

## Améliorer la santé des Autochtones

### Quelle contribution les professionnels de la santé peuvent-ils apporter?

Ann C. Macaulay CM MD FCFP

*La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, ne se limitant pas à l'absence de maladie ou d'infirmité<sup>1</sup>.*

*Le bien-être est associé à l'estime de soi, un sentiment de paix et de bonheur. Ce concept englobe l'éducation. Il englobe l'emploi. Il englobe les revendications territoriales. Il englobe la gestion des ressources. Tout cela nous ramène au bien-être intégral et au mieux-être.*

Rhea Joseph<sup>2</sup>

La santé et le bien-être ne sont pas distincts, mais bien inexorablement reliés à tous les aspects de la vie. Dans cette vaste dimension, quelles contributions les professionnels de la santé peuvent-ils apporter à la santé des Autochtones?

Tous les professionnels de la santé peuvent favoriser une meilleure santé chez les Autochtones au Canada. C'est possible au quotidien pour ceux qui soignent des patients de tous âges, dans divers milieux, y compris les collectivités rurales, les milieux urbains ou les centres de soins tertiaires. Nous devons aussi défendre leur cause dans des secteurs clés pour promouvoir la santé des Autochtones. Il faut aider tous les Canadiens à comprendre l'histoire des Autochtones, les influences négatives de la colonisation et des régimes de pensionnats, le rôle des déterminants sociaux de la santé et l'urgente nécessité d'accroître l'éducation et l'emploi. Nous devons aussi préconiser la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé autochtones, la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires, une plus grande autonomie gouvernementale par les Autochtones, assortie du contrôle des programmes de santé et d'éducation. Il faut de meilleurs soins pour les patients, les familles et les collectivités, grâce à des fonds suffisants et à des programmes appropriés, élaborés avec la contribution des Autochtones et évalués adéquatement. Il faut faire de la recherche dirigée par des Autochtones ou en partenariat avec eux. C'est une longue liste d'exigences, mais ce sont des enjeux importants, intimement reliés et qu'il faut défendre.

On compte actuellement environ 3,3 millions d'Autochtones au Canada, dont 61 % sont membres des Premières nations, 34 % sont des Métis et 5 % des Inuits. Ils forment 3 groupes distincts, ayant chacun leur patrimoine géographique et linguistique, leurs pratiques culturelles et leurs croyances spirituelles distincts, et il est important d'éviter toute généralisation. Actuellement, 55 % des Autochtones habitent en milieu urbain, certains entretenant

des liens étroits avec leur collectivité d'origine et d'autres s'identifiant au milieu urbain<sup>3</sup>.

Les écarts sont frappants au chapitre de la santé entre les Autochtones et le reste de la population, y compris en ce qui a trait à l'espérance de vie chez les hommes et les femmes, qui se situe de 5 à 10 ans de moins que la moyenne générale<sup>3</sup>. C'est attribuable aux conséquences du passé, conjuguées aux déterminants sociaux de la santé. L'histoire des Autochtones est marquée par la colonisation et la *Loi sur les Indiens* de 1876, qui les privaient de leurs terres, et de leurs modes de vie traditionnels, et les colonisaient en les étiquetant d'un stéréotype négatif. Vint ensuite le régime des pensionnats, établi en 1892, pour «civiliser» les Autochtones: les enfants étaient retirés de leurs foyers et placés dans des pensionnats financés par le gouvernement fédéral et administrés par l'Église. On défendait aux enfants de parler leur propre langue, et la plupart ont fait l'objet de sévices émotionnels, physiques et sexuels. Ces pratiques ont entraîné la perte de langues et de traditions, la destruction de l'estime de soi et l'ébranlement des compétences parentales. À l'âge adulte, beaucoup se sont tournés vers l'alcool et les drogues pour soulager la douleur mentale, ce qui a causé la fragmentation des collectivités et un traumatisme multigénérationnel. Le dernier pensionnat a fermé ses portes en 1996, mais ce n'est qu'à l'été 2008 que le gouvernement canadien a finalement offert ses excuses.

