

La G⁺érontoise

À la rencontre de la culture autochtone pour construire une relation authentique



DANS CE NUMÉRO

- P.6** > La clinique de santé autochtone du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : genèse, développement et innovation
- P.13** > Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort... 35 ans plus tard
- P.20** > Message du ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit
- P.23** > Daniel Beauvais : un ex-infirmier du Nord de tête et de cœur
- P.29** > Déconstruire les préjugés et offrir des soins adaptés aux Premières Nations : le point de vue d'une infirmière en dispensaire
- P.33** > Keyegetizijik
- P.39** > Position de l'AQIIG sur la norme d'entrée à la profession infirmière et recommandations

AQiiG⁺

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie

La G erontoise

AQiiG

CP 89022 - CSP Malec
Montréal (Québec) H9C 2Z3
Site web : www.aqiig.org
Courriel : info@aqiig.org

La G erontoise : communications@aqiig.org
Publicité : coordination@aqiig.org
Téléphone : 514.360.7273

Présidente de l'AQIIG

Huguette Bleau
presidente@aqiig.org

Rédaction

Rédactrice en chef
Ginette Labbé

Comité de la revue

Angélique Paquette
Ginette Labbé
Huguette Bleau
Louise Francoeur
Odette Roy

Révision linguistique

Solange Bleau
Membres du comité de la
revue

Création graphique et mise en page

L'ASSOCIÉ

Dépôt légal

2  trimestre 2023
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051



Politique  ditoriale

La G erontoise est publiée deux fois par année par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG).

Cette revue est destinée à toute personne intéressée par le domaine des soins infirmiers. Elle présente les résultats de différentes recherches réalisées en sciences infirmières et autres secteurs d'activités connexes, des projets cliniques, des expériences vécues et la gestion dans les milieux de soins ainsi que des travaux d'étudiantes et étudiants universitaires. S'ajoutent les chroniques *Entrevue* et *J'ai lu* offrant d'autres facettes du soin.

Tous les articles peuvent être reproduits en partie ou en entier à condition d'en spécifier la source. Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Pour soumettre un article, écrire à info@aqiig.org à l'attention de la rédactrice en chef Madame Ginette Labbé.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique de diffusion

La G erontoise numérique est diffusée gratuitement aux infirmières et infirmiers, aux institutions d'enseignement et de recherche, ainsi qu'aux établissements de santé, et ce, au Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international.

Pour obtenir la revue, consulter le site internet www.aqiig.org.

Sommaire

4 Mot de la présidente

5 Mot de la rédactrice en chef

CLINIQUE DE SANTÉ AUTOCHTONE

6 La clinique de santé autochtone du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : genèse, développement et innovation - Carole Lévesque, Édith Cloutier et Stéphane Laroche

FAITS VÉCUS

13 Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort... 35 ans plus tard - Bernard Roy

MOT DU MINISTRE LAFRENIÈRE

20 Message du ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit - Ian Lafrenière

ENTREVUE

23 Daniel Beauvais : un ex-infirmier du Nord de tête et de cœur - Odette Roy

DÉCONSTRUIRE LES PRÉJUGÉS

29 Déconstruire les préjugés et offrir des soins adaptés aux Premières Nations : le point de vue d'une infirmière en dispensaire - Meagan Kelly

LES AÎNÉS AUTOCHTONES

33 Keyegetizijik- Jamie Carle, RN BScN. et Brianna Decontie, RN, BScN

LES RATIOS SÉCURITAIRES

38 Article de journal sur les ratios sécuritaires en santé

LETTRE À LA MINISTRE DÉRY

39 Position de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) sur la norme d'entrée à la profession infirmière et recommandations

J'AI LU

41 *Mémoires de glace* par Daniel Beauvais - Huguette Bleau

Mot de la présidente



Chères lectrices et chers lecteurs,

Au risque de me répéter, j'affirme que ça bouge à l'AQIIG. Voici une courte rétrospective de nos dernières activités, de la formation et des revues à venir ainsi que du changement de présidence.

En effet, deux journées de formation ont eu lieu, soit la Journée scientifique du 27 octobre dernier, en mode virtuel avec pour thème : *La santé et le bien-être des aînés des Premiers Peuples : mieux comprendre pour mieux soigner*. D'ailleurs la présente édition porte entièrement sur ce sujet, il s'agit d'une prolongation du thème de l'automne. Ce printemps, Chantal Labrecque a offert une deuxième Journée thématique, au CHUM en modes présentiel et virtuel, ayant pour titre : *Les plaies des membres inférieurs chez une clientèle âgée : prévention et prise en charge!* Ce fut un franc succès autant pour la présentation que pour le contenu. Le mode hybride a permis de rejoindre des infirmières et infirmiers sur l'ensemble du territoire québécois. L'AQIIG remercie les formateurs, les participants et les partenaires de ces événements.

Le 31 mai dernier se tenait notre Assemblée générale annuelle suivie d'une nouveauté, à savoir, une courte présentation sur un trouble neurocognitif majeur mixte par Pierre-Luc Déry, administrateur de l'AQIIG et infirmier formateur. Un incitatif pour susciter votre intérêt à participer à notre prochaine Journée thématique sur les troubles neurocognitifs. Déjà, il est possible d'annoncer cette formation, en modes présentiel et virtuel, de sept heures accréditées, à l'auditorium du Centre de recherche du CHUM le 1er mai 2024, et ce, avec la participation, entre autres, de Philippe Voyer et de Pierre-Luc Déry. À noter à votre agenda!

Vous êtes invités à consulter nos réseaux sociaux pour vous informer de nos activités, telle la participation à l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec et les ratios sécuritaires en santé.

Après quatre années à titre de vice-présidente de l'AQIIG et tout autant comme présidente, je suis fortement convaincue qu'il est maintenant temps de laisser la place à une jeune présidence issue des milieux cliniques. Mon mandat d'administratrice a été renouvelé au titre de vice-présidente, et ce, afin de soutenir la relève dans un environnement à multiples défis. Par ailleurs, je suis satisfaite de cette présidence en laissant un conseil d'administration complet, une planification triennale 2020-2023 très largement réalisée, les comités scientifique et de *La Gérotoise* bonifiés de nouvelles recrues, une revue gratuite largement diffusée et utilisée à titre de référence ainsi qu'un rapport financier en équilibre avec une certaine marge de manœuvre financière. Signe de sa prise de parole importante pour le mieux-être des aînés et pour la profession infirmière, nous sommes de plus en plus sollicités pour donner notre avis, être impliqués dans des groupes de travail ou encore appuyer des positions qui correspondent à notre mission et à nos valeurs. Naturellement, tout ceci a été rendu possible grâce à l'implication d'une équipe de grande qualité, soient les membres du conseil d'administration et nos bénévoles. Le nouveau conseil d'administration a une nouvelle présidence, il s'agit de Pierre-Luc Déry. Félicitations!

L'AQIIG a une mission honorable qu'elle entend respecter et de nombreux travaux sont à venir. En ce sens, soyez des nôtres et adhérez à l'Association sur notre site Web www.aqiig.org.

Merci d'être là pour l'AQIIG!

Huguette Bleau, Ph.D.
Présidente sortante

Mot de la rédactrice en chef



Chers lecteurs et lectrices,

La réorganisation du système de santé amène son lot de questionnements et d'incertitude. Nous voulons tous et toutes donner des soins de qualité auprès de notre clientèle gériatrique.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie et le Comité de rédaction sont fiers de vous présenter la revue *La Gérotoise* de ce printemps. Nous sommes désolés qu'un délai, hors de notre contrôle, ait retardé sa publication. Elle a pour titre : *À la rencontre de la culture autochtone pour construire une relation authentique*. Au cours de nos recherches et contacts avec les Premiers Peuples nous avons découvert une culture qui nous a menés à une ouverture, un dialogue, des échanges vrais avec le peuple autochtone. Le comité en charge de la rédaction désire partager avec vous toute la richesse de cette culture et comment être à l'écoute de leurs besoins dans le soin. Une meilleure connaissance de la culture des Premiers Peuples nous aide à mieux comprendre pour mieux soigner.

Carole Lévesque, anthropologue sociale et culturelle, avec la collaboration d'Edith Cloutier et Stéphane Laroche, nous présente la Clinique de santé autochtone du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or dont le but est d'améliorer les conditions de santé de la population autochtone urbaine par le partage des pratiques d'intervention tant de la société québécoise que du monde autochtone. Puis, Bernard Roy, ayant travaillé plus de 12 ans chez les Innu, nous raconte l'histoire touchante et qui porte à réflexion intitulée : *Un vieil Innu qui voulait vivre sa mort*. Une entrevue d'Odette Roy avec Daniel Beauvais, infirmier du Grand Nord pendant 15 ans, nous fait découvrir ce peuple attachant avec des amis pour la vie. Il discute entre autres de l'importance d'être débrouillard et autonome dans un milieu où le soutien clinique dont la technologie fait grandement défaut. Son livre *Mémoire de glace* vous est présenté par Huguette Bleau dans la section *J'ai lu*. Meagan Kelly, infirmière en dispensaire en réserve autochtone puis en centre receveur des patients transférés du Grand Nord, aborde la problématique de la méconnaissance de la culture autochtone et l'anxiété développée par les membres des communautés envers le personnel « du Sud ». Finalement, Jamie Carle et Brianna Decontie, infirmières autochtones dans une réserve algonquine située dans la Vallée-de-la-Gatineau en Outaouais, nous présentent fièrement leur communauté et nous démontrent l'importance des soins sécuritaires et sensibles à la réalité historique et contemporaine vécue par les Autochtones.

À l'automne 2023, *La Gérotoise* aura pour thème le vieillir à domicile et y vivre jusqu'à la fin avec l'aide de ses proches et des services de la communauté; puis, ce sera suivi au printemps 2024 par le thème de la fin de vie à domicile avec la télémédecine et le soutien par la technologie de plus en plus spécialisée.

Bonne lecture!

Ginette Labbé, inf. clinicienne retraitée
Rédactrice en chef

LA CLINIQUE DE SANTÉ AUTOCHTONE DU CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR : GENÈSE, DÉVELOPPEMENT ET INNOVATION

CAROLE LÉVESQUE, PROFESSEURE TITULAIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ÉDITH CLOUTIER, DIRECTRICE GÉNÉRALE, CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR
STÉPHANE LAROCHE, DIRECTEUR DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET STRATÉGIQUE, CAAVD

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, plusieurs situations de confrontation mettant en présence des personnes autochtones et des membres du personnel médical du réseau québécois de santé et de services sociaux ont fait la manchette des médias. Il n'y a qu'à se rappeler les circonstances tragiques entourant le décès de Joyce Echaquan en septembre 2020 - une jeune femme originaire de la communauté territoriale de Manawan, dans la région de Lanaudière - qui ont tenu le Québec en haleine pendant plusieurs semaines; une enquête de la coroner a conclu en 2021 que « Le racisme et les préjugés auxquels Mme Echaquan a fait face ont certainement été contributifs à son décès ».

Les travaux de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Commission Viens), entre 2017 et 2019, avaient déjà mis en lumière les difficiles expériences vécues par plusieurs personnes autochtones d'âge et de genre différents lors de leur séjour en milieu hospitalier (Gouvernement du Québec, 2023). La Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (Commission Laurent), qui s'est déroulée en 2020, a également accordé une grande attention aux parcours parsemés d'embûches des parents et des enfants des Premières Nations ou du Peuple Inuit à l'intérieur d'un système peu à même de considérer leurs besoins spécifiques (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2023).

Ce ne sont là que quelques aspects d'un enjeu sociétal

beaucoup plus large, beaucoup plus complexe et beaucoup plus ancien : celui du mieux-être et de la qualité de vie de populations trop longtemps laissées à la marge et faisant régulièrement les frais de politiques et de programmes publics insuffisants à rencontrer leurs attentes et à comprendre leurs trajectoires de vie. Cependant, bien que les défis soient encore de taille aujourd'hui, le portrait d'ensemble se module tranquillement à la faveur d'initiatives qui voient le jour un peu partout au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie et qui visent à redéfinir les rapports hiérarchiques et unilatéraux colorant trop souvent encore les relations entre les Autochtones et les non-Autochtones, dans le domaine de la santé comme en d'autres domaines.

Ces initiatives, extrêmement prometteuses mais encore trop rares au Québec, proviennent de l'intérieur du monde autochtone; elles sont l'œuvre d'instances autochtones en mesure de combattre par l'affirmation, l'action et l'innovation les inégalités et les injustices qui marquent depuis longtemps les trajectoires de leurs concitoyennes et de leurs concitoyens. Elles proposent, avec l'étroit concours d'instances des réseaux nationaux de la santé et de chercheur.e.s, de réelles transformations non seulement dans l'offre de services en santé et en services sociaux destinée aux personnes autochtones et à leur famille (immédiate ou élargie), mais aussi dans la manière de concevoir la santé et le mieux-être et d'élaborer des protocoles de soins et d'accompagnement en phase avec des visions du monde différentes et des principes de vie ancrés autant dans la tradition que dans la modernité.

C'est le cas de la Clinique en santé autochtone du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or dont il apparaît important de faire connaître la contribution non seulement à l'amélioration des conditions de santé de la population autochtone urbaine en général, mais aussi au partage de pratiques d'intervention entre actrices et acteurs provenant autant de la société québécoise que du monde autochtone. Les prochaines pages seront l'occasion d'aborder trois dimensions structurantes de cette Clinique : 1) les conditions de son émergence; 2) le développement d'un partenariat égalitaire, dynamique et coresponsable; 3) les modalités d'une offre de services inscrite dans une démarche de sécurisation culturelle.

UNE CLINIQUE DE SANTÉ AUTOCHTONE EN CONTEXTE URBAIN : UN PROCESSUS DE LONGUE HALEINE

Il faut remonter en 2006 si l'on souhaite circonscrire le contexte institutionnel à l'origine de ce projet de clinique autochtone en milieu urbain. En octobre de cette année-là, la communauté territoriale de Mashteuiatsh au Québec accueille plus de 500 personnes à l'occasion du premier Forum socioéconomique des Premières Nations (Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2007). Sont alors réunis des leaders et des représentant.e.s autochtones de la province, des dizaines de ministres et décideurs du gouvernement québécois et du gouvernement canadien, de même que des actrices et acteurs de la société civile autochtone et québécoise (Lévesque et al., 2019). Parmi les nombreux sujets de discussion abordés, la santé revêt un caractère particulier. Un engagement mutuel entre le gouvernement du Québec et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec invite alors les Centres de santé et de services sociaux (tels que nommés à l'époque) à favoriser « le transfert de connaissances et d'expertise [et] l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones » (Ouелlette et Cloutier, 2010, p. 4)¹.

