

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

Compréhension interculturelle

*Cette déclaration de principe a été revue par le Comité sur la santé des Autochtones
et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Santé Canada a fourni le financement nécessaire pour la préparation et la distribution de ces lignes directrices*

AUTEURE PRINCIPALE

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

COMITÉ SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

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

COLLABORATEURS

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

ORGANISMES DE SOUTIEN

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

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

« Je pense que vous comprenez ce que vous croyez que j'ai dit, mais je ne suis pas sûr que vous vous rendiez compte que ce que vous avez entendu n'est pas ce que j'ai voulu dire ... »

- Anonyme, inscription au tableau du bureau du conseil de bande de Weagamow Lake¹

« La communication interculturelle peut être vue comme une solution pour dispenser des soins de qualité plutôt que comme un problème. »²

RECOMMANDATION C1

Les relations entre les Autochtones et leurs fournisseurs de soins de santé devraient être fondées sur le respect mutuel.

Le respect est la pierre angulaire de beaucoup de philosophies autochtones. Il fait partie d'un code d'éthique qui, selon certains auteurs autochtones, représente « l'enseignement le plus important ... qui soit universel dans toutes les tribus. » Il est l'un des « enseignements des sept grands-pères » dont parlent les Algonquins et une « valeur centrale » de la culture inuite.³ On peut le définir comme « ressentir de la fierté et de l'estime, ou en faire preuve, envers quelqu'un ou quelque chose ; s'attacher au bien-être de quelqu'un ou de quelque chose, ou le traiter avec déférence ou courtoisie. »⁴ Chez les Inuits, l'éthique du respect peut comprendre « le respect du territoire, des anciens, et des uns envers les autres. »³

En fait, le respect est un principe universel, qui existe vraisemblablement chez tous les groupes humains. Il est clair que toute attitude raciste ou fondée sur des préjugés est universellement irrespectueuse. La plupart des professionnels de la santé reconnaîtraient sans doute que le respect mutuel est la clé des consultations cliniques. Beaucoup d'entre eux cherchent, par tous les moyens, à combattre les stéréotypes sur les Autochtones encore véhiculés, malheureusement, par les films, la littérature nouvel âge, le logo de certaines équipes sportives et les livres d'histoire qu'étudient nos enfants. Cependant, outre le combat contre le racisme comportemental et systémique, il est important de se rendre compte que, bien que le respect des autres soit un concept universel, certains des comportements qui appellent le respect, ou qui le manifestent, sont particuliers à chaque culture.

Étant donné l'importance que revêt le respect, tant pour les philosophies autochtones que pour le rapport soignant-soigné, le professionnel de la santé devrait tenir compte de ce concept et de sa juste expression dans un contexte autochtone. La psychiatre autochtone Clare Brant considère que la « non-interférence » est une des façons par laquelle un Autochtone peut faire preuve de respect envers l'indépendance d'un autre. Définissant la non-interférence comme « une norme comportementale des tribus autochtones d'Amérique du Nord qui encourage les relations interpersonnelles positives en décourageant la contrainte quelle qu'elle soit, physique, verbale

ou psychologique, »⁵ Brant l'oppose à ce qui se passe dans la société occidentale européenne où « un homme (blanc) qui fait remarquer qu'il prévoit acheter un poirier pourrait s'attendre à ce que quelqu'un lui suggère immédiatement d'acheter un pêcher à la place. S'il annonce qu'il va acheter une nouvelle voiture, quelqu'un s'empressera de lui dire exactement quelle sorte de voiture acheter. »⁶

Lorsqu'on saisit la différence entre ces deux philosophies, on commence à comprendre comment les consignes d'un professionnel de la santé bien intentionné peuvent être interprétées différemment par un Autochtone et par le professionnel lui-même. Par exemple, lorsqu'un professionnel de la santé recommande une diète sévère à un diabétique, ses avertissements supplémentaires quant à la possibilité de complications du diabète si le régime n'est pas suivi, susceptibles d'être efficaces pour un patient de descendance européenne, pourraient au contraire être perçus comme irrespectueux et comme une interférence par un patient autochtone adepte de l'éthique de non-interférence.

RECOMMANDATION C2

Les professionnels de la santé devraient comprendre que le système actuel des soins de santé présente de nombreuses lacunes et obstacles pour les Autochtones et leur communauté qui ont besoin de soins de santé.

RECOMMANDATION C3

Les professionnels de la santé devraient travailler de manière proactive avec les Autochtones et leur communauté de manière à réduire ces lacunes et ces obstacles.

Les obstacles auxquels font face les Autochtones qui ont besoin de soins de santé pourraient n'être pas évidents pour le professionnel de la santé œuvrant dans un contexte interculturel. Ceux qui ont déjà été identifiés peuvent se classer de la façon suivante : les attitudes, les valeurs et les croyances, les conditions structurales et socio-économiques, la langue et la communication.

Les barrières dues aux attitudes peuvent être attribuables au racisme et aux préjugés. Ces derniers se définissent comme des suppositions ou des stéréotypes inexacts au sujet d'un individu, fondés sur son appartenance raciale ou ethnique, alors que le racisme implique un comportement préjudiciable intervenant dans un contexte d'inégalité de pouvoir. Si le racisme intentionnel et manifeste est en général évident pour tout le monde et mérite à peine d'être discuté, il y a un racisme plus subtil et non intentionnel qui n'est perçu que par ceux qui le subissent.

Prenons un exemple : une infirmière affectée au triage dans une clinique urbaine a identifié un patient autochtone à son nom de famille et à son fort accent et elle a interprété les lenteurs d'élocution du patient et les longues pauses de quelques secondes précédant ses réponses aux questions qu'elle

lui posait comme l'indication possible d'un état d'ébriété. Le médecin de garde qui, plus tard, a examiné le patient, a constaté qu'il n'était pas ivre du tout mais qu'il avait un problème médical important méritant d'être examiné. Son style de communication provenait de son usage de l'anglais comme langue seconde, les pauses étant, de plus, appropriées dans sa langue maternelle. La conclusion de l'infirmière trahissait un préjugé sur la manière de parler du patient, fondé sur un manque de connaissances précises des manières de parler et sur le stéréotype associant l'abus d'alcool aux Autochtones. Du fait que l'infirmière se trouve dans une position de pouvoir, cette supposition pourrait être interprétée comme du racisme, bien que non intentionnel.

Des différences de valeurs et de croyances peuvent faire qu'un individu se sente aliéné dans un milieu de soins de santé qui ne lui est pas familier. Par exemple, il n'y a pas grand-chose dans un hôpital urbain achalandé qui puisse paraître familier à une Métisse âgée venant d'une petite communauté rurale. Même si elle parle couramment anglais, les styles et les cadences de la communication dans un hôpital de grande ville sont très différents de ceux qui ont cours dans sa propre petite ville, le cadre physique lui est étranger et la terminologie médicale, ainsi que les examens et la technologie sont étranges et peuvent être intimidants. Au niveau culturel, la majeure partie du personnel fonctionne selon une perspective entièrement différente. Tous ces facteurs représentent un obstacle majeur pour cette femme qui cherche à obtenir des soins de santé.