La pauvreté, le surpeuplement et le chômage comptent parmi les déterminants sociaux de la santé. En 2001, 41 % des enfants autochtones de moins de 14 ans vivaient dans la pauvreté, soit 3 fois plus que le taux national; 35 % des enfants étaient élevés dans une famille monoparentale et 1 mère célibataire sur 4 signalait un revenu annuel de moins de 10 000 \$. En 2006, 11 % des Autochtones vivaient dans des conditions de surpeuplement (défini comme plus d'une personne par pièce), ce qui est 4 fois plus que dans l'ensemble de la population<sup>4</sup>. Au moment de rédiger cet article, 100 collectivités autochtones devaient faire bouillir leur eau en raison de la contamination de leur approvisionnement<sup>3</sup>.

Reconnaissant ces problèmes, le gouvernement fédéral a créé en 1996 la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Dans ce volumineux rapport, on disait ce qui suit:

Santé déficiente, conditions d'habitation lamentables, eau malsaine, scolarité insuffisante, pauvreté, familles éclatées: voilà qui caractérise habituellement les pays du tiers monde. Mais c'est aussi le lot des autochtones du Canada.<sup>2</sup>

Le document présente de nombreuses recommandations pour régler les problèmes entourant la santé, le

This article is also in English on page 334.

développement économique, les ressources humaines et l'édification des institutions<sup>2</sup>. Dix ans plus tard, l'Assemblée des Premières nations a évalué le gouvernement fédéral en lui accordant des notes de A à F en fonction des actions prises pour donner suite à chaque recommandation de la CRPA. Selon ce bulletin, aucun investissement soutenu n'a été versé pour répondre aux besoins essentiels des collectivités des Premières nations ni pour régler les principaux déterminants de la santé et du bien-être<sup>5</sup>.

C'est une décennie perdue pendant laquelle le gouvernement fédéral aurait pu apporter les changements fondamentaux recommandés par sa propre commission. On n'a pas reconnu les importants travaux de Chandler et Lalonde, qui ont documenté des taux de suicide plus faibles ou absents dans les collectivités autochtones en Colombie-Britannique, où les taux de «continuité culturelle» sont élevés. On désigne comme facteurs de continuité culturelle l'autonomie gouvernementale, le règlement des revendications territoriales, la présence de femmes dans les gouvernements communautaires, et le contrôle de l'éducation, de la santé, de la police, du bien-être des enfants et des services d'incendie par la collectivité<sup>6</sup>, tous des facteurs recommandés par la CRPA. D'autres ont soulevé l'hypothèse que la continuité culturelle pourrait aussi expliquer les taux variables de maladies chroniques d'une collectivité à l'autre<sup>7</sup>.

Dans ce contexte plutôt sombre, les professionnels de la santé - y compris, bien sûr, les médecins de famille - peuvent jouer un rôle positif dans les soins aux patients, la recherche, l'éducation en matière de santé, et aussi souvent que possible, user de leur influence pour promouvoir des changements plus étendus.

Les professionnels de la santé non autochtones réussissent mieux s'ils adoptent une approche holistique dans leurs conseils et leurs soins aux patients. Ils devraient pratiquer l'humilité culturelle en respectant les traditions locales et en prenant garde de ne pas imposer leurs propres valeurs. Ils doivent comprendre que la santé englobe le bien-être physique, émotionnel, intellectuel et spirituel, comme l'illustrent les 4 quadrants de la roue de la médecine<sup>8</sup>; reconnaître les séquelles multigénérationnelles de la colonisation et des pensionnats indiens, et l'importance de l'histoire locale; respecter les croyances et les pratiques de guérison traditionnelles; et tenir compte du rôle des déterminants sociaux de la santé et, dans bien des collectivités, du coût élevé des aliments et de l'insuffisance des ressources. Ils devraient travailler en équipes multidisciplinaires et inclure des représentants de la santé venant de la collectivité. Ils doivent être réceptifs aux soins transculturels. Par exemple, ne pas beaucoup regarder l'autre dans les yeux peut être normal et les patients peuvent être très à l'aise avec de longs silences et ne pas répondre à des questions directes. Dans les collectivités en vase clos, ce qui arrive à une personne n'affecte pas seulement sa famille entière mais aussi toute la collectivité. Les patients fonctionnent peut-être dans une langue seconde, et peuvent avoir besoin d'un interprète ou encore être mal à l'aise de questionner une personne perçue comme ayant plus de pouvoirs et de connaissances. Il existe maintenant