Déjà, et ce depuis 2004, le gouvernement fédéral orchestrait le Fonds de transition en santé autochtone (FTSA) visant l'amélioration de l'accès aux services de santé en place et favorisant la mise sur pied de partenariats avec des instances gouvernementales². Ce fut dans ce cadre, en 2008, que le Centre d'amitié autochtone de

Val-d'Or (CAAVD) obtint le premier financement de son projet de clinique et constitua un dispositif partenarial avec le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO) et le Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT).

Au début des années 2010, le Centre compte plus de 35 ans d'existence. Un secret bien gardé à l'époque, comme aujourd'hui d'ailleurs, puisque la grande majorité des Québécois.e.s ignore toujours la présence de ces milieux de vie communautaires autochtones établis dans une douzaine de villes de la province³. En 2024, le CAAVD célébrera son cinquantième anniversaire, à l'instar du Centre d'amitié autochtone de La Tuque. Un demi-siècle d'engagement auprès de la population autochtone urbaine constitue sans aucun doute une expérience hors du commun. C'est justement sur la base de cette expérience que la direction et le personnel du CAAVD constatent depuis longtemps que les personnes autochtones fréquentent rarement les cliniques de santé québécoises ou les centres hospitaliers et présentent, de plus, des conditions sociosanitaires spécifiques : l'espérance de vie est moindre, l'incidence des maladies chroniques est très élevée, les problématiques psychosociales sont majeures, les campagnes de vaccination sont ignorées, la prévention ne fait pas partie de l'équation. La méfiance est telle de la part de plusieurs d'entre elles que l'urgence devient leur seule option, en bout de course, lorsque leur état s'est trop détérioré; une situation qui vient complexifier encore davantage la teneur des traitements et des soins éventuels (Allan et Smylie, 2015).

En 2009, à l'occasion d'une journée d'études, le Centre et ses partenaires rassemblent des membres de la communauté autochtone urbaine de la ville de Val-d'Or et des environs afin qu'ils se prononcent sur le projet naissant et l'alimentent de leurs attentes, de leurs perspectives et de leurs expériences; des membres des communautés territoriales anicinape et eeyou participent également à l'exercice. Une équipe de recherche de l'Institut national de la recherche scientifique (Réseau DIALOG⁴) est aussi

¹ À l'époque, plus de 40 % de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit recensée dans la province réside déjà dans les villes, par comparaison avec la proportion résidant dans les communautés territoriales autochtones. En 2021, la population des Premières Nations et du Peuple Inuit qui réside dans les villes de la province dépasse 60 % de la population totale. L'expression « communauté autochtone territoriale » correspond au lieu de résidence connu sous le nom de « réserve indienne ».

² Le FTSA a été remplacé en 2011 par le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) (Gouvernement du Canada, 2023).

³ Le Mouvement des centres d'amitié autochtones au Canada a pris son envol dans les années 1950. On compte aujourd'hui quelque 120 centres à travers le pays. Issus exclusivement de mobilisations citoyennes « les centres sont des structures de développement social et communautaire réunissant des actrices et des acteurs qui mettent leurs compétences et leurs expertises au service de la communauté autochtone locale et régionale. Ils sont devenus des entreprises d'économie sociale à part entière, animés par l'action collaborative et l'exigence du mieux-être collectif » (Lévesque et al., 2021-2022).

⁴ Le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones - DIALOG - est un forum de partage et de rencontre entre le monde autochtone et le monde universitaire fondé sur la coconstruction, la mobilisation et la transmission des connaissances. Regroupement stratégique interuniversitaire, interinstitutionnel, interdisciplinaire et international créé en 2001, DIALOG est ancré à l'Institut national de la recherche scientifique. DIALOG réunit plus de 120 personnes et bénéficie de l'étroite collaboration de plusieurs partenaires universitaires et partenaires autochtones.

présente; elle est associée au projet depuis ses débuts (Cloutier et al., 2009). Ces contributions de la population locale et régionale d'une part, et du milieu universitaire d'autre part, sont à l'image de la vision participative et coopérative entretenue par le CAAVD d'une clinique qui place les gens au cœur de son développement et qui se situe, dans la foulée, à la fine pointe de travaux de recherche scientifique.

En 2010, la Clinique se dote d'un premier plan d'action et débute sa phase expérimentale. En 2011, une infirmière du CSSSVO et un intervenant du CJAT s'installent dans les locaux du Centre grâce à un prêt de services de l'Agence de santé régionale de l'époque. Un médecin se joindra à l'équipe en 2013 pour offrir des services ponctuels. La même année, le Centre accueille des étudiant.e.s en médecine des universités québécoises intéressés à réaliser un stage dans ses locaux. De nouveaux apports financiers provenant d'Avenir d'enfants (Fondation Chagnon) permettront l'ajout d'un volet de périnatalité sociale. En 2016, un nouveau financement du gouvernement fédéral (Fonds d'intégration des services de santé) permet de consolider les actions du Centre. La Clinique, qui porte alors le nom de Minowé, est déjà vue comme un modèle à déployer dans d'autres villes au Québec, au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones. La Clinique Ajokan voit le jour au Centre d'amitié autochtone de La Tuque. Le Centre d'amitié autochtone de Sept-Îles et Montréal Autochtone explorent aussi des projets d'implantation.

En 2017, la Clinique Minowé a déjà enregistré des gains majeurs. Des centaines de dossiers ont été ouverts, des campagnes de vaccination et de dépistage mobilisent la population, la fréquentation de la population de tout âge et genre augmente, les cas de signalements et de compromissions sont à la baisse, les futures et les nouvelles mères peuvent compter sur de l'accompagnement et du suivi pour elles-mêmes et les nouveau-né.e.s, les activités s'étendent parfois à la fratrie et jusqu'aux autres membres de la famille immédiate. Il ne fait aucun doute que la Clinique a fait la preuve de sa pertinence mais plus encore de son besoin de consolidation et de pérennisation. En étroite collaboration avec le Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT), le CAAVD propose alors au ministère de la Santé et des Services sociaux la mise en place d'un projet-pilote destiné à institutionnaliser la Clinique et à inscrire ses services et programmes dans le long terme : l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de santé de la population autochtone est loin d'être une affaire circonstancielle. Elle nécessite une réelle transformation sociale et l'apprentissage de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences et de nouvelles pratiques qui requièrent des efforts et du temps (Cloutier et al., 2018).

En mai 2021, après plus de 10 ans de travail, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or remporte une importante victoire et, par extension, l'instance fédératrice du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec présente aux côtés du CAAVD depuis le début. Par un soutien financier de 27,4 M\$, le gouvernement du Québec vise directement «...l'amélioration de l'offre de santé de première ligne destinée aux populations autochtones du milieu urbain » (Cabinet du ministre de la santé et Cabinet du ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuit, 2021). Il reconnaît, dans la foulée, le rôle majeur joué par le CAAVD qui ainsi « [...] pourra consolider et bonifier son offre [...] et intégrer de nouveaux services qui prendront ancrage dans les savoirs, les identités et les valeurs autochtones » (Gouvernement du Québec, 2022, p.43). Plusieurs autres projets en santé autochtone bénéficieront de ce soutien financier mais aussi des enseignements que le CAAVD est déjà en mesure de tirer de sa propre expérience (Cabinet du ministre de la santé et Cabinet du ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuit, 2021).

UN PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE LE CISSS-AT ET LE CAAVD : DES APPRENTISSAGES CONJOINTS ET CONTINUS

Un des enseignements les plus significatifs a trait non seulement à l'existence d'un partenariat actif en santé réunissant le milieu québécois et le milieu autochtone, mais aussi et surtout au chemin parcouru de part et d'autre dans la définition, la reconnaissance et l'acceptation d'un modèle autochtone de santé et de mieux-être, et à la transformation structurelle, institutionnelle et opérationnelle qui en a découlé. Pour le CAAVD, depuis les tout débuts, il s'agissait d'exercer un mode de gouvernance autochtone communautaire en développant et en offrant une nouvelle gamme de services ancrés dans les valeurs, les catégories populationnelles, les principes et la conception autochtone de la santé. Du côté du CISSS-AT, il s'agissait de se familiariser avec de nouveaux mécanismes décisionnels partagés et de reconnaître le rôle du CAAVD comme instance autonome de premier plan dans le fonctionnement de la Clinique et dans son positionnement face au réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Les considérations habituelles au regard des services destinés à la population des Premières Nations et du Peuple Inuit résidant des villes de la province visent, comme on l'a vu, à transférer les connaissances de ce réseau gigantesque vers le monde autochtone en adaptant et en exportant ses expertises, ses modes de traitement, ses protocoles de soins, ses approches et ses outils. La formule du prêt de services vertical constitue de ce fait

l'avenue généralement privilégiée quand, par exemple, le personnel soignant et professionnel exerce ses fonctions à l'extérieur du milieu hospitalier.

Les actions entreprises au CAAVD ont rapidement démontré que le transfert et l'adaptation des services existants ne sont pas des moyens efficaces pour combler les écarts en matière de santé, à l'instar des constats faits ces dernières années par plusieurs autres organismes autochtones à travers le monde et par des chercheur.e.s autant autochtones que non autochtones œuvrant en ce domaine (Boyer, 2015; Greenwood et al., 2015; Nations Unies, 2023). S'il importe de questionner dans de nombreuses situations la nature de ces services, leur portée ou encore les modalités de leur dispensation lorsque des personnes autochtones sont concernées, force est d'admettre que c'est notamment l'absence d'un écosystème de services appropriés aux réalités singulières et aux enjeux sociosanitaires de la population autochtone des milieux urbains qui est en cause. L'approche du transfert et de l'adaptabilité s'intéresse moins aux personnes elles-mêmes qu'aux modalités administratives et bureaucratiques d'une prestation de services qui demeurent pensés, conçus et normalisés à l'extérieur du monde autochtone.

A contrario, l'approche du CAAVD a une portée davantage sociologique, voire sociétale; elle place la personne dans son intégralité au cœur des soins et des interventions que son état requiert en misant sur les connexions et sur les liens sociaux et d'appartenance constitutifs de son mieux-être, et non seulement sur l'état de santé proprement dit. Semblable approche repose, elle aussi, sur des expertises professionnelles diverses, quoique distinctes de celles déployées au sein du réseau, et, surtout, prend appui sur une participation directe à la définition et à la prestation des services et programmes destinés à la population autochtone. Dans le cadre du partenariat entre le CAAVD et le CISSS-AT, il devenait donc essentiel de créer les conditions d'un rapprochement d'un type nouveau au sein duquel chacune des parties pourrait s'exprimer et partager ses connaissances et expertises propres. En d'autres mots, il importait de se doter conjointement d'une réelle zone d'interface culturelle et institutionnelle entre deux instances qui devaient d'abord apprendre à se connaître avant de concevoir ensemble une offre de soins actualisée et renouvelée de première ligne pour le bénéfice de la population autochtone de tout âge et genre.

Les rencontres ont été nombreuses, les sessions de sensibilisation et de formation se sont multipliées, l'histoire du monde autochtone a été rappelée à maintes occasions et les séquelles de la colonisation sur les conditions d'existence et la qualité de vie contemporaines ont été

étudiées. De même, de nouveaux corpus de référence croisant les savoirs scientifiques et les savoirs autochtones ont été constitués grâce à la veille scientifique reliée au projet de clinique et au suivi régulier des initiatives et programmes mis de l'avant au CAAVD. Il fallait en quelque sorte que l'approvisionnement réciproque dépasse largement le cadre d'une information convenue et généralisée pour que le personnel de chacun des partenaires puisse construire sa propre littérature professionnelle en matière de services destinés à la population autochtone et puisse, à son tour, acquérir de nouvelles compétences. En définitive, le défi principal auquel toutes et tous ont été convié.e.s est double : d'une part, reconnaître un modèle de santé et de mieux-être autochtone érigé sur des pratiques et des finalités spécifiques émanant du monde autochtone et, d'autre part, comprendre les mécanismes de l'agencement - du trait d'union - de ce modèle autochtone avec le modèle biomédical en vigueur au sein de la société québécoise.

À l'heure où l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies identifie clairement l'autochtonie (le fait d'être autochtone) comme un déterminant primordial de la santé des populations autochtones, il importe de comprendre le potentiel de protection que peut offrir une nouvelle gamme de services prenant en compte différentes dimensions de la guérison holistique, de la culture et des savoirs autochtones ainsi que des connexions sociales et relationnelles que chaque individu autochtone noue dans la poursuite de son existence (Nations Unies, 2023). C'est donc avant tout en parlant de l'essence même de nouveaux services et programmes découlant d'une vision autochtone de la santé que le CAAVD a dessiné peu à peu les contours de son projet de clinique à l'aune de la sécurisation culturelle.

Après avoir traversé de nombreuses étapes organisationnelles, le CAAVD et le CISSS-AT en sont venus à se doter à l'automne 2022 d'une entente extrêmement novatrice de co-responsabilité qui reconnaît notamment le rôle majeur des travaux du CAAVD dans le champ de la santé publique, de la santé physique ou de l'intervention psychosociale, et définit les paramètres nécessaires à leur déploiement au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Il ne fait aucun doute qu'en vertu de cette entente officielle, les deux instances se positionnent à l'avant-garde des initiatives contemporaines en matière de réconciliation et de décolonisation, en opérant une rupture claire avec les pratiques hiérarchiques et déterministes précédentes. Elle ouvre la porte à une nouvelle ère dans les relations entre Autochtones et non-Autochtones en matière de santé : celle de la responsabilité conjointe.