Les barrières structurales qui se dressent entre les services de soins et les individus et communautés autochtones proviennent directement des ensembles conflictuels de valeurs et de croyances eu égard au respect et à la non-interférence. Brant fait remarquer qu'avant la colonisation, le principe de non-interférence dominait la façon dont les collectivités autochtones se gouvernaient et s'administraient :

« Une fois l'autorité en place, elle pouvait reposer sur la coopération volontaire à des objectifs collectifs, qu'il s'agisse de chasse, de guerre ou d'économie. »⁵

Ce style coopératif d'administration s'oppose radicalement à celui du gouvernement fédéral au cours de ses contacts avec les peuples autochtones à travers l'histoire, notamment la pratique d'arracher certaines personnes à leur famille et à leur communauté pour les placer en sanatorium ou en pensionnat. En outre, l'approche médicale occidentale actuelle repose encore sur le pouvoir donné aux « experts » en soins de santé de prendre les décisions principales en ce qui a trait aux tests diagnostiques, aux prescriptions et aux autres ressources médicales et d'en « aviser » ensuite le patient.

Les barrières structurales peuvent découler du racisme ou des préjugés dans les attitudes ou les politiques d'un groupe ou d'une institution. Ce type d'obstacle structurel pourrait être qualifié de « racisme institutionnel. » Ainsi, les politiques his-

toriques en matière d'assimilation présentées à la section A5,* y compris l'imposition d'un système occidental de soins de santé mentionnée plus tôt, étaient fondées sur la présupposition faite par le gouvernement fédéral et les institutions religieuses quant à la supériorité des droits territoriaux, des systèmes scolaires et des soins de santé occidentaux.

Le racisme institutionnel, tel qu'il se manifeste dans le processus de colonisation, a été désastreux pour les peuples indigènes du monde entier. Hors d'un contexte culturel approprié, il est généralement facile de mal comprendre, de mal interpréter et de mal juger les Autochtones et leurs comportements. Pour l'individu, une telle interprétation erronée porte atteinte au niveau psychologique, comme le décrit Sid Fiddler, un travailleur social autochtone :

Historiquement, les perturbations infligées à la culture indienne par le racisme institutionnel, s'ajoutant aux épisodes répétés d'assimilation forcée, de traités violés et de promesses non tenues ont également contribué à la méfiance généralisée des Indiens envers les Blancs. Les pensionnats, les organismes d'enseignement et les petites et grandes villes leur ont donné une expérience personnelle du racisme et sont à la base de leur méfiance et, par voie de conséquence, des mauvaises relations qu'ils entretiennent avec les Blancs ainsi que de leur scepticisme et de leur racisme réactionnel à leur égard. Cela explique la tendance qu'a, en général, le patient autochtone à ne pas avoir recours aux services d'assistance sociale, y compris à ceux des thérapeutes blancs. »⁷

Les pensionnats, dont on a présenté, à la section A5, l'impact sur les générations successives, sont un exemple particulier d'oppression institutionnelle ou structurale. Pour un nombre important des survivants autochtones des pensionnats, le premier contact avec les symboles d'autorité, y compris les professionnels de la santé, s'est fait dans un contexte intimidant et abusif. Cette expérience négative passée a forgé une attitude de peur et d'appréhension et érigé une barrière aux tentatives ultérieures d'établir des liens avec les fournisseurs de soins de santé.

Malheureusement, les images véhiculant les préjugés et le racisme envers les peuples autochtones sont toujours nombreuses dans les médias et dans la société. Il est difficile de résister à l'internalisation de certaines de ces images, étant donnée, en particulier, la rareté d'autres images positives des peuples autochtones dans les médias. Historiquement, la société dominante n'a pas reconnu les initiatives autochtones. Ainsi, peu de Nord Américains savent que la première constitution écrite de ce qui est maintenant l'Amérique du Nord a été rédigée avant Colomb : la Gayaneshagowa, ou Grande loi exécutoire de la Confédération iroquoise des cinq nations, met en œuvre des idées démocratiques comprenant l'égalité et la tenue de référendums. Quelques-uns des « fondateurs » des États-Unis, dont Benjamin Franklin, connaissaient bien ce document et certains experts pensent qu'il a exercé une influence importante sur la

* J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1076-7.

constitution américaine.^{8,9} Malgré cela, le manque de respect envers les initiatives autochtones dans le contexte colonial et les stéréotypes qui perdurent dans la société et les médias sur les peuples et les cultures autochtones dressent des obstacles institutionnels importants à la prise de nouvelles initiatives par les individus et les communautés autochtones puisque toute nouvelle initiative est perçue, institutionnellement, comme étant vouée à l'échec ou comme n'étant pas digne de confiance. Même si l'initiative nouvelle peut s'affranchir de ces obstacles, sa réussite et sa respectabilité seront souvent jugées selon une perspective occidentale ; et, si elle n'est pas à la hauteur, le stéréotype de l'infériorité des initiatives autochtones se perpétue. Rupert Ross propose les mesures préventives suivantes :

Chaque fois que nous nous mettons à tirer des conclusions négatives de ce que l'autre a dit ou fait, nous devons nous accorder le temps de prendre du recul et de nous demander si ces œuvres ou ces actes pourraient être interprétés de manière différente, si les actions de cette autre personne pourraient avoir une signification différente du point de vue de ses propres conventions culturelles.¹

D'autres exemples de barrières structurales pourraient comprendre la distribution géographique des communautés autochtones du Canada en fonction de la distribution géographique des ressources en soins de santé, le nombre restreint de professionnels autochtones de la santé par rapport au nombre d'Autochtones nécessitant leur service, la confusion juridictionnelle entre les administrations fédérales, provinciales et régionales dans la définition et la prestation des services de santé aux Autochtones vivant en ou hors réserves.¹⁰ Quarante-huit pour cent des participants de plus de 45 ans à l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits estimaient que les Premières nations et les Inuits ne bénéficiaient pas du même degré de services que les autres Canadiens. Les services considérés comme ayant le plus besoin d'amélioration comprenaient la prévention, l'éducation, les services de santé de longue durée pour les personnes âgées et les services de pédiatrie.¹¹

À la section A6,^{**} les conditions sociales suivantes ont été invoquées comme ayant un effet négatif sur l'état de santé de nombreux individus et communautés autochtones : la pauvreté, des habitations inadéquates, un apport d'eau et une évacuation des eaux usées insalubres, un faible niveau de scolarité, le chômage, l'alcool et les autres toxicomanies, la dépendance sociale, la discrimination juridique et les risques environnementaux. Chacun de ces problèmes dresse un obstacle majeur entre les soins de santé et les individus ou les communautés qui en sont affectés. Malheureusement, beaucoup de ces facteurs sont interdépendants. La pauvreté influence la capacité de se nourrir d'aliments nutritifs, d'acheter les médicaments prescrits, de se déplacer pour se rendre aux consultations médicales et de participer à des activités récréatives. Elle est également liée à la précarité des habitations qui, à son tour, a

un lien avec les maladies des voies respiratoires, la dissémination des maladies infectieuses, les blessures et la violence.¹² Outre les effets sur la santé physique, les conditions socio-économiques difficiles auxquelles font face les individus et les communautés autochtones ont aussi des effets sur la santé mentale, psychologique et spirituelle. Collectivement, ces conditions difficiles sont qualifiées de « déprivation relative » et sont liées à la dépression et aux abus d'alcool et de drogues.⁷

Les obstacles de la langue et de la communication ne comprennent pas uniquement le besoin de traduction littérale de ce qui se dit, mais aussi celui d'une interprétation du contenu tenant compte de concepts culturellement appropriés. Ces obstacles seront examinés plus en détail à la section C5.

Une fois les fournisseurs de soins de santé sensibilisés aux obstacles auxquels doivent faire face les peuples autochtones, ils peuvent travailler de façon proactive avec les individus et les communautés pour réagir à ces obstacles et les éliminer.

RECOMMANDATION C4

Les professionnels de la santé devraient travailler avec les Autochtones et leur communauté pour leur fournir des soins de santé adéquats dans leur contexte culturel.

Il devrait maintenant être clair que « les Autochtones traditionalistes (Premières nations, Inuits, et Métis) et les non-Autochtones ont des visions du monde qui diffèrent. »¹³ La culture d'un groupe particulier d'individus pourrait être définie comme sa vision du monde telle qu'exprimée par le langage, les coutumes et l'art. Du fait que les visions du monde sont façonnées et influencées par le milieu, la culture est une entité dynamique. Ovide Mercredi, ancien grand chef de l'Assemblée des Premières nations, présente ainsi la vaste portée de la culture et l'impact des transformations culturelles sur la santé :

L'une des raisons pour lesquelles nous avons des problèmes de santé dans nos communautés est que notre culture a été détruite. Nous devons donc maintenant la reconstruire, et cela va exiger un long cheminement. Ceci est important en ce qui a trait aux relations avec la profession médicale parce que, au lieu de résister à la restauration de la culture indienne, vous devenez nos partenaires dans cette restauration. La culture signifie de nombreuses choses. Elle signifie langage et arts. Elle signifie un mode de vie régissant les rapports humains au sein d'une société. C'est la manière dont on élève les enfants. La culture est la façon dont on s'occupe de la santé dans une communauté, par le développement économique et en répondant aux besoins spirituels.²

Les Inuits Tapirisat du Canada considèrent également la culture comme le fondement de l'avenir des Inuits du Canada :

En dépit des divers défis du 20^e siècle, la culture inuite reste forte et résistante. Notre langue est l'une des très rares langues

** J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1077-8.

autochtones qui ne soient pas en danger d'extinction. On enseigne leur langue aux jeunes Inuits à l'école et la langue Inuktitut peut être lue, vue et entendue dans une grande variété de médias dans le nord du Canada et dans certaines parties du sud. Nos aînés sont nos piliers. Leur savoir-faire et leur expérience sont un trésor irremplaçable de connaissances traditionnelles à transmettre à nos jeunes. Sous leur direction et grâce à leur sagesse, notre culture survivra et permettra aux générations futures de savoir qui elles sont et de dire avec fierté : « Nous sommes Inuits. »¹⁴

Le besoin d'une approche culturellement appropriée à la santé autochtone est massivement confirmé par les experts en la matière et fait partie des recommandations du rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI),¹¹ de celles de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA),¹⁵ de celles du document *Bridging the Gap* de l'Association médicale canadienne,¹⁶ et de celles du rapport sur la santé des femmes autochtones.¹⁷ Le rapport de la CRPA recommande de faire des changements profonds au système actuel de la santé et aux services sociaux du Canada afin de mieux servir les peuples autochtones, ce qui comprend la réorganisation du réseau existant de services pour les peuples autochtones en un système de pavillons de soins de santé et de rétablissement sous contrôle autochtone.¹⁵ L'adaptation des services conventionnels fait aussi partie des changements recommandés, « afin qu'ils conviennent aux Autochtones en tant que clients et participants de plein droit aux prises de décision. »¹⁵ Ce transfert du contrôle aux peuples autochtones est abordé à la section D.[†]

L'appui à des programmes de santé culturellement adaptés est aussi un thème majeur selon les recherches bibliographiques.^{10,18-54} Un grand nombre de ces articles constatent l'échec des approches conventionnelles à certains problèmes de santé et relèvent l'importance du contexte socio-historique pour une compréhension complète de ces problèmes. La demande de programmes de santé culturellement appropriés a souvent été liée à la reconnaissance du fait que le contrôle de ces programmes doit être entre les mains des communautés autochtones. Brian Postl déclare : « il existe un lien marqué entre le concept de promotion de la santé et celui de renforcement du pouvoir des peuples autochtones par l'autonomie gouvernementale. »⁵⁵ Cette question est examinée davantage aux sections D1 et D2.

Le cancer du col de l'utérus est l'un des domaines où les obstacles soulevés par une approche conventionnelle au dépistage et le besoin d'interventions plus appropriées culturellement ont été bien établis. La section B^{***} a montré que la mortalité due au cancer du col de l'utérus est beaucoup plus élevée chez les femmes des Premières nations.^{21,42,56} Au cours d'un examen des listes d'appartenance à une bande et des

inscriptions au *BC Cervical Cytology Screening Program*, Hislop et col.⁴² ont constaté que les taux de dépistage par le test de Papanicolaou étaient sensiblement plus bas chez les Premières nations que chez les autres femmes de Colombie-Britannique. À la suite de réunions communautaires destinées à identifier les facteurs pouvant faciliter ou faire obstacle aux programmes urbains de dépistage, le groupe a observé que les connaissances des femmes sur le test de Papanicolaou se limitaient surtout à la manière dont il était pratiqué cliniquement. Elles connaissaient peu le but du test. D'autres obstacles provenaient du fait qu'elles étaient mal à l'aise, psychologiquement et physiquement, qu'elles n'étaient pas certaines de son innocuité et qu'il leur rappelait les violences du passé. En collaboration avec un « conseil consultatif communautaire » le groupe a alors pris des mesures concrètes, telles qu'une affiche, une brochure, des articles dans les journaux communautaires des Premières nations et des cliniques spéciales de dépistage.

Dans huit cliniques au service des Autochtones en Californie, Hodge²¹ a mis sur pied une série de 16 « groupes de discussion » afin de mieux mettre le doigt sur les obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus et d'en promouvoir la connaissance. Les résultats obtenus auprès de ces groupes « ont confirmé que l'usage des mesures de prévention du cancer est moins fréquent chez les Amérindiennes et que les barrières culturelles ont contribué à leur sous-utilisation des soins médicaux. » En outre, « les participants à ces groupes ont souligné l'importance primordiale de la sensibilité interculturelle dans le rapport patient-praticien. Ils ont montré l'importance du respect, de la sollicitude et de la compréhension des coutumes amérindiennes. »²¹

Un petit sondage⁵⁷ mené à Kuujuaq, au Nunavik, a révélé que 34 pour cent des Inuites de plus de 45 ans n'avaient jamais passé un test de Papanicolaou. Les connaissances sur la prévention du cancer du col de l'utérus et son dépistage étaient très limitées : beaucoup de femmes croyaient que le test de Papanicolaou était un test de dépistage des maladies transmises sexuellement. Les raisons les plus courantes données pour expliquer qu'une femme n'avait jamais eu de test de Papanicolaou étaient : « test non offert » ou « pas intéressée. » Les autres raisons comprenaient : « avait peur », « ne savait pas pourquoi elle devrait en passer un » et « ne va jamais à la clinique. » À la suite de ce sondage, on a préparé une brochure didactique et la SOGC a offert des ateliers d'éducation interculturelle.

Deux études ont tenté de mesurer les résultats d'interventions culturellement plus appropriées sur les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes autochtones. Dignan et col.⁴³ ont mené un essai contrôlé et randomisé sur un programme éducatif, culturellement adapté, chez les femmes Cherokees de Caroline du Nord, sur une période de cinq ans. Les femmes ayant suivi le programme éducatif avaient une meilleure connaissance en matière de prévention du cancer du

[†] À venir dans le *Journal SOGC* de mars.

^{***} *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2001;23(1):54-68.

col de l'utérus et avaient plus de chance d'avoir passé un test de Papanicolaou. Calam et col.²⁰ ont observé une augmentation de 15 pour cent des dépistages du cancer du col de l'utérus après la mise en place d'un programme communautaire chez les Haida Gwaii des îles de la Reine-Charlotte en Colombie-Britannique. Cependant, 52 pour cent des femmes considérées en retard pour le dépistage du cancer du col de l'utérus n'avaient toujours pas participé aux cliniques spécialement conçues, même après la visite de représentants de la santé communautaire, ce qui donne à entendre que des obstacles supplémentaires restent à identifier et à surmonter.

Certains domaines des soins de santé, comme la naissance, la sexualité et la mort, ont une importance culturelle particulière dans toutes les cultures et demandent donc une attention particulière en situation interculturelle. Le fait que le dépistage du cancer du col de l'utérus soit une question de santé sexuelle ajoute à la nécessité d'élaborer des programmes qui soient sensibles aux particularités culturelles. Les communautés inuites ont connu le passage du recours aux sages-femmes traditionnelles aux naissances en milieu hospitalier loin du foyer familial (section A4).[†] Pauktuutit (l'organisation nationale des Inuites) en a noté l'effet néfaste comme suit :

La perte du contrôle familial et communautaire sur la naissance de l'enfant, imposée par un gouvernement étranger et paternaliste, est un facteur majeur dans l'effondrement de familles inuites et dans les ravages sociaux dont souffrent aujourd'hui les Inuits.³

Dans ce contexte, des soins de santé culturellement appropriés exigent le respect du choix d'accoucher dans sa communauté ; et cela pourrait même être un défi de taille pour des professionnels de la santé préoccupés par l'accessibilité aux technologies médicales et les responsabilités médico-légales. Un exemple de programme de maternité sensible à la culture et qui s'attaque à certains de ces défis est présenté à la section D1.

La mort est un autre domaine dans lequel les valeurs et les usages culturels pourraient demander une sensibilité particulière. Tout comme dans le cas de la naissance, les valeurs culturelles des peuples autochtones peuvent entrer en conflit avec les politiques et les méthodes du système de soins de santé dominant. Comme dans le cas de la naissance, il existe également des écarts considérables entre les traditions propres à divers peuples autochtones. De manière générale, il peut être important que des membres de la famille et de la communauté soient présents au moment de la mort, que le décès ait lieu de préférence au sein de la communauté, que le corps soit ramené dans la communauté si la mort est survenue hors de celle-ci, et que les membres de la famille participent directement à l'apprêt du corps après le décès.

Il peut aussi exister des protocoles stricts en ce qui concerne la manipulation du cadavre. On cite le cas d'un enfant autochtone souffrant de malformation congénitale grave, mort au cours d'une intervention médicale dans un hôpital de soins tertiaires situé à

plusieurs centaines de kilomètres de la communauté où vivait sa famille. Celle-ci était au courant que l'intervention comportait certains risques pour l'enfant. En raison des circonstances du décès, le coroner a ordonné une autopsie ; cependant, selon les usages culturels de la famille, seuls des membres de cette dernière auraient dû manipuler le corps après la mort. La famille qui, au départ, était tout à fait d'accord avec les soins prodigués à l'enfant a aussi eu l'impression que l'autopsie était le signe qu'une erreur s'était produite au cours de l'intervention. Par peur d'une action en justice si elle refusait l'autopsie, la famille l'a autorisée à contre-cœur. Le personnel de l'hôpital a été fort surpris de voir qu'un membre de la famille attendait, en personne à la porte de la morgue pour recevoir le corps après l'autopsie et l'amener hors de l'hôpital. La famille a été profondément dérangée par l'état dans lequel se trouvait le corps après l'autopsie.

Dans de telles situations, une sensibilité culturelle extrême est indispensable. Il serait de mise de consulter un porte-parole autochtone en matière de santé. Il n'existe pas de solution simple au scénario précédent, mais une communication respectueuse, patiente et dépourvue de préjugés est essentielle.

RECOMMANDATION C5

Les Autochtones devraient être traités dans leur propre langue, autant que possible.

RECOMMANDATION C6

Les établissements de soins au service d'un nombre important d'Autochtones devraient avoir, au sein de leur personnel, des personnes capables de servir d'interprètes et de représenter leurs besoins en matière de santé.

Le recensement de 1996⁵⁸ a révélé que sur quatre personnes s'identifiant comme Autochtones, à peine plus d'une se déclarait de langue maternelle autochtone. La grande majorité des individus parlant une langue maternelle autochtone en faisait usage à la maison. Les langues autochtones ayant les plus fortes populations parlant leur langue maternelle, telles que l'inuktitut, l'athapascan, avaient les taux d'usage domestique les plus élevés. Les langues autochtones ayant les plus faibles populations parlant leur langue maternelle avaient le moins de chances d'être transmises aux enfants à la maison et étaient donc à risque.⁵⁸ Il existait peu d'information sur les niveaux de compréhension des langues non autochtones, mais on peut penser que les communautés ayant des taux élevés d'usage domestique de la langue avaient un nombre important de membres pour qui la communication en anglais ou en français présentait un défi majeur. Même les communautés dont peu de membres parlaient la langue traditionnelle pouvaient avoir des membres nécessitant une traduction, particulièrement chez les aînés.

[†] J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1074-6.

Si l'on veut que les peuples autochtones deviennent des « participants à part entière dans les prises de décision, » les services doivent être offerts en langue autochtone. La reconnaissance et le soutien des langues autochtones sont liés à la reconnaissance et à l'affirmation des droits inhérents des Autochtones à l'autodétermination. Les chefs autochtones ont fait un parallèle entre ce lien et les efforts des Québécois francophones pour obtenir du gouvernement fédéral la reconnaissance du Québec comme société distincte.⁵⁹ Les efforts des francophones ont fait que la majorité des services fédéraux sont maintenant offerts en français. Malheureusement, on ne peut en dire autant des services en langues autochtones.

La possibilité de recevoir des services offerts dans une langue particulière affecte la prestation des soins de santé aux personnes et aux communautés autochtones de façon évidente. Les interprètes médicaux doivent être hautement qualifiés au niveau de leur connaissance des concepts et de la terminologie du domaine médical ainsi que de leur capacité d'interpréter les valeurs et les croyances liées à une culture particulière. Bien que l'on demande souvent à des membres de la famille d'agir comme interprètes lorsqu'un interprète médical n'est pas disponible, cela est inacceptable et contraire à l'éthique. Une telle personne pourrait ne pas être capable de traduire la terminologie médicale ou les concepts culturellement spécifiques et pourrait également avoir un intérêt personnel ou une opinion propre sur ce qui est discuté et sa traduction pourrait donc véhiculer ses opinions personnelles. De même, si un membre de la famille fait l'interprète, le patient pourrait hésiter à partager des renseignements personnels bien que vitaux, particulièrement en ce qui a trait à la violence et aux abus sexuels. Enfin, servir d'interprète empêche aussi le membre de la famille d'offrir le réconfort au malade et d'être à l'écoute de ses propres sentiments face à la maladie.

On peut citer comme exemple le cas du médecin d'un hôpital rural qui traitait, au milieu de la nuit, une patiente gravement malade, souffrante et délirante. Bien que le médecin ait demandé l'aide d'un interprète pour clarifier l'état mental de la patiente et la nature de ses symptômes, cet hôpital n'offrait les services d'interprètes médicaux que durant la journée, en dépit du fait qu'il y avait en permanence plusieurs patients hospitalisés unilingues dans une langue autochtone. On a demandé au mari de la patiente et aux gardiens de sécurité de l'hôpital de servir d'interprètes. Il était évident qu'autant le mari que les gardiens se sentaient gênés de cette demande. De plus, le mari semblait avoir sa propre idée de la nature de la maladie de sa femme et adaptait sa traduction en conséquence, alors que les gardiens de sécurité étaient très mal à l'aise devant l'état critique de la patiente. Aucun d'eux ne pouvait fournir une traduction adéquate. L'évaluation du médecin est restée incomplète et l'état de la patiente a continué de se détériorer.

La disponibilité d'interprètes culturels et de porte-parole

autochtones permet aux établissements conventionnels, comme les hôpitaux, de mieux servir la clientèle autochtone.

Les services linguistiques de l'hôpital Stanton de Yellowknife offrent un bon modèle. Ayant reconnu qu'environ 55 pour cent des patients venant à l'hôpital Stanton étaient des Autochtones et qu'un tiers d'entre eux ne pouvaient communiquer en anglais que très mal, ou pas du tout, l'hôpital Stanton a maintenant 23 interprètes médicaux, qualifiés dans la terminologie médicale en neuf langues autochtones et leurs dialectes, qui peuvent aider les médecins de famille et les spécialistes à fournir des soins.⁶⁰ Ces interprètes répondent aux besoins des différents services de l'hôpital ainsi qu'à ceux des médecins privés travaillant en clinique. Bouvrette⁶⁰ montre que la traduction culturelle recouvre beaucoup plus que la stricte traduction de la langue et il décrit la complexité du rôle que doit jouer l'interprète : les achats, les opérations bancaires, le logement, la préparation de repas traditionnels, le transport et l'action sociale.

RECOMMANDATION C7

Les Autochtones devraient pouvoir donner leur consentement éclairé avant d'être traités.

Le consentement éclairé est reconnu comme une nécessité éthique et médico-légale des soins par les gouvernements provinciaux, les associations médicales et les ordres de médecins.⁶¹ Comme la plupart des professionnels médicaux ont maintenant mis en place des protocoles normalisés pour s'assurer qu'un consentement éclairé a bien été accordé, les fournisseurs de soins de santé pourraient penser que les Autochtones ont accès au consentement éclairé tout comme n'importe quel autre patient. Cependant, afin de s'assurer que les Autochtones ont un accès équitable au consentement éclairé, il est important d'être sensible à certaines questions d'ordre historique, culturel et linguistique.

Historiquement, il est important de tenir compte du fait que beaucoup d'Autochtones, vivant aujourd'hui, ont déjà dû subir des interventions médicales sans explication ni consentement. Par exemple, le dépistage de la tuberculose a été fait, dans beaucoup de communautés autochtones et pendant de nombreuses années, au cours de la « fête du traité. » Ce jour-là, les membres de la communauté devaient passer une radiographie pulmonaire obligatoire avant d'obtenir le montant d'argent qui leur était alloué en vertu du traité, avec peu ou pas d'explications ou sans avoir le moindre choix. Les membres de la communauté soupçonnés d'avoir la tuberculose faisaient l'objet d'un traitement obligatoire en sanatorium. Leurs enfants étaient alors enlevés de force à leur famille et envoyés dans des pensionnats.

Beaucoup d'Autochtones ont ainsi fait l'expérience de l'acquiescement forcé à des interventions et à des traitements médicaux occidentaux, plutôt que celle du consentement éclairé.

Comme le consentement éclairé est un concept médico-légal occidental, beaucoup d'Autochtones pourraient ne pas être au courant, à moins d'en avoir pris connaissance par les médias ou d'autres sources. On ne peut certainement pas s'attendre à ce que la notion ou même l'expression « consentement éclairé » existe dans les langues autochtones.[‡] De plus, certains Autochtones, soucieux de ne pas faire preuve d'irrespect en posant des questions directes, pourraient hésiter à poser des questions directes pour se faire expliquer ce qu'est exactement le consentement éclairé.

Étant donné ces questions historiques, culturelles et linguistiques, les fournisseurs de soins de santé pourraient avoir besoin de prendre du temps supplémentaire ou d'utiliser les services d'un interprète culturel d'expérience afin de s'assurer qu'un consentement éclairé convenable est donné par les patients autochtones.

RECOMMANDATION C8

Les services de santé offerts aux peuples autochtones devraient tenir compte de l'importance des rôles et des responsabilités de la famille et de la communauté lors de leurs interventions auprès des individus.

La famille est encore l'institution centrale des sociétés autochtones. Il y a seulement une génération ou deux, les réseaux de la parenté élargie composés des parents, grands-parents et membres du clan formaient la quasi-totalité du monde social des Autochtones, leur fournissant le cadre de la plupart des aspects de la vie. À l'intérieur du réseau familial, les normes du partage et de l'entraide formaient un filet de sécurité sociale pour chaque individu. Les familles autochtones, ainsi que les cultures et les identités qu'elles transmettaient à leurs enfants, se sont gravement dégradées sous l'action des administrations coloniales et canadiennes. De nombreuses fois, les enfants ont été la cible particulière de stratégies officielles visant à contrôler et à assimiler les Autochtones.¹⁵

Le concept de famille est propre à chaque culture. Le concept européen de « famille nucléaire » s'oppose fortement aux conceptions autochtones de la famille, qui comprend souvent des liens très forts avec un réseau étendu de personnes apparentées qui seraient considérées comme des parents « éloignés » en termes occidentaux. La famille étendue joue un rôle important dans les soins et l'éducation des enfants. Les tantes, les oncles, les grands-parents, les cousins, les frères et sœurs plus âgés, peuvent jouer un rôle comparable en importance à celui du « parent » européen. La communauté toute entière peut contribuer aux soins et à l'éducation d'un enfant. De plus, il peut exister des différences dans l'importance relative qu'il y a, d'une part, à subvenir à des besoins personnels et à exercer des responsabilités

[‡] Dans certaines cultures autochtones, il y a déjà une importante notion d'espace personnel ou sacré dans lequel autrui ne peut pénétrer sans permission.

individuelles et, d'autre part, à subvenir aux besoins d'une famille et d'une communauté et d'exercer des responsabilités envers elles. Alors que la notion des « droits et libertés individuels, » qui met fortement l'accent sur le succès personnel, est la pierre angulaire de la structure sociale capitaliste nord-américaine, l'éthique autochtone de « non compétitivité » et de « partage » pourrait placer la réussite familiale et communautaire avant le succès individuel.

Il est important que le professionnel de la santé garde à l'esprit l'importance de la famille et de la communauté lorsqu'il travaille avec des Autochtones. Par exemple, le personnel d'une clinique urbaine conventionnelle a été surpris qu'un tout petit enfant soit laissé à se promener dans la clinique sans la surveillance d'un parent. La mère s'attendait, selon sa culture, à ce que le personnel de la clinique s'occupe de la surveillance de l'enfant, comme elle y était habituée dans sa propre communauté. Le fournisseur de soins qui cherche à prévenir la carie dentaire du biberon doit être conscient qu'il ne suffit pas de prévenir « maman » et « papa » des dangers du biberon sucré, mais aussi les « matantes » et les « mononcles ».

La recherche bibliographique a corroboré l'importance des rôles et des responsabilités de la famille et de la communauté pour comprendre et aborder les questions du diabète, de l'abus des intoxicants et de la santé mentale avec des Autochtones.^{36,39,47} Dans un projet de recherche participative, Boston et col.⁴⁷ ont relevé une préoccupation quant au bouleversement des rôles familiaux traditionnels chez les Cris de la baie James faisant face au diabète. Les statuts traditionnels des membres les plus vieux de la famille et le respect qu'on leur doit peuvent être perturbés par des membres plus jeunes de la famille qui font usage d'aliments non traditionnels et sont plus au courant des approches modernes de la prévention et du traitement du diabète. De plus, les diabétiques de la famille peuvent se trouver séparés et mis en marge de la famille et de la communauté, par exemple, en ne pouvant pas se joindre aux activités sociales traditionnelles des Cris au cours desquelles on sert de la nourriture.

RECOMMANDATION C9

Les professionnels de la santé devraient avoir du respect pour les médecines traditionnelles et travailler avec les guérisseurs autochtones afin de chercher des moyens de concilier la médecine traditionnelle et la médecine occidentale.

Cette recommandation est liée à la recommandation C4, les remèdes et les guérisseurs « traditionnels » faisant partie des soins culturellement appropriés pour beaucoup d'Autochtones (mais non pas tous). Plus de 80 pour cent des répondants de

l'ERSPNI ont répondu oui à la question « Pensez-vous qu'un retour aux façons de faire traditionnelles soit une bonne idée pour améliorer le bien-être de la communauté ? »¹¹ Bien que la signification de « façons de faire traditionnelles » n'ait pas été précisée, il y a lieu de supposer qu'au moins pour certains cela doit inclure le recours aux remèdes et aux guérisseurs traditionnels. Les résultats de la CRPA indiquent également que les Autochtones affectionnent les approches traditionnelles en matière de santé :

Bien que les Autochtones se soient éloignés des modes de vie de leurs ancêtres, ils attribuent encore de la valeur aux traditions et aux pratiques qui les ont rendus uniques, ce qui inclut les traditions médicales allant des phytothérapies à des formes de psychothérapie. Ils constatent souvent que les services conventionnels de santé ne comprennent pas leurs besoins et n'y répondent pas pleinement. Ils veulent réexaminer l'utilité possible, dans le contexte actuel, de pratiques qui ont été supprimées ou ridiculisées.¹⁵

Finalement, l'article 24 de la Déclaration préliminaire sur les droits des Peuples indigènes par les Nations Unies affirme également « le droit des peuples indigènes à leurs remèdes et pratiques de santé traditionnels. »⁶²

Le respect envers les remèdes et les soins traditionnels représente donc pour de nombreux Autochtones une pierre de touche pour des soins de santé culturellement appropriés. La section A a traité de l'impact néfaste de la colonisation sur les cultures autochtones traditionnelles.^{††} De nombreux individus et communautés autochtones traversent en ce moment un stade de « redécouverte » culturelle dans un effort pour revitaliser et renforcer les traditions culturelles historiquement supprimées, processus qui peut faire partie intégrante de la santé et de la guérison des individus et des communautés et qui est aussi également lié au développement de services de santé auto-gérés pour les peuples autochtones (voir la section D1).

Alors que les communautés travaillent à comprendre et à recouvrer leurs pratiques culturelles, les significations de « tradition » et de « guérisseurs traditionnels » commencent à prêter à controverse. L'impact de la colonisation, y compris les pensionnats et la législation interdisant les pratiques culturelles traditionnelles, est tel qu'il existe relativement peu de guides culturels et de guérisseurs traditionnels qui aient eu un apprentissage selon les règles qui, traditionnellement, débutait dès l'enfance. L'Église et d'autres influences occidentales ont eu des impacts variés sur le contexte culturel des Autochtones. En zones urbaines, les Autochtones proviennent d'horizons culturels variés. Il n'est donc pas surprenant que, dans certaines communautés, il existe une incertitude quant aux définitions et aux formes de la « guérison traditionnelle » ; il n'y a pas non plus, à l'heure actuelle, de méthode formelle de contrôle et de réglementation des qualifications des guérisseurs traditionnels. Dans certains cas, des individus en ont profité pour s'autoproclamer

guérisseurs ou traditionalistes en dépit de qualifications douteuses. Les Autochtones et les communautés ont convenu du besoin de mieux définir « tradition » et « guérison traditionnelle. »^{11,63} De plus, la CRPA a constaté un « besoin pressant de gens qui puissent appliquer une connaissance autochtone à des problèmes actuels de santé et combiner les pratiques traditionnelles de guérison aux approches conventionnelles. »¹⁵

Il existe des exemples d'établissements de soins de santé au sein desquels on utilise, en parallèle, autant les approches médicales « traditionnelles » qu'occidentales. Plusieurs centres de santé autochtone en zone urbaine en Ontario et un centre à Winnipeg comptent des « guérisseurs traditionnels » et des « coordinateurs culturels » parmi leur personnel, à côté des médecins, des infirmières praticiennes ou des infirmières. Dans ces centres, les patients peuvent consulter des guérisseurs traditionnels, des professionnels médicaux occidentaux ou les deux. En outre, certains hôpitaux de soins actifs ont des règlements qui facilitent le recours aux remèdes traditionnels, telles que la possibilité de faire brûler de la sauge, du cèdre, des herbes sacrées ou de tabac dans l'enceinte de l'hôpital.

Bien que n'étant pas, strictement parlant, des « remèdes traditionnels », les régimes alimentaires des Inuits diffèrent fortement de ceux des autres peuples autochtones. De nombreux Inuits qui vivent dans le Nord ont des régimes consistant surtout d'aliments traditionnels ou « du pays », ce qui comprend des mammifères marins comme le phoque et la baleine, le caribou, l'omble de l'Arctique, et divers oiseaux. En général, beaucoup de ces aliments sont dégustés crus et gelés et le partage des animaux et leur consommation en commun est un élément essentiel de la vie culturelle et sociale des Inuits. Promouvoir les aliments traditionnels ou « du pays » peut être particulièrement indiqué dans le contexte de la prévention du diabète et le contrôle des sucres sanguins.

RECOMMANDATION C10

Les professionnels de la santé devraient profiter d'ateliers et d'autres ressources éducatives afin de mieux connaître les peuples autochtones.

Comprendre les nuances d'une culture différente et incorporer cette compréhension à la prestation des soins cliniques est un défi complexe. Jecker propose que ce processus implique qu'il faut non seulement recueillir des renseignements sur le contexte culturel du patient, mais aussi « réexaminer ses propres valeurs et ... les réinterpréter, les réorganiser ou les transformer selon la situation. »⁶⁴ Les recommandations qui ont trait à la formation des professionnels de la santé dans le présent document vont dans le sens des recommandations antérieures quant à la formation des personnes soignantes.^{16,17}

^{††} J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1070-81.

Les cultures autochtones du Canada sont diverses et dynamiques. Des individus provenant, à l'origine, du même groupe géographique et linguistique peuvent avoir des visions du monde très différentes selon leur expérience de vie et leur exposition à la culture non autochtone par l'intermédiaire des médias, des foyers d'accueil/familles adoptives, des Églises et du système d'éducation. En milieu urbain, il est probable que les professionnels de la santé voient des Autochtones provenant d'une grande variété de groupes, géographiquement et linguistiquement distincts, et chacun d'eux peut s'être adapté à la vie urbaine ou s'être « acculturé » d'une façon unique.

Les professionnels de la santé qui viennent de commencer à travailler avec des Autochtones cherchent souvent une « recette » ou un ensemble de règles culturelles à suivre. Si certains principes, comme l'éthique de non-interférence de Brant, peuvent apporter une information de base utile, les approches s'appuyant sur une « recette » risquent d'entretenir des stéréotypes culturels et d'oblitérer la diversité interculturelle et intraculturelle existant parmi les peuples autochtones. Tout comme la plupart des professionnels de la santé préféreraient apprendre la médecine clinique expérimentalement au chevet du patient plutôt que par la lecture d'une étude de cas, apprendre à comprendre et à interpréter la vision du monde d'une culture différente peut mieux se faire de manière empirique, dans le contexte d'un atelier, à l'aide de jeux de rôles, de participation à des événements culturels et de discussions. Les professionnels de la santé sont invités à mettre à profit leur excellent sens de l'observation et de la communication pour bâtir leur compréhension des nuances culturelles.

Des organisations de professionnels autochtones de la santé, comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, l'Organisation nationale des représentantes et représentants indiens et inuits en santé communautaire, les *Native Physicians in Canada* et la *Native Psychologists Association* sont d'excellentes sources pour les professionnels de la santé cherchant à élargir leur compréhension de la santé autochtone. Les fournisseurs de soins de santé sont invités à prendre connaissance de ces organisations et à travailler en collaboration avec elles. Certaines de ces organisations ont des bulletins d'information, des pages Web et des publications sur les ressources disponibles. (Voir la section sur les ressources).

RECOMMANDATION C11

Les professionnels de la santé devraient essayer de faire la connaissance de quelques communautés autochtones et de leurs membres.

Brant fait remarquer que « selon l'éthique de non-interférence, on ne peut pas expliquer à un étranger les pratiques et les protocoles locaux. Les règles ne doivent jamais être exprimées, car le faire serait interférer avec le droit de l'individu de se comporter

comme il l'entend. »⁵ C'est ce que les anthropologues appellent une culture à « contexte fort », dans laquelle les règles et les protocoles culturels sont compris implicitement et communiqués subtilement, souvent par le langage du corps, par rapport aux cultures à « contexte faible » dans lesquelles la communication est verbale, explicite, directe et ouverte au questionnement et à la clarification verbale. Si l'on désire vraiment arriver à une compréhension interculturelle dans une situation à « contexte fort » on ne peut le faire qu'en passant du temps dans ce contexte et en bâtissant des relations avec les gens de manière à ce qu'on ne soit plus perçu comme un étranger. L'apprentissage dans un « contexte fort » est fondé sur l'expérience. En fait, l'imitation, forme d'apprentissage par l'expérience dans laquelle on enseigne en montrant plutôt qu'en expliquant, est le style traditionnel d'enseignement chez de nombreux peuples autochtones.⁵

Conformément à cette idée que la compréhension interculturelle est le produit de l'expérience, les professionnels de la santé sont invités à rendre visite à des communautés autochtones. Un séjour dans une communauté éloignée des Premières nations, des Métis ou des Inuits fournit une foule de renseignements irremplaçables et introuvables en bibliothèque. Cependant, le visiteur doit garder à l'esprit que les Autochtones ont de nombreuses raisons de se méfier d'un étranger et ses bonnes intentions n'y changeront rien. Un professionnel de la santé, en visite dans une communauté autochtone, pourrait faire l'objet d'une observation serrée. Comme le veut un « contexte fort », il se peut que les visiteurs soient compris plus par ce qu'ils font que par ce qu'ils disent faire. Il faut du temps pour se mériter la confiance et le respect d'une communauté. Jusqu'ici, dans la plupart des communautés autochtones, le roulement des fournisseurs de soins de santé a été considérable. Pour se faire une idée de ce que cela veut dire, il suffit d'imaginer une situation où votre médecin de famille change tous les quelques mois et où vous ne consultez un médecin « parachuté » qu'une seule fois pour ne jamais le revoir. Traditionnellement, les membres de la communauté se connaissaient tous et leurs rôles et responsabilités dans la communauté étaient une affaire de toute la vie. Beaucoup de communautés autochtones veulent un engagement de la part du professionnel de la santé envers la communauté.

En apprenant à connaître les communautés autochtones et les gens qui y vivent, les professionnels de la santé enrichissent leurs connaissances et fondent des relations de confiance. Les inégalités de pouvoir liées à la colonisation et aux relations de soins de santé signifient que le visiteur d'un contexte interculturel doit prendre lui-même la responsabilité de son propre apprentissage interculturel. Un apprentissage personnel fondé sur l'observation et la participation attentives et discrètes sur une longue période de temps pourrait être le style le plus adapté aux usages culturels.

RÉFÉRENCES

1. Ross R. *Dancing with a Ghost: Exploring Indian Reality*. Markham: Reed Books, 1992.
2. Lessard P. Aboriginal health care: how to understand and communicate better. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1994;16:1571-9.
3. Pauktuutit. *Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues*. Pauktuutit (Inuit Women's Association of Canada). March 2000.
4. Bopp J, Bopp M, Brown L, Lane P. *The Sacred Tree*. Twin Lakes WS: Lotus Light, 1984.
5. Brant C. Native ethics and rules of behaviour. *Can J Psych* 1990;35:534-9.
6. Wax R, Thomas R. American Indians and white people. *Phylon* 1961;22:305-17.
7. Fiddler S. The psycho-social effects of racism. *Sask Indian Fed Coll J* 1988;4(1).
8. Johansen. *Forgotten Founders: Benjamin Franklin, the Iroquois and the Rationale for the American Revolution*. Ipswich MS: Gambit, 1982.
9. Deloria V, Lytle C. *American Indians, American Justice*. Austin: U of Texas P, 1984.
10. O'Neil JD. Issues in health policy for indigenous peoples in Canada. *Australian J Pub Health* 1995;19(6):559-66.
11. *First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999*. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. Akwesasane Mohawk Territory, St. Regis, Quebec, 1999.
12. Postl B, Irvine J, MacDonald S, Moffatt M. Background paper on the health of Aboriginal peoples in Canada. In: *Canadian Medical Association. Bridging the gap: promoting health and healing for Aboriginal peoples in Canada*. Ottawa: The Association, 1994:9-17.
13. Svenson KA, Lafontaine C. The Search for Wellness. In: *First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999*. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, Akwesasane Mohawk Territory, St. Regis, Quebec, Canada, 1999.
14. *Inuit Tapirisat of Canada. We are the Inuit (brochure)*. Inuit Tapirisat of Canada 2000.
15. *Royal Commission on Aboriginal Peoples. Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1996.
16. *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
17. *Aboriginal Women's Health Report 1995*. Ottawa: Canadian Medical Association in partnership with the Native Physicians Association in Canada, 1996.
18. Lemaster PL, Connel CM. Health education interventions among Native Americans: a review and analysis. *Health Educ Quart* 1994;21(4):521-38.
19. Shah CP, Farkas CS. The health of Indians in Canadian cities: a challenge to the health care system. *Can Med Assoc J* 1985;133:859-63.
20. Calam BC, Norgrove L, Brown D, Wilson MA. Pap screening clinics with Native women in Skidgate Haida Gwaii. *Can Fam Physician* 1999;45:355-60.
21. Hodge FS, Fredericks L, Rodriguez B. American Indian women's talking circle: a cervical cancer screening and prevention project. *Cancer* 1996;78 (7 Suppl):1592-7.
22. Meltzer S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *Can Med Assoc J* 1998;159(8 Suppl):S1-29.
23. Broussard BA, et al. Toward comprehensive obesity prevention programs in Native American communities. *Obesity Res* 1995;3 (2 Suppl):289s-297s.
24. Daniel M, Gamble D. Diabetes and Canada's Aboriginal peoples: the need for primary prevention. *Internat J Nurs Stud* 1995;32(3):243-59.
25. Beauvais F. An integrated model for prevention and treatment of drug abuse among American Indian youth. *J Addict Dis* 1992;11(3):63-80.
26. Levy JE. The effects of labeling on health behavior and treatment programs among North American Indians. *Am Indian Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(Mono 1):244-83.
27. May PA. The health status of Indian children: problems and prevention in early life. *Am Indian Alaska Native Mental Health Res* 1988;1 (Mono 1):244-83.
28. Haraldson SSR. Health and health services among the Navajo Indians. *J Commun Health* 1988;13(3):129-42.
29. Waxman AG. Navajo childbirth in transition. *Med Anthropol* 1990;12: 187-206.
30. Gunn SWA. Totemic medicine among the American Indians of the Northwest coast. *Patient Educat Counsel* 1995;26:159-67.
31. Weaver HN. Indigenous people in a multicultural society: unique issues for human services. *Soc Work* 1998;43(3):203-11.
32. Sanchez TR, Plawecki JA, Plawecki HM. The delivery of culturally sensitive health care to Native Americans. *J Holistic Nurs* 1996;14(4):295-307.
33. Wing DM, Thompson T, Heleshaya. The meaning of alcohol to traditional Muscogee Creek Indians. *Nurs Sci Quart* 1996;9(4):175-80.
34. Glasgow RE, et al. The tribal tobacco policy project: working with northwest Indian tribes on smoking policies. *Prevent Med* 1995;24: 434-40.
35. Lichtenstein E, et al. Promoting tobacco control policies in northwest Indian Tribes. *Am J Pub Health* 1995;85:991-94.
36. Johnson CA, Johnson DL. Working with Native American families. *New Directions Mental Health Serv* 1998;77:89-96.
37. Dinges NG, Joos SK. Stress, coping, and health: models of interaction for Indian and Native populations. *Am Ind Alaska Native Mental Health Res* 1988; 1(MONO 1):8-55.
38. Gray N. Addressing trauma in substance abuse treatment with American Indian adolescents. *J Substance Abuse Treat* 1998;15(5):393-9.
39. Stubben J. Culturally competent substance abuse prevention research among rural Native American communities. *NIDA Res Monogr* 1997;168:459-83.
40. Schinke S, et al. Reducing cancer risk among Native American adolescents. *Prevent Med* 1996;25:146-55.
41. Lin-In Tseng A. Anonymous HIV testing in the Canadian Aboriginal population. *Can Fam Physician* 1996;42:1734-40.
42. Hislop TG, et al. Cervical cytology screening: How can we improve rates among First Nations women in urban British Columbia? *Can Fam Physician* 1996;42:1701-8.
43. Dignan M, et al. Effectiveness of health education to increase screening for cervical cancer among eastern-band Cherokee Indian women in North Carolina. *J Natl Cancer Inst* 1996;88(22):1670-6.
44. Pine CJ. Diabetes and behavior: American Indian issues. *Am Ind Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(MONO 1):94-109.
45. Neligh G. Major mental disorders and behavior among American Indians and Alaska Natives. *Am Ind Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(MONO 1):116-50.
46. Guilment GM. Mental health care in a general health system: the experience of the Puyallup. *Am Ind Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(MONO 1):291-316.
47. Boston P, et al. Using participatory action research to understand the meanings Aboriginal Canadians attribute to the rising incidence of diabetes. *Chron Dis Can* 1997;18(1):5-12.
48. Penn NE, et al. Ethnic minorities, health care systems, and behavior. *Health Psych* 1995;14(7):641-6.
49. McClure L, Boulanger M, Kaufert J, Forsyth S (eds). *First Nations Urban Bibliography: A Review of the Literature and Exploration of Strategies*, Monograph Series No. 5. Winnipeg: Northern Health Research Unit, U of Manitoba P, 1992.
50. Teufel NI. Development of culturally competent food-frequency questionnaires. *Am J Clin Nutr* 1997;65(Suppl.4):S1173-8.
51. Nelson SH, McCoy GF, Stetter M, Vanderwagen WC. An overview of mental health services for American Indians and Alaska Natives in the 1990's. *Hosp Commun Psych* 1992;43(3):257-61.
52. Jacobson SF. Native American health. *Ann Rev Nurs Res* 1994;12:193-213.
53. Hepburn K, Reed R. Ethical and clinical issues with Native-American elders: end-of-life decision making. *Clin Geriatr Med* 1995;11(1):97-111.
54. Jordan JB. Mental health considerations with the Yupik Eskimos. *Alaska Med* 1997;39(3):67-71.
55. Postl B. It's time for action. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157(12):1655-56

-
56. Botwinick O. Gynecologic Health Care. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Primary Care of Native American Patients. Woburn: Butterworth Heinemann, 1999.
 57. LaBranche E. Survey on Inuit women 45 years & up on gynecological exams. Aboriginal Health Building Informed Partnerships. SOGC 55th Annual Clinical Meeting International Symposium Syllabus, SOGC Canada, 1999.
 58. Norris MJ. Canada's Aboriginal languages: Canadian Social Trends. Ottawa: Statistics Canada, 1998. Catalogue no. 11-008.
 59. Dickason OP. Canada's First Nations: A History of Founding Peoples from the Earliest Times. Toronto: McClelland & Stewart, 1992; pp.396-7.
 60. Bouvrette JG. Modern medicine reaches out to Aboriginal patients in their own languages. J Soc Obstet Gynaecol Can 1995;17:673-5.
 61. Ontario Medical Association, College of Physicians and Surgeons of Ontario. Handbook for Physicians on the Consent and Advocacy Legislation. Ontario: OMA/CPSO, 1995.
 62. Discrimination Against Indigenous people: Report of the Working Group on Indigenous Populations on its eleventh session. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Geneva Switzerland, 1999.
 63. Canadian Panel on Violence Against Women. Changing the Landscape: Ending Violence, Achieving Equality. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 1993. Catalogue no. SW45-1/1993E.
 64. Jecker N.S., Carrese J, Pearlman R. Caring for patients in cross-cultural settings. Hastings Center Rep 1995;25(1):6-14.