d'excellentes publications, rédigées par des professionnels de la santé et des scientifiques autochtones. Ces personnes sont bien placées pour comprendre les grands enjeux en santé des Autochtones et ont de meilleures connaissances pour donner des explications approfondies et des recommandations pratiques<sup>9</sup>.

Les professionnels de la santé non autochtones doivent comprendre comment les Autochtones interprètent leur vécu de la maladie et répondent aux régimes de traitement, et respecter la logique et la raison d'être d'un autre système de pensée. Ils doivent adapter leur plan de traitement et leurs programmes d'éducation aux contextes culturel, social et économique de leurs patients autochtones, et reconnaître que beaucoup de communautés sont géographiquement éloignées et ont peu accès aux services spécialisés<sup>10</sup>.

Certains de ces points sont clairement expliqués dans l'article d'Elliott et de Leeuw<sup>11</sup> du présent numéro du *Médecin de famille canadien (CFPlus)*, qui raconte l'histoire d'un résident qui n'était pas au courant que, par le passé, les Autochtones atteints de tuberculose étaient envoyés ailleurs pour être traités et que beaucoup d'entre eux mourraient sans revoir leur famille. Les auteurs soulèvent aussi des préoccupations valides à l'effet que les professionnels de la santé pourraient inconsciemment internaliser des perceptions négatives généralisées à propos des peuples autochtones. Peut-être que la population en général comprendra mieux si les principaux auteurs continuent à décrire les nombreux attributs positifs des Autochtones, leurs nombreuses contributions à la société canadienne et la nécessité de régler les revendications territoriales<sup>12</sup>.

Tous ceux qui font de la recherche - ou recueillent des données pour les chercheurs - devraient s'assurer que leurs travaux se conforment à des normes élevées, utilisent une approche de participation dans laquelle les Autochtones et leurs organisations sont partenaires à part entière<sup>13</sup> et suivent les lignes directrices sur l'éthique des Instituts de recherche en santé du Canada<sup>14</sup> et de l'Organisation nationale de la santé autochtone<sup>15</sup>. Il faut communiquer tous les résultats aux collectivités et aux organisations de manière à en faire profiter les peuples autochtones. Par le passé, trop de projets de recherche se penchaient sur les maladies et la dysfonction, ce qui ne servait qu'à insister sur le côté négatif, sans produire de renseignements additionnels pour trouver des solutions pratiques. Aujourd'hui, la recherche se concentre plus sur la résilience et cherche des réponses pour améliorer la santé. Les 2 articles de recherche dans ce numéro du *Médecin de famille canadien* sont d'excellents exemples de recherche positive pour investiguer les problèmes et utiliser les résultats afin d'améliorer les futurs programmes. L'étude par Kelly et collègues<sup>16</sup> (page 395) se sert de méthodes qualitatives pour mieux comprendre les besoins des patients autochtones qui reçoivent des soins palliatifs dans un hôpital du Nord; les résultats sont utilisés

pour améliorer les soins en fin de vie dans ce milieu. Les autres professionnels de la santé peuvent demander à leurs patients autochtones si les résultats sont pertinents dans d'autres localités. L'étude SLICK<sup>17</sup> (page 387), à l'aide d'une approche quantitative, évalue les nombreux niveaux de soins aux diabétiques en Alberta et documente clairement que les patients autochtones ne reçoivent pas les soins recommandés par l'Association canadienne du diabète. Les résultats démontrent un niveau de soins moins élevé, un dépistage inadéquat des complications et un manque de formation de la part des équipes qui comptent des nutritionnistes et des infirmières éducatrices sur le diabète. C'est exactement le genre d'évaluation nécessaire dans tous les programmes. Les résultats mettent une fois de plus en évidence le manque flagrant de programmes appropriés pour les patients autochtones, dans ce cas, ceux ayant un diabète de type 2. J'espère que ces conclusions influenceront véritablement les soins. Elles devraient convaincre le gouvernement fédéral d'augmenter immédiatement le financement pour améliorer les programmes pour personnes diabétiques. Ces résultats devraient aussi inciter à financer l'élaboration de programmes de recherche et de promotion de la santé nécessaires pour réduire cette épidémie de diabète de type 2 chez les peuples autochtones.