UNE OFFRE DE SERVICES RENOUVELÉE ET ACTUALISÉE : LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION CULTURELLE EN ACTION

Il y a plus de 12 ans que le CAAVD s'est engagé sur le chemin de la sécurisation culturelle, à une époque où personne n'en parlait au Québec. Depuis lors, l'appellation « sécurisation culturelle » s'est quelque peu démocratisée au sein du réseau québécois de la santé. Une attention grandissante lui est désormais accordée par le gouvernement, notamment depuis le décès de Joyce Echaquan, et a pris la forme de sessions de formation élémentaire destinées au personnel soignant du réseau de la santé; des postes d'agent.e.s de sécurisation culturelle ont aussi été créés dans plusieurs établissements hospitaliers. Le tout dernier Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit (2022-2027) aborde résolument le sujet, sans pour autant en définir les composantes et sans proposer de lignes directrices (Gouvernement du Québec, 2022). Cependant, chaque fois qu'il est question de sécurisation culturelle au Québec, la signification et la portée de cette expression, que l'on qualifie sans nuance de notion, de concept, d'approche ou de démarche, sont facilement reléguées à des questions de comportements ou d'attitudes entre des individus (une personne soignante et une personne autochtone en attente de soins), au détriment d'une mesure véritable des gains en santé et en mieux-être qu'un séjour rendu nécessaire en milieu clinique ou hospitalier est censé apporter.

La sécurisation culturelle ne peut se réduire à une modalité d'accueil de patient.e.s autochtones ou à l'expression d'une vague appréciation de contentement. En sa qualité d'outil de justice sociale, elle doit induire, concrètement et une personne après l'autre, une réduction des écarts et des inégalités qui ont motivé son implantation (Nursing Council of New Zealand, 2011; Ramsden, 2002). La sécurisation culturelle a été élaborée et conceptualisée afin de mettre un frein aux pratiques discriminatoires à l'égard des populations autochtones et afin que chacune des personnes autochtones engagées dans un parcours de santé et de mieux-être puisse recevoir tous les soins requis par son état, soit informée des protocoles mis en place, soit convenablement accompagnée et guidée, reçoive une médication adéquate et que les barrières usuelles relatives à sa condition soient levées ou contournées, qu'elles soient linguistiques, administratives ou bureaucratiques. À ce titre, et en tant que réelle démarche d'avancement, d'enrichissement et de progrès, la sécurisation culturelle doit se construire bien en amont des aménagements accessoires ou cosmétiques qui lui ont été associés ces dernières années pour se situer à l'échelle du changement social global. Elle se définit clairement comme un chemin

d'apprentissage, de décolonisation et de réconciliation marqué de jalons certes, mais dont l'issue se conjugue en termes d'équité, de dignité et de mieux-être.

C'est sur ce chemin que le CAAVD et le CISSS-AT se sont engagés en visant : 1) une acceptation pleine et entière des ruptures qui ponctuent les parcours de vie des personnes et des groupes autochtones en reconstituant le récit colonial et ses dynamiques d'implantation; 2) la régénérescence de savoirs, compétences et pratiques éprouvés en restaurant les filets de protection personnelle, générationnelle et communautaire; 3) une transformation significative des conditions de santé et de la qualité de vie de la population autochtone en institutionnalisant de nouvelles pratiques et de nouveaux protocoles; 4) l'affirmation d'une différence autochtone égalitaire en se dotant d'une structure de gouvernance autochtone affirmée et de processus décisionnels partagés (Lévesque et Cloutier, 2011).

S'inscrire dans une démarche de sécurisation culturelle requiert d'entrée de jeu la reconnaissance et la prise en compte du fait que les Peuples autochtones forment, depuis des millénaires, des sociétés organisées. Comme tous les peuples au cours de l'histoire, et dans tous les environnements, ces peuples se sont dotés, à leur manière, d'un univers d'idées, de représentations, de philosophies, de moyens, d'outils, de dispositifs et de mécanismes de régulation, de transmission, d'accompagnement et de soins pour assurer leur subsistance, leur survie et leur reproduction non seulement comme individus mais aussi comme groupes constitués. Ces sociétés ont inévitablement été bouleversées lorsque les forces impériales de l'Europe ont investi leurs territoires à partir du 16^e siècle. La mise en réserve, la tragédie des pensionnats, la sédentarisation, pour ne nommer que ces bouleversements, ont profondément modifié l'ordre des choses, ont coupé les filières de transmission et ont érodé les pratiques qui favorisaient l'équilibre des groupes de même que les modes d'interaction, de collaboration et de connexion qui présidaient aux relations entre les groupes au sein d'une même collectivité d'une part, et entre les humains et la nature d'autre part. Mais les principes fondateurs, l'essence même des règles qui régissaient le vivre-ensemble et favorisaient la cohésion sociale ont traversé les époques et existent toujours. C'est sur ces fondations que se dessinent présentement cette nouvelle offre de services. Deux grands principes d'action d'une démarche de sécurisation culturelle peuvent être abordés ici en guise d'illustration : la participation et la protection.

La participation se situe à une échelle identitaire et relationnelle. Il s'agit de créer les conditions pour que la personne en situation de soins reprenne peu à peu

confiance dans sa propre capacité à interagir avec des professionnel.le.s de la santé et des services sociaux. Dans la grande majorité des cas, cette confiance a été ébranlée, sinon détruite, par des expériences antérieures néfastes, du rejet, de l'incompréhension. Une des pistes explorées est celle du cercle de services continu qui contribue à créer des repères auxquels la personne pourra se rattacher selon les circonstances : avant même un rendez-vous médical, pendant une période d'examen ou de traitements, pendant la période de suivi. Les services à concevoir vont mettre l'accent sur les dimensions de l'équilibre rompu qu'il faut restaurer. Cet équilibre est tributaire de plusieurs facteurs, il ne tient pas à une condition de santé donnée.

Puisque l'objectif est de comprendre la personne dans son intégralité, il peut s'avérer extrêmement pertinent de s'informer non seulement de ce qu'elle vit elle-même (son problème de santé proprement dit) mais aussi de mieux circonscrire les composantes de son environnement familial et social : a-t-elle des enfants dont elle doit s'occuper? Ses conditions de logement sont-elles adéquates? Ses enfants présentent-ils des difficultés à l'école? Sont-ils en bonne santé? Ont-ils besoin de services en orthophonie ou de l'aide pour les devoirs? Son conjoint, s'il y a lieu, est-il sans emploi? Présente-t-il lui aussi une condition de santé nécessitant une intervention? Cette personne est-elle en relation avec d'autres personnes? Vit-elle de l'isolement? A-t-elle besoin d'un service de transport pour se déplacer à ses rendez-vous médicaux? Dès lors, le compendium de services à lui offrir ne vise plus seulement sa santé mais propose plutôt une réponse aux déterminants sociaux, fastes ou néfastes, qui ont une incidence sur sa santé globale. Le rétablissement de la personne est étroitement lié au fait de reprendre pied dans sa vie et dans sa famille. Les Maoris de Nouvelle-Zélande ont développé une stratégie de soins semblable basée sur l'approche Whānau Ora qui prône la notion maorie du bien-être et favorise l'autonomie des familles (dans un sens large).

Pour sa part, le principe de protection renvoie aux constituantes du vivre-ensemble au sein d'une communauté d'appartenance culturelle. Il se situe à une échelle collective et, à ce titre, assure la cohérence, la continuité et la convergence de l'offre de services. Si le principe de participation est à l'œuvre dans l'activation du soin et de l'intervention et présente des spécificités personnelles et familiales, le principe de protection pour sa part repose sur la guérison et le mieux-être du groupe dans son ensemble. Il est enchâssé dans la philosophie du Mino Pimadisi8in selon laquelle chaque personne occupe une place par rapport à elle-même, au monde, au temps et à la nature. En tout temps cette place doit être sécuritaire, permettre de protéger la personne et de lui procurer les moyens de maintenir son équilibre et

de vivre dans l'harmonie. Les préceptes qui alimentent le Mino Pimadisi8in tirent leur origine des systèmes de savoirs et de soins autochtones, des règles et des lois qui modulent le lien entre la personne et son groupe. Dans cette optique, l'idée de sécurité a d'abord un ancrage culturel : il importe d'être en sécurité dans sa culture, dans ses savoirs et dans ses pratiques. La sécurité se manifeste lorsque la personne est en relation et qu'elle entretient des connexions nourricières avec son milieu.

CONCLUSION

Le modèle de la clinique en santé autochtone du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or est encore loin d'avoir atteint sa pleine capacité de transformation institutionnelle; changer l'histoire est une entreprise qui nécessite du temps et beaucoup d'innovation. Des pas énormes ont été franchis, cela ne fait aucun doute. Mais il reste encore du travail à faire pour renouveler et consolider l'offre de services destinée à la population autochtone urbaine, non seulement à l'intérieur des établissements hospitaliers mais aussi au sein même du CAAVD. En effet, s'il importe de modifier, dans une perspective culturellement sécurisante, la dispensation des soins offerts au sein du réseau, il faut aussi que le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or soit reconnu comme un espace de dispensation de services, avec ses propres équipes cliniques et son bassin de professionnel.le.s. C'est d'ailleurs un des objectifs visés dans l'entente de co-responsabilité qui réunit désormais le CISSS-AT et le CAAVD.

Références

- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto : Wellesley Institute.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2007). *Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir*. Wendake, Québec, 139 p.
- Boyer, Y. (2015), *Moving Aboriginal Health Forward: Discarding Canada's Legal Barriers*. Saskatoon : Purich Publishing Limited.
- Bureau du Coroner. (2021, 1er octobre). *Décès de Mme Joyce Echaquan – La coroner Géhane Kamel dépose son rapport d'enquête*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/deces-de-mme-joyce-echaquan-la-corer-gehane-kamel-depose-son-rapport-denquete-35070>
- Cabinet du ministre de la santé et Cabinet du ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuit. (2021, 28 mai). *Le gouvernement du Québec investira 27,4 M\$ pour bonifier les soins de santé et les services sociaux destinés aux Autochtones en milieu urbain*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-gouvernement-du-quebec-investira-274-m-pour-bonifier-les-soins-de-sante-et-les-services-sociaux-destines-aux-autochtones-en-milieu-urbain-31839>
- Cloutier, É., Dugré, S., Salée, D., Comat, I. et Lévesque, C. (2009). *Enjeux et défis en santé et services sociaux pour les Autochtones en milieu urbain*. Cahier ODENA no 2009-04. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.
- Cloutier, É., Larocque, S., Lévesque, C. et Wawanoloath, M.-A. (2018). *Mino Pimatizibin*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2023). *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. <https://www.cdpdj.qc.ca/fr/nos-positions/recommandations/commission-laurent>
- Gouvernement du Canada. (2023). *Fonds d'intégration des services de santé*. Fonds d'intégration des services de santé (sac-isc.gc.ca).
- Gouvernement du Québec. (2023, 23 février). *Suivi de la commission Viens*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/commission-viens>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Ensemble pour les prochaines générations. Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit, 2022-2027*. Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/srpn/administratives/plan_action/2022-2027/PAGMSPNI_22-27.pdf
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M. et Reading, C. (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada. Beyond the Social*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Lévesque, C. et Cloutier, E. (2011). Une société civile autochtone au Québec. Dans C. Lévesque, N. Kermoal et D. Salée (dir.), *L'activisme autochtone : hier et aujourd'hui*. 16-19. Cahier DIALOG no 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.
- Lévesque, C., Cloutier, E., Radu, I., Larocque, S., Parent-Manseau, D. et Blanchet-Cohen, N. (2019). Taking action to improve Indigenous health in the cities of Québec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre, in I. Vojnovic, A.L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil et A. Allen (eds): *Handbook of Global Urban Health*: 347-362. New York & London: Routledge.
- Lévesque C., Cloutier, E., Desbiens, C., Sirois, T., Blanchet-Cohen, N. et Kermoal, N. (2021-2022). L'action collective des femmes à travers le mouvement social des centres d'amitié autochtones au Québec, *Revue d'études autochtones*, 51 (2-3): 53-62.
- Nursing Council of New Zealand. (2011). *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. Wellington, Nursing Council of New Zealand.
- Nations Unies. (2023). *Déterminants autochtones de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Instance permanente sur les questions autochtones, NU.
- Ouellette, A. et Cloutier, É. (2010). *Un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or : La Clinique MINOWÉ, une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-196.pdf
- Ramsden, I. M. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Wai-pounam*. [Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington]. New Zealand. https://www.croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf

Auteurs



CAROLE LÉVESQUE, PROFESSEURE TITULAIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Anthropologue de formation, Carole Lévesque est professeure titulaire à l'INRS. Depuis 50 ans, elle travaille en étroite collaboration avec les communautés, organisations ou instances autochtones du Québec et d'ailleurs. Elle a expérimenté et mis au point plusieurs formules de recherche partagée et de coconstruction des connaissances. Elle a fondé, en 2001, le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) qui s'est vu décerné le Prix Impact Connexion par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada en 2021.



EDITH CLOUTIER, DIRECTRICE GÉNÉRALE, CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR

Edith Cloutier, membre de la Première Nation Anicinabe, se consacre au rapprochement entre les peuples, au mieux-être des Autochtones en milieu urbain et à la défense des droits des Premiers Peuples. Détenrice d'un baccalauréat en sciences comptables, elle dirige depuis 1989 le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Edith Cloutier se distingue par son approche dynamique et humaine, axée sur la recherche de solutions. Son apport favorise le rayonnement du Centre d'amitié sur le plan provincial et national. Depuis 2014, elle codirige le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones DIALOG.



STEPHANE LAROCHE, DIRECTEUR DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET STRATÉGIQUE, CAADV

Stéphane Larocque est directeur du développement organisationnel et stratégique au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Diplômé en pratiques rédactionnelles et issu du milieu journalistique, il s'est joint à l'équipe du Centre d'amitié en 2009, où il orchestre aujourd'hui les travaux relatifs à la planification stratégique, au développement de l'organisation, à la structuration et à la mise en œuvre d'initiatives d'innovation, à la mobilisation des connaissances et à l'organisation des services.

LE VIEIL INNU QUI VOULAIT VIVRE SA MORT... 35 ANS PLUS TARD



Deux dames innues marchant dans une rue d'Unamen Shipu (début 1980), photo de Serge Jauvin, photographe.

BERNARD ROY

En janvier 2021, je publiais, dans les pages de la revue *Pratiques*, en France, un article intitulé *Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort*. Je rédige régulièrement des textes pour cette revue également connue sous l'appellation *Cahier de médecine utopique*. Fondée en 1975 par des médecins et soignants progressistes, *Pratiques* ouvre ses pages, depuis près de cinquante ans, à des soignants et usagers animés par l'utopie d'un système de soins publics, gratuits¹, bienveillants, particulièrement à l'égard des plus vulnérables.

Ayant pris connaissance de mon article, le comité éditorial de la revue *La Gérotoise* m'a invité à reproduire ce texte dans les pages du présent numéro, dédié à la thématique des « soins aux communautés autochtones ». L'autorisation de la direction de la revue *Pratiques* obtenue, je vous propose, dans un premier temps, la lecture de ce texte racontant un épisode de soins dispensés, au milieu des années 1980, à un vieil homme du village innu d'Unamen Shipu, situé sur les rives de la Basse-Côte-Nord du Québec. Je vous retrouverai, à la fin de votre lecture, dans un texte à travers lequel je partagerai avec vous, quelques réflexions concernant cet épisode de ma vie d'infirmier qui m'habitent toujours, 35 ans plus tard.

LE VIEIL INNU QUI VOULAIT VIVRE SA MORT

L'histoire que je m'appête à vous raconter se déroule quelque part à la fin des années 1980. Jean-Marie était un vieil Innu vivant dans la réserve d'Unamen Shipu située sur la Basse-Côte-Nord du Québec, à quelque 1100 kilomètres au nord-est de la ville de Québec. Je me doute que 99 % des personnes qui, en cet instant, parcourent ce texte ignorent ce que signifient les mots, Innu et Unamen Shipu. Les Innus sont ces personnes qui, au temps des premiers contacts, vivaient dans les forêts montagneuses au nord de Magtogoek (mot algonquin qui signifie Chemin qui marche) et que Samuel de Champlain nomma, en 1603, les Montagnés (Montagnais). Fatigués d'être nommés ou, plutôt, dénommés par les autres en des termes tels que « sauvages », « Indiens », « Amérindiens », « Autochtones » ou « Montagnais », ces gens exigèrent, il y a quelques

décennies, d'être désormais nommés comme eux-mêmes se désignaient depuis des millénaires... Innus. Mot qui, le plus simplement du monde, signifie « être humain ». Et pour les mots Unamen et Shipu, ceux-ci signifient couleurs pourpres (unamen) et rivière (shipu). Rivière aux couleurs pourpres, en référence aux teintes rouges que l'on aperçoit sur les berges de ce large et puissant cours d'eau.

En qualifiant Jean-Marie de vieux, je ne désire surtout pas ternir sa mémoire. En fait, nous ignorions son « âge réel ». En relisant ces derniers mots, je prends la mesure de leur absurdité : son « âge réel ». Qu'est-ce que cela signifie? À côtoyer des Innus pendant plus de trente ans, rarement les ai-je entendus prononcer les mots « vieux », « personne âgée » ou « vieillard » pour désigner une personne d'un grand âge. Généralement, ces derniers sont plutôt désignés comme des « aînés ». Parfois, des

¹ Une gratuité assurée grâce aux impôts correspondants, en principe, à la hauteur des revenus des citoyen.ne.s.

gens au début de la cinquantaine seront qualifiés ainsi. Ce qui suggère que l'histoire, la posture, le rôle familial et social constituent, au-delà de l'addition des années, des éléments qui positionnent la personne dans un gradient des temps de la vie.

Jean-Marie était né, plusieurs décennies plus tôt, dans une tente, au beau milieu de la forêt boréale du Nitassinan (mot innu qui signifie « Notre terre »). Il est né à une époque où le gouvernement canadien se préoccupait peu des femmes et des hommes de ce peuple nomade. La réserve innue de La Romaine (une déformation du mot Unamen) sera officiellement créée par l'État canadien, le 31 mai 1956. Il faut savoir qu'avant 1925, l'État canadien ne recueillait, auprès des membres des Premières Nations, et cela d'un océan à l'autre, aucune donnée de nature épidémiologique. La création de la réserve de La Romaine accélérera le processus de sédentarisation de cette bande innue et verra s'accroître les efforts de l'État canadien pour les contrôler et les assimiler.

La date de naissance de Jean-Marie, du moins celle inscrite dans son dossier médical au dispensaire du village, était le premier janvier 1900. Quelques autres aînés du village partageaient, avec lui, cette même date de naissance. Le prêtre missionnaire du village, un oblat de nationalité belge, vivant auprès des Innus de la Côte-Nord depuis le début des années 1950, m'expliqua que, dans les faits, nous ignorions la date de naissance de plusieurs aînés. Pour acquérir une existence officielle dans les registres gouvernementaux, afin que ces gens puissent, par exemple, recevoir un chèque de pension de vieillesse du Gouvernement canadien, il fallait que ces gens soient inscrits dans les registres de l'État. Et, pour ce faire, l'établissement d'une date de naissance était, aux yeux des fonctionnaires, une incontournable nécessité. Comment les agents de l'État auraient-ils pu décider d'accorder la pension de vieillesse à un Innu sans la possibilité d'établir, avec certitude, que celui-ci avait bel et bien atteint l'âge vénérable de 65 ans? Pour résoudre ce grand problème existentiel, on attribua arbitrairement, à plusieurs Innus, cette date de naissance : le 01-01-1900.

En 1987, Jean-Marie était donc âgé de 87 ans. Qui sait! Peut-être était-il plus âgé ou plus jeune.

À mes yeux de jeune infirmier en poste isolé, Jean-Marie représentait, comme quelques autres membres de la communauté, l'Innu dans sa plus noble et ancestrale identité.

Jean-Marie avait vécu la majeure partie de sa vie avec les membres de sa famille élargie, suivant les cycles nomades à travers le Nitassinan. Mais, depuis quelques décennies,

suite à la création de la réserve, il vivait dans une bien modeste maison au cœur d'un territoire aussi grand qu'une peau de chagrin. Il ne vivait toutefois pas seul. D'ailleurs, aucun aîné du village n'était laissé à lui-même. Tous vivaient au sein d'une famille regroupant, souvent, de deux à trois générations. Les familles, toujours nombreuses, vivaient dans des maisons comptant rarement plus de deux chambres à coucher.

Dès que l'occasion se présentait, Jean-Marie partait, avec d'autres membres de sa famille, séjourner en forêt, pour de plus ou moins longues périodes. Ces départs avaient surtout lieu en automne et en hiver. Les dimanches, Jean-Marie et son ami Rodrigue, vêtus de leurs veste et pantalon de toile, chaussés de leurs plus beaux mocassins assumaient, aux côtés du prêtre, les rôles de servent de messe et de chantre.

Depuis plusieurs mois, Jean-Marie souffrait, épisodiquement, de colique hépatique. Selon le médecin qui visitait notre dispensaire quelques jours par mois, Jean-Marie risquait, à tout moment, de se trouver dans un état critique. Un jour, une de ces crises risquait de se transformer en cholécystite aiguë qui, elle, provoquerait une péritonite. L'avènement d'un tel scénario serait fatal puisque le plus proche hôpital, où se pratiquaient des chirurgies, se trouvait à plus de 400 kilomètres à vol d'oiseau. À plusieurs reprises, le médecin somma Jean-Marie de prendre l'avion pour subir des examens et, vraisemblablement, être opéré. Mais, malgré les avis répétés du médecin et les récurrents rappels du personnel infirmier, Jean-Marie refusait obstinément de quitter le village. Pour mettre plus de poids à sa recommandation, le médecin tenta, à plusieurs reprises, de convaincre les filles et fils de Jean-Marie, ainsi que ses petits-enfants pour que celui-ci accepte de faire le voyage. « S'il n'est pas opéré, votre père... votre grand-père va probablement mourir ». Rien n'y fit !

J'occupais, en 1987, un poste d'infirmier à La Romaine, un village coupé du réseau routier québécois et ne bénéficiant d'aucune commodité aéroportuaire. L'équipe de soins, constituée de deux membres de la profession infirmière, rarement trois, gardait le phare sept jours sur sept, 24 heures sur 24, pour une population de huit cents personnes. Lorsqu'une situation clinique dépassait nos compétences, nous pouvions joindre, par téléphone, un médecin du petit centre hospitalier de Blanc-Sablon, situé à plus de trois cents kilomètres à l'est. Si un cas se compliquait et qu'une hospitalisation s'imposait, nous devions procéder à un medivac, par avion ou par hélicoptère. Mais, pour ce faire, les conditions météo devaient le permettre. La nuit tombée, puisque les vols étaient réalisés à vue, aucun décollage n'était possible.

Si la situation nécessitait une éventuelle intervention chirurgicale, nous devions assurer le transfert du patient vers la ville de Sept-Îles, à quatre cents kilomètres à l'ouest ou vers Québec, à plus de mille kilomètres. Lors des longs épisodes de brume ou de tempête, personne ne pouvait quitter le village. Très souvent, la petite équipe soignante devait traiter et soigner avec des moyens très limités, parfois pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, des enfants, des jeunes et moins jeunes en situation de grande précarité.

Lorsqu'une crise foudroyait Jean-Marie, le protocole prescrit par le médecin consistait à se rendre à sa résidence, à prendre ses signes vitaux et à réaliser un examen de l'abdomen. Si tout apparaissait dans des normes acceptables, nous lui administrions, illico, une injection combinant un antiémétique et un antispasmodique. Généralement, cela apaisait ses douleurs et la vie de Jean-Marie, reprenait son cours.

Ce qui devait arriver arriva.

Appelé au chevet de Jean-Marie, un soir du mois de mars, je lui administrais, comme à l'habitude, la médication prescrite. Mais, cette fois, le tableau clinique se détériora rapidement. Quelque temps après l'administration des premières doses de médicaments, les douleurs éprouvées par Jean-Marie s'accrochèrent. Sa température monta en flèche et son état général se dégrada.

Confus, Jean-Marie ne répondait plus à mes questions. J'insistai alors auprès des membres de la famille pour obtenir l'autorisation de commander un hydravion (sur skis) pour pouvoir, dès les premières lueurs du matin, transférer leur père vers l'Hôpital de Sept-Îles. Les membres de la famille se consultèrent et, après quelques minutes, la fille aînée me fit part de leur décision. Ils acceptaient le transfert de leur père. De retour au dispensaire, j'appelai un « pilote de brousse » de Natashquan qui me confirma qu'aux premières lueurs du jour, il pourrait décoller de la baie de La Romaine avec son hydravion monté sur skis. De retour à la résidence de Jean-Marie, équipé d'une civière, je m'empressai d'ouvrir la porte de la maison, pressé de prendre en charge le vieil homme de plus en plus comateux. D'un geste de la main, Rodrigue stoppa mon élan. Pendant ma brève absence, un grand nombre d'ainés du village s'étaient réunis dans cette toute petite maison. Entassés autour du lit, dans le corridor et dans la minuscule cuisine, toutes et tous priaient et chantaient en Innu. Immobile dans le cadre de la porte, tenant à bout de bras le brancard de toile, j'attendais qu'on m'autorise à m'approcher de Jean-Marie. Combien de temps dura ce moment de recueillement, quinze, trente, quarante minutes ? Je ne m'en souviens plus et cela n'a aucune

importance.

Le transfert de Jean-Marie vers l'Hôpital de Sept-Îles ne le sauva pas. Pis encore ! J'ignore l'ampleur des manœuvres que le personnel hospitalier entreprit, mais je savais, toutefois, qu'il poussa son dernier souffle, loin de sa famille, accompagné d'une seule de ses filles. Cette pensée me troubla au point d'en perdre le sommeil.

Je savais pertinemment bien que les chances de sauver Jean-Marie étaient minces. J'étais habité par le remords de ne pas avoir respecté la volonté du vieil homme. Maintes fois avait-il affirmé avec insistance qu'il ne voulait pas quitter son village et sa famille pour l'hôpital. Du fait de mon insistance auprès de ses enfants, Jean-Marie n'avait pas vécu ses derniers moments en étant accompagné des siens. Mon statut de professionnel de la santé me donnait, en quelque sorte, une autorité que je qualifie, aujourd'hui, de démesurée. Je l'avais séparé des êtres les plus significatifs de sa vie alors qu'il vivait le moment ultime de son existence.

Bourré de remords, rongé par la culpabilité, je pris la décision de rendre visite au prêtre du village. Malgré mon athéisme, je cherchais, peut-être bien, l'absolution. Le soignant que j'étais éprouvait le besoin de discuter, d'obtenir un éclairage hors des cadres de la déontologie professionnelle et de l'objectivité scientifique. Au moment de ma visite, Rodrigue était présent au presbytère et il demeura assis un peu à l'écart. Sa présence ne m'importunait pas, d'autant plus que je croyais qu'il ne comprenait pas le français. Ému, je racontai au prêtre le déroulement des événements qui précédèrent la mort de Jean-Marie. Surtout, je lui partageai le remords qui m'habitait. Alors que je poursuivais mon récit, Rodrigue m'interrompit pour adresser, en langue innue, quelques mots au prêtre. Le silence revenu, le prêtre s'adressa à moi en des mots qui ressemblèrent à ceux-ci.

« Voilà ce que Rodrigue vient de me dire. Il désire que tu te calmes. Lorsque tu es retourné à la maison de Jean-Marie, avec ta civière, pour emporter Jean-Marie, ils t'ont demandé d'attendre que les prières et les chants prennent fin. Puis, ils t'ont autorisé à partir avec Jean-Marie. Rodrigue veut que tu saches qu'ils savaient que Jean-Marie ne reviendrait pas vivant au village. En priant, ils lui ont fait leurs adieux. Ils l'ont présenté à Dieu. Rodrigue souhaite que tu vives bien avec ta décision. Tu as fait de ton mieux. »

Ces paroles de Rodrigue eurent, sur moi, un effet immédiat. Je suis retourné à ma résidence, beaucoup plus calme, en me disant que, la prochaine fois, je demeurerai

respectueux de la volonté exprimée par un aîné.

Quelques semaines plus tard, on m'appela au chevet d'un homme d'un très grand âge. Il vivait depuis de nombreuses années, entouré de sa fille, du mari de celle-ci et de ses petits-enfants. Tous prenaient grand soin de leur umushuma (mot qui signifie grand-père). L'examen était sans équivoque. Le vieil homme souffrait d'insuffisance respiratoire résultant, vraisemblablement, d'un œdème pulmonaire. Voilà que je me surprénais à, de nouveau, envisager la possibilité de transférer ce vieil homme, en avion, vers un hôpital. Le prêtre du village arriva sur ces entrefaites. Il me regarda droit dans les yeux et d'un ton ferme me dit : « Souviens-toi de Jean-Marie... Lui, il reste ici ».

Le lendemain, le vieil homme mourait aimé et entouré des siens.

LE VIEIL INNU QUI VOULAIT VIVRE SA MORT... 35 ANS PLUS TARD

Certains événements, parfois tragiques d'autres fois heureux, demeurent à jamais gravés dans nos souvenirs. En aucun temps, de tels souvenirs ne s'enfoncent aux confins de notre inconscient. Ils demeurent, là, bien présents. Sommeillant aux abords de notre mémoire vive, un rien suffit à les animer. Le souvenir des circonstances entourant la mort de Jean-Marie, appartient, chez moi, à cette catégorie d'événements.

Jean-Marie... Le lecteur aura compris qu'il ne s'agit pas du nom de cet homme qui, la veille de son décès, marchait toujours d'un pas lent et digne, dans les rues sablonneuses du village. Si le titre de ce texte se devait d'être « accrocheur » en y associant le mot « Innu », le récit, lui, se devait d'être respectueux envers cet homme, mais également envers l'infirmier que j'étais. Même en ces premières années de pratique infirmière, lorsque je dispensais des soins, je veillais à prendre en considération l'absolue singularité de la personne qui se trouvait devant moi. Du moins, à posteriori, je le crois. Mes années d'études dans le programme en soins infirmiers me confrontèrent à des enseignements de modèles que j'estimais restrictifs, contraignants, stériles. Je découvrirai, plus tard, que je partageais cette aversion pour l'enfermement dans des modèles et théories avec, entre autres, Marie-Françoise Collière. « En ce cas, écrivait-elle, il ne peut s'agir pour l'infirmière de jouer un rôle identifié par une théorie, mais avec l'éclairage de différentes connaissances d'apprendre à reconnaître, à partir des données vécues dans les situations, ce qui identifie la nature des soins infirmiers engendrant une mobilisation diversifiée des rôles de chaque partenaire : soignant comme soigné » (Collière,

1982, p. 227). Devant l'infirmier que j'étais, se trouvait un être sensible dont la présence souffrante, dans toute sa singularité, m'affectait, m'interpellait dans ma propre singularité (Barrier, 2010). Ni les modèles ni les théories ne devaient contraindre mes soins. Par contre, chaque situation de soin, elle, interpellait des savoirs multiples et diversifiés. Jean-Marie ne représentait pas l'entièreté de « l'humanité souffrante » pas plus que la totalité de LA « Nation innue ».

Souvent je me remémore cette nuit du mois de mars 1987. Chaque fois, je me vois transporté dans la toute petite et modeste maison de Jean-Marie. Il me semble, alors, percevoir l'odeur du cuir de caribou fumé des mocassins que portaient ces femmes et hommes entassés, les uns contre les autres dans l'étroit corridor, dans l'exiguë cuisine et tout autour du lit où reposait leur ami souffrant. En ces moments, il me semble entendre l'écho de leurs voix chantantes, prononcer en Innu-aimun, le Notre Père...

Nutauinan tshin uashkut ka tain,
tshima tshitimauenitakanit tshitishinikashun,
tshima papanit tshitipenitsheun,
eshpish pishitshikuin
nete uashkut tshima it ute assit.
Ashaminan anutshish kashikat
pakueshikan peikutshishikua tsheshpaniat.
Eku, shueniminan ka ishpish tshishuaitat,
miam ka ishpish shuenimitshitau
anat ka tshishuaimit.
Eka uin patshiteniminan netishkakuait,
tiekut pikuinan ka takuat ka matshikaut.
Tshima it !²

Je ne suis pas retourné à Unamen Shipu depuis plus d'un quart de siècle. Étrange! Cette mesure temporelle exprimée en termes de « siècle » me donne l'impression d'un espace-temps beaucoup plus long que si je le mesurais en « années ». Cette mesure m'installe dans une posture existentielle par laquelle je perçois la vie comme un chapelet de grains de sable, chutant résolument vers le fond d'un sablier.

L'évocation de mon arrivée à Unamen Shipu, m'offre une clef pour décoder ces mots du poète Gilles Vigneault : « C'est à Natashquan³ que le temps s'arrête⁴ ». Je fréquente les villages de la Basse et Moyenne-Côte-Nord

² Traduction proposée par l'Assemblée des évêques catholiques du Québec (2019)

³ Village situé à plus ou moins 150 kilomètres à l'ouest d'Unamen Shipu, à la frontière de la Moyenne et de la Basse-Côte-Nord.

⁴ Ces paroles sont tirées de la chanson C'est à Natashquan composée par Gilles Vigneault, en 2005, pour célébrer le 150^e anniversaire de fondation de ce petit village aux limites de la Moyenne et de la Basse-Côte-Nord, par des Acadiens, pêcheurs de morues et trappeurs, venus des Îles-de-la-Madeleine.

depuis suffisamment longtemps pour, je pense, saisir le sens profond de cette métaphore. Allégoriquement, le poète exprime, en quelque sorte, la théorie de la relativité d'Albert Einstein. « Le temps ne s'écoule pas de la même manière selon la vitesse à laquelle on se déplace ». Dans l'immensité du territoire nord-côtier, le Nitassinan, on ne se déplace pas comme des citadins pressés au cœur des centres-villes encombrés. Cela est vrai pour les Innus vivant dans les communautés nord-côtières (Pakuashipi, Unamen Shipu, Nutashquan, Ekuanitshit...), mais aussi pour nombre de Nord-Côtiers, souvent de descendance acadienne, vivant dans de tout petits villages parsemés, ici et là, le long du littoral de Magtogoek (Saint-Augustin, Tête-à-la-Baleine, Tabatière, Chevery, Harington Arbour, La Romaine, Natashquan, Mingan...).

Souvent, entendons-nous que, chez les Innus et autres Premières Nations, la conception du temps relève d'une pensée circulaire. Temporalité et pensée sont, à mon sens, intimement liées. L'anthropologie du temps estime qu'il existe deux types de temporalité. L'une circulaire, désignant ce qui revient sans cesse et l'autre, linéaire, qui marque la progression depuis un point zéro vers un point de fuite. L'histoire d'un pays, d'une nation, telle qu'enseignée, relève de cette conception linéaire. Un temps qui coule comme l'eau dans des ruisselets alimentant des ruisseaux s'écoulant, eux, dans des rivières qui, elles, se déversent dans un fleuve puis, dans l'océan. Une existence inscrite dans une telle temporalité avance, progresse, évolue vers un but. Elle ne revient pas en arrière, ne recule pas. Elle avance inlassablement. Une avancée mesurable, quantifiable, évaluable. Il y eut un temps jadis, il y a un temps présent - déjà passé - il y aura un futur, un avenir meilleur, du moins, l'espère-t-on. Même la mort depuis cette linéarité temporelle se profile, du moins pour le croyant, comme l'aboutissement d'un salutaire cheminement, d'une progression menant au but ultime, la vie éternelle au Paradis... bien sûr! Pour l'athée, la route s'achève, un point, c'est tout!

Suivre le cycle des saisons, des récoltes, de la cueillette des petits fruits qui reviennent, cycliquement dans le cours des douze cycles lunaires, relève d'une temporalité circulaire. Dans cet univers, le temps s'enfile, lentement, autour d'un invariable cycle de vie. L'hier est à l'image de l'aujourd'hui, demain ne sera ni meilleur ni pire. Il sera! L'historien et philosophe wendate, Georges E. Sioui estime que cette pensée, cette temporalité n'est pas le seul fait des Premiers Peuples. « La pensée circulaire - écrit-il - n'est pas la propriété ni le produit exclusif des Amérindiens ». Il poursuit en mentionnant que « malgré l'hégémonie que semble détenir la pensée linéaire européenne sur l'ensemble de la planète, sans doute quatre-vingts pour cent des êtres humains ont une vision circulaire du monde

et de la vie » (Sioui, 2000). Chez les Inuits, racontait l'anthropologue Bernard Saladin d'Anglure, l'âme d'un défunt ne s'envolait pas vers un quelconque Paradis. Elle se maintenait dans le cycle de la vie, par et à travers le nom du défunt attribué à un nouveau-né, indistinctement de son sexe (Saladin d'Anglure, 1992). Selon cette conception de la mort, Jean-Marie aurait, qui sait, poursuivi sa vie dans la corporalité de la petite fille d'Adeline et Normand, née au lendemain du décès de l'aîné.

Au temps, jadis, lorsque les Innus se déplaçaient au rythme saisonnier de la transhumance des caribous, de la montaison des saumons, en marchant dans les portages, pagayant le long des jours sur les eaux vives des rivières... nous pouvions affirmer que ces gens vivaient dans un espace-temps circulaire. Il faut prendre le temps d'écouter l'admirable film *Ka Ke Ki Ku* du réalisateur René Bonnière (1960) relatant la vie estivale des Innus d'Unamen Shipu et de Pakuashipi. Ce documentaire témoigne de cette temporalité circulaire peu à peu freinée par la rencontre du temps linéaire enseigné par le missionnaire, sous la tente-école.

Du temps où les pêcheurs de descendance acadienne et autres, établis sur la Moyenne et Basse-Côte-Nord, attendaient la fonte des glaces pour mettre barques et filets à la mer, nous pouvions, là aussi, considérer que ces Nord-Côtiers vivaient selon un cycle de vie circulaire. Cette fois, il suffit d'écouter le magnifique film *Tête-à-la-Baleine* réalisé par René Bonnière (1960) pour s'imprégner de ce défilement cyclique du temps.

S'il s'avérait relativement facile, dans un autrefois tout de même pas si lointain, d'appréhender le monde en incluant les uns dans une temporalité circulaire et les autres, les modernes, dans une temporalité linéaire, cet exercice s'avère, aujourd'hui, difficile à réaliser. Je dirais même improductif, voire dangereux.

Jean-Marie, toutefois, appartenait à une temporalité circulaire.

En 1987, l'infirmier que j'étais, considérait Jean-Marie, d'abord et avant tout, comme un « individu » dont la « vie », dans ses dimensions anatomophysiologiques, était menacée. Il m'importait de restaurer et de maintenir dans des normes convenables, ses fonctions physiologiques vitales.

Mais Jean-Marie était-il un « individu » au sens où, généralement, nous l'entendons? Un « Je » autonome qui commande sa propre vie et qui se considère différent de tous les autres (Elias, 1997). Non! J'apprendrai au fil des ans que le concept d'« individu » est un construit, relativement

récent dans l'histoire de l'humanité. Jean-Marie naquit et grandit dans un monde que l'anthropologue Louis Dumont (1983) qualifiait d'« holiste ». Un monde dans lequel l'individu n'existe pas ou, plutôt, ne constitue pas la valeur centrale. Son existence est indissociable du « Nous ».

Depuis ma posture d'infirmier, la « vitalité » de l'« individu » Jean-Marie reposait d'abord et avant tout sur le maintien de sa vie anatomophysiologique. Mais, pour lui, cette « vitalité » reposait sur le socle de son appartenance au « Nous ». J'appréhendais la mort éventuelle de Jean-Marie comme la fin de sa trajectoire de vie... biologique. Jean-Marie, lui, refusait depuis toujours de quitter son village, pour une éventuelle chirurgie en ville, parce que, pour lui, sortir du cercle d'appartenance constituait un risque beaucoup plus grand que celui de perdre sa vie biologique. Il ne désirait pas perdre cette vie qui prenait tout son sens, toute sa vitalité à travers les liens intrinsèquement tissés entre les insécables parties du « Nous ».

D'ailleurs, ce « Nous », constitué de ses vieux amis, de ses enfants et petits-enfants, n'hésitera pas un instant à embrasser tendrement Jean-Marie, à lui témoigner sa bienveillance, à l'accompagner dans son départ pour le grand voyage dans les vastes territoires de l'éternité. Soigner Jean-Marie impliquait de soigner le « Nous ». C'est ce que j'ai fait en demeurant à l'écart, dans l'entrée de la petite maison, en lâchant prise et en portant l'oreille, respectueusement, aux prières chantées, à l'unisson, par les nombreuses voix feutrées. Existe-t-il une plus belle révélation d'un « Nous » que celle se manifestant à travers un chant entonné en chœur? Le village se pressait autour de Jean-Marie pour le soigner. À travers cet événement j'apprendrai qu'il s'avère impossible de parler de la vie sans évoquer les vivants. « Comment parler d'un vivant sans parler de sa vie, avec son début et (un jour) sa fin... » (Worms, 2015, p. 41). Comment pouvais-je concevoir la vie de Jean-Marie sans considérer sa biographie, son histoire, ses liens, ses appartenances? Cette nuit de mars 1987, toujours présente à mon esprit, illustre que le « fait premier pour les vivants en général et plus encore sans doute pour les humains est leur vie relationnelle, avec ses dangers de vie et de mort... » (Worms, 2015, p. 47).

Quelques jours plus tard, à son tour, Rodrigue et le prêtre prendront soin de moi. J'apprenais à devenir l'infirmier du « Nous », à faire partie du « Nous ».

35 ans plus tard, les choses ont bien changé...

Au cours des 35 dernières années, de nombreux changements, certains plus profonds que d'autres, sont survenus à Unamen Shipu. Même si le village demeure

isolé du réseau routier québécois il est, aujourd'hui, doté d'installations modernes assurant des liaisons aéroportées vers les grands centres urbains 24h/24h, en toutes saisons. Si, en 1987, la population du village comptait quelque 650 personnes, elle en compte, aujourd'hui, le double, soit plus de 1 180 personnes dont l'âge moyen se situe autour de 31 ans. La moitié des personnes composant cette communauté sont nées entre l'année 2000 et aujourd'hui, plus d'un demi-siècle après la création de la « réserve », par le gouvernement fédéral, en 1956. Cette très jeune population ne compte plus que 70 personnes de plus de 65 ans, c'est-à-dire, à peine 6 %. Seuls quelques aînés ont probablement connu les derniers soubresauts des cycles de vie nomade.

Aujourd'hui, la grande majorité des Innus d'Unamen Shipu sont nés à l'hôpital, ont grandi dans une maison disposant de l'électricité, de l'eau courante et autres commodités modernes, se déplacent en véhicules motorisés (voiture, VTT, motoneige, bateau moteur, etc.), écoutent la télévision, utilisent internet et les réseaux sociaux, fréquentent ou ont fréquenté l'école. Depuis près de deux décennies se trouve, entre l'ancienne et la nouvelle partie du village, un centre de santé dans un édifice de plus de cinq fois la superficie du dispensaire dans lequel je travaillais en 1987. Muni d'équipements modernes, ce spacieux centre de santé offre à la population des soins de première ligne, 24/7, 365 jours par année. Une équipe de professionnels de la santé issus de diverses disciplines ainsi que des intervenants communautaires offrent, à longueur d'année, divers programmes de promotion et de prévention ainsi que des soins de soutien aux personnes souffrant de diverses pathologies chroniques.

La flèche du temps a traversé le cœur du cercle de la temporalité nomade des Innus d'Unamen Shipu.

Dans cette modernité, si, de nouveau, j'occupais un poste d'infirmier, pourrais-je me retrouver dans une situation relativement similaire à celle que je rencontrais quelque part au mois de mars 1987? Je ne crois pas. Les Innus d'Unamen Shipu comme tous ceux du Nitassinan ne vivent pas hors du temps. Ils sont de leur temps. Jean-Marie appartenait à un temps qui, depuis, a pris ses distances.

Mais, malgré ces profondes transformations dans le contexte de vie et, bien sûr, dans les structures de l'identité innue, les fondements du soin, eux, demeurent les mêmes. Un soin qui ne relève pas d'une seule et stricte nécessité physiologique, mais bien, plutôt, d'une obligation d'établir une relation avec un autre soi, non pas avec un autre que soi (Worms, 2010). La nuance est grande. Soigner exige de prendre en compte la complexité de la vie. Faire appel à la pensée complexe « n'autorise pas de saisir et reproduire la

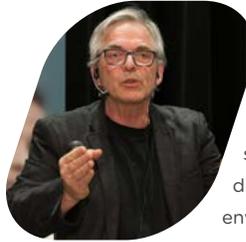
réalité humaine sur le mode de la linéarité mathématique. Elle invite plutôt à comprendre la vie sociale comme un processus synergique qui est constamment réinventé, sous l'impulsion et l'émergence de nouvelles données » (Desgroseilliers et Vonarx, 2014, p. 24). Le soin interpelle une pensée ainsi qu'une temporalité circulaire.

Depuis la large et bruyante médiatisation des événements tragiques entourant le décès de Joyce Echaquan, une jeune femme issue de la Nation atikamekw et de la communauté de Manawan, un grand nombre d'organisations, de professionnels, de chercheurs et de personnes d'appartenance diverses démontrent de subits et débordants intérêts pour les soins à offrir en contexte d'autochtonie. Et, dans cette nouvelle et pressante quête, le concept « sécurité culturelle » est élevé au rang de Saint-Graal. Malheureusement, ce concept entre les mains de nombreux chercheur.e.s du monde de la santé se voit, à travers des processus de modélisation inscrits dans une linéarité temporelle et, surtout, dévitalisé de ses fondements politiques qui inscrivent, au premier rang, l'autodétermination...

Références

1. Barrier, P. (2010). Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individu avec la maladie chronique. Dans L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino, et F. Worms (dir.), *La philosophie du soin* (pp. 155-171). Paris: Presses Universitaires de France.
2. Bonnière, R. (réalisateur). (1960). *Ka Ke Ki Ku* [documentaire]. Crawley Film. https://www.onf.ca/film/ka_ke_ki_ku/
3. Bonnière, R. (réalisateur). (1960). *Tête à la baleine* [documentaire]. Crawley Film. <https://www.onf.ca/film/tete-a-la-baleine/>
4. Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Inter-Éditions.
5. Desgroseilliers, V. et Vonarx, N. (2014). Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l'identité du sujet. *Santé Publique*, 26, 17-31. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-1-page-17.htm>
6. Dumont, L. (1983). *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Éditions du Seuil.
7. Elias, N. (1997). *La société des individus*. Paris: Pocket.
8. Roy, B. (2021). Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort. *Pratique*, 92. <https://pratiques.fr/Le-vieil-Innu-qui-voulait-vivre-sa-morthttps://pratiques.fr/Le-vieil-Innu-qui-voulait-vivre-sa-mort>
9. Saladin d'Anglure, B. (1992). Le « troisième sexe ». *Le Recherche*, 245(juillet-août), 836-844.
10. Sioui, G. E. (2000). L'Amérindien philosophe. *Argument*, 2(2). <http://www.revueargument.ca/upload/ARTICLE/117.pdf>
11. Worms, F. (2010). *Le moment du soin. À quoi tenons-nous?* Paris: Presses Universitaires de France.
12. Worms, F. (2015). Pour un vitalisme critique. *Esprit*, janvier(1), 15-29. <https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-1-page-15.htm>

Auteur



BERNARD ROY

Bernard Roy, a un parcours atypique. Pendant une douzaine d'années, il s'est investi, comme soignant, auprès des Premières Nations et des populations nord-côtières. Il conjugue alors santé communautaire et pratique infirmière en dispensaire. Cette expérience et son engagement envers les gens qu'il soigne l'amènent à s'interroger sur le point de vue de ces communautés sur la santé, ce qui le pousse à poursuivre des études en anthropologie ne trouvant pas dans la littérature nursing et biomédicale des réponses éclairantes. Titulaire d'un diplôme collégial en soins infirmiers, d'une maîtrise en Recherche sociale appliquée de l'Université Laurentienne (Les savoirs populaires des Atikamekw d'Opitciwan et la santé) et d'un doctorat en anthropologie (Université Laval, 2002), ses travaux sur le diabète de type 2 ont fait l'objet de nombreuses publications. En 2005, Bernard Roy reçoit, pour son ouvrage *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère* la médaille Luc-Lacourcière qui souligne l'excellence d'un ouvrage d'ethnologie publié en langue française en Amérique du Nord. Depuis 2004, il est professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, enseignant, entre autres, les fondements en santé communautaire. Il dirige la collection « Infirmières, communautés, sociétés » aux Presses de l'Université Laval. En 2014 l'OIIQ lui décernait le Prix Florence volet promotion de la santé pour son travail auprès des Innus et Atikamekw.

Photographe



SERGE JAUVIN

Serge Jauvin, un grand ami de Bernard Roy, ont partagé leur passion du Grand Nord. Voici un lien qui vous permettra de voir une vidéo de son vécu dans le Grand-Nord accueilli par la famille Mark d'Unamen Shipu : <https://www.lafabriqueculturelle.tv/capsules/11840/serge-jauvin-photographe-itnanipan-c-est-ainsi-que-nous-vivions>

L'œuvre photographique de Serge Jauvin est intimement liée à la découverte de la Côte-Nord qu'il explore depuis 1975. Elle s'appuie sur ses différentes composantes soit l'occupation ancestrale du territoire par les Innus ou l'ingéniosité et le savoir-faire des nouveaux arrivants qui ont trimé dur pour mettre en valeur les nombreuses ressources de ce territoire nord-côtier. De Tadoussac à Blanc-Sablon, il en a saisi les teintes changeantes de l'eau et la luminosité des ciels, la couleur des champs d'épilobes et les forêts d'épinettes, dans l'éternité des rochers et des sables. L'univers des gens qui habitent la Côte-Nord l'intéresse également. Profondément attaché au peuple Innu, il a tissé des liens solides avec plusieurs d'entre-eux. Sans vouloir entretenir le mythe du « bon sauvage, protecteur de la nature », il soutient que le regard Innu mériterait d'être considéré davantage dans les actions que nos sociétés préconisent pour la protection et la survie de notre Terre-Mère.

Message du ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit



Le 27 octobre dernier, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie a organisé une journée de formation scientifique sur le thème « *La santé et le bien-être des Premiers Peuples : mieux comprendre pour mieux soigner* ». L'événement a été couronné de succès : je tiens donc à féliciter l'association pour sa vision d'avenir et son esprit d'initiative au regard du partage dans le réseau de la santé des bonnes pratiques en matière de soins adressés aux membres des Premières Nations et aux Inuit.

Je tiens également à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont participé à l'organisation de la journée de formation. Celle-ci a permis d'aborder directement certains des besoins exprimés par les communautés autochtones du Québec au cours des dernières années, notamment en ce qui concerne l'accès à des soins et à des services de santé culturellement adaptés.

Le développement d'un lien de confiance solide entre les établissements de santé et de services sociaux et les Premières Nations et les Inuit est une priorité pour le gouvernement du Québec. Celui-ci multiplie donc ses actions dans le domaine de la santé pour accélérer l'atteinte de cet objectif. La formation de l'ensemble du personnel du réseau de la santé sur les réalités autochtones, l'ajout de navigateurs de services et d'agents de liaison dans une multitude d'établissements et le soutien aux cliniques adoptant des méthodes innovantes, à l'image de la clinique Minowé du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, sont des exemples qui témoignent de la force de notre engagement et qui donnent une bonne idée de la trajectoire que nous adopterons au cours des prochaines années.

Pour dispenser des soins adéquats aux membres des Premières Nations et aux Inuit, il faut comprendre leur état d'esprit, leurs convictions et certains des principes fondamentaux associés à leur mode de vie. La conception d'espaces sécuritaires et culturellement adaptés, où les médecines modernes et traditionnelles peuvent se côtoyer, est donc absolument cruciale. En plus de cela, afin de garantir la pérennité et la cohérence de ce type d'intervention, notre gouvernement a l'intention d'entamer prochainement des actions législatives pour enchâsser le principe de sécurisation culturelle dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Encore une fois, je remercie tous les membres de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie pour leur dévouement et leur ardeur au travail.

Bonne lecture!

Ian Lafrenière

Ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit

Disponibilité pour accueillir des étudiant·e·s au doctorat dans le domaine des soins aux personnes âgées ou à leurs proches

Vous êtes infirmière ou infirmier et vous envisagez de poursuivre des études doctorales?

Vous avez un intérêt pour les soins aux personnes âgées ou à leurs proches?

Anne Bourbonnais, titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la Famille et de la Chaire de recherche du Canada en soins aux personnes âgées, est disponible pour accueillir de nouveaux doctorant·e·s.

Selon la base de la qualité du dossier, elle pourrait offrir une bourse dès l'inscription au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, puis d'autres durant les études.

Des étudiant·e·s actuel·le·s et des diplômé·e·s de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ont témoigné de leurs motivations à poursuivre des études de maîtrise ou de doctorat et des retombées sur leur parcours professionnel. Elles racontent de façon vibrante leur expérience d'être ou d'avoir été un·e étudiant·e supervisé·e dans leurs études par Anne Bourbonnais. Vous pouvez visionner ces vidéos en cliquant sur chacun des titres ci-après :

Je vois des problèmes et j'ai le goût d'améliorer la pratique infirmière

Je suis curieuse à propos de la recherche et je veux développer les connaissances scientifiques pour les infirmières

Je veux mieux comprendre l'expérience des personnes âgées et de leurs proches pour mieux agir

Vous souhaitez vous joindre à un groupe dynamique d'étudiant·e·s et bénéficier d'une expérience d'études stimulante? N'hésitez pas à contacter Dre Bourbonnais, afin de connaître les avantages d'intégrer son équipe : anne.bourbonnais@umontreal.ca.

Votre santé financière nous tient à cœur

Nous sommes une institution financière exclusive aux professionnels de la santé

Par notre engagement, notre connaissance fine de **votre milieu** et **notre expertise**, nous vous offrons un accompagnement personnalisé et adapté à vos besoins.

www.caissesante.ca



AQiiG

Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie

Suivez-nous sur les réseaux sociaux!



facebook.com/aqiigqc



linkedin.com/company/aqiig

Des ouvrages adaptés à la réalité des infirmières pour mieux accompagner nos aînés



Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie

est un ouvrage de référence axé sur des données récentes et ancrées dans la réalité des institutions médico-sociales, développé sous la direction de Philippe Voyer, inf., Ph. D., professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au CEVQ.

NOUVELLE ÉDITION



Psychiatrie et santé mentale

consacre deux chapitres à la gérontologie : le chapitre 22 *La santé mentale des personnes âgées* et le chapitre 24 *L'état confusionnel et les troubles neurocognitifs*, adaptés par Sylvie Rey, inf., Ph. D., professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR UN EXEMPLAIRE ?

Contactez votre représentant pédagogique dès maintenant au

bit.ly/contact_ERPI

ERPI

SUIVEZ-NOUS POUR NE RIEN MANQUER!



Sciences infirmières par ERPI



sciencesinfirmieres_erpi



DANIEL BEAUVAIS : UN EX-INFIRMIER DU NORD DE TÊTE ET DE COEUR

Une rencontre avec Daniel Beauvais, c'est comme partir à la découverte d'un monde inconnu. Il est « monté au Nord » en 1971 pour trois mois, il y est resté plus de 15 ans.

Dans cet entretien, Daniel partage généreusement son expérience professionnelle, mais aussi son affection pour ce peuple qu'il a appris à connaître en s'intégrant dans leur quotidien. Fondés sur une relation de confiance et de respect, il a développé tout au long de ces années, des liens solides avec les Atikamekws, les Cris et les Inuits. Plusieurs sont toujours ses amis.

Motivé par cette volonté de soigner, sans les accès technologiques dont nous disposons de nos jours, on apprend vite que la pratique infirmière en poste isolé, exigeait, à cette époque, beaucoup d'autonomie et de compétences pour faire face à des situations inusitées de soins. C'est à leur contact, nous apprend-il, qu'il a découvert tout le sens d'une pratique infirmière centrée sur la personne en respect avec ses valeurs, ses forces, tout en étant sensible à leurs besoins de santé, mais aussi de l'incontournable partenariat à établir pour arriver à des actions concrètes et significatives « sur le terrain ». Daniel Beauvais nous parle aussi de ces grands espaces empreints d'une beauté unique, où se croisent les rituels ancestraux, le rôle des aînés dans la transmission des savoirs et aussi du caractère sacré d'une vie en parfaite symbiose avec la nature. C'est dans ce langage empreint de poésie qu'il nous livre son propos faisant écho à son livre autobiographique **Mémoires de glace**, proposé dans ce même numéro.

Daniel Beauvais ne « monte plus au Nord », mais une partie de ses pensées, ses préoccupations, et je dirais même son cœur, y sont encore. Sensible aux nombreux défis de santé actuels, il reconnaît l'importance des changements sociaux, de la perte de repères et des nombreux stigmas portés par plusieurs membres du peuple du Nord. Par ailleurs, il connaît aussi leur résilience et leur courage lorsqu'il expose les différents éléments positifs, constructifs et porteurs d'espoir que la communauté du Nord déploie de plus en plus pour façonner un avenir en santé.

Après ce riche échange, ce que je retiens : c'est ce goût du dépassement professionnel toujours présent chez Daniel, mais aussi cette invitation aux infirmières et infirmiers à une pratique centrée sur des liens de confiance, une relation à tisser avec la communauté du Nord en respect avec ses valeurs. Ce sont des conditions jugées essentielles par Daniel Beauvais, à ce moment critique marqué par une transformation majeure.

1. DANIEL BEAUVAIS, VOUS DÉTENEZ UNE RICHE EXPÉRIENCE AUPRÈS DU PEUPLE INUIT ET VOUS AVEZ EFFECTUÉ, AU COURS DES ANNÉES, PLUSIEURS SÉJOURS DANS LE NORD.

VOULEZ-VOUS NOUS PARLER DE VOTRE

EXPÉRIENCE AFIN QUE NOUS PUISSIONS MIEUX COMPRENDRE CE QUI VOUS A ANIMÉ AU COURS DE TOUTES CES ANNÉES? POURQUOI LE NORD? QU'EST-CE QUI VOUS MOTIVE À GARDER LE CONTACT AVEC LE PEUPLE NORDIQUE QUE NOUS CONNAISSONS SI MAL?

Je « suis monté » au Nord, une première fois, à l'âge de 21 ans (1971). Un coup de tête. Accéder à l'inconnu. Sortir du confort d'un hôpital... J'ai alors signé un contrat de trois mois, comme infirmier-auxiliaire. J'ai en fin de compte fait un total de 15 ans... en de multiples séjours en territoires Atikamekw, Cri et Inuit. Entre deux périodes nordiques, je suis retourné aux études pour atteindre le statut d'infirmier; ce qui me donnait accès au statut convoité et hautement désiré d'infirmier en poste isolé. Je voulais être au front, en quelque sorte, pour prodiguer des soins de façon autonome, en étant seul décisionnaire dans tous les aspects de l'administration des soins. Décider, par exemple, de mettre un client sous antibiotique après avoir fait un cliché radiographique, l'avoir développé puis interprété, sans assistance médicale directe. Ou encore, faire des points de suture à une cliente qui se présentait au dispensaire avec une coupure importante à la main. Les consultations médicales ne pouvaient alors se faire qu'à distance, par radiotéléphone situé dans un bâtiment, autre que le dispensaire. Bien sûr, à l'instar de la pratique infirmière au Sud, nous n'avions pas l'autorisation de poser des diagnostics, pas plus que de prescrire des médicaments. Mais ne pas l'avoir fait, tout en espérant joindre un médecin, aurait carrément mis la vie de nos patients en jeu. Alors nous procédions.

Pourquoi alors avoir pratiqué comme infirmier dans de telles conditions? Une seule raison : le dépassement professionnel. Soigner des gens en détresse de santé est un défi incroyable à relever quand on doit y faire face avec peu de moyens. Il fallait ne pas avoir peur de foncer. Se fier à son instinct de soignant. Se faire confiance, questionner, ausculter, palper, savoir écouter, regarder, interpréter et, le point majeur : connaître ses limites. Bien réfléchir et passer en revue ses connaissances afin d'arriver à poser le bon geste. Et parfois même, lorsque ces limites étaient atteintes, puis dépassées – lors d'une urgence hors de l'ordinaire, par exemple – aller encore plus loin dans sa confiance : stabiliser le patient jusqu'à ce que l'avion arrive en vue d'un transfert vers le milieu propice au traitement. Ce qui semble simple et naturel pour un infirmier, devenait alors, un long moment chargé d'émotions et de stress intense pendant le suivi immédiat de ce patient. Le salaire de ces efforts? Le retour de celui-ci dans sa communauté. J'ai en tête LE cas le plus marquant de ma vie professionnelle : cet ado de 14 ans que j'ai eu à assister dans des moments très difficiles en 1977. Trois jours et quatre nuits de blizzard, dans un état impossible. Enfin rescapé. Opéré cardiaque. Ma vie infirmière, ma vie tout court, ont été marquées par cet événement. J'ai retrouvé cet ado, près de 45 ans plus tard, père de famille et grand-papa... Son histoire est devenue le summum de ma profession; ce qui aura guidé mon travail par la suite. D'ailleurs, lui et moi, on a gardé contact. On se parle de temps en temps. Un lien qui ne s'éteindra jamais.

C'est ce cas en particulier et certains autres par la suite qui ont motivé mon engagement au Nord, c'est aussi simple que cela.

Définitivement, pour contrer les nombreux effets délétères sur la santé globale, il nous faut, encore et encore, déployer beaucoup d'écoute, de l'attention pour l'autre, de l'entraide et du respect...

2. LES JOURNAUX NOUS INFORMENT PRESQUE QUOTIDIENNEMENT SUR LA SITUATION SOCIALE EXTRÊMEMENT DIFFICILE DES COMMUNAUTÉS NORDIQUES : DROGUE, SUICIDE, ALCOOL, VIOLENCE, ABUS SEXUEL, ETC.

VOUS AVEZ CRÉÉ DES LIENS SIGNIFICATIFS AVEC LA COMMUNAUTÉ INUITE PENDANT VOTRE SÉJOUR AU NUNAVIK, ET PAR CONSÉQUENT, VOUS ÊTES EN MESURE DE NOUS PARLER DES PRINCIPAUX ENJEUX EN MATIÈRE DE SANTÉ QUI PRÉVALAIENT ALORS? ET QU'EN EST-IL AUJOURD'HUI? NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE VOTRE RÉFLEXION SUR CES POINTS CRUCIAUX.

Lorsque j'ai débuté ma carrière nordique, les principaux problèmes rencontrés étaient presque tous liés à l'hygiène précaire, voire absente dans les milieux de vie. Et ce n'était pas dû aux manquements de la population, mais aux conditions de vie dans lesquelles on maintenait les Inuits. La promiscuité dans les maisons surchauffées et surpeuplées en est un bon exemple. Les otites chez les enfants étaient aussi communes que le simple rhume dans le Sud. La tuberculose sévissait encore et sur une grande échelle. Les maladies liées au système respiratoire étaient courantes. Enfin, beaucoup de nos patients étaient des victimes d'accidents de toutes sortes.

Aujourd'hui, les problèmes sociaux sont énormes chez les Inuits. Ils posent de nombreux défis au système de santé et à l'infirmière en particulier. Drogue et alcool mènent à la violence et aux abus sexuels, on le sait; envers les femmes et les enfants surtout. Le taux de suicide au Nunavik est le plus élevé au Québec : sept fois plus! L'intense roulement de personnel n'aide certes pas à la prise en charge de l'ensemble des problèmes. Comment participer alors? L'infirmière doit viser à travailler sur ces problèmes, même si elle n'est que de passage. Des programmes existent pour travailler sur ces problématiques; il faut les intégrer à son travail. La rotation importante du personnel est LA réalité d'aujourd'hui. C'est affligeant pour la continuité des soins. Mais cela ne doit pas empêcher l'infirmière, quel que soit son statut, de contribuer à la résolution des problèmes en soins et son engagement doit être profond et véritable.

3. DANIEL, VOUS NOUS AVEZ PARLÉ DES

NOMBREUX DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTÉ. VRAISEMBLABLEMENT, COMME NOUS L'AVONS VU, LE PEUPLE DU NORD FAIT FACE À UN NOMBRE CROISSANT DE SUICIDES, DE VIOLENCE ET AUTRES. PLUSIEURS CAUSES EN SONT RESPONSABLES.

CEPENDANT, CONTRAIREMENT AUX GENS DU SUD, LES INUITS ONT TOUJOURS À CŒUR LEURS AÎNÉS ET LEUR PLACE RÉSERVÉE AU SEIN DE LA FAMILLE. COMPTE TENU DE LEUR RÔLE ET SELON CE QUE VOUS AVEZ VÉCU AU NORD, COMMENT LES AÎNÉS INFLUENT-ILS LE DEVENIR DE LEUR COMMUNAUTÉ?

C'est un fait : chez les Inuits, les aînés sont reconnus comme des sages; des personnes dont l'expérience de vie est d'une grande importance. Il est donc tout naturel de les écouter et de faire siens leurs avis. Ils donnent rarement des conseils, mais ils en « imposent » par leur façon de faire comprendre à ceux qui les écoutent que ce qui a été vécu par un individu sert toujours à quelqu'un d'autre...

Je me souviens avec plaisir des moments passés aux domiciles d'aînés à échanger avec eux aussi bien de leur situation familiale que de leur santé propre. Facile alors de faire des liens entre leur état de santé et le milieu dans lequel ils vivent. Sans compter que les aînés nous reçoivent toujours avec un plaisir jamais dissimulé et cela devient souvent un lieu d'apprentissage sur la culture si on « ose » les bonnes questions. Leur démontrer de l'intérêt? C'est le principe fondamental! Ils ne seront alors jamais avares de détails sur ce qu'ils ont vécu.

Mais attention! Les choses ont beaucoup changé en territoire inuit comme cela se fait ailleurs. Personnellement, j'ai connu le temps béni où il n'y avait ni journaux, ni télévision et surtout, sans Facebook et autres réseaux sociaux. Ces « instruments de communication » sont arrivés au Nunavik en vrac (et je choisis mes mots...) sur une très, très courte période de temps. Ils ont bousculé de façon irrémédiable la façon d'échanger entre les individus et entre les communautés. Ils ont aussi créé un important gap entre les diverses strates de la population, entre les jeunes, surtout, et le reste de la population. Les problèmes liés à la stagnation des jeunes devant les différents écrans existent aussi au Nord! Il n'y a pas si longtemps, j'ai fait une tournée des communautés du Nunavik et j'ai pu observer le phénomène. Le terminal de chacun de ces villages est devenu un lieu de rendez-vous prisé des jeunes pour la simple raison qu'il est souvent le seul bâtiment où l'usage d'un WIFI est gratuit. L'image y était forte : de multiples ados rivés à leur écran, pianotant avec fébrilité sur leur

cellulaire. On comprendra ici que ce qui se trouve sur les écrans de ces appareils n'a souvent peu à voir avec la réalité nordique. Loin de moi l'idée de critiquer l'utilisation des réseaux sociaux au Nunavik, mais je me permets d'avancer que leur utilisation dilue grandement l'intérêt que ceux qui les consultent peuvent porter à ce qui se passe dans la communauté. Jusepi, un grand ami Inuk, me disait un jour que sa crainte profonde face à l'utilisation continue par les jeunes de ces instruments électroniques et informatiques, était qu'ils ne seront plus aptes à se déplacer sur le territoire en se servant de balises naturelles ou disposées par les anciens – les Inukshuks, par exemple. « Comment feront-ils lorsque les batteries de leurs appareils les lâcheront en pleine tempête? »

Les aîné(e)s inuits, ces fins observateurs, se rendent compte que les choses changent rapidement dans les communautés. À quoi sert leur expérience maintenant? Comment la communiquer? Qui s'intéresse à ce qu'ils ont vécu? Et l'infirmière, dans tout ça? Elle doit comprendre, elle aussi, que les choses ont évolué à vitesse grand V au Nunavik. Elle doit se rapprocher des aîné(e)s, de toutes les manières possibles. Aller au-devant d'eux, plutôt que les « convoquer » à des activités cliniques qui les concernent. Tenter de garder, en quelque sorte, un lien privilégié avec eux. Les rencontrer dans leur milieu, se faire une faveur, quoi! L'intérêt... c'est encore d'actualité en 2023.

4. D'APRÈS VOTRE EXPÉRIENCE ET VOS LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ INUITE, COMMENT LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DEVAIENT ET DOIVENT MAINTENANT COMPOSER AVEC LES RÉALITÉS DE SOINS DE LA COMMUNAUTÉ ET EXERCER UN LEADERSHIP CLINIQUE AU SEIN DES ÉQUIPES DE SOINS ET DE LA COMMUNAUTÉ? POUVEZ-VOUS NOUS EXPLIQUER LA CONTRIBUTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS ET LES RETOMBÉES CONCRÈTES AUPRÈS DES INUIT ET DE LEUR SANTÉ?

Lorsque j'y ai pratiqué, les infirmiers et les infirmières faisaient partie intégrante de la communauté. Nous étions invités à toutes les activités et nous ne nous privions pas d'y participer : les fêtes diverses, les fameuses « games » inuites du temps des Fêtes, les mariages et les funérailles. Plus sérieusement : c'est notre personnel qui a mis sur pied les comités de santé de chacun des villages. Ils étaient composés de membres de la communauté et de l'infirmière. Les problématiques en santé y étaient discutées et les décisions pertinentes y étaient prises. Nous organisions aussi des cours qui s'adressaient aux membres de la communauté. Ce qui peut apparaître aujourd'hui simpliste était alors accueilli avec grand intérêt : comment prendre

la température d'un enfant, par exemple. **Nous avons une approche tranquille, sans imposer quoi que ce soit : écouter puis agir en accord avec les valeurs et la façon de faire de nos « clients ». Nous avons aussi un gros atout dans notre sac à dos : séjourner longtemps dans le même village. Ce qui facilitait grandement un principe fondamental en sciences infirmières : la continuité des soins.**

Le problème majeur aujourd'hui? Le roulement de personnel. Comment garder un lien utile avec une population qu'on ne connaît pas – et qu'on ne connaîtra pas – si on n'y séjourne que pendant quelques mois, voire quelques semaines. L'infirmière est alors confinée à un rôle ingrat : éteindre les feux de santé dans les communautés. Exercer un leadership est alors difficile, voire impossible. Les médias rapportent depuis un certain temps, et avec insistance, les problèmes de personnel dans les centres de santé nordique. Comment contribuer alors à des retombées concrètes en santé auprès des Inuit? Je n'ai malheureusement pas de réponse à cette question.

5. LE MONDE CHANGE. DANIEL, VOUS QUI AVEZ PARTICIPÉ À LA PRESTATION DE SOINS POUR LA COMMUNAUTÉ DU NORD DURANT PLUSIEURS ANNÉES, COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS CE PARTENARIAT AVEC LES INUITS, QUI EST UN INCONTOURNABLE, POUR UN AVENIR EN SANTÉ?

Ce sont les Inuits qui doivent prendre le leadership de la prestation de soins sur leur territoire. Ils doivent être les seuls décideurs. Nous ne devons jouer qu'un rôle d'accompagnateur. À ce point de vue, les choses n'ont pas changé depuis la mise en place des comités de santé à la fin des années 70. **C'est une Inuite qui était présidente, les membres étaient tous Inuits et l'infirmière y siégeait en tant qu'experte en santé, en consultante, donc. Nous y étions pour aider à apporter des idées mais jamais pour imposer une solution.** Il y avait bien, parfois, des colorations « politiques » dans certaines décisions, mais l'infirmière n'avait pas à s'en mêler.

Au vu de la situation actuelle, l'infirmière peut jouer exactement le même rôle. Elle est consultante : apporter les lumières de la science et participer ainsi à la résolution des problèmes. Il s'agit de voir, lorsque sur place, comment ça peut se faire. C'est tout!

6. EN TERMINANT, QUELS MESSAGES SOUHAITEZ-VOUS TRANSMETTRE AUX MEMBRES DE L'AQIIG? ET TOUT PARTICULIÈREMENT AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EXERÇANT AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES ET DES PERSONNES ÂGÉES?

Les années passées auprès des Inuits font partie de ce que j'ai vécu de plus beau dans ma vie professionnelle et dans mon vécu personnel. J'y ai rencontré des hommes et des femmes qui m'ont tout appris sur la culture. J'ai adoré ces multiples visites dans leurs maisons alors que je ne parlais pas un mot d'Inuktitut avec des personnes qui ne parlaient ni français ni anglais! Pourtant, j'y ai passé des heures de pur plaisir à tenter de les comprendre et de me faire comprendre par signes ou mimiques rigolotes... Jeux simples en interrelations avec des gens que j'adorais. **J'ai aussi en tête ce vieillard, au dispensaire, qui s'émerveillait de pouvoir examiner la radiographie de ses poumons et de constater que ça ressemblait à un thorax de caribou... C'est cette simplicité que j'ai toujours aimée chez ces gens confiants parce qu'ils respectaient notre travail.** Leur démontrer le moindre intérêt était invariablement récompensé par un accueil chaleureux. **Aller chez eux, les écouter, échanger... n'est-ce pas la base de toute relation infirmière. Je suis persuadé que c'est encore pareil aujourd'hui. Mais, il faut sortir de la clinique. Aller au-devant des gens. Montrer un intérêt sincère.** Si je retournais au Nunavik aujourd'hui, je choiserais de le faire dans le plus petit village. Pour le simple plaisir de me donner toutes les occasions possibles de rencontrer les gens, individuellement. Pour moi, c'est la vraie source de plaisir dans un travail pas toujours facile. Et c'est encore réalisable en 2023, vraiment!

Auteurs



DANIEL BEAUVAIS

Daniel Beauvais est né à Val-d'Or, en Abitibi. En 1970, muni de son diplôme d'infirmier-auxiliaire, il est engagé au Centre Hospitalier de Sherbrooke où il choisira de travailler à l'équipe volante dans le but d'acquérir de l'expérience dans tous les domaines de soins. Il reçoit l'appel du Grand-Nord au printemps de 1971. Il mettra enfin le pied à la Baie-James en juillet de la même année avec, en poche, un engagement de trois mois. Dès les premiers jours sur le territoire, ce sera le coup de foudre. Il fera de multiples séjours en milieu autochtone – et dans toutes les régions du Grand-Nord –, pour un total de plus de quinze ans. Il retournera à Sherbrooke compléter ses études pour devenir infirmier autorisé puis bachelier en santé communautaire. Son engagement à l'Hôpital de l'Ungava en 1977, comme infirmier itinérant, l'amènera à travailler dans chacune des communautés de la Baie d'Ungava et provoquera un second coup de foudre : le peuple Inuit. Ses multiples séjours dans les différents milieux de leur vie, lui procurera de nombreuses occasions de connaître une population qu'il affectionnera de plus en plus. Il deviendra coordonnateur des Postes puis directeur des Soins infirmiers du même établissement tout en gardant des liens étroits avec des amis Inuits. En 1985, il sera engagé par le CRSSS Cri de la Baie-James comme coordonnateur administratif des communautés de l'Inland. Il en deviendra le premier directeur en 1988. Fort de ces expériences il obtiendra, en 1990, un poste d'enseignant en Soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, au campus de Val-d'Or. Il y restera pendant seize ans. Il y connaîtra le plaisir intense de travailler avec des jeunes dans le seul but de transmettre des connaissances. À la retraite depuis plusieurs années, Daniel Beauvais se met à l'écriture, un rêve longtemps caressé. Sa troisième parution raconte justement son parcours comme infirmier en milieu isolé : *Mémoires de glace* (Presse de l'Université Laval, 2017).



ODETTE ROY

C'est une grande passion du soin qui anime toujours Odette Roy. Forte de ses expériences cliniques en gestion et en formation comme en recherche accumulées au cours des 40 dernières années, elle poursuit son engagement comme mentor et comme chercheure. Face à l'urgence actuelle, elle est convaincue qu'il faut mettre la pédale au fond pour arriver à des changements significatifs. Ceci passe définitivement par le leadership infirmier qui doit laisser la parole aux infirmières et infirmiers sur leur pratique, l'organisation de leur travail et les résultats de soins infirmiers. Les écouter est primordial croit-elle, car ce sont elles et eux qui contribuent à la construction du système de demain, plus humain.

Une richesse inestimable de savoir, savoir-être et savoir-faire!



Vous êtes une infirmière ou un infirmier qui oeuvre auprès des personnes âgées et vous désirez aider à faire avancer la place de la gérontologie dans le milieu de la santé, devenez membre de l'AQIG, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. Maintenir votre adhésion vous permet de faire des rencontres, de créer des liens et de contribuer à l'atteinte de vos objectifs professionnels et personnels relatifs aux soins aux personnes âgées.

Être membre de l'AQIG, c'est :

- Appartenir à un réseau spécialisé en gérontogériatrie;
- Recevoir la revue numérique **La Gérontoise** deux fois par année;
- Bénéficier d'informations du conseil d'administration par l'intermédiaire de l'**InfoAQIG**;
- Se tenir **informé des meilleures pratiques** et des plus **récentes avancées dans le domaine**;
- Bénéficier d'activités annuelles de formation et de réseautage à des **tarifs avantageux**;
- Avoir la possibilité de profiter d'heures accréditées de formation professionnelle;
- Collaborer à l'avancement des connaissances dans la communauté infirmière gérontologique.

Membre particulier

Type de membre	Adhésion 1 an (sans taxes)	Adhésion 1 an (avec taxes)	Adhésion 2 ans (sans taxes)	Adhésion 2 ans (avec taxes)
Membre régulier	50,00 \$	57,49 \$	85,00 \$	97,73 \$
Membre étudiant et retraité	35,00 \$	40,24 \$	60,00 \$	68,99 \$

Membre corporatif

Type de membre	Adhésion 1 an (sans taxes)	Adhésion 1 an (avec taxes)	Adhésion 2 ans (sans taxes)	Adhésion 2 ans (avec taxes)
Corporatif	350,00 \$	402,41 \$	450,00 \$	517,39 \$

Pour plus de détails, rendez-vous sur notre site Internet www.aqig.org



DÉCONSTRUIRE LES PRÉJUGÉS ET OFFRIR DES SOINS ADAPTÉS AUX PREMIÈRES NATIONS : LE POINT DE VUE D'UNE INFIRMIÈRE EN DISPENSAIRE

MEAGAN KELLY

Les Autochtones reçoivent rarement des soins adaptés à leurs besoins culturels dans le système de santé québécois et sont souvent victimes de préconceptions basées sur des stéréotypes erronés. À la suite de mon année d'expérience comme infirmière de dispensaire en réserve autochtone ainsi que de mes 3 ans d'infirmière en centre receveur ayant régulièrement des patients transférés du Grand Nord, j'ai pu identifier certains problèmes auxquels cette clientèle fait face. Cet article s'attardera tout d'abord à ces problèmes en tentant de les déconstruire, à l'impact de leur histoire sur leurs besoins de santé actuels et se terminera par le rôle que tiennent les aînés au sein des communautés autochtones afin de favoriser un retour à l'identité et à la sécurité culturelles. Des membres des communautés de Waswanipi et Kuujjuarapik ont lu ce texte afin de s'assurer du respect des valeurs et de la culture autochtones ainsi que la véracité des informations incluses dans ce texte : il s'agit de Joshua Salt, Tania Turnbull et d'un lecteur désirant rester anonyme.

Mots clés : Autochtones, soins culturels, écoles résidentielles autochtones, trauma intergénérationnel, santé des Premières Nations

De plus en plus d'infirmières se sentent appelées par le Grand Nord québécois sans trop savoir à quoi s'attendre. Le rôle élargi, une formation nécessaire pour la quasi-totalité des responsabilités rattachées à une infirmière nordique, est régulièrement vu comme un idéal professionnel en permettant un large spectre de pratique. La compréhension de la réalité quant à cette pratique infirmière est toutefois un enjeu. La majorité des communautés autochtones adoptent le système de dispensaire où une à plusieurs infirmières travaillent de 9 h à 17 h et alternent le rôle de « garde » jusqu'au lendemain matin ainsi que la fin de semaine. Ceci implique de garder un téléphone sur soi en tout temps, qui permettra aux membres de la communauté de rejoindre une infirmière au besoin, variant d'un arrêt cardiaque à une demande de médicament. La majorité des soins d'urgence peuvent être dispensés en communauté, mais ceux-ci arrivent rapidement à leur limite, en raison de l'absence de ressources essentielles telles que la radiologie, ou encore des laboratoires permettant l'analyse de tests spécifiques. Parfois, les infirmières sont appelées à travailler seules, sans assistance médicale.

Ces limites conduisent parfois au transfert de patients vers les centres hospitaliers receveurs québécois, référés sous le titre de « Sud », tel qu'appelé par les autochtones. Malheureusement, ces soins hors communauté sont une source d'anxiété chez les patients autochtones et se concluent parfois en refus de traitement, nuisant bien évidemment à leur condition de santé. Cet article présente une réflexion à partir de mon année d'expérience en tant qu'infirmière en rôle élargi sur les terres crie de la Baie-James, ainsi que mes 3 années d'infirmière d'agence dans les urgences de centres receveurs en régions éloignées, majoritairement Sept-Îles et Lebel-sur-Quévillon, un petit centre de soins dans le sud de la Baie-James. Cet article vise à sensibiliser les infirmières intéressées par le Grand Nord, ainsi que celles travaillant en centres receveurs, à la réalité autochtone afin de mieux comprendre et accompagner cette clientèle.

Après avoir vécu une mauvaise expérience personnelle ou par l'entremise de celle d'un autre membre de la communauté, les autochtones rapportent un manque

de confiance envers les travailleurs de la santé du Sud et affirment que les soins offerts vont à l'encontre des valeurs des Premières Nations (Phillips-Beck et al., 2020). Par exemple, le système de santé québécois priorise notamment la biomédecine ainsi que le français et parfois l'anglais, si celui-ci est disponible, avant de considérer l'intégration de méthodes traditionnelles ou de la langue de la communauté d'origine du patient; cette dernière façon de faire respecterait la culture autochtone (Phillips-Beck et al., 2020). Il est fréquent qu'au retour chez eux, les patients ne soient pas en mesure d'expliquer les soins reçus dans les centres médicaux non-autochtones. Ce problème est également associé à des soins et/ou un enseignement expéditif. Ces situations expliquent que les patients autochtones cherchent à éviter tout contact avec le personnel soignant à la suite d'interactions non adaptées, voire racistes ou perçues comme telles (Phillips-Beck et al., 2020). Afin de prodiguer des soins sécuritaires, l'essence même de notre pratique infirmière devrait se baser sur l'individualisation et le respect du consentement libre et éclairé, ce qui est impossible dans un contexte où un patient ne peut comprendre la situation dans laquelle il se trouve, son impact ou même la langue. Par exemple, un patient diabétique pourrait refuser une amputation de l'orteil en faveur de soins de plaie avec antibiothérapie intraveineuse sans réaliser que les traitements s'étireraient probablement sur plusieurs mois l'obligeant à manquer la saison de chasse bisannuelle. Le personnel de l'hôpital ne connaissant pas l'importance vitale alimentaire de cette saison de chasse, considérant l'accès difficile à la nourriture, tout comme la dimension culturelle de cette activité, ne peut pas conseiller le patient adéquatement selon ses besoins. Également, afin de briser la barrière linguistique, je faisais souvent appel à un interprète, un membre de la famille ou même deux applications de traduction sous les noms de « east cree » et « eeyou-eeenou medical » qui se trouvent facilement sur nos téléphones intelligents.

Il est commun de dispenser des soins à la clientèle québécoise sans se faire questionner, alors que la situation a tendance à s'inverser auprès d'une clientèle autochtone. **Comme la biomédecine entre en conflit avec leurs croyances et valeurs, celle-ci est largement contestée, ce qