu'à des rituels, des prières et/ou des services de counseling. Bien que la pratique sage-femme ait été discréditée et déconseillée par le colonialisme, les sages-femmes autochtones sont actuellement en voie de reprendre un rôle important et respecté au sein de nombreuses communautés autochtones. La variabilité du cadre légal, l'accès, le recrutement, la formation et l'entraide sont des questions de RHAS qui doivent être examinées et étudiées davantage en ce qui concerne la pratique sage-femme¹³.

Recommandation

9. Tous les professionnels de la santé devraient reconnaître et respecter le rôle des sages-femmes autochtones et traditionnelles dans la promotion de la santé sexuelle et génésique des femmes, et devraient savoir que ce rôle ne se limite pas à la grossesse et à l'accouchement, et qu'il se prolonge souvent au-delà de l'année de la naissance. (II-2A)

CONCEPTION DE LA SANTÉ CHEZ LES INUITS, LES MÉTIS ET LES PREMIÈRES NATIONS

Les Inuits, les Métis et les Premières Nations comptent des conceptions de la santé et du bien-être qui leur sont propres; ces conceptions présentent également d'importantes distinctions d'un peuple à l'autre au sein d'une même nation. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de valeurs semblent universellement se retrouver dans la conception de la santé chez les Autochtones. Parmi celles-ci, on compte le respect, l'humilité, l'holisme et l'équilibre. Par exemple, les conceptions eurocentriques de la santé et des soins de santé tendent à fonctionner sous forme hiérarchique, un accent étant placé sur l'obéissance de la patiente. Les professionnels de la santé sont considérés comme étant supérieurs et ils s'attendent à ce que leurs patientes respectent leurs conseils et les mettent en œuvre. Le respect est un concept important dans de nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations. Toutefois, l'accent est mis sur le respect mutuel, plutôt que sur la déférence. Par respect mutuel, on entend la compréhension et la prise en considération sans jugement du comportement d'une autre personne, et le fait de croire que celle-ci fera de son mieux, compte tenu de sa situation et de ses compétences. Le respect constitue l'élément clé de l'offre de soins sûrs au plan culturel aux personnes inuites,

métisses et des Premières Nations, mais elle représente également le domaine où la médecine européenne est la plus susceptible d'offenser, en raison de son modèle directif. Chez de nombreux peuples indigènes, lorsque deux membres d'une relation se considèrent comme étant égaux, ils mettent leur humilité en pratique. Les Inuits, les Métis et les Premières Nations du Canada perçoivent la santé comme étant holistique, englobant un équilibre entre les éléments physiques, affectifs, mentaux et spirituels. L'importance de l'équilibre s'étend également au-delà de la personne et inclut sa famille, sa communauté et son environnement. Des liens étroits et des relations équilibrées avec la terre, l'eau et la glace, leurs communautés et leurs sociétés régissent leur sentiment de bien-être.

Les Inuits, les Métis et les Premières Nations ont des traditions fortes et particulières en matière de santé et de guérison. Parmi celles-ci, on trouve l'utilisation d'enseignements, de cérémonies et de médicaments traditionnels à base de plantes et de substances animales qui contribuent tous au maintien ou à la restauration de l'équilibre et de la santé des personnes, des familles et des communautés; par exemple, les enseignements de la roue médicinale, l'utilisation médicinale du thé du Labrador, les cérémonies de la suerie, le port des peintures traditionnelles et l'offrande de tabac.

EFFETS DU COLONIALISME SUR LES CROYANCES, LES VALEURS ET LES PRATIQUES TRADITIONNELLES DES INUITS, DES MÉTIS ET DES PREMIÈRES NATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Avant le contact avec les colons européens, les guérisseurs inuits et des Premières Nations étaient responsables de la santé de leur peuple et se fiaient sur de riches connaissances au sujet des médicaments traditionnels et des pratiques socioculturelles. Les moments importants de la vie étaient marqués par des célébrations de naissance, des cérémonies d'octroi d'un nom, des cérémonies de puberté, des cérémonies de maturité et des cérémonies funéraires. Puisque les Métis n'existaient pas avant le contact avec les Européens, leurs pratiques traditionnelles en matière de guérison doivent être considérées au moyen d'une épreuve de contrôle qui identifie les pratiques qui existaient avant la mise en œuvre de mesures européennes en matière de santé au sein d'une région donnée¹⁵.

Après des années de structures de gouvernance imposées, de relocalisations, de déplacements et de mises en pensionnat, les Inuits, les Métis et les Premières Nations ont vu l'interdiction, le discrédit et la perte de leurs guérisseurs traditionnels, de leurs croyances, de leurs valeurs et de leurs traditions. Les traditions se sont perdues dans le temps et

la structure sociétale a été affectée par l'infirmité de générations de connaissances, ce qui a été à l'origine de nombreux problèmes sociaux au fur et à mesure que les gens ont perdu de vue leur rôle et leur valeur au sein de leur famille et de leur communauté.

Il est important de souligner que de nombreuses familles inuites, métisses et des Premières Nations se sont converties au christianisme et que cela continue d'exercer une influence centrale sur les valeurs et les croyances contemporaines.

Malgré la critique et le scepticisme généralisés, ainsi que les efforts explicites cherchant à discréditer les guérisseurs traditionnels et leurs connaissances au sein de certains cercles universitaires, la médecine traditionnelle est de plus en plus reconnue comme étant un ensemble cohérent « ... de croyances et de pratiques qui sont bien intégrées dans les sociétés autochtones et qui ont tenu d'importantes fonctions sociales, religieuses et médicales »¹⁶. Malgré tout, de nombreux professionnels de la santé se sont montrés beaucoup plus ouverts à la naturopathie et à d'autres formes traditionnelles et naturelles de médecine et de guérison qu'aux approches préconisées par les Inuits, les Métis ou les Premières Nations. Les remèdes à base de plantes médicinales font partie de la santé et de la guérison culturelle. Grâce aux travaux de guérisseurs traditionnels et d'ethnobotanistes visant à quantifier les avantages de la médecine traditionnelle, « plus de 170 médicaments qui ont figuré ou qui figurent toujours dans la *Pharmacopoeia of the United States of America* doivent leur origine à l'utilisation autochtone »¹⁷.

Recommandations

10. Dans le cadre des consultations régulières (y compris celles qui visent les soins prénataux), les professionnels de la santé devraient se renseigner au sujet de l'utilisation de pratiques médicales et de médicaments traditionnels par leurs patientes. (III-A)
11. Les professionnels de la santé devraient savoir que chaque communauté inuite, métisse et des Premières Nations compte ses propres traditions, valeurs et pratiques de communication; ils devraient donc participer aux activités de la communauté en question de façon à se familiariser avec ces traditions, valeurs et pratiques. (III-A)

CONSEILS CLINIQUES

Reconnaissez que les femmes disposent du droit de prendre des décisions éclairées pour ce qui est de tous les aspects de leur santé sexuelle et génésique, y compris le droit d'avoir recours à des connaissances traditionnelles de façon exclusive ou conjointement avec celles de la médecine occidentale.

Au sein de votre clinique, faites en sorte de communiquer des renseignements de santé publique sûrs au plan culturel, empreints de chaleur et de compréhension, et pertinents pour ce qui est des Inuits, des Métis et des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

1. Smylie J. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones. (2^e partie : Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada). Déclaration de principe de la SOGC, n^o 100, décembre 2000. *J Obstet Gynaecol Can* 2000;22:1070–81. Disponible : <http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS2-December2000.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
2. *Loi canadienne sur la santé*. 1985. (L.R.C., 1985, c. C-6).
3. Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits. Ottawa : Santé Canada, 2012. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>. Consulté le 14 mars 2013.
4. Jenkins AL, Gyorkos TW, Culman KN, Ward BJ, Pেকেles GS, Mills EL. An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants. *Int J Circumpolar Health* 2003;62(1):17–39.
5. Cameron E. État des connaissances en matière de santé publique des Inuits. Prince George BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2011. Disponible : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/setting%20the%20context/1739_InuitPubHealth_FR_web.pdf. Consulté le 14 mars 2013.
6. Blackstock C. Jordan's principle: editorial update. *Paediatr Child Health* 2008;13:589–90. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603509>.
7. First Nations Health Council. [site Web] Vancouver: The Council; 2012. Disponible : <http://www.fnhc.ca/>. Consulté le 14 mars 2013.
8. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Canada Communication Group Publishing; 2006. Disponible : <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115053257/> http://www.aicn-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_e.html. Consulté le 15 mars 2013.
9. Haworth-Brockman MJ, Bent K, Havelock J. Health research, entitlements and health services for First Nations and Métis women in Manitoba and Saskatchewan. *Journal of Aboriginal Health* 2009;4(2):14–23.
10. Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Assemblée des Premières Nations. Vos services de santé - Guide des Premières Nations pour l'accès aux services de santé non assurés. Ottawa : Santé Canada, 2012. Cat. H34-230/1-2011F. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/pubs/nihb-ssna/yhb-vss/index-fra.php>. Consulté le 15 mars 2013.
11. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. [site Web]. Disponible : <http://www.sogc.org>. Consulté le 15 mars 2013.
12. Santé Canada. Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>. Consulté le 15 mars 2013.
13. Downey B. Aboriginal health human resources “a pillar for the future”: a discussion paper for the International Network for Indigenous Health Knowledge and Development Forum. Ottawa: National Aboriginal Health Organization; 2003. Disponible : www.naho.ca/documents/naho/english/pdf/pillar_for_future.pdf. Consulté le 12 mars 2013.
14. Inuit Tapiriit Kanatami. 2010-2011 Annual Report. Disponible : <https://www.itk.ca/publication/2010-2011-annual-report>. Consulté le 14 mars 2013.
15. Boyer Y. First Nations, Métis and Inuit health and the law: a framework for the future [dissertation]. Ottawa: University of Ottawa; 2011. Disponible : <http://www.ruor.uottawa.ca/fr/handle/10393/19921>. Consulté le 12 mars 2013.
16. Waldram J, Herring DA, Young TK. Aboriginal health in Canada: historical, cultural, and epidemiological perspectives. 2^e éd. Toronto: University of Toronto Press; 2006.
17. Vogel VJ. Services of Indian doctors to whites. Dans : *American Indian medicine. The Civilization of the American Indian*, Vol 95. Norman OK: Oklahoma University Press; 1970, pp.111–23.

Santé sexuelle et génésique des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations

Les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations connaissent un taux disproportionnellement élevé d'issues de santé indésirables, dont les infections transmissibles sexuellement, la violence sexuelle et les complications de la grossesse et de l'accouchement. Les efforts visant l'amélioration de la santé sexuelle et génésique doivent chercher à atténuer les inégalités (en ce qui a trait à la disponibilité et à l'accessibilité des services de santé sexuelle et génésique) qui affectent les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations.

RELATIONS SEXUELLES SAINES ET SÉQUELLES DU COLONIALISME

Comme la plupart des femmes, les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations cherchent à connaître des relations sexuelles saines. Au sein des communautés inuites, métisses et des Premières Nations, la sexualité et les relations sexuelles saines sont célébrées; parmi les rôles et les responsabilités qu'assume chacun des partenaires dans la relation, on trouve une attitude favorisant l'égalité, la générosité, la tendresse, la confiance et la patience. Bien qu'un certain nombre de déterminants sociaux de la santé affectent la capacité des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations à atteindre ces objectifs, il est important que les professionnels de la santé reconnaissent les efforts mis en œuvre pour aborder le bien-être sexuel et génésique du point de vue (fondé sur les forces) de l'existence de relations saines.

Bon nombre de sociétés patriarcales souscrivent à un idéal hétéronormatif. Au contraire, bon nombre de cultures indigènes comptent des concepts traditionnels non binaires plus complexes en matière d'identité sexuelle et de sexualité, et reconnaissent depuis longtemps l'existence d'un troisième et même d'un quatrième sexe, lesquels ne peuvent être définis comme étant seulement masculin ou féminin. Dans le cadre de la première conférence rassemblant des personnes autochtones lesbiennes, gaies, bissexuelles et transgenres qui a eu lieu à Winnipeg au début des années 1990, le terme anglais « *Two-Spirit* » a été créé.

La *Northeast Two-Spirit Society* définit le terme « *Two-Spirit* » comme étant un terme moderne universel pouvant être appliqué aux Autochtones LGBT. L'utilisation de ce terme est imprégnée du sentiment général de respect qui est attribué au rôle traditionnel qu'une personne LGBT aurait joué au sein de sa communauté avant la colonisation¹. En raison du colonialisme toujours présent, la non-conformité sexuelle chez les enfants et les adultes constitue maintenant une source de stress psychologique, et l'auto-identification à titre de personne lesbienne, gaie, bissexuelle, transsexuelle, transgenre, intersexuée, allosexuelle, en questionnement ou bispirituelle, ou à titre de personne appuyant une telle auto-identification, au sein des cultures inuites, métisses et des Premières Nations, se heurte dorénavant souvent à l'hétérocentrisme, à l'homophobie et à la transphobie.

Il est de plus en plus bien établi que la destruction de la culture traditionnelle expose les femmes et les enfants à des risques accrus de violence sexuelle². Des cas de viol et d'inceste ayant été signalés au sein des sociétés ancestrales, de tels comportements ne peuvent être entièrement imputés au colonialisme. Toutefois, les structures de gouvernance des Inuits, des Métis et des Premières Nations étaient alors dotées de mécanismes permettant d'assurer le châtiement des délinquants sexuels. Les approches traditionnelles envers la guérison d'une communauté à la suite d'incidents de sévices sexuels mettaient en jeu la guérison tant de la victime que de l'abuseur^{3,4}. Les cas de sévices sexuels ont connu une hausse au fur et à mesure de la dévalorisation de la position sociale des femmes qui est attribuable au colonialisme, ainsi qu'au fur et à mesure de la création de cycles d'abus dans le cadre du système de pensionnat.

Les taux de sévices sexuels perpétrés contre des enfants varient d'une étude et d'une communauté à l'autre; toutefois, en compilant des données issues de 20 études, Collin-Vezina et coll. ont déterminé que jusqu'à 50 % des adultes autochtones ont subi des sévices sexuels avant l'âge de 18 ans³. Il est important de noter que cette estimation a été calculée en excluant les études qui portaient sur des populations exposées à des risques très élevés (comme

les travailleuses du sexe). De plus, très peu de ces études établissaient des distinctions entre les Inuits, les Métis et les Premières Nations, faisant plutôt référence aux « Autochtones ». Nous ne disposons à l'heure actuelle que de données limitées sur les taux de sévices sexuels chez les Métis; toutefois, de plus en plus de victimes métisses sortent de l'ombre pour signaler les sévices qu'elles ont subis, ce qui semble indiquer que les taux sont probablement près de ceux qu'ont connus les Premières Nations. Les sévices sexuels perpétrés contre des enfants ont une incidence de 11,4 sur 100 000 au Canada; ce taux passe à 14 sur 100 000 pour la population des Premières Nations². Ce chiffre constitue probablement une sous-estimation, puisque les taux de divulgation n'atteignent pas plus de 3-5 %. Malheureusement, les victimes demeurent dans l'ombre et leurs abuseurs échappent à la justice³. Les séquelles des sévices sexuels sont intergénérationnelles; de plus, les victimes et les abuseurs doivent faire face à leurs statuts respectifs de victime et d'abuseur, au fait d'avoir des liens de parenté ou au fait de devoir vivre près l'un de l'autre au sein de la communauté.

Les fournisseurs de soins de santé devraient également être au courant des lois provinciales et fédérales en vigueur dans leur région en ce qui a trait aux activités sexuelles des personnes de moins de 18 ans. Des lois particulières s'appliquent aux activités sexuelles des enfants de moins de 12 ans, aux activités sexuelles des enfants dont l'âge se situe entre 12 et 16 ans, ainsi qu'à l'égard de la différence d'âge entre les partenaires. Les enfants de moins de 12 ans ne disposent pas de la capacité juridique de consentir à quelque forme d'activité sexuelle que ce soit et les activités sexuelles dont ils font l'objet constituent un crime à déclaration obligatoire. Lorsque la présence d'activités sexuelles chez un enfant de moins de 12 ans est soupçonnée, les professionnels de la santé devraient aborder la question avec sensibilité, conjointement avec les services sociaux.

Recommandation

12. Les professionnels de la santé devraient être au courant des lois du Code criminel canadien qui traitent des activités sexuelles chez les mineurs (y compris les enfants de moins de 12 ans et les enfants dont l'âge se situe entre 12 et 16 ans) et de la différence d'âge entre les partenaires. (III-A)

Au Canada, les femmes autochtones constituent le groupe étant exposé aux risques les plus élevés en ce qui concerne la violence. Dix pour cent des Canadiennes victimes de meurtre sont d'origine autochtone, et ce, même si les femmes autochtones ne représentent que 3 % de la population. On retrouve également des inégalités au sein du système de justice en matière de violence contre les femmes, particulièrement

en ce qui concerne les travailleuses du sexe. Les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations font souvent face à des obstacles importants lorsqu'elles souhaitent signaler des incidents de violence physique et sexuelle aux autorités, et un nombre moindre de ces signalements se traduit en déclarations de culpabilité. Cinquante pour cent des cas de meurtre dont les victimes sont des femmes autochtones demeurent non résolus⁵.

Déclaration sommaire

15. L'harmonie des sociétés inuites, métisses et des Premières Nations a été troublée par le colonialisme européen à la fin du 18^e siècle, lequel est à l'origine d'effets à grande échelle sur la santé sexuelle des femmes et des hommes des communautés inuites, métisses et des Premières Nations. (III)

Recommandation

13. Compte tenu de la prévalence de l'exploitation et des sévices sexuels, les professionnels de la santé doivent, après avoir établi une relation de confiance avec la patiente, se pencher sur la présence possible de tels méfaits. Tous les examens gynécologiques et obstétricaux doivent être abordés avec sensibilité, de façon à permettre à la patiente de déterminer elle-même le moment où elle est prête à s'y soumettre. (III-A)

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations, l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang est plus élevée qu'au sein de la population générale. La marginalisation, un faible statut socioéconomique et des taux élevés de sévices sexuels peuvent affecter l'estime de soi chez les femmes, ce qui peut les mener à ne pas utiliser des méthodes contraceptives de barrière de façon régulière avec de nouveaux partenaires et les rendre plus vulnérables à l'exploitation et à la violence.

VIH/SIDA

Les Inuits, les Métis et les Premières Nations sont affectés par le VIH/sida de façon disproportionnelle. La prévalence du VIH/sida chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations est en croissance; les utilisateurs de drogues injectables constituent le sous-ensemble de nouveaux cas de VIH connaissant la croissance la plus fulgurante^{6,7}. Le VIH affecte les femmes autochtones à des taux plus élevés que ce que l'on constate chez les femmes non autochtones : entre 1998 et 2008, chez les Autochtones, près de la moitié

des tests indiquant une séropositivité pour le VIH visaient des femmes. Les jeunes autochtones en sont également plus affectés : entre 1979 et 2008, 19 % des cas de sida signalés chez les Autochtones ont été constatés chez des jeunes de 15 à 29 ans^{7,8}.

Selon Larkin, la recherche sur le VIH/sida a accordé trop d'importance à la hausse de l'incidence et de la prévalence du VIH/sida, tandis que les déterminants sociaux de la santé ont trop souvent été négligés⁹. L'examen des déterminants sociaux de la santé (tels que l'emploi, l'éducation, le logement, l'exclusion sociale, etc.) donne lieu à une modification des activités de prévention du VIH : plutôt que de se centrer sur les comportements individuels (ce qui présente un potentiel de stigmatisation et de discrimination), ces activités visent alors les facteurs structurels et systémiques qui entravent le comportement de la personne.

Un grand nombre de recherches se sont penchées sur les approches de prévention le plus efficaces pour ce qui est des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations. Des recherches récentes ont semblé indiquer l'efficacité d'une approche fondée sur les forces en matière de prévention du VIH. Cette approche met en jeu la mise en relief de la puissance et de la force qui résident dans chacune des femmes et la réaffirmation de la valeur de ces dernières au sein de leur famille et de leur communauté respectives. Par exemple, Mme Kecia Larkin, activiste autochtone œuvrant dans le domaine du sida, a créé l'acronyme PAW, soit *Positive Aboriginal Women* (femmes autochtones positives). De plus, d'autres recherches indiquent que les efforts de prévention sont plus efficaces lorsqu'ils sont mis en œuvre tôt dans la vie d'une femme. En travaillant à améliorer la sécurité et le bien-être d'une femme tôt au cours de sa vie, il est possible d'atténuer le risque de la voir adopter plus tard des comportements à risque. Les recherches indiquent également que les efforts de prévention sont plus efficaces lorsqu'ils sont axés sur la minimisation des conséquences : par exemple, en encourageant les femmes à adopter des pratiques sexuelles sûres, plutôt que de s'abstenir de relations sexuelles. Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) a produit un document qui décrit les facteurs clés de la réussite des initiatives de prévention du VIH chez les Autochtones¹⁰. *Pauktuutit Inuit Women of Canada* dispose également d'une fiche d'information¹¹.

Les recherches ont identifié certains des obstacles et des facteurs facilitants en ce qui concerne le dépistage du VIH chez les Autochtones du Canada. Les personnes sont plus susceptibles de se prêter à un test de dépistage du VIH lorsqu'elles sont bispirituelles, qu'elles se sont déjà prêtées à un test de dépistage des ITS, qu'elles consomment actuellement de la cocaïne ou qu'elles considèrent elles-

mêmes que leur utilisation des accessoires facilitant la consommation de drogues est inadéquate. Les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves et ceux qui ont plus de 40 ans sont moins susceptibles de se prêter au dépistage du VIH¹². L'analyse du contenu de la littérature et des journaux autochtones y a révélé la présence du postulat erroné selon lequel les personnes étant exposées aux risques les plus importants sont les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes; de plus, le risque de transmission hétérosexuelle et verticale y est souvent entièrement passé sous silence¹³.

GROSSESSE EN PRÉSENCE DU VIH/SIDA ET TRANSMISSION PÉRINATALE

Le VIH peut être transmis au fœtus (transmission verticale) lorsque la mère est infectée. La mise en œuvre d'un traitement prénatal au moyen d'antirétroviraux continue d'être la meilleure mesure de prévention de la transmission du VIH au fœtus. Au Canada, on estime que seulement de 0,2 % à 0,9 % des femmes enceintes présentent une infection au VIH; toutefois, les nouveau-nés autochtones sont plus susceptibles de connaître une infection périnatale au VIH que les nouveau-nés non autochtones⁸. Les taux de transmission sont de 5 %, dans le cas de la césarienne, et peuvent atteindre jusqu'à 20 %, dans le cas de l'accouchement vaginal. À la suite de l'accouchement, on recommande à la mère d'éviter d'allaiter son enfant, car la transmission du VIH peut également s'effectuer par l'intermédiaire du lait maternel. L'offre de soins par une équipe multidisciplinaire est également importante pour assurer le suivi et le soutien continus des femmes qui présentent une assuétude à des substances psychotropes et d'autres problèmes sociaux complexes.

À l'heure actuelle, nous ne disposons que de très peu de renseignements au sujet des stratégies permettant de prévenir la transmission périnatale du VIH chez les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations. Puisque les nouveau-nés autochtones sont surreprésentés au sein du groupe des nouveau-nés qui contractent le VIH pendant la période périnatale et compte tenu du fait que les femmes autochtones sont exposées au VIH à un âge de plus en plus précoce, des stratégies novatrices s'avèrent requises pour abaisser le taux d'infection au VIH chez les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations en âge de procréer.

Bien que les données n'indiquent aucune différence significative entre les patientes autochtones et les patientes non autochtones en matière de réaction au HAART, les patientes autochtones comptent un taux de mortalité approximativement trois fois supérieur à celui

des patientes non autochtones à la suite de la mise en œuvre d'un HAART. Cela pourrait être attribuable, en partie, à une incidence accrue de coinfection au VHC; cependant, certaines études avancent également que, chez les Autochtones, l'accès au HAART pourrait être variable. La couverture du programme SSNA ne s'applique qu'aux personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada, ce qui signifie que certaines patientes autochtones (et plus particulièrement les patientes métisses) pourraient avoir de la difficulté à obtenir les soins et les traitements requis. Il existe un processus d'appel lorsqu'une personne autochtone se voit refuser une couverture en ce qui concerne les médicaments anti-VIH¹⁴.

CHLAMYDIA ET GONORRHÉE

La chlamydia et la gonorrhée comptent une forte prévalence chez les Premières Nations et les Inuits¹⁵. Des tests de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée devraient être menés au moins une fois l'an chez les jeunes femmes qui sont actives sur le plan sexuel, avec ou sans partenaire stable (puisque une telle situation ne leur confère pas nécessairement une protection). Les recherches ont généré des données qui soutiennent le dépistage universel au sein des communautés où les taux de prévalence des ITS sont supérieurs à 10 %¹⁵. Il est crucial d'assurer la confidentialité du dépistage, ce qui peut s'avérer particulièrement difficile au sein de petites communautés.

Recommandation

14. Les professionnels de la santé devraient être avisés de la prévalence accrue du VIH/sida chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations, et devraient offrir des services de counseling et de dépistage du VIH aux femmes enceintes ou en âge de procréer. La mise en œuvre d'approches sûres au plan culturel envers le counseling, le dépistage, le diagnostic et le traitement en présence du VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang devrait être soutenue et adoptée. (III-A)

VPH, FROTTIS DE PAP ET CANCER DU COL UTÉRIN

Le VPH est l'infection transmissible sexuellement la plus courante. Les souches oncogènes du VPH exposant les patientes à des risques élevés sont à l'origine de cancers de la vulve, de l'anus et de la bouche. Les types de VPH exposant les patientes à de faibles risques sont à l'origine de verrues génitales, de la papillomatose respiratoire récurrente et de papillomes oraux ou conjonctivaux. La mise en œuvre de programmes de vaccination à l'échelle nationale pourrait

constituer la meilleure méthode de prévention primaire, puisqu'il a été démontré que les condoms ne contribuent à la prévention de la transmission du VPH que lorsqu'ils sont utilisés de façon régulière. Toutefois, les politiques en matière de vaccination varient regrettablement d'une région à l'autre, ce qui peut affecter l'accès au vaccin. Malheureusement, le programme SSNA ne couvre pas le coût de la vaccination pour les patientes; celles-ci doivent donc avoir recours aux programmes subventionnés par l'État pour obtenir le vaccin. Pour l'instant, certaines catégories de filles d'âge scolaire ont été sélectionnées aux fins de la vaccination.

Chez les femmes autochtones, l'incidence du cancer du col utérin est jusqu'à trois fois supérieure à celle que l'on constate au sein de la population canadienne non autochtone. La mortalité attribuable au cancer du col utérin est également considérablement supérieure chez les femmes autochtones. Chez les femmes inuites, les taux de cancer du col utérin sont supérieurs à la moyenne nationale, et ce, en raison de la forte prévalence (26 %) du VPH oncogène. On estime que ces disparités sont le résultat des obstacles qui entravent l'accès à des soins préventifs appropriés, comme les obstacles géographiques et culturels nuisant à l'accès aux services, la méfiance envers les professionnels de la santé et la vaccination, et les problèmes relevant d'une communication n'étant pas sensible aux différences culturelles¹⁶. Les populations inuites, métisses et des Premières Nations du Canada sont jeunes; à l'âge de 16 ans, 60 % des femmes autochtones deviennent actives sur le plan sexuel. La mise en œuvre d'efforts de prévention du VPH et du cancer du col utérin s'avère cruciale, et la vaccination anti-VPH constitue une méthode de prévention vastement acceptée.

Comme nous en avons déjà discuté, en raison des antécédents historiques de stérilisation forcée et de la présence de forts taux de violence sexuelle, les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations pourraient s'avérer particulièrement peu réceptives au dépistage du cancer du col utérin et à la vaccination anti-VPH. Pour assurer la réussite des stratégies de prévention auprès des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations, il faut prendre le temps de comprendre le contexte particulier de la patiente et de surmonter les obstacles connexes en établissant avec elle une relation sûre et empreinte de confiance¹⁷.

CONSEIL CLINIQUE

Vous devez vous accorder le temps nécessaire pour réellement comprendre le contexte personnel de votre patiente inuite, métisse ou des Premières Nations et pour en gagner la confiance; bien que ce processus puisse être long, il vous permettra de lui offrir des soins optimaux en matière de prévention du VPH et du cancer du col utérin qui répondent à ses besoins particuliers.

Recommandation

15. Les professionnels de la santé devraient être avisés des taux élevés de cancer du col utérin que l'on constate chez les patientes inuites et des Premières Nations, ainsi que des piètres issues qu'elles connaissent à la suite du diagnostic d'un tel cancer. Les professionnels de la santé devraient s'efforcer de limiter les disparités entre leurs patientes autochtones et leurs patientes non autochtones, en faisant la promotion d'options de dépistage sûres au plan culturel. (I-A)

PLANIFICATION FAMILIALE : CONTRACEPTION, GROSSESSES NON SOUHAITÉES ET ACCÈS À DES SERVICES SÛRS AU PLAN CULTUREL

Traditionnellement, les femmes autochtones étaient préparées à l'éducation des enfants et à la féminité par des signaux sociétaux et des enseignements prodigués par leur famille élargie dans le cadre de la vie communautaire de tous les jours, ainsi que par l'intermédiaire de rites de passage (p. ex. les cérémonies de passage à l'âge adulte). Le concept de « planification familiale » constitue un facteur clé à prendre en considération; il est centré sur la capacité affective, physique et spirituelle d'une personne à assumer le rôle de parent, et non seulement sur son âge.

Parmi les moyens de contraception couverts à l'heure actuelle par le programme SSNA, on trouve la plupart des contraceptifs oraux, le timbre transdermique, l'anneau vaginal, l'acétate de médorogestérone-retard, le DIU de cuivre et le système intra-utérin au lévonorgestrel. Chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans des réserves, le taux d'utilisation du condom est de 44 %³. La violence culturelle imposée aux femmes au moyen de la stérilisation forcée a eu pour effet d'instaurer une certaine méfiance à l'endroit des moyens de contraception.

Bien que la plupart des Canadiennes aient accès à des interruptions de grossesse menées dans un contexte sûr et autorisé par la loi, dans certaines régions éloignées, l'accès à de tels services n'est pas aussi facile. La confidentialité peut être difficile à assurer et la stigmatisation qui accompagne le fait de devoir se déplacer pour obtenir des services médicaux est assez forte, aux yeux de certaines femmes, pour faire en sorte qu'elles évitent de demander de tels services. Il est important de souligner que les femmes autochtones exercent leur droit de choisir de devenir enceintes depuis des générations, en ayant recours à des médicaments traditionnels pour éviter la grossesse et, à l'occasion, y mettre fin¹⁸. Des services téléphoniques sans frais (offerts 24 heures par jour) sont mis à la disposition des

femmes qui souhaitent discuter de leurs options en matière de grossesse (y compris les soins précédant et suivant l'avortement). Par exemple, l'Association canadienne pour la liberté de choix compte un comité des Inuits, des Métis et des Premières Nations qui soutient l'offre de services sûrs au plan culturel¹⁹, tout comme le font des bénévoles provenant du *Native Youth Sexual Health Network*²⁰.

Dans certaines communautés autochtones, la présence d'une grossesse chez une adolescente pourrait avoir été planifiée et souhaitée, et il est possible que cette adolescente puisse compter sur un dense réseau familial élargi pour l'aider à éduquer l'enfant. Les professionnels de la santé devraient reconnaître qu'il existe des différences manifestes entre une adolescente enceinte ne disposant d'aucun soutien social et une adolescente enceinte disposant du soutien d'un partenaire et de parents attentionnés. Son réseau de soutien pourrait être bien développé, peu importe l'emplacement de sa communauté; à l'inverse, elle pourrait se trouver isolée de son réseau de soutien si elle était relocalisée dans un grand centre urbain où elle ne connaît que peu de gens.

Bien que très peu de recherches ne soient menées dans ce domaine, les issues de santé qui sont plus courantes chez les femmes autochtones peuvent en venir à affecter la fertilité de ces dernières. Par exemple, les femmes autochtones ont tendance à connaître des taux accrus de chlamydia, ce qui peut se traduire en une infertilité de nature tubaire. La présence de taux accrus d'obésité (attribuable à la transition vers un mode de vie plus sédentaire, ainsi qu'à l'accentuation de l'insécurité alimentaire et à l'accès limité à des installations récréatives que connaissent de nombreuses femmes autochtones) peut se traduire en l'augmentation du nombre de femmes présentant un SOPK / syndrome métabolique, ce qui pourrait affecter leur capacité de devenir enceintes. L'utilisation d'hypoglycémifiants oraux en vue d'assurer la prise en charge du diabète sucré de type 2 d'une patiente pourrait, en fait, l'aider à connaître des règles de nouveau et à regagner sa fertilité.

CONSEILS CLINIQUES

Lorsqu'une patiente utilise de la metformine pour réguler sa glycémie, assurez-vous de l'aviser qu'une ovulation pourrait être déclenchée et qu'elle pourrait donc devenir enceinte. Une méthode contraceptive convenant à la patiente (en tenant compte de ses problèmes de santé) devrait alors être sélectionnée.

Reconnaissez le fait que certaines femmes choisissent une interruption de grossesse principalement en raison de la crainte de voir leur enfant leur être retiré à la naissance. Dans le but de soutenir une expérience sûre au plan culturel qui respecte l'autodétermination de la femme, les professionnels de la santé devraient chercher, avec tact, à en savoir plus au sujet des circonstances entourant le choix de procéder à une interruption de grossesse et du souhait de la patiente de célébrer par la suite une

cérémonie ou d'assurer la mise en œuvre d'un protocole particulier. Dans le cas des femmes qui choisissent une interruption de grossesse en raison de la crainte de voir leur enfant leur être retiré à la naissance, les professionnels de la santé devraient collaborer avec les services sociaux et préconiser l'accès à des ressources qui soutiennent le choix de la patiente.

Recommandations

16. Les professionnels de la santé doivent s'assurer que les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations ont accès à des services pouvant répondre à tous leurs besoins de santé génésique, y compris l'interruption de grossesse, sans préjugés. Les professionnels de la santé devraient s'efforcer d'assurer la confidentialité, particulièrement dans les petites communautés et dans celles qui ne sont accessibles que par avion. (III-A)
17. Les professionnels de la santé devraient considérer la grossesse comme étant une occasion en or de s'engager envers les droits sexuels et génésiques, les valeurs et les croyances des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations, et de prendre position en leur faveur. (III-L)

RÉFÉRENCES

1. Pruden H, Hoskins M. Two spirit history. Northeast Two-Spirit Society; 2013. Disponible : <http://www.ne2ss.org/history>. Consulté le 12 mars 2013.
2. Hylton JH, Bird M, Eddy N, Sinclair H, Stenerson H. La délinquance sexuelle chez les Autochtones au Canada. 2^e éd. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2006. Disponible : <http://www.fadg.ca/downloads/absexoffend.pdf>. Consulté le 12 mars 2013.
3. Collin-Vézina D, Dion J, Trocmé N. Sexual abuse in Canadian Aboriginal communities: a broad review of conflicting evidence. *Pimatisiwin* 2009;7(1):27-47. Disponible : http://www.pimatisiwin.com/uploads/July_2009/04CollinDionTrocmé.pdf. Consulté le 12 mars 2013.
4. Bopp J, Bopp M. À l'étape de la divulgation : Guide pour les travailleurs communautaires de première ligne à qui des actes de violence sexuelle sont divulgués dans les collectivités autochtones [Collection sur les Autochtones – série technique]. Ottawa : Sécurité publique Canada, 1997. Cat. JS5-2/2-1997F. Disponible : <http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/apc/apc-ts-2-eng.aspx>. Consulté le 12 mars 2013.
5. Association des femmes autochtones du Canada. Ce que leurs histoires nous disent : Résultats de recherche de l'initiative Sœurs par l'esprit. Ohsweken ON : Association des femmes autochtones du Canada, 2010. Disponible : http://www.nwac.ca/sites/default/files/imce/2010_NWAC_SIS_Report_FR.pdf. Consulté le 12 mars 2013.
6. Wood E, Montaner JS, Li K, Zhang R, Barney L, Strathdee SA, et al. Burden of HIV infection among aboriginal injection drug users in Vancouver, British Columbia. *Am J Public Health* 2008;98:515-9.
7. CAAN. Canadian Aboriginal HIV and AIDS statistics. Vancouver: Canadian Aboriginal AIDS Network; 2010. Disponible : <http://www.caan.ca/regional-fact-sheets/>. Consulté le 24 mars 2013.
8. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada. Dans : *VIH/sida Actualités en épidémiologie*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2010. Cat. HP40-56/9-2010F-PDF. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/FR_Chapter8_Web.pdf. Consulté le 13 mars 2013.
9. Larkin J, Flicker S, Koleszar-Green R, Mintz S, Dagnino M, Mitchell C. HIV risk, systemic inequities, and Aboriginal youth: widening the circle for HIV prevention programming. *Can J Public Health* 2007;98(3):179-82.
10. CATIE, la source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. La prévention du VIH chez les femmes autochtones du Canada, 2012. Disponible : <http://www.catie.ca/fr/pdm/ete-2012/prevention-vih-chez-les-femmes-autochtones-canada>. Consulté le 15 avril 2013.
11. Pauktuutit Inuit Women of Canada. Working with HIV+ Inuit patients: an overview for health care practitioners. Disponible : <http://pauktuutit.ca>.
12. Wardman D, Quantz D, Clement K. HIV/AIDS: testing and risk behaviors among British Columbia's rural Aboriginal population. *Int J Circumpolar Health* 2006;65(4):313-21.
13. Hoffman-Goetz L, Friedman DB, Clarke JN. HIV/AIDS risk factors as portrayed in mass media targeting First Nations, Metis, and Inuit peoples of Canada. *J Health Commun* 2005;10(2):145-62.
14. Santé Canada. Santé des Premières Nations et des Inuits : Procédure d'appel pour les prestations. Ottawa : Santé Canada; 2012. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/appe/index-eng.php>. Consulté le 13 mars 2013.
15. Odedina FT, Yu D, Akinremi TO, Reams RR, Freedman ML, Kumar N. Prostate cancer cognitive-behavioral factors in a West African population. *J Immigr Minor Health* 2009;11(4):258-67.
16. Elias B, Hall M, Hong SP, Kliewer EV, Hart L, Russell VL, et al. HPV [Special Issue]. *Journal of Aboriginal Health* 2012;8(1):1-50. Disponible : http://www.naho.ca/jah/english/jah08_01/volume08_Issue01.pdf.
17. Wilson D. HPV and Aboriginal women in Canada [document de cours]. Toronto: mdBriefCase; 2010.
18. Brennan S, Taylor-Butts A. Les agressions sexuelles au Canada : 2004 et 2007 [Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique]. Ottawa : Statistique Canada, 2012. Cat. 85F0033M no 19. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008019-eng.pdf>. Consulté le 13 mars 2013.
19. Association canadienne pour la liberté de choix [site Web]. Disponible : <http://www.Canadiansforchoice>. Consulté le 13 mars 2013.
20. Native Youth Sexual Health Network [site Web]. Disponible : <http://www.nativeyouthsexualhealth.com>. Consulté le 13 mars 2013.

Santé maternelle chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations

De nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations ont un piètre accès à des soins de santé maternelle de qualité et sûrs au plan culturel (cette carence en matière d'accès s'étend aussi aux soins spécialisés, et ce, en raison de l'emplacement géographique), en plus d'être exposées à un risque accru de connaître de piètres issues de santé maternelle (dont, entre autres, des taux accrus de faible poids de naissance et de poids de naissance élevé, d'accouchement préterme, de diabète gestationnel et de césarienne)¹.

Les issues de santé maternelle sont tributaires de facteurs génétiques et environnementaux. Les facteurs génétiques (conventionnellement considérés comme étant des facteurs non modifiables) sont de plus en plus évalués au moyen de l'épigénétique, ce dont nous traiterons plus tard. Les facteurs environnementaux sont conventionnellement considérés comme étant des facteurs modifiables : par exemple, les comportements qui peuvent exercer des effets sur l'obésité et le gain pondéral, le régime alimentaire et la pratique d'exercices, la consommation de substances psychotropes, le stress et la dépression, le soutien social et la violence. Chacun de ces facteurs environnementaux peut être évalué au cours de la consultation prénatale.

COLONIALISME ET ACCOUCHEMENT

Historiquement, les femmes ont souvent été considérées comme étant le centre de la nation ou le pilier de la communauté. Elles donnaient naissance aux enfants, les éduquaient, partageaient leurs connaissances au sujet du maternage avec les filles de leur parenté, comprenaient les substances médicinales qui les aideraient à connaître moins de douleurs au moment de l'accouchement, à juguler l'hémorragie postpartum et à promouvoir la production de lait maternel, et faisaient partie de sociétés de femmes qui collaboraient en vue d'assurer le bon déroulement de l'enfance de leur progéniture.

Au 20^e siècle, le processus d'accouchement a été modifié par le colonialisme; les femmes n'y tenaient plus le rôle de fournisseurs principaux de soins. À l'heure actuelle, au sein des communautés rurales et éloignées, les femmes enceintes

sont transférées, au milieu du troisième trimestre, vers des centres médicaux éloignés de leur foyer pour y accoucher. Dans ces centres, elles sont souvent laissées seules pendant des semaines, sans l'aide de leur famille. L'accouchement ne constitue plus un événement communautaire, comme le voulait la tradition.

Le fait que l'accouchement ne se déroule plus dans la communauté perturbe le transfert des connaissances expérientielles et traditionnelles. Traditionnellement, les jeunes filles de la communauté étaient présentes pendant le travail et l'accouchement; le processus leur était ainsi inculqué. Elles apprenaient de la sorte qu'elles faisaient partie d'une communauté et qu'elles étaient ainsi en partie responsables de l'éducation de ce nouvel être vivant. Ce qui est encore plus important, elles étaient ainsi en mesure de percevoir leur famille et les autres femmes comme étant des participantes actives tout au long de cette expérience intense. De toute évidence, cette expérience affectait leurs comportements, leur santé globale et leurs futures attentes préconceptionnelles et périnatales, ainsi que les valeurs et les connaissances culturelles entourant l'accouchement. Le retour de l'accouchement au sein de la communauté aurait des répercussions profondes et difficiles à mesurer, tant pour les mères que pour les femmes de leur entourage. À l'heure actuelle, des efforts sont déployés pour ramener l'accouchement au sein des communautés rurales et éloignées pour ce qui est des femmes qui connaissent une grossesse n'étant exposée qu'à de faibles risques. En bout de ligne, l'objectif est d'offrir les meilleurs soins préconceptionnels et périnataux possibles, et ce, pour faire en sorte que le plus grand nombre possible de grossesses ne soient exposées qu'à de faibles risques et que les femmes enceintes puissent subséquentement accoucher au sein de leur communauté.

CONSEIL CLINIQUE

La présence des membres de la famille, au cours de la consultation avec un professionnel de la santé, est importante aux yeux de nombreuses Inuites, Métisses et femmes des Premières Nations. Par exemple, la présence de membres de la famille au moment de l'accouchement constitue une importante façon pour les communautés inuites, métisses et des Premières Nations de se

« réapproprier l'accouchement » afin de panser leurs blessures. Assurez-vous de prévoir l'espace et les chaises nécessaires, de façon à ce que tous les participants puissent être assis au même niveau, y compris le professionnel de la santé.

Certaines pratiques traditionnelles quant à l'accouchement sont toujours utilisées de nos jours, comme, par exemple, la pratique (présentes chez les communautés métisses et des Premières Nations) selon laquelle le placenta doit être enterré sur les terres où grandira l'enfant, et ce, en vue d'offrir à ce dernier un sentiment d'appartenance pour le reste de sa vie. D'autres communautés estiment que le placenta compte des nutriments pouvant aider la mère et pourraient demander à le traiter en vue de sa consommation à la suite de l'accouchement. Les tissus obtenus à la suite de fausses couches ou du retrait chirurgical par dilatation-curetage dans les cas de rétention fœtale ou d'avortement incomplet ou thérapeutique devraient être traités d'une façon sûre au plan culturel. L'enterrement des tissus fœtaux et/ou placentaires à la suite d'une fausse couche pourrait constituer un événement symbolique conférant un grand réconfort à la mère et à sa famille.

Certaines évaluations post-mortem des corps ou des organes pourraient s'avérer inappropriées au plan culturel. Pour certaines personnes, le corps physique doit être enterré sans qu'aucun des organes et des tissus n'ait été touché, et ce, en vue d'assurer le maintien de l'intégralité spirituelle du défunt. Ces croyances ont des répercussions cliniques en ce qui concerne l'autopsie des cas de mortinaissance, de décès maternel et de décès postopératoire, ainsi qu'en ce qui a trait à la mise en banque du sang de cordon ombilical et aux dons de moelle osseuse. Il est important de vous enquérir des croyances et des valeurs de votre patiente.

Recommandation

18. Les fournisseurs de soins de santé devraient s'enquérir des souhaits de la patiente et de sa famille à l'égard de l'élimination ou de la préservation des tissus provenant de la conception, de la grossesse, de la fausse couche, de l'interruption de grossesse, de l'hystérectomie et d'autres interventions, les respecter et plaider en faveur de la mise en œuvre de politiques et de protocoles institutionnels permettant de les soutenir. (III-A)

SOINS PRÉNATAUX

La première consultation prénatale constitue la réunion clinique la plus importante puisque, si elle se déroule bien, elle permet d'identifier les facteurs de risque modifiables à cibler en vue d'offrir les soins les plus efficaces,

d'assurer la présence d'une grossesse n'étant exposée qu'à de faibles risques au cours du troisième trimestre et de permettre l'obtention de meilleures issues de santé. Au cours d'une telle consultation auprès d'une patiente inuite, métisse ou des Premières Nations, en utilisant la fiche d'accueil à titre de modèle, les professionnels de la santé devraient porter une attention particulière à des facteurs tels que l'emplacement géographique, les antécédents personnels de maladies transmissibles sexuellement, la santé mentale, le milieu familial, le réseau de soutien social, les traumatismes / sévices, l'exposition récente à un ou à des virus, la consommation d'alcool, de substances psychotropes et de tabac, et l'accès à des aliments de qualité.

On a déterminé que les soins prénataux adéquats devaient compter au moins six consultations auprès d'un professionnel de la santé; de plus, une étude menée au Manitoba a constaté que les femmes autochtones étaient cinq fois plus susceptibles que les femmes non autochtones de ne pas avoir eu accès à des soins prénataux adéquats². Parmi les facteurs de risque en ce qui concerne l'obtention de soins prénataux inadéquats, on trouve un faible revenu familial, un taux de chômage accru, une faible scolarité, le fait d'être monoparentale, le statut d'immigrante, le tabagisme pendant la grossesse et le fait d'être autochtone³. Ainsi, il faudrait chercher à déterminer si, dans le cas d'une patiente donnée, les obstacles à l'obtention de soins prénataux adéquats sont d'ordre financier, culturel, social, psychologique ou géographique, ou s'ils sont liés à l'accessibilité des services. L'évaluation des attentes des femmes Autochtones envers leurs fournisseurs de soins prénataux constitue un autre des facteurs importants à prendre en considération. Les frais liés aux vitamines et aux autres médicaments requis au cours de la période prénatale sont couverts par le programme SSNA pour les membres inscrits des communautés inuites et des Premières Nations.

L'emplacement géographique peut constituer un obstacle considérable affectant la capacité d'une femme de se rendre à ses rendez-vous (soins prénataux, analyse sanguine, échographie ou soins spécialisés) à temps. Parmi les obstacles liés au transport, on trouve le fait de ne pas avoir une voiture ou de ne pas connaître quelqu'un en ayant une, le fait de ne pas avoir personne pour s'occuper des autres enfants de la famille et le fait de ne pas avoir d'argent pour l'essence et le stationnement. Le programme SSNA n'a pas été modifié en fonction du coût de la vie et ne fournit donc pas un financement adéquat pour les déplacements vers des centres de plus grande envergure à des fins de consultation.

CONSEIL CLINIQUES

Demandez au personnel de chercher à connaître les moments qui sont, pour la patiente, les plus propices pour les consultations, plutôt que d'attribuer une journée et une heure de façon arbitraire. Assurez-vous de connaître le contexte dans lequel les déplacements de la patiente s'effectuent (distance à parcourir, contraintes financières, problèmes de gardiennage, etc.). Si vous recevez des patientes provenant de régions nordiques, prenez connaissance des horaires de vol et du temps de déplacement, et prévoyez vos rendez-vous en conséquence.

Utilisez votre fiche prénatale : la liste de vérification qui s'y trouve peut vous aider à identifier les obstacles et les défis qui peuvent hypothéquer la grossesse, et à vous renseigner au sujet de la situation socioéconomique de la patiente de façon sensible. Remplissez la fiche une question à la fois, posez des questions de suivi de façon sensible et laissez le temps à la patiente d'y répondre.

La norme de diligence consiste en la tenue d'un examen gynécologique en temps opportun, tôt au cours de la période prénatale. En présence d'antécédents de sévices sexuels, toutefois, la tenue d'un tel examen en temps opportun pourrait s'avérer très difficile à accepter par la patiente; de tels antécédents pourraient également constituer une raison pour laquelle elle ne se présentera à la clinique de soins prénataux que plus tard au cours de sa grossesse. Il pourrait s'avérer plus sûr au plan culturel de n'offrir un examen gynécologique à la patiente, lorsque celle-ci n'est exposée qu'à de faibles risques d'infection gynécologique, qu'après l'établissement d'une relation de confiance avec elle.

La dépression est plus courante chez les femmes autochtones; de plus, les femmes aux prises avec la dépression consomment plus de tabac, d'alcool et de substances psychotropes que les femmes qui ne sont pas déprimées. Les femmes qui abandonnent le tabagisme et qui cessent de consommer de l'alcool pendant la grossesse pourraient devoir faire l'objet d'un suivi plus étroit, en ce qui concerne la dépression, que les femmes qui abandonnent de telles pratiques avant de devenir enceintes. La forte prévalence du tabagisme pendant la grossesse, particulièrement chez les femmes autochtones, nécessite la mise en œuvre d'efforts concertés visant la prévention et l'abandon du tabagisme. Lorsque les patientes ne sont pas propriétaires de la maison où elles vivent, il leur est difficile d'imposer leurs demandes pour assainir leur milieu de vie.

CONSEIL CLINIQUE

Posez des questions à votre patiente au sujet de ses réseaux de soutien et demandez-lui si d'autres organismes participent aux soins qui lui sont offerts (p. ex. services sociaux ou de santé mentale).

L'obésité et le gain pondéral pendant la grossesse constituent des problèmes de santé physique qui sont fréquemment constatés chez les femmes autochtones. Comme nous en avons discuté dans le cadre du chapitre sur

les déterminants sociaux de la santé, l'insécurité alimentaire constitue un problème important pour de nombreuses les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations. L'abandon du régime alimentaire traditionnel et l'accès déficient à des aliments sains pourraient contribuer au gain pondéral et à l'obésité. Le Guide alimentaire canadien ne tient pas compte de la valeur culturelle et nutritionnelle des aliments traditionnels; toutefois, il existe des ressources plus pertinentes au plan culturel, tels que le guide prénatal de Pauktuutit intitulé « *Born on the Land with Helping Hands* »⁴.

L'épigénétique (un récent changement de paradigme dans le domaine de la biologie du développement) avance que des facteurs environnementaux tels que la nutrition, les composés environnementaux et le stress au cours de la période prénatale sont associés à des altérations précoces du développement normal des cellules et des tissus. Un intérêt particulier est porté à la relation entre l'environnement prénatal du fœtus et le développement de l'adiposité et de la résistance insulínique plus tard au cours de la vie⁵. Des données indiquent que les Autochtones font partie d'une chaîne alimentaire biologique qui les expose à des quantités délétères de composés organiques (ainsi qu'à d'autres facteurs causant des maladies) qui affectent non seulement leur santé personnelle, mais également celles des générations futures par l'intermédiaire de l'absorption fœtale, de la contamination du lait maternel et de la consommation directe de tels composés par les nouveau-nés⁶.

CONSEIL CLINIQUE

Pour de nombreuses communautés des Premières Nations, le tabac joue un rôle sacré dans la guérison et les cérémonies. Le respect de ce rôle sacré et le fait d'établir clairement une distinction entre le tabagisme et l'utilisation cérémoniale du tabac s'inscrivent dans le cadre des pratiques sûres au plan culturel.

Recommandation

19. Les professionnels de la santé devraient reconnaître que des troubles mentaux tels que les troubles de l'humeur, l'anxiété et l'assuétude à des substances psychotropes constituent d'importants problèmes de santé publique pour de nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations. (II-3B) L'utilisation de substances psychotropes qui mènent à l'assuétude constitue souvent un mécanisme d'adaptation à la douleur causée par les traumatismes intergénérationnels. Les professionnels de la santé devraient se familiariser avec des stratégies de réduction des dommages sûres au plan culturel pouvant être utilisées pour soutenir les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations (et leur famille) qui sont aux prises avec une telle assuétude. (II-2A)

LA PÉRIODE POSTNATALE

La période postnatale couvre les influences de l'allaitement et de la nutrition, du maintien d'environnements sains et de l'éducation des jeunes enfants. Chez les femmes autochtones de la Saskatchewan, on a constaté que l'allaitement était associé au contexte socioculturel et environnemental, aux attitudes, aux connaissances, aux croyances, aux renseignements, aux antécédents en matière d'allaitement et à des facteurs psychologiques⁷. Les femmes qui connaissent une insécurité alimentaire et qui sont plus désavantagées sur le plan socioéconomique sont moins susceptibles d'allaiter⁸. Les estimations quant à la prévalence de l'allaitement chez les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations sont variables; cependant, tout comme on le constate au sein de la population générale canadienne, les données laissent entrevoir une tendance à la hausse en matière d'allaitement⁸. Chez les Inuites, les taux d'allaitement sont particulièrement élevés et la poursuite de la promotion de cette pratique constitue une priorité clé pour les organisations de femmes inuites (comme *Pauktuutit Inuit Women of Canada*).

FAUSSE COUCHE

Il est probable que l'avortement spontané (ou fausse couche) se manifeste aussi fréquemment au sein des populations autochtones qu'au sein de la population générale. Toutefois, en raison de la compréhension très répandue de Mère Nature et de ses décisions souvent intempestives, l'avortement spontané pourrait être considéré comme faisant partie du cycle de la vie au sein des populations autochtones. Très peu de données traitent de cet événement stressant chez les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations.

SÉVICES SEXUELS ET ACCOUCHEMENT : RETRAUMATISATION

Il est crucial que les fournisseurs de soins de santé soient avisés des taux élevés de sévices sexuels que présentent les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations, et qu'ils adaptent leurs services d'une façon qui évitera la retraumatisation d'une victime d'agression / de sévices sexuels. Une victime ayant survécu à une agression / à des sévices sexuels pourrait faire face à un certain nombre d'obstacles au cours de l'accouchement⁹. En 2004, Simkin et Klaus ont publié un document intitulé « *When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women* »¹⁰ qui compte d'importantes recommandations (dont un extrait apparaît à l'Annexe 3).

RENVERSER LA TENDANCE

Bien que la plupart des femmes en âge de procréer d'aujourd'hui n'aient pas été mises en pensionnat, elles en ont entendu parler et ont indirectement subi les traumatismes que cette pratique a infligés à leurs familles. On parle ici de traumatisme intergénérationnel. Qui plus est, bon nombre des femmes autochtones en âge de procréer sont également issues de la pratique du *Sixties Scoop* et ont été éduquées par des familles non autochtones. Dans chacun de ces cas, il existe un sentiment de perte incommensurable au plan culturel, ce qui suscite chez de nombreuses personnes le souhait de renverser sciemment les effets de ce passé trouble. Bon nombre de femmes considèrent la grossesse et l'éducation des enfants comme une occasion de « renverser la tendance » en ce qui concerne leur mode de vie et leurs comportements, et ce, en vue d'assurer le bien-être de leurs enfants. Elles se tournent vers leurs familles, leurs communautés et leurs autres systèmes de soutien pour réapprendre certaines valeurs culturelles et certains enseignements ancestraux, en vue d'apporter des changements à leur vie. Dans le cadre d'une étude sur les effets intergénérationnels des pensionnats, les participants ont décrit leurs efforts pour acquérir les connaissances, les compétences, la confiance et les réseaux de soutien nécessaires à la concrétisation de leur vision en ce qui concerne une famille et une communauté fortes et en santé.

CONSEIL CLINIQUES

La communication et la collaboration sont importantes. Échangez avec vos pairs au sein de votre communauté de pratique afin d'assurer la continuité des soins sûrs au plan culturel, y compris au sein des chaînes d'intervention (lorsque celles-ci s'avèrent requises).

Apprenez à connaître les ressources de votre localité en matière de services sociaux (nom des membres du personnel et leurs coordonnées) et établissez une relation de collaboration avec celles-ci : invitez les services sociaux de votre localité à garder un contact continu avec vous, de façon à ce que vous puissiez prêter votre expertise aux efforts visant l'obtention d'issues de santé positives.

Prenez conscience des tendances de l'orientation automatique de la patiente vers d'autres services (et sensibilisez les membres de votre personnel en conséquence) et du fait que les facteurs menant à l'orientation sont flexibles. Lorsque cela s'avère approprié, travaillez en collaboration avec les services sociaux et médicaux pour mettre en œuvre des soins de prévention, ainsi que pour soutenir votre patiente et sa famille dans leurs efforts visant l'amélioration des issues.

DÉFIS ET SOLUTIONS : SOINS DE MATERNITÉ AU CANADA

Puisque le Canada entre dans une ère où nous devons faire face à une pénurie extrême de fournisseurs de soins de maternité et puisque la récession économique

mondiale affecte de plus en plus le financement et les ressources existantes, il s'avère nécessaire de réexaminer les pratiques actuelles et d'atteindre un équilibre qui assurera la pérennité, la sûreté et la sensibilité au plan culturel des futures interventions visant à réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles. Le Canada a déjà pris des mesures en vue de l'atteinte de cet objectif. Par exemple, le nombre des sages-femmes autochtones est en croissance. Parmi certains des obstacles à la croissance et à la mise en œuvre d'une pratique sage-femme autochtone, on trouve l'incompréhension de la portée et du rôle des sages-femmes, la structure de rémunération, le manque de programmes de formation appropriés au plan culturel et d'occasions de formation communautaire, et le manque de compréhension des autres professionnels de la santé envers les sages-femmes. La mise en œuvre d'une collaboration interprofessionnelle entre les obstétriciens, les médecins et les sages-femmes n'est pas seulement cruciale pour ce qui est de la facilitation du retour de l'accouchement au sein des régions rurales et éloignées, mais également pour ce qui est des efforts visant à répondre à la pénurie globale de fournisseurs de soins de maternité expérimentés à l'échelle du pays.

La formation tant de sages-femmes traditionnelles que de sages-femmes sans formation infirmière constitue une approche stratégique visant l'amélioration de la santé maternelle, laquelle intègre la participation communautaire et la sensibilité culturelle. Une telle formation joue également un rôle crucial pour ce qui est de l'offre de services dans les régions rurales et éloignées au sein desquelles les établissements de santé en bonne et due forme se font rares. Le retour de la pratique sage-femme au sein des communautés autochtones pourrait se traduire en une réduction du nombre des obstacles qui entravent la réussite de l'offre de soins maternels, tout en permettant l'adoption d'une approche plus holistique et centrée sur la patiente en ce qui concerne l'offre de services de santé en général. Parmi les exemples de réussite, on trouve le programme de soins de maternité mené par des sages-femmes au sein des communautés de la baie d'Hudson et le programme de pratique sage-femme à Fort Smith.

Recommandation

20. Les professionnels de la santé devraient soutenir et promouvoir le retour de l'accouchement au sein des communautés rurales et éloignées pour ce qui est des femmes qui ne sont exposées qu'à de faibles risques de complications. La participation nécessaire de la communauté à la prise de décisions au sujet de la distribution et de l'affectation des ressources destinées aux soins de maternité devrait être reconnue et facilitée. (III-A)

L'offre de soins prénataux opportuns, accessibles et flexibles, en toute connaissance des déterminants sociaux de la santé et des valeurs culturelles de la population desservie, constituerait une étape initiale vers l'offre de soins compétents sur les plans culturel et social. De nombreuses jeunes femmes enceintes profitent au maximum de leur nouveau rôle de mère pour apporter des changements dans leur vie en vue de favoriser leur santé et celle de leurs enfants. Ce chemin vers une meilleure santé est parsemé d'innombrables embûches imprévisibles. En reconnaissant ces embûches, les professionnels de la santé peuvent aider ces femmes à les surmonter et à assurer un meilleur avenir en matière de santé pour elles-mêmes, leurs enfants, leurs familles et leurs communautés. Après tout, la prise en charge de son propre avenir constitue l'un des facteurs étant le plus en corrélation avec la santé.

RÉFÉRENCES

1. Yee J, Apale AN, Deleary M. Sexual and reproductive health, rights, and realities and access to services for First Nations, Inuit, and Métis in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33:633–7.
2. Heaman MI, Gupton AL, Moffatt ME. Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:237–46.
3. Heaman MI, Green CG, Newburn-Cook CV, Elliott LJ, Helewa ME. Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29:806–16.
4. Pauktuutit Inuit Women of Canada. Born on the land with helping hands. Ottawa: Pauktuutit Inuit Women of Canada; 2008. Disponible : http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/29-Born-on-the-Land-with-Helping-Hands_English.pdf. Consulté le 16 mars 2013.
5. Slomko H, Heo HJ, Einstein FH. Minireview: epigenetics of obesity and diabetes in humans. *Endocrinology* 2012;153:1025–30.
6. Assembly of First Nations Environmental Stewardship Unit. The health of First Nations children and the environment: discussion paper. March 2008. Disponible : http://www.afn.ca/uploads/files/rp-discussion_paper_re_childrens_health_and_the_environment.pdf. Consulté le 13 mars 2013.
7. Wagner M. The infant feeding experiences and decision-making influences of Aboriginal women in Saskatoon [dissertation] 2005. Disponible : http://library.usask.ca/theses/available/etd-07132007-095039/unrestricted/wagner_maya_2005.pdf. Consulté le 13 mars 2013.
8. Willows ND, Hanley AJ, Delormier T. A socioecological framework to understand weight-related issues in Aboriginal children in Canada. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012;37:1–13.
9. Brennan S, Taylor-Butts A. Les agressions sexuelles au Canada : 2004 et 2007 [Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique]. Ottawa : Statistique Canada, 2012. Cat. 85F0033M no 19. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008019-eng.pdf>. Consulté le 13 mars 2013.
10. Simkin P, Klaus P. When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women. Seattle: Classic Day Publishing; 2004.

Santé des femmes d'âge mûr

La recherche s'est très peu intéressée à la ménopause chez les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations. Il est difficile de procéder à quelque généralisation que ce soit à partir du peu de données dont nous disposons. Il existe quelques ressources sur le sujet, comme le guide de Pauktuutit intitulé « *As Time Goes On* » qui offre, aux femmes inuites d'âge mûr, certaines suggestions quant à l'importance du régime alimentaire et de la nutrition pour la santé de la femme d'âge mûr. Ce guide offre des conseils aux femmes quant à l'importance du calcium et passe en revue les aliments riches en calcium dont disposent les communautés inuites, tels que les têtes de poisson, la peau de poisson, les œufs, la moelle osseuse et le bannock¹.

En 2002, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada a publié un guide intitulé « *Finding Our Way: Sexual and Reproductive Health Sourcebook for Aboriginal Communities* ». La ménopause y est décrite comme suit :

... le moment où nos cycles lunaires prennent fin; nous n'avons plus nos règles. . . Au contraire, la culture autochtone (comme l'indiquent les enseignements traditionnels) considère le vieillissement et la ménopause comme une période de renouveau et de sagesse, de partage par l'intermédiaire du merveilleux rôle de grand-mère . . . nos seulement auprès de vos propres petits-enfants, mais également auprès de la jeunesse de la nation. Pour les femmes, cette période était considérée comme un état dans le cadre duquel nos tâches liées à l'accouchement et au maternage pouvaient être laissées de côté pour nous permettre de placer un accent accru sur nos propres ressources en procédant à des méditations plus intenses, de quelque façon que ce soit.²

Parmi les recherches menées sur le sujet de la ménopause chez les femmes autochtones, on trouve une analyse de la littérature menée par Webster en 2002³. Cette analyse a indiqué que la ménopause pourrait exercer un effet positif sur la vie des femmes autochtones en ce qui concerne l'élargissement de leur liberté au sein de la communauté. De plus, les femmes autochtones semblent connaître moins de symptômes vasomoteurs que les autres Nord-Américaines. Webster en est venu à la conclusion que la tenue d'autres recherches s'avérerait requise en vue de déterminer l'effet qu'exerce la ménopause sur les Canadiennes autochtones et leurs maladies coexistantes (comme la maladie cardiovasculaire, l'hypertension et le diabète sucré).

Madden et coll. ont analysé la littérature et n'y ont trouvé que peu de choses à ajouter; toutefois, ils ont également mené des entrevues auprès de 18 femmes des Premières Nations issues de la région de Sioux Lookout et ont constaté que la ménopause ne faisait généralement pas l'objet de discussions, particulièrement avec les fournisseurs de soins de santé⁴. Ils ont également noté qu'une variété d'expériences et de symptômes typiquement associés à la ménopause par la profession médicale pourraient ne pas être conceptuellement liés à la ménopause du point de vue des femmes des Premières Nations. Les auteurs suggèrent que l'on réfère à la ménopause comme étant « le moment où cessent les règles » lorsque vient le temps de discuter de ces expériences avec les femmes des Premières Nations. L'étude a souligné l'importance de comprendre les différentes influences qui sont exercées sur l'expérience de la ménopause chez la femme, en plus de formuler une mise en garde à l'égard des idées préconçues qu'il est possible d'associer à la signification et à l'importance de l'expérience de la ménopause.

Recommandation

21. Les professionnels de la santé devraient prendre conscience du fait que très peu de recherches, de ressources et de programmes visent particulièrement la santé des femmes d'âge mûr (y compris la ménopause) au sein des communautés inuites, métisses et des Premières Nations. Les professionnels de la santé devraient plaider en faveur de la tenue de plus amples recherches dans ce domaine. (III-A)

RÉFÉRENCES

1. Pauktuutit Inuit Women's Association. *As time goes on* (Inuinnaqtun). Ottawa: Pauktuutit Inuit Women's Association; 2002.
2. Aboriginal Nurses Association of Canada, Planned Parenthood Federation of Canada. *Finding our way: sexual and reproductive health sourcebook for Aboriginal communities*. Ottawa: Aboriginal Nurses Association of Canada; 2002. Disponible : <http://www.anac.on.ca/sourcebook/toc.htm>. Consulté le 13 mars 2013.
3. Webster RW. Aboriginal women and menopause. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:938-40.
4. Madden S, St Pierre-Hansen N, Kelly L, Cromarty H, Linkewich B, Payne L. First Nations women's knowledge of menopause: experiences and perspectives. *Can Fam Physician* 2010;56(9):e331-e337. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939134>. Consulté le 13 mars 2013.

Modification des issues par l'intermédiaire de soins compétents au plan culturel

SENSIBILITÉ CULTURELLE, COMPÉTENCE CULTURELLE ET SÛRETÉ CULTURELLE : CONTINUUM

« Je sais que vous portez des peintures traditionnelles » versus « Vous pouvez porter des peintures traditionnelles »

Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des populations indigènes de par le monde ont commencé à intégrer des soins sûrs au plan culturel à leur pratique, et ce, en vue de soutenir l'offre de soins pertinents, respectueux et efficaces. De façon semblable, des cours sur les soins sûrs au plan culturel sont directement intégrés aux programmes de formation professionnelle en santé de premier cycle et de cycles supérieurs, y compris en obstétrique-gynécologie (Figure 8.1)^{1,2}.

La sensibilité culturelle peut être définie comme étant la réalisation que d'autres personnes comptent une langue, des traditions et des comportements différents des nôtres. La volonté d'apprendre, de comprendre et d'accepter que d'autres cultures ont des visions du monde différentes et des approches différentes envers leur santé et leur bien-être est d'une importance capitale pour l'acquisition de la compétence culturelle. Au Canada, la compétence culturelle nécessite la compréhension des facteurs culturels, historiques et politiques qui ont affecté et qui continuent d'affecter la santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations³.

La sûreté culturelle a été définie comme étant l'offre de soins efficaces à une personne / famille d'une autre culture par un professionnel de la santé qui a entrepris un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et qui reconnaît les effets de sa culture sur sa pratique clinique. Avec le temps, on espère qu'une relation de confiance pourra être établie. Par pratique dangereuse, on entend tout acte ou toute omission qui met en danger le bien-être de la patiente, qui humilie cette dernière ou qui sape son identité culturelle⁴. Le développement du concept de sûreté culturelle a été piloté par la défunte infirmière maorie, Mme Irihapeti Ramsden⁵, qui estimait que la sûreté culturelle avait pour but « d'inciter [les fournisseurs de soins de santé] à reconnaître qu'il existe d'autres façons de

vivre sa vie et de concevoir le monde »⁶. La sûreté culturelle remet en question les écarts de pouvoir propres à la relation entre le fournisseur de soins de santé et la bénéficiaire de ces soins⁶. La sûreté culturelle présume que le professionnel de la santé connaît les pratiques culturelles de sa patiente, qu'il s'est assuré du caractère accueillant de l'espace physique et de ses comportements personnels, et qu'il traite la patiente sur un pied d'égalité dans le cadre de leur partenariat visant la santé. En bout de ligne, il revient à la patiente de décider si les soins se sont avérés sûrs ou non^{2,5,6}.

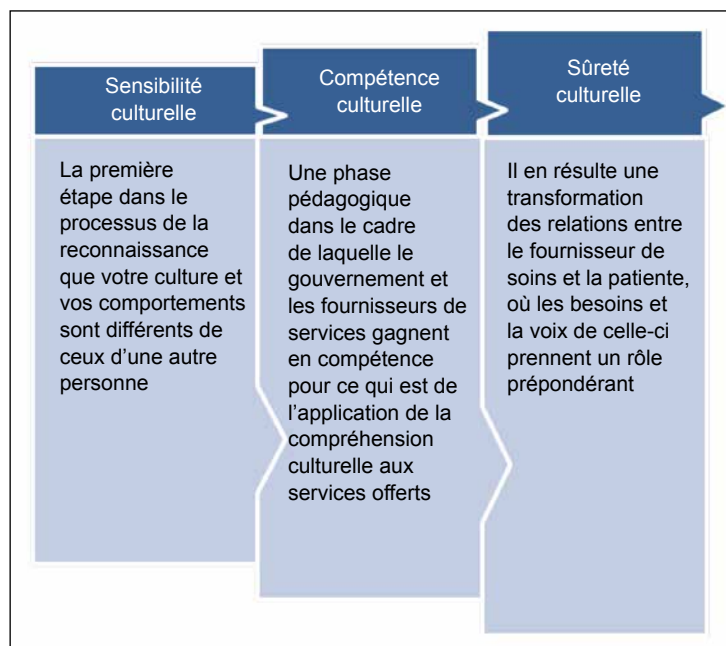
Des ouvrages plus récents laissent entendre que le terme « humilité culturelle » pourrait être plus adéquat que le terme « compétence culturelle », puisqu'une personne ne peut jamais vraiment atteindre la compétence dans une culture autre que la sienne. L'atteinte de l'humilité culturelle nécessite la volonté de se vouer à un apprentissage continu de la façon dont la culture d'une patiente influence les perceptions de celle-ci en matière de santé, ainsi que la volonté de s'excuser pour ses bourdes culturelles⁷.

De plus en plus de données factuelles soutiennent le fait que la pratique de soins compétents au plan culturel donne lieu à l'amélioration des issues de santé. Des résultats préliminaires indiquent que les issues de santé et la satisfaction de la patiente connaissent une amélioration attribuable à l'offre de soins compétents au plan culturel. L'analyse a également constaté de solides données préliminaires indiquant une baisse des taux de poursuite à la suite de la mise en œuvre d'une formation en compétence culturelle⁸. Une autre analyse a été menée entre 1980 et 2003, et a constaté la présence d'excellentes données soutenant la formation en compétence culturelle à titre de stratégie pour l'amélioration des connaissances, des attitudes et des habiletés des professionnels de la santé, ainsi que pour l'amélioration de la satisfaction de la patiente⁹.

Déclaration sommaire

16. La recherche a démontré que la mise en œuvre de stratégies visant la compétence culturelle menait à l'amélioration des issues de santé et à celle de la satisfaction de la patiente. (II-3)

Figure 8.1 Sensibilité, compétence et sûreté culturelles



Adapté avec la permission de Simon Brascoupé / de l'Organisation nationale de la santé autochtone

De plus en plus de données factuelles soutiennent également le concept de sûreté culturelle. Du point de vue des connaissances traditionnelles, les données factuelles soutenant le concept de sûreté culturelle remontent aux temps anciens et font partie intégrante des enseignements traditionnels (tels que les valeurs sacrées de l'humilité et du respect)¹⁰. En 2003, la Fondation autochtone de guérison (FADG) (une organisation sans but lucratif, dirigée par des Autochtones, qui a été créée en 1998 pour offrir des ressources visant à soutenir les communautés autochtones se remettant des séquelles destructrices du programme de pensionnat et des traumatismes intergénérationnels attribuables aux sévices physiques, sexuels, mentaux, culturels et spirituels qui ont été subis) a mené une évaluation détaillée de son programme¹¹. Cette évaluation a identifié la sûreté culturelle comme étant cruciale dans le cadre du processus de guérison. La FADG soutient que les relations fondées sur l'acceptation, la confiance et la sûreté constituent la première étape du processus de guérison^{10,11}.

Il existe également des données issues de la communauté qui soutiennent la valeur de la mise en œuvre d'approches sûres au plan culturel au sein des communautés en crise. Les initiatives mises en œuvre à Alkali Lake en Colombie-Britannique, à Hollow Water au Manitoba et à Clyde River au Nunavut démontrent clairement la réussite des stratégies de guérison qui sont centrées sur la sûreté culturelle.

Hollow Water – Guérison sûre au plan culturel d'une communauté en crise

Hollow Water est une communauté des Premières Nations située au nord-est de Winnipeg, au Manitoba, soit très près des communautés métisses de Manigotogan, d'Aghaming et de Seymourville³. Malheureusement, ces quatre communautés ont été affectées par l'assuétude, le suicide, la violence et des taux élevés de sévices sexuels. En 1984, inspirée en partie par les modifications défendues et mises en œuvre par la population d'Alkali Lake, la communauté de Hollow Water s'est mobilisée pour assurer la prise en charge de ces problèmes dévastateurs en mettant en œuvre un processus de guérison reposant sur les connaissances traditionnelles. Ils ont mis sur pied un groupe nommé *Community Holistic Circle Healing* qui était composé de chefs politiques de la communauté, de fournisseurs de services et d'organismes de santé et de services. Cette équipe a fourni à la communauté un mécanisme lui permettant de commencer à faire face aux séquelles historiques et destructrices du programme de pensionnat, ainsi qu'aux traumatismes intergénérationnels générés par ce dernier. En 1988, des membres de la communauté ont créé un nouveau programme intitulé « *Self-Awareness For Everyone* » (S.A.F.E.) et conçu à l'image d'un programme de formation semblable étant offert à Alkali Lake. Le programme SAFE a permis à de nombreux membres

de la communauté d'entreprendre un processus de guérison. Cette guérison reposait sur les concepts de la roue médicinale : elle consistait en un processus en quatre étapes qui avait pour but de mener à la réparation et à la réconciliation entre les abuseurs et leurs victimes, les familles de celles-ci et la communauté en entier.

De nombreux professionnels de la santé s'efforcent de remettre en question les images stéréotypées des Inuits et des Premières Nations qui se manifestent malheureusement encore dans tous les aspects de la société, y compris dans les médias et nos programmes scolaires. Pendant ce temps, les images propres aux Métis demeurent dans de nombreux cas invisibles. En plus de s'attaquer au racisme psychologique et structurel, il est également important de reconnaître que, bien que le respect soit un concept universel, chaque culture compte des comportements générant ou manifestant le respect qui lui sont propres.

Parmi les caractéristiques des réunions respectueuses, on trouve le fait de traiter les gens comme des égaux étant foncièrement bons : les connaissances devraient être utilisées à titre de tremplin pour la curiosité. Au cours du développement d'une relation, les patientes inuites, métisses et des Premières Nations pourraient apprécier le fait de se faire poser des questions au sujet de leur communauté d'origine et de leurs antécédents personnels. Pour la patiente, le fait de se sentir comprise comme personne contribue au développement de la confiance nécessaire à l'établissement de relations thérapeutiques significatives.

Recommandation

22. Les professionnels de la santé devraient chercher à en savoir plus au sujet des pratiques de communication adaptées à la culture et devraient adapter leurs communications aux situations et aux antécédents particuliers que présentent leurs patientes. (III-A)

CONSEIL CLINIQUE

Comprenez qu'il peut y avoir d'importantes variations culturelles d'une patiente à l'autre. Efforcez-vous d'apprendre à connaître chacune de vos patientes inuites, métisses et des Premières Nations, et évitez les présomptions.

Recommandation

23. Les professionnels de la santé pourraient exprimer à leurs patientes qu'ils souhaitent établir avec elles une relation respectueuse marquée par l'écoute, la reconnaissance des différences et la sollicitation de leurs commentaires. (III-L)

CONSEIL CLINIQUE

Prévoyez des rendez-vous de durée prolongée : En vouant plus de temps à l'établissement d'une relation marquée par le respect, vous serez en mesure de rendre celle-ci plus efficace. Les professionnels de la santé devraient être conscients que le « récit de santé » de la patiente est déterminé par le contexte et qu'il est façonné par l'expérience de celle-ci. Cela se reflète dans la langue utilisée tout autant que dans l'humilité et exige donc des professionnels de la santé qu'ils acquièrent des compétences d'écoute active. Les professionnels de la santé devraient comprendre que le fait d'adapter ainsi leurs pratiques leur permettra, en réalité, d'économiser du temps à la longue et que le fait d'accorder plus de temps à la patiente constitue un investissement dans les soins qui lui sont prodigués. Reconnaissez que le fait de ne pas être à l'écoute des patientes constitue une façon de permettre la poursuite de l'oppression.

Déclaration sommaire

17. Une forme insidieuse de racisme peut se manifester de façon non intentionnelle; ceux qui en font l'objet sont donc les mieux à même de définir ce qui constitue une telle manifestation de racisme et d'en identifier la présence. (III)

À l'heure actuelle, l'approche médicale occidentale demeure fondée sur le modèle qui veut que le fournisseur de soins de santé « spécialiste » prenne les décisions importantes à l'égard de la nécessité du recours aux tests diagnostiques, aux ordonnances et à d'autres ressources médicales, pour ensuite en « aviser » la patiente. Cette approche ne permet pas de situer les comportements de santé dans le cadre des déterminants sociaux de la santé et, en ce qui concerne les effets du colonialisme, pourrait nuire au jugement clinique et limiter les options de traitement¹².

Les chercheurs du domaine de la sûreté culturelle avancent que, pour améliorer les soins offerts aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations, nous devons reconnaître les effets du colonialisme sur la santé, la sexualité, la reproduction et l'accouchement, l'accès aux soins, les politiques en matière de santé et la capacité des professionnels de la santé d'offrir des soins sûrs au plan culturel. Les soins sollicités par les personnes très vulnérables, exploitées et/ou marginalisées pourraient constituer un indicateur de la sûreté et de la capacité d'adaptation de l'organisation et de ses fournisseurs de soins¹³.

La langue fait partie intégrante de toute culture et de son identité. De nombreuses langues indigènes sont disparues depuis le premier contact avec les Européens. En 1996, seules 3 des plus de 50 langues autochtones du Canada (le cri, l'ojibway et l'inuktitut) comptaient assez d'interlocuteurs pour être considérées à l'abri de l'extinction. Dans le cadre du recensement de 2006, seulement 18 % des personnes se déclarant d'identité autochtone ont indiqué qu'une langue inuite, métisse ou des Premières Nations constituait leur

langue maternelle (définie comme la première langue parlée à la maison); un encore moins grand nombre de personnes utilisaient leur langue régulièrement à la maison¹⁴. Des données quant aux nombreuses langues inuites, métisses et des Premières Nations qui sont parlées au Canada peuvent être consultées dans le recensement canadien de 2006 et le Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones publié en 2000 par la SOGC^{15,16}.

La communication est une composante importante de la pratique sûre au plan culturel : outre la langue et le dialecte, des différences peuvent exister en matière de compréhension de « l'argot », de la « langue de la rue » ou du jargon professionnel. Selon Little Bear¹⁷, les langues autochtones ont tendance à être centrée sur les substantifs et à se structurer en fonction des relations, tandis que la plupart des professionnels de la santé parlent une langue centrée sur les verbes qui se structure en fonction de l'action : l'accent est mis sur l'art oratoire, plutôt que sur la conversation. Pourtant, l'écoute constitue l'une des composantes les plus importantes de l'amélioration de la sensibilisation et, en bout de ligne, de celle de la sûreté. Le contact visuel constitue une autre forme importante de communication qui varie d'une culture à l'autre. Par exemple, une Inuite pourrait ne pas regarder le professionnel de la santé dans les yeux au moment de discuter de quelque chose qu'elle considère comme étant embarrassant (p. ex. un diagnostic positif quant au VIH). Cela constitue probablement une réaction culturelle à la discussion d'un sujet sérieux, plutôt qu'une indication d'indifférence ou d'inattention.

La relation entre la patiente et le fournisseur de soins se trouve au cœur de l'offre de soins de santé efficaces; la qualité de cette relation est tributaire de la stabilité du personnel de soins et de la capacité de vouer un temps acceptable aux consultations. Afin d'optimiser la communication avec les patientes inuites, métisses et des Premières Nations, les fournisseurs de soins devraient se familiariser avec les sujets tabous, les sensibilités culturelles, le vocabulaire approprié au plan culturel, les normes sociales et les comportements acceptables sur le plan social qui sont propres à la culture de chacune de leurs patientes¹⁸.

CONSEIL CLINIQUE

Tentez de vous familiariser avec la culture de la patiente, de façon à vous permettre de commencer à comprendre les attentes et les préférences de celle-ci à l'égard des examens médicaux et des interactions fournisseur-patient.

Recommandation

24. Les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations devraient recevoir des soins prodigués dans leur propre langue, dans la mesure

du possible. Les programmes et les établissements de santé offrant des services à un nombre important de patientes inuites, métisses et des Premières Nations devraient compter des interprètes et des défenseurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations parmi leurs employés. (III-A)

CONSEIL CLINIQUE

Assurez-vous que vos patientes comprennent vos recommandations : ne présumez pas qu'elles comprennent ce que vous leur demandez de faire ou la façon de le faire. Par exemple, elles pourraient ne pas savoir où se rendre pour obtenir une prise de sang.

Sept qualités essentielles des approches éthiques envers la communication et l'offre de soins en ce qui concerne les Autochtones¹⁹ :

- Respecter la personne
- Mettre en pratique une communication soucieuse des besoins de la personne
- Utiliser des interprètes (le cas échéant)
- Favoriser la participation de la famille (élargie)
- Reconnaître l'existence d'autres approches pour ce qui est de la divulgation des faits
- Pratiquer la non-interférence
- Respecter et honorer les souhaits de la patiente autochtone pour ce qui est de l'intégration de guérisseurs ou de pratiques traditionnelles à leurs soins

En bout de ligne, la sûreté culturelle est une approche envers les soins qui est axée sur les expériences, les valeurs et les croyances de la patiente. Elle met en jeu le développement de la conscientisation, l'établissement d'une relation de confiance, la reconnaissance des inégalités en matière de pouvoir et celle du rôle des conditions socioéconomiques, de l'histoire et du contexte politique, tout en n'oubliant pas qu'il revient à la patiente de déterminer si les soins offerts sont sûrs. Il n'existe aucune formule permettant d'assurer l'établissement d'une relation réussie.

CONSEIL CLINIQUES

Plutôt que de considérer la personne et sa culture comme étant des obstacles à l'offre des soins, mieux vaut se pencher sur la façon dont nos croyances et nos valeurs, à titre de fournisseurs de soins de santé (et celles du système dans lequel nous pratiquons), ont créé des obstacles pour la santé et le bien-être des Inuits, des Métis et des membres des Premières Nations.

Pour de nombreux Inuits, Métis et membres des Premières Nations, le fait de connaître une expérience positive dès leur arrivée à la clinique ou à l'hôpital est d'une importance cruciale pour qu'ils puissent se sentir les bienvenus et en sécurité. Sensibilisez le personnel de première ligne (y compris le personnel de la réception) aux principes clés de la sûreté culturelle.

Accueillez tous les patients de façon respectueuse et chaleureuse, même lorsqu'ils sont en retard, et formez le personnel en conséquence; l'adoption de tels comportements vous aidera à vous assurer de la sûreté de votre première interaction avec le ou la patiente. Soyez à l'affût des politiques et des pratiques courantes qui pourraient être discriminatoires (par exemple, les politiques ou les pratiques courantes en ce qui concerne le dépistage systématique des drogues au moment où la patiente se présente pour le travail et l'accouchement).

La mise en œuvre d'un processus d'apprentissage s'avère nécessaire pour que l'on puisse être en mesure d'offrir des soins sûrs au plan culturel. Assurez-vous de vous accorder assez de temps pour établir et cultiver des relations efficaces avec les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations. Patience, compassion, curiosité et intérêt véritable s'avèrent requis.

RÉFÉRENCES

1. IPAC-RCPCSC Core Curriculum Development Working Group. Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit and Métis Patients: a core curriculum for residents and physicians. Winnipeg: Indigenous Physicians Association of Canada; 2009. Disponible : http://ipac-amic.org/wp-content/uploads/2011/10/21118_RCPSC_CoreCurriculum_Binder.pdf. Consulté le 14 mars 2013.
2. Boyer Y. First Nations, Métis and Inuit health and the law: a framework for the future [dissertation]. Ottawa: University of Ottawa; 2011. Disponible : <http://www.ruor.uottawa.ca/fr/handle/10393/19921>. Consulté le 12 mars 2013.
3. Brascoupe S, Waters C. Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health* 2009;(Nov):6-41. Disponible : www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf.
4. Guidelines for cultural safety, the Treaty of Waitangi, and Maori health in nursing education and practice. Wellington NZ: Nursing Council of New Zealand; 2005. Disponible : <http://www.nursingcouncil.org.nz/download/97/cultural-safety11.pdf>. Consulté le 12 mars 2013.
5. Kruske S, Kildea S, Barclay L. Cultural safety and maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Women Birth* 2006;19(3):73-7.
6. Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *Int J Qual Health Care* 1996;8:491-7. Disponible : <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/8/5/491.full.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
7. Rust G, Kondwani K, Martinez R, Dansie R, Wong W, Fry-Johnson Y, et al. A crash-course in cultural competence. *Ethn Dis* 2006;16(2 Suppl 3):29-36. Disponible : <http://www.ishib.org/journal/16-2s3/ethn-16-2s3-29.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
8. Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. The evidence base for cultural and linguistic competency in health care. New York: The Commonwealth Fund; 2006. Disponible : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2006/Oct/The%20Evidence%20Base%20for%20Cultural%20and%20Linguistic%20Competency%20in%20Health%20Care/Goode_evidencebasecultlinguisticcomp_962%20pdf.pdf. Consulté le 14 mars 2013.
9. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005;43:356-73.
10. De la vérité à la réconciliation : Transformer l'héritage des pensionnats. [Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2008. Disponible : <http://www.fadg.ca/downloads/francais-truth-reconciliation.pdf>. Consulté le 13 mars 2013.
11. Kishk Anaquot Health Research. Troisième rapport intérimaire : Évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2003. Disponible : <http://www.fadg.ca/downloads/interim-evaluation-3.pdf>. Consulté le 13 mars 2013.
12. Elliott CT, de Leeuw SN. Our aboriginal relations: when family doctors and aboriginal patients meet. *Can Fam Physician* 2009;55:443-4.
13. Smith DA, Edwards NC, Martens PJ, Varcoe C. 'Making a difference': a new care paradigm for pregnant and parenting Aboriginal people. *Can J Public Health* 2007;98:321-5.
14. Lachapelle R, Lepage JF. Les langues au Canada : Recensement de 2006 [Nouvelles perspectives canadiennes]. Ottawa : Patrimoine canadien et Statistique Canada, 2010. Cat no CH3-2/8-2010. Disponible : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/pc-ch/CH3-2-8-2010-fra.pdf. Consulté le 14 mars 2013.
15. Statistique Canada. Rapport technique sur les peuples autochtones, recensement de 2006, 2^e éd. Ottawa : Statistique Canada, 2008. Disponible : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/rp-guides/rp-ap-pa_2/index-fra.cfm. Consulté le 14 mars 2013.
16. Smylie J. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones. (2^e partie : Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada). Déclaration de principe de la SOGC, n° 100, décembre 2000. *J Obstet Gynaecol Can* 2000;22:1070-81. Disponible : <http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS2-December2000.pdf>. Consulté le 14 mars 2013.
17. Little Bear L. Jagged Worldviews Colliding. Dans : Battiste M., éd. *Reclaiming Indigenous voice and vision*. Vancouver: UBC Press; 2000:77-85.
18. Gesink D, Rink E, Montgomery-Andersen R, Mulvad G, Koch A. Developing a culturally competent and socially relevant sexual health survey with an urban Arctic community. *Int J Circumpolar Health* 2010;69:25-37.
19. Ellerby JH, McKenzie J, McKay S, Garipey GJ, Kaufert JM. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *CMAJ* 2000;163:845-50.

Conclusion

L'élaboration de la présente directive clinique a été guidée par un mandat important : Fournir aux professionnels de la santé du Canada les connaissances et les outils qui leur permettront d'offrir des soins sûrs au plan culturel aux Inuites, aux Métisses et aux femmes des Premières Nations, et de ce fait, aux familles de celles-ci. Les recommandations ont été formulées de façon rigoureuse pour faciliter la réflexion et la prise en considération des aspects importants des soins de santé sexuelle et génésique offerts aux peuples autochtones. Le comité sur l'initiative en matière de santé des Autochtones a collaboré avec des spécialistes de la santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations triés sur le volet en vue de procéder à la mise à jour de la présente directive clinique. La majorité des personnes ayant participé à la production du présent guide sont elles-mêmes d'origine inuite, métisse et des Premières Nations. Nous espérons avoir pu fournir quelques outils pratiques qui aideront les professionnels de la santé à s'engager dans la bonne direction.

Tous les professionnels de la santé ont pour but d'assurer l'offre de soins permettant d'améliorer le bien-être de leurs patients. Au Canada, l'offre de soins sûrs et appropriés au plan culturel aux Inuits, aux Métis et aux membres des Premières Nations demeure une entreprise difficile. Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent diriger leurs interactions avec leurs patients autochtones de façon compétente, sensible et perceptive, tout en reconnaissant la présence d'un fardeau accru lié à la maladie et celle de défis liés à la géographie, aux traumatismes historiques, aux différences culturelles et linguistiques, et au statut socioéconomique.

Les services de santé offerts aux Autochtones sont prodigués dans un milieu qui, parfois, semble accentuer les obstacles plutôt que de faciliter l'accès à des soins efficaces et de grande qualité. Il existe souvent une certaine confusion en ce qui concerne le statut, le territoire de compétence (provincial, territorial, fédéral ou local) et la couverture d'assurance-santé. Des réseaux locaux de service et des profils d'orientation vers des services spécialisés sont souvent établis par un processus d'essais et d'erreurs tributaire du travail acharné de l'équipe de soins

de santé en cause. Bien que ces questions soient complexes, le déploiement d'efforts en vue de mieux les comprendre mènera à l'obtention de précieux résultats. Le fait de se familiariser avec des programmes tels que le programme des services de santé non assurés destiné aux Inuits et aux membres des Premières Nations contribuera à améliorer les soins et l'accès aux médicaments et aux dispositifs nécessaires pour ce qui est de ce segment vulnérable de la population.

La santé sexuelle et génésique des peuples autochtones n'a pas figuré parmi les principales préoccupations en matière de santé au Canada. Ce sujet délicat est toujours difficile à aborder dans les situations où il peut déjà y avoir des obstacles à la confiance et des préoccupations en matière de confidentialité. L'accès à la contraception, à des services d'avortement et à de simples tests de dépistage peut s'avérer difficile (voire impossible) pour plusieurs raisons, dont certaines pourraient ne pas être reconnues par des professionnels de la santé n'étant pas d'origine autochtone.

Les soins de santé maternelle constituent une source particulière de préoccupations au sein de la population autochtone. De nombreux facteurs (tels que la géographie [région rurale ou éloignée], l'isolement urbain, l'évacuation au moment de l'accouchement, l'accès à la contraception, les variations culturelles et la perte du soutien de la famille élargie, entre autres) peuvent contribuer à l'obtention de piètres issues obstétricales. Les soins de santé maternelle se doivent d'être améliorés par le déploiement d'efforts à de nombreux niveaux, y compris ce qui entoure les politiques et le financement au niveau fédéral, les programmes et le financement au niveau provincial, et la concertation des autorités sanitaires locales en vue d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité.

Le contexte prend toute son importance. Bien que nous fassions certaines généralisations dans le cadre du présent guide, nous souhaitons souligner que chaque personne et chaque communauté comptent des besoins leur étant propres, ce qui ne devrait jamais être perdu de vue. De même, bien que nos propos au sujet des soins sûrs au plan culturel soient centrés sur des principes et des recommandations d'ensemble, le lecteur devrait chercher

à comprendre les liens qui existent entre les déterminants sociaux généraux et l'état de santé et l'expérience d'une personne ou d'une communauté donnée. Cela servira à améliorer la sûreté culturelle des soins offerts. Chaque Inuit, Métis ou membre des Premières Nations compte des antécédents à multiples facettes qui affectent son état de santé actuel : les événements historiques nationaux et locaux définissent les balises des réalités actuelles. Les traumatismes intergénérationnels, tout comme la résilience intergénérationnelle et culturelle, se manifestent dans la vie de tous les jours. Les forces socioéconomiques, le niveau de scolarité, l'accès aux aliments et au logement, la ou les langues utilisées, le leadership communautaire, les occasions d'emploi, les politiques gouvernementales et les enjeux actuels en matière de santé sont tous des facteurs qui interagissent pour créer le milieu au sein duquel évolue un Inuit, un Métis ou un membre des Premières Nations donné. L'adoption d'une approche sensible pour ce qui est d'accroître les connaissances au sujet de ces facteurs constitue une excellente façon de permettre aux professionnels de la santé d'offrir des soins sûrs et adéquats au plan culturel. Le fait de poser quelques questions au sujet des priorités de la patiente en matière de santé constitue une intervention simple, mais inestimable. En adoptant cette façon de faire, les professionnels de la santé démontrent un intérêt qui va au-delà du problème de santé faisant l'objet de la consultation et pourraient ainsi jeter les bases d'une relation empreinte d'une plus grande confiance et générant un meilleur avantage thérapeutique.

La littérature médicale compte de nombreuses lacunes en ce qui concerne la santé des Inuits, des Métis (tout particulièrement) et des membres des Premières Nations. Puisque tous les professionnels de la santé en viendront probablement à compter des Autochtones parmi leurs

patients, ces lacunes devraient être comblées. Les lignes directrices traitant particulièrement de la question autochtone en ce qui concerne les méthodologies de recherche s'avérant appropriées au plan culturel sont de plus en plus bien établies et favorisent les recherches qui visent à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones, et non seulement à chercher des réponses par simple curiosité intellectuelle.

Les processus et les expériences du colonialisme et les effets que ce dernier continue d'exercer sur les peuples autochtones ne peuvent être sous-estimés. Des attitudes coloniales (et du racisme, tant voilé qu'explicite) persistent dans de nombreuses politiques et attitudes contemporaines. En ratifiant, en 2011, la Déclaration sur les droits des peuples autochtones des Nations Unies, le Canada s'est engagé envers les droits fondamentaux des Canadiens autochtones. À titre de membres de la société, les professionnels de la santé sont également priés de participer aux efforts visant à assurer le respect et l'amélioration de la vie de leurs patients autochtones.

La publication du présent guide n'est qu'un début. La familiarisation avec les besoins et les valeurs des patientes inuites, métisses et des Premières Nations exige qu'on lui consacre un certain temps. La volonté de s'adresser directement aux peuples autochtones pour en apprendre davantage au sujet de leurs besoins constitue un facteur clé de la réussite. De nombreux professionnels de la santé se sont déjà engagés envers l'offre de soins sûrs au plan culturel; nous espérons que le présent document contribuera à combler certaines lacunes quant aux connaissances et qu'il fournira des conseils utiles pour la poursuite des efforts visant l'amélioration de la santé et du bien-être des Inuites, des Métisses et des femmes des Premières Nations, de leurs familles et de leurs communautés.

Études de cas

PREMIÈRE ÉTUDE DE CAS : JEUNESSE ET SANTÉ SEXUELLE

Nita a 21 ans et vit à Toronto où elle fréquente l'université et occupe un poste de serveuse à temps partiel. Ses études la tiennent occupée et elle obtient de bons résultats. Aussi souvent que possible, elle retourne dans sa communauté du nord-est de Montréal pour visiter sa famille. Au cours d'un récent retour à la maison, elle prend un rendez-vous avec un médecin de famille au centre de santé communautaire, endroit qu'elle préfère à la clinique de l'université. Elle est reçue par le Dr Pear, médecin de famille itinérant, et lui indique qu'elle connaît des écoulements vaginaux et des démangeaisons, mais lui affirme qu'elle est autrement en santé et qu'elle pratique régulièrement des activités physiques. Elle ne présente pas de fièvre ni de symptômes urinaires et connaît des selles normales. Elle habite avec son ami de cœur et prend des contraceptifs oraux tels que prescrits.

Scénario 1

Le Dr Pear se prépare à l'examiner. Son horaire est chargé et il prend du retard. Il lui demande si elle a des relations sexuelles, mais ne procède pas à une anamnèse exhaustive. Il l'examine ensuite sans beaucoup d'interactions et lui recommande un frottis de Pap. Il ne se rend pas compte qu'elle se soumet régulièrement à des examens, qu'elle vit une relation amoureuse stable et qu'elle prend bien soin d'elle-même. Une fois l'examen terminé, il lui dit que les résultats de ce dernier ne sont pas concluants et qu'il ne sait pas trop de quoi il s'agit. Il avance que la présence d'une ITS est possible, ne se prononce pas quant aux autres possibilités et lui dit que l'infirmière communiquera avec elle lorsque les résultats des tests seront obtenus. Il demande à l'infirmière de venir prendre la relève et de discuter de contraception avec Nita.

Scénario 2

Le Dr Pear accueille Nita et lui pose quelques questions. Elle lui parle alors de ses études, lui indique qu'elle vit une relation amoureuse stable et heureuse, et lui fait part de ses symptômes. Le Dr Pear lui explique qu'il s'apprête à procéder à un examen pour chercher à en savoir plus sur la situation. Il quitte la pièce pour qu'elle puisse se dévêtir

et lui demande de se couvrir d'un drap de façon à se sentir plus à l'aise. Il revient dans la pièce et se prépare à l'examiner, lentement et avec douceur; il lui explique ce qu'il fait au fur et à mesure que se déroule l'examen. Après avoir terminé l'examen (lequel comprend le prélèvement d'un échantillon et l'examen de la lame), il lui dit qu'elle semble présenter une vaginose bactérienne. Il lui explique de quoi il s'agit et lui dit que la situation peut être facilement prise en charge. Il lui remet une ordonnance d'antibiotiques et lui rappelle que si elle dispose d'une carte de statut, elle devrait la présenter au pharmacien, puisque ce médicament est couvert.

Le Dr Pear demande à Nita si elle a des questions à lui poser. Il lui demande également si elle se soumet régulièrement à des examens de santé et si elle a déjà subi un frottis de Pap. Nita lui explique qu'elle se soumet régulièrement à des examens de santé et qu'elle est consciente de l'importance de demeurer en santé, mais qu'elle n'aime pas vraiment fréquenter la clinique du campus. Le Dr Pear lui fait part de l'existence d'un centre de santé communautaire autochtone à Toronto : *Anishnawbe Health*.

Points d'apprentissage

- Évitez les suppositions au sujet de la nature des activités sexuelles d'une jeune femme (p. ex. partenaires multiples ou relations dysfonctionnelles).
- Dans le cadre de vos interventions, efforcez-vous de toujours expliquer ce que vous faites et les raisons pour lesquelles vous le faites.
- Posez des questions au sujet du statut, dans le contexte de la couverture des médicaments. Familiarisez-vous avec les médicaments qui sont couverts par le programme SSNA ou assurez-vous d'avoir un ouvrage de référence à portée de la main.
- Posez des questions ouvertes puisqu'elles offrent souvent aux patientes l'occasion de divulguer des choses qui les rendent mal à l'aise.
- Demandez à la patiente s'il y a autre chose que vous devriez savoir ou s'il y a d'autres sujets dont elle aimerait discuter.

DEUXIÈME ÉTUDE DE CAS : ADOLESCENCE ET GROSSESSE – SOINS ASSURÉS PAR UNE SAGE-FEMME

Tracy est une jeune femme de 16 ans issue d'une communauté des Premières Nations semi-éloignée. Elle en est à 36 semaines de gestation et se présente à une consultation prénatale auprès de sa sage-femme communautaire. Il s'agit de sa première grossesse et, dans le cadre de toutes les consultations antérieures, elle était accompagnée de sa mère et/ou du père de l'enfant (Frank). Tracy est très réservée et n'entre en contact visuel avec la sage-femme que de façon limitée au cours de ces consultations. La grossesse de Tracy se déroule plutôt bien. Son gain pondéral s'établit à 23 livres. Les résultats de laboratoire et la tension artérielle se situent dans les limites normales. Une échographie menée à 20 semaines n'a constaté aucune anomalie de l'anatomie fœtale. Au cours de la dernière consultation, la sage-femme lui a dit qu'elles discuteraient du lieu de l'accouchement aujourd'hui. Tracy a le choix d'accoucher dans l'un des deux centres de soins tertiaires qui se trouvent dans une grande ville, située à neuf heures de la communauté, ou dans un hôpital se trouvant dans une moins grande ville, située plus près de la communauté. Tracy se présente à la consultation en compagnie de sa mère et la sage-femme remarque qu'elles semblent plus sérieuses que d'habitude aujourd'hui.

Scénario 1

La sage-femme, Mandy, leur demande rapidement ce qui ne va pas. Face à leur silence, elle demande à Tracy si elle commence à entretenir certaines peurs en ce qui concerne le travail et l'accouchement, et s'efforce rapidement de la rassurer en lui disant qu'elles discuteront de toutes les options disponibles pour ce qui est des moyens d'adaptation. Tracy ne regarde pas sa sage-femme dans les yeux. Après un silence troublant, Mandy commence à poser des questions au sujet des mouvements fœtaux, des modifications de l'écoulement vaginal, de la prise des suppléments prénataux, des maux de tête, etc. Tracy ne répond que par un oui ou un non.

Mandy explique les options qui s'offrent à Tracy en ce qui concerne l'accouchement et lui demande si elle a songé à l'hôpital où elle préférerait accoucher. Après un moment, la mère de Tracy répond que sa fille accouchera au centre de soins tertiaires _____ et qu'elle l'y accompagnera. La mère de Tracy avise Mandy que sa fille est mécontente parce qu'elle ne veut pas laisser Frank au moment de se rendre dans la ville où elle accouchera. Mandy demande à Tracy ce qu'elle pense de cette affirmation et Tracy ne lui répond que par un haussement des épaules. Mandy explique alors à Tracy et à sa mère les étapes à suivre pour

prendre un rendez-vous avec un médecin orienteur et pour la mise en œuvre des mesures nécessaires en matière de transport.

Scénario 2

Bien que la sage-femme, Mandy, soupçonne que quelque chose trouble Tracy, elle entame la consultation en demandant des nouvelles de la sœur de Tracy et de son fils d'un an (dont elle a contribué à la naissance). Mandy demande, en toute simplicité, si des plans ont été établis quant à l'identité de ceux qui seront en mesure d'assister à l'accouchement de Tracy, en sachant très bien que cette famille entretient des liens très serrés et que Tracy aimerait que plus d'une personne soit présente pour l'occasion. Tracy et sa mère offrent des réponses vagues. Lorsque Mandy pose une question, elle s'adresse directement à la mère de Tracy, et ce, jusqu'à ce que Tracy en vienne à la regarder dans les yeux.

Mandy pose des questions au sujet des mouvements fœtaux et plaisante en cherchant à en savoir plus au sujet du niveau d'activité de l'enfant à une heure du matin, en affirmant que ce dernier est tout le reflet de sa mère. Tracy esquisse un sourire et croise brièvement le regard de Mandy; cette dernière y discerne un signe que Tracy est maintenant prête à discuter des sujets à l'ordre du jour. Lorsqu'elle sent que Tracy s'est détendue, Mandy lui pose des questions au sujet de Frank et de leur relation de couple. Tracy lui répond qu'elle est troublée par le fait de devoir choisir qui, de sa mère ou de Frank, l'accompagnera dans son périple à la ville pour accoucher.

La mère de Tracy demande alors à Mandy la date à laquelle Tracy « quittera la communauté ». Mandy passe alors en revue les options qui s'offrent à Tracy en ce qui concerne l'endroit où elle pourrait accoucher et demande, à Tracy et à sa mère, si elles en ont discuté. La mère de Tracy répond que sa fille accouchera au centre de soins tertiaires _____ et qu'elle l'y accompagnera. Mandy jette un coup d'œil en direction de Tracy pour connaître sa réaction. Elle les rassure ensuite en leur disant qu'elle cherchera à obtenir des fonds qui permettront à Frank de les accompagner.

Un rendez-vous est pris pour la semaine suivante aux fins de la consultation d'orientation.

Le jour suivant le rendez-vous prévu de Tracy en ville, Tracy donne un coup de fil à Mandy pour lui dire qu'elle a remarqué la présence de sang dans la toilette et qu'elle se trouve toujours dans la communauté. La sage-femme prend les mesures nécessaires pour recevoir Tracy à la clinique afin de pouvoir l'examiner. Frank accompagne Tracy à la clinique.

Scénario 1

Un vol d'évacuation sanitaire est organisé pour emmener Tracy à l'hôpital afin d'en savoir plus sur la présence possible d'un travail précoce. Sa mère arrive à la clinique avec une valise et accompagne Tracy dans l'avion. De vagues mesures sont prises pour que Frank puisse aller les rejoindre plus tard en compagnie du père de Tracy.

Scénario 2

Mandy souligne la qualité des rapports qu'entretiennent Frank et Tracy, ainsi que l'importance de cette saine relation pour Tracy et l'enfant. Un vol d'évacuation sanitaire est organisé pour emmener Tracy à l'hôpital afin d'en savoir plus sur la présence possible d'un travail précoce. Sa mère arrive à la clinique avec une valise et accompagne Tracy dans l'avion. De vagues mesures sont prises pour que Frank puisse aller les rejoindre plus tard en compagnie du père de Tracy. Mandy demande à Tracy et à sa mère de lui donner des nouvelles.

Points d'apprentissage

- L'utilisation de questions indirectes au sujet des sentiments est souvent plus efficace, puisqu'elle permet l'émergence des faits sous-jacents.
- Le fait de remarquer le contact visuel constitue un aspect important de la lecture du langage corporel, puisque celui-ci représente une invitation à communiquer. Les jeunes gens peuvent, de prime abord, hésiter à croiser le regard de leur interlocuteur.
- Lorsque la patiente est accompagnée de sa mère ou d'un autre aîné, elle s'en remettra souvent à cette personne lorsque des questions lui sont posées. Adressez-vous poliment et directement à l'aîné dans le cours de la conversation, et respectez et reconnaissez son rôle à titre de décideur, tout en prenant soin de tenir compte du point de vue de la patiente.
- Lorsqu'une mère doit quitter sa communauté pour accoucher, cela peut imposer un stress considérable à sa relation intime. Ce stress peut parfois prendre la forme de sentiments contradictoires en ce qui a trait au fait de demeurer près de l'être cher ou de se plier aux directives et aux recommandations exigeant le départ de la communauté. Cela s'avère particulièrement difficile pour les jeunes femmes qui se trouvent dans de nouvelles relations amoureuses; il est important de reconnaître qu'elles ne font pas délibérément preuve d'irresponsabilité et qu'elles sont généralement disposées à respecter les recommandations formulées par des adultes bienveillants, au moment de prendre des décisions importantes dans leur vie.

**TROISIÈME ÉTUDE DE CAS :
POLITIQUES D'ÉVACUATION EN
CE QUI CONCERNE LA GROSSESSE
ET L'ACCOUCHEMENT**

Marni a 31 ans et en est à 35 semaines de gestation. Elle a d'abord été examinée au service des urgences de l'hôpital de sa communauté et a été orientée vers un centre de soins tertiaires en ville à la suite d'une évaluation menée par le médecin de famille, lequel redoutait la présence d'un travail préterme en raison des modifications manifestes constatées au niveau du col utérin. Marni arrive au centre de soins tertiaires en compagnie d'une infirmière qui indique que la patiente était à l'aise et qu'elle n'a pas connu de contractions pendant le transfert. Elle signale que Marni n'a pas présenté de fièvre, de symptômes urinaires, de nausées ou de vomissements et que ses selles ont été normales. L'obstétricien en disponibilité, Dr Green, procède à la prise de l'anamnèse médicale. Marni est une grande multipare (gravida 5, para 5) qui accouche à 37-38 semaines. Elle n'a connu aucune interruption de grossesse, fausse couche ni mortinaissance et a vécu cinq naissances vivantes par voie vaginale (dans tous les cas) précédées d'un travail court et exempt de complications, donnant lieu à des accouchements sans incidents. Elle a présenté un diabète gestationnel au cours de ses deux dernières grossesses; ses consultations prénatales, dans le cadre de la présente grossesse, n'ont été ponctuées par rien d'autre que ce diabète, lequel est bien maîtrisé au moyen d'insuline.

Étant ainsi loin de son foyer, Marni s'en fait pour ses autres enfants et a hâte de pouvoir retourner à la maison. Puisque ses contractions se sont atténuées, Marni demande si elle peut retourner chez elle. Elle dit au Dr Green que sa communauté reçoit, au besoin, la visite d'un médecin de famille qui procède à des accouchements. Elle souhaite être près de la maison au moment de l'accouchement, de façon à pouvoir être parmi les siens.

Scénario 1

Le Dr Green explique à Marni que, compte tenu de ses antécédents, la présence de complications s'avère possible. Il lui indique que l'accouchement au sein de sa communauté pourrait compromettre sa sécurité et qu'elle devra quitter sa communauté au moment de l'accouchement. Son mari pourra alors l'accompagner, mais non pas ses enfants. Le Dr Green demande à Marni de retourner chez elle pour se préparer.

Scénario 2

Le Dr Green s'inquiète du fait que, compte tenu de ses préoccupations familiales, Marni pourrait en venir à se

présenter très tard au cours de son travail, de façon à ce qu'il soit alors trop tard pour quitter la communauté. Il indique à Marni que ses raisons de souhaiter un accouchement au sein de sa communauté sont valables. Le Dr Green prend le temps de lui expliquer pourquoi il estime qu'il est important qu'elle accouche dans un centre de soins tertiaires, en prenant soin d'expliquer le risque couru au moyen de mots faciles à comprendre. Il lui remet également des renseignements sur les mesures que peut prendre l'hôpital pour la soutenir tout au long du travail et l'aider à honorer la naissance de son enfant, même si elle se trouve loin des siens. Le Dr Green lui remet les coordonnées de l'agent de liaison.

Points d'apprentissage

- Tenez compte de la réalité de la vie en milieu rural et des multiples facteurs complexes qu'une femme doit prendre en considération au moment de quitter sa communauté.
- Familiarisez-vous avec les services disponibles en région rurale.
- Communiquez avec la mère au sujet des plans qu'elle devra mettre en œuvre pour quitter sa communauté.
- Cherchez à comprendre l'importance culturelle de l'accouchement aux yeux de la famille et de la communauté.
- Reconnaissez et validez les préoccupations de votre patiente; ne rejetez pas les préoccupations se situant au-delà de la sûreté de l'enfant à naître.
- Familiarisez-vous avec les programmes et les services qu'offre l'hôpital pour mieux soutenir l'inclusion des familles.

QUATRIÈME ÉTUDE DE CAS : SANTÉ DES FEMMES D'ÂGE MÛR

Jaci est une femme de 66 ans issue d'une communauté éloignée (n'étant accessible que par avion) qui se présente à un poste de soins infirmiers pour indiquer qu'elle connaît une microrragie qui se manifeste plusieurs fois par semaine depuis de multiples semaines. Elle ne présente aucune douleur, aucun symptôme urinaire ni aucune fièvre. Elle ne connaît pas de problèmes mictionnels et ses selles sont normales. L'infirmière prend connaissance de ses symptômes et de ses antécédents médicaux, puis l'examine. Son examen pelvien ne révèle rien de particulier et l'abdomen est bénin, sans bosse ni douleur. L'infirmière oriente Jaci vers le médecin qui visitera la communauté dans une semaine.

Lorsque le médecin arrive, il examine Jaci et mène une biopsie endométriale, laquelle en vient à indiquer la présence de cellules anormales; Jaci est alors orientée vers un centre de soins tertiaires du Sud. En raison de son âge et de sa difficulté à parler l'anglais, Jaci est accompagnée de sa fille. Au centre de soins tertiaires, Jaci rencontre le gynécologue, Dr London.

Scénario 1

Le Dr London prend connaissance des antécédents de Jaci, en passant au travers d'une liste de questions. La fille de Jaci se sent sous pression, ne comprend pas toutes les questions et a de la difficulté à fournir des réponses, en plus de devoir traduire les questions pour sa mère. Lorsque le Dr London procède à l'examen de Jaci, il n'explique pas ce qu'il fait ni les raisons pour lesquelles il le fait. Jaci se sent exposée et mal à l'aise. Sa fille s'en rend compte, mais n'ose pas interrompre l'examen pour en faire part au Dr London. Ce dernier termine l'examen, avise Jaci qu'il doit procéder à d'autres études d'imagerie et indique que l'infirmière s'occupera de prendre les mesures nécessaires à cette fin. Puisque ni Jaci ni sa fille ne posent de questions, le Dr London en conclut que Jaci comprend la situation et quitte la salle.

Au moment de la consultation suivante, avec les résultats de l'échographie en main, le Dr London explique à Jaci qu'elle présente une tumeur utérine et qu'elle devra subir une chirurgie. Il demande à l'infirmière de remettre à Jaci les dates de ses prochains rendez-vous et quitte la salle pour se rendre auprès de sa patiente suivante.

Scénario 2

Le Dr London accueille Jaci, lui demande d'où elle vient et lui pose des questions au sujet de sa famille et du nombre d'enfants auxquels elle a donné naissance. Il lui demande si elle a dû se déplacer loin de sa communauté pour venir le consulter et si elle comprend la raison pour laquelle elle a dû le faire. Il lui explique que ses symptômes de saignement ne sont pas normaux puisqu'elle a déjà connu son « retour d'âge » (c.-à-d. la ménopause) et que le médecin de famille qui visite sa communauté lui a fait passer un test qui a indiqué que la membrane qui tapisse son utérus n'était pas en santé. Il lui explique qu'il est important d'examiner son utérus pour comprendre la cause de ses saignements et qu'il procédera aujourd'hui à cet examen. Avec l'aide de la fille de Jaci, le Dr London tente de trouver le mot signifiant « utérus » dans la langue que parle Jaci, de façon à ce qu'elle puisse mieux comprendre ce qui se passe.

La fille de Jaci aide sa mère à se préparer à l'examen, en la couvrant conformément aux consignes du Dr London. Ce

dernier procède à l'examen et avise Jaci qu'elle pourrait, à l'occasion, se sentir mal à l'aise. Pendant l'examen, le Dr London explique chacune des parties de l'examen, tout en parlant et en agissant lentement, de façon à ce que la fille de Jaci puisse traduire ce qu'il dit. Le Dr London termine l'examen et quitte la pièce pour que Jaci puisse se revêtir. Il revient et avise Jaci qu'elle devra subir une échographie, en prenant soin de s'assurer qu'elle et sa fille comprennent les raisons de cet examen et les dispositions qui seront prises à cette fin.

Au moment de la consultation visant à discuter des résultats de l'échographie, le Dr London prend place face à Jaci et lui explique que l'échographie a indiqué la présence d'une excroissance dans l'utérus. Le Dr London explique à Jaci que cette excroissance pourrait tout autant être grave que bénigne et que, puisqu'il est important d'en avoir le cœur net, il devra procéder à une opération qui visera à retirer l'utérus. Il demande à Jaci si elle comprend ce qu'il vient de lui dire et si elle a des questions à lui poser. Jaci et sa fille s'entendent pour affirmer qu'elles comprennent. Jaci demande des clarifications quant à la date à laquelle elle devra subir cette opération et à la durée de son séjour en ville. Le Dr London prend soin de bien lui expliquer les étapes qui suivront.

Points d'apprentissage

- Le fait de disposer d'un utérus constitue une partie importante du sentiment d'identité chez la plupart des femmes, y compris les femmes autochtones et même les grands-mères.
- Soyez sensible à la timidité, à la modestie et aux taux élevés de sévices sexuels. Le fait d'être conscient des séquelles du système de pensionnat revêt une importance particulière lorsque l'on offre des services à des femmes autochtones âgées.
- Assurez-vous de toujours faire preuve de douceur dans votre approche, d'expliquer chacune des étapes de l'intervention et de permettre à la patiente de se couvrir adéquatement au moyen d'un drap.
- Au besoin, faites appel à un interprète professionnel et demandez à la patiente si elle est à l'aise avec ce service. Lorsque vous demandez à un membre de la famille de traduire vos propos, assurez-vous d'utiliser un vocabulaire adapté aux circonstances, de façon à ce qu'il puisse vous comprendre.
- Consultez votre patiente régulièrement pour vous assurer qu'elle comprend ce que vous faites et ce qui lui arrive. Ne présumez pas que le silence indique le consentement ou la compréhension.

ANNEXE 1 EXCUSES DU GOUVERNEMENT CANADIEN POUR LA RÉINSTALLATION FORCÉE DE FAMILLES INUITES D'INUKJUAK ET DE POND INLET

Le 18 août 2010, M. John Duncan, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, a présenté les excuses du gouvernement canadien pour la réinstallation forcée de familles inuites d'Inukjuak et de Pond Inlet dans l'Extrême-Arctique, soit à Grise Fiord et à Resolute Bay :

Au nom du gouvernement du Canada et de tous les Canadiens, nous aimerions présenter des excuses complètes et sincères aux Inuits pour la réinstallation de leurs familles d'Inukjuak et de Pond Inlet à Grise Fiord et à Resolute Bay dans les années 1950.

Nous tenons à exprimer notre grande tristesse à l'égard de la souffrance extrême éprouvée par les personnes réinstallées et des difficultés qu'elles ont dû surmonter. Ces personnes ont été retirées de leur collectivité de résidence et de leur famille élargie et envoyées à plus de mille kilomètres. On ne leur a pas fourni les logements et les fournitures dont elles avaient besoin, et on ne leur a pas bien expliqué à quelle distance se trouvait leur collectivité d'accueil ni dans quelle mesure cette dernière serait différente d'Inukjuak. Elles ne savaient pas qu'elles allaient devoir s'établir dans deux collectivités séparées lorsqu'elles arriveraient dans l'Extrême-Arctique. De plus, le gouvernement n'a pas respecté sa promesse de ramener ces personnes dans leur ancienne demeure si elles ne voulaient pas rester dans l'Extrême-Arctique.

Le gouvernement du Canada regrette profondément les erreurs qu'il a faites et les promesses qu'il n'a pas tenues durant ce sombre chapitre de notre histoire, et il est désolé que la réinstallation dans l'Extrême-Arctique ait eu lieu. Nous aimerions rendre hommage aux personnes réinstallées pour leur persévérance et leur courage. Malgré leur souffrance et les difficultés qu'ils ont dû surmonter, les personnes réinstallées et leurs descendants sont parvenus à créer des collectivités dynamiques à Grise Fiord et à Resolute Bay. Le gouvernement du Canada reconnaît que ces collectivités ont contribué à établir une présence canadienne marquée dans l'Extrême-Arctique.

La réinstallation de familles inuites dans l'Extrême-Arctique est un chapitre tragique de l'histoire du Canada. Nous ne devons pas oublier cette partie de notre histoire; nous devons la reconnaître et en tirer des leçons, que nous transmettrons ensuite à nos enfants. Le fait de reconnaître notre histoire commune nous permet d'avancer en partenariat dans un esprit de réconciliation. Le gouvernement du Canada et les Inuits ont accompli beaucoup de grandes choses ensemble, et tous les Canadiens bénéficient des contributions de ce peuple à notre culture et à notre histoire. Nous devons continuer de resserrer nos liens et d'approfondir notre compréhension et notre respect. Nous devons bâtir ensemble un Inuit Nunangat plus solide, plus sain et plus dynamique, ce qui nous permettra en retour de bâtir un Canada également plus solide, plus sain et plus dynamique.

Le gouvernement du Canada espère que ces excuses contribueront à la guérison de ces blessures, qui ont été causées par des événements remontant à près de soixante ans, et aideront à tourner la page sur ce triste chapitre de l'histoire du Canada. Que ces excuses consolident le fondement sur lequel le gouvernement et les Inuits s'appuieront pour voir ensemble à ce que le Grand Nord demeure une région forte et libre¹.

RÉFÉRENCE

1. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Présentation des excuses pour la réinstallation d'Inuit dans l'Extrême Arctique. Disponible : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016115/1100100016116>. Consulté le 15 mars 2013.

ANNEXE 2

EXCUSES DU GOUVERNEMENT CANADIEN POUR LE SYSTÈME DE PENSIONNAT

En 2008, le premier ministre du Canada, M. Stephen Harper, a présenté les excuses du gouvernement canadien pour le système de pensionnat; en voici un extrait :

Nous reconnaissons maintenant qu'en séparant les enfants de leurs familles, nous avons réduit la capacité de nombreux anciens élèves à élever adéquatement leurs propres enfants et avons scellé le sort des générations qui ont suivi, et nous nous excusons d'avoir agi ainsi.

Nous reconnaissons maintenant que, beaucoup trop souvent, ces institutions donnaient lieu à des cas de sévices ou de négligence et n'étaient pas contrôlées de manière adéquate, et nous nous excusons de ne pas avoir su vous protéger.

En plus d'avoir vous-mêmes subi ces mauvais traitements pendant votre enfance, une fois devenus parents à votre tour, vous avez été impuissants à éviter le même sort à vos enfants, et nous le regrettons.

Le fardeau de cette expérience pèse sur vos épaules depuis beaucoup trop longtemps. Ce fardeau nous revient directement, en tant que gouvernement et en tant que pays. Il n'y a pas de place au Canada pour que les attitudes qui ont inspiré le système de pensionnats indiens puissent prévaloir à nouveau.

Vous tentez de vous remettre de cette épreuve depuis longtemps, et d'une façon très concrète, nous vous rejoignons maintenant dans ce cheminement. Le gouvernement du Canada présente ses excuses les plus sincères aux peuples autochtones du Canada pour avoir si profondément manqué à son devoir envers eux, et leur demande pardon.

Nous le regrettons¹.

RÉFÉRENCE

1. CBC News. Prime Minister Stephen Harper's statement of apology. June 11, 2008. Disponible : <http://www.cbc.ca/news/canada/story/2008/06/11/pm-statement.html>. Consulté le 15 mars 2013.

ANNEXE 3

COMMENT ÉVITER, PENDANT L'ACCOUCHEMENT, LA RETRAUMATISATION DES VICTIMES DE SÉVICES SEXUELS

1. Peu importe les antécédents dont la patiente vous a fait part, traitez toutes les parturientes comme s'il s'agissait de victimes de sévices sexuels (malheureusement, c'est plus souvent qu'autrement le cas).
2. Soyez conscient de votre langage corporel et de votre position. Le fait que vous vous trouviez dans une position d'autorité (debout) et que la patiente se trouve probablement sur le dos, dans une position vulnérable ou exposée, peut donner lieu à une retraumatisation.
3. Expliquez toujours ce que vous faites (étape par étape).
4. Demandez la permission de la patiente avant de procéder à un examen vaginal, pelvien ou à tout autre examen intime; de plus, ne la laissez pas en position exposée lorsque vous avez terminé votre intervention : couvrez la patiente au moyen d'un drap lorsque vous avez terminé l'examen requis.
5. Ne présumez pas que la patiente se sentira assez en confiance pour vous faire part de ses antécédents de sévices sexuels. Elle pourrait ne pas se sentir à l'aise de vous faire part d'un tel incident ou, encore, elle pourrait simplement ne pas être consciente de la possibilité que l'expérience de l'accouchement déclenche une retraumatisation.
6. Portez une attention très particulière aux mots que vous utilisez et au ton de votre voix; les victimes se sont souvent fait dire de « se détendre », de « respirer », de « se tenir tranquille », de « se laisser aller » et de « s'ouvrir » ou elles ont entendu « shhhhh », « je n'en ai plus que pour une minute » et « c'est presque fini » au moment d'être agressées. Ce type d'expressions (particulièrement de la part d'une personne en position d'autorité) peut déclencher la retraumatisation d'une parturiente.
7. Soyez conscient du fait que même si vous portez attention aux mots que vous utilisez, que vous prenez connaissance des déclencheurs possibles et que vous utilisez des méthodes de soin impeccables, la patiente pourrait malgré tout en venir à connaître une retraumatisation.
8. Une retraumatisation est également susceptible d'être déclenchée au moment de la descente de l'enfant dans la filière pelvi-génitale, puisque la sensation physique de l'accouchement (y compris la dilatation vaginale et le dégagement de la tête fœtale), combinée au manque de contrôle quant aux aspects physiques de l'accouchement, peut faire en sorte qu'une victime en vienne à se sentir retraumatisée¹.

RÉFÉRENCE

1. Waldram J, Herring DA, Young TK. Aboriginal health in Canada: historical, cultural, and epidemiological perspectives. 2^e éd. Toronto: University of Toronto Press; 2006.

National Office / Bureau national

Chief Executive Officer /

Directrice générale

Jennifer Blake, MD, FRCSC, MSc – Ottawa

The Society of Obstetricians and

Gynaecologists of Canada /

La Société des obstétriciens et

gynécologues du Canada

780 Echo Drive

Ottawa, Ontario K1S 5R7

tel: (613) 730-4192 or 1-800-561-2416

fax: (613) 730-4314

www.sogc.org

Published for the Society of Obstetricians
and Gynaecologists of Canada by the

Canadian Psychiatric Association /

Publié pour la Société des obstétriciens et

gynécologues du Canada par l'Association

des psychiatres du Canada

141 Laurier Avenue West, Suite 701,

Ottawa, ON K1P 5J3

Director, Scientific Publications/

Directrice, Publications scientifiques

Virginia St-Denis

Periodicals Production Manager /

Gestionnaire, production des

periodiques

Smita Hamzeh

Desktop Publisher / Micro-éditrice

Elizabeth Payne

Proofreader / Correctrice d'épreuves

Candace Taylor

Online publishing /

Publication en ligne

Linda Kollesh

Marketing and advertising sales /

Marketing et publicité

Classified advertising /

Annonces classées

Reprints / Tirés à part

Keith Health Care

Marg Churchill

tel: (905) 278-6700 or 800 661-5004

fax: (905) 278-4850

mchurchill@keithhealthcare.com

JOGC is indexed by the National Library of
Medicine in Index Medicus and its online
counterpart MEDLINE and included in
NLM's PubMed system.

Le JOGC est répertorié par la National
Library of Medicine dans Index Medicus et
son équivalent en ligne, MEDLINE.

Il est également inclus dans le système
PubMed de la NLM.

All prescription drug advertisements have
been cleared by the Pharmaceutical
Advertising Advisory Board.

Toutes les annonces de médicaments
prescrits ont été approuvées par le Conseil
consultatif de publicité pharmaceutique