Pour élucider les mystères du diabète et en comprendre la très grande prévalence chez les Autochtones du Canada et du monde, il faut explorer de nouveau les modes de connaissance autochtones et intégrer des idées novatrices dérivées de pratiques traditionnelles anciennes des guérisseurs autochtones aux méthodes scientifiques modernes de recherche pratiquées par une nouvelle génération de chercheurs<sup>10</sup>.

En 2002, les étudiants autochtones représentaient 0,9 % de tous les étudiants en médecine de première année au Canada (18 étudiants autochtones sur un total de 2 020). Étant donné que les Autochtones (Inuits, Métis, Premières nations) forment 3,3 % de la population canadienne, le nombre d'étudiants autochtones dans les facultés de médecine ne constitue que le quart du total nécessaire pour refléter l'ensemble de la population<sup>3</sup>. La situation est la même dans les autres professions de la santé, y compris les infirmières, les dentistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les nutritionnistes et les pharmaciens. Dans la mesure du possible, les professionnels de la santé peuvent encourager les jeunes autochtones à compléter leurs études et à envisager une carrière en soins de santé. De plus, tous les professionnels de la santé devraient recevoir une formation en santé des Autochtones pour mieux les préparer pour l'avenir. À cette fin, l'Association des Médecins Indigènes du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada collaborent actuellement pour que cette formation soit donnée à tous les étudiants en médecine. En 2008, elles ont procédé au lancement du document intitulé *Les compétences essentielles en matière de santé des Inuit, des Métis et des Premières*

*nations: Un cadre de programme d'enseignement produit par l'AMIC et l'AFMC pour la formation médicale prédoctorale*<sup>18</sup>. Certaines facultés de médecine offrent déjà un programme d'enseignement exhaustif. Le défi se situe maintenant dans la mise en œuvre par toutes les écoles (médecine, soins infirmiers, etc.) de leurs propres programmes.

L'Association des Médecins Indigènes du Canada a pour vision des nations, des collectivités, des familles et des personnes indigènes en santé et prospères, appuyées par une multitude de médecins indigènes compétents, bien formés et bien soutenus, qui travaillent ensemble avec d'autres qui partagent cette vision<sup>19</sup>. Il faudra un effort concerté de la part de tous les ordres de gouvernement, travaillant en partenariat avec les peuples autochtones et le soutien du grand public. Les professionnels de la santé, autochtones ou non, seront fiers de contribuer à la réalisation de cette vision. 🌿

**D<sup>re</sup> Macaulay** est professeure au Département de médecine familiale de l'Université McGill à Montréal, au Québec. Elle est médecin de famille dans la collectivité de Kanien'kehá:ka (Mohawk) de Kahnawake, au Québec depuis 1970.

**Remerciements**

Je remercie **D<sup>r</sup> Kent Saylor** de m'avoir fourni des sources d'information.

**Correspondance**

**D<sup>re</sup> Ann C. Macaulay**, Département de médecine familiale, Université McGill, 515, avenue des Pins, Montréal, QC H2W 1S4; courriel [ann.macaulay@mcgill.ca](mailto:ann.macaulay@mcgill.ca)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

**Références**

1. Organisation mondiale de la Santé. *Constitution of the World Health Organization*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1978. Accessible à: [www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm). Accédé le 27 février 2009.
2. Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa, ON: Commission royale sur les peuples autochtones; 1996. Accessible à: <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/rpt/rpt-fra.asp>. Accédé le 27 février 2009.
3. Affaires indiennes et du Nord Canada [site Web]. Ottawa, ON: Affaires indiennes et du Nord Canada; 2009. Accessible à: [www.ainc-inac.gc.ca/index-eng.asp](http://www.ainc-inac.gc.ca/index-eng.asp). Accédé le 27 février 2009.
4. *Regional health surveys*. Ottawa, ON: First Nations Regional Longitudinal Health Survey; 2009. Accessible à: [www.rhs-ers.ca/english/](http://www.rhs-ers.ca/english/). Accédé le 27 février 2009.
5. Assemblée des Premières Nations. *Royal Commission on Aboriginal People at 10 years: a report card*. Ottawa, ON: Assemblée des Premières Nations; 2006. Accessible à: [www.afn.ca/cmslib/general/afn\\_rcap.pdf](http://www.afn.ca/cmslib/general/afn_rcap.pdf). Accédé le 27 février 2009.
6. Chandler MJ, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's first nations. Dans: Kirmayer LJ, Valaskakis G, rédacteurs. *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: transformations, identity, and community*. Vancouver, CB: University of British Columbia Press; 2008.
7. Hom OK, Jacobs-Whyte H, Ing A, Bruegl A, Paradis G, Macaulay AC. Incidence and prevalence of type 2 diabetes in the First Nation community of Kahnawá:ke, Québec, Canada, 1986-2003. *Can J Public Health* 2007;98(6):438-43.
8. Montour LT. The medicine wheel: understanding "problem" patients in primary care. *Permanente J* 2000;4(1):34-9. Accessible à: <http://xnnet.kp.org/permanentejournal/winter00pj/wheel.html>. Accédé le 27 février 2009.
9. Smylie J. A guide for health professionals working with aboriginal peoples. Ottawa, ON: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2001. Accessible à: [www.sogc.org/guidelines/index\\_e.asp#aboriginal](http://www.sogc.org/guidelines/index_e.asp#aboriginal). Accédé le 27 février 2009.
10. Reading J. The quest to improve Aboriginal health [commentaire]. *CMAJ* 2006;174(9):1233 (ang), 1237 (fr).
11. Elliott CT, de Leeuw SN. Our aboriginal relations. When family doctors and aboriginal patients meet. *Can Fam Physician* 2009;55:000-0.
12. Saul JR. *A fair country: telling truths about Canada*. Toronto, ON: Viking Canada; 2008.
13. Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM, et coll. Participatory research maximises community and lay involvement. *BMJ* 1999;319(7212):774-8.
14. Instituts de recherche en santé du Canada. *CIHR guidelines for health research involving aboriginal people*. Ottawa, ON: Instituts de recherche en santé du Canada; 2007. Accessible à: [www.cihr-irsc.gc.ca/e/29134.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29134.html). Accédé le 27 février 2009.
15. Schnarch B. Ownership, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research. *J Aborig Health* 2004;1(1):80-95.
16. Kelly L, Linkevich B, Cromarty H, St Pierre-Hansen N, Antone I, Gilles C. Palliative care of First Nations people. A qualitative study of bereaved family members. *Can Fam Physician* 2009;55:000-0.
17. Oster RT, Virani S, Strong D, Shade S, Toth EL. Diabetes care and health status of First Nations individuals with type 2 diabetes in Alberta. *Can Fam Physician* 2009;55:000-0.
18. Lavalée B, Neville A, Anderson M, Shore B, Diffey L, rédacteurs. *First Nations, Inuit, Métis Health. Core competencies. A curriculum framework for undergraduate medical education*. Ottawa, ON: Association des Médecins Indigènes du Canada, Association des facultés de médecine du Canada; 2008. Accessible à: [www.ipac-amic.org/docs/IPAC\\_AFMC\\_Core\\_Compencies\\_Eng\\_Final.pdf](http://www.ipac-amic.org/docs/IPAC_AFMC_Core_Compencies_Eng_Final.pdf). Accédé le 27 février 2009.
19. Anderson M. *The President's message*. Ottawa, ON: Association des Médecins Indigènes du Canada; 2007. Accessible à: [www.ipac-amic.org/who.php](http://www.ipac-amic.org/who.php). Accédé le 4 mars 2009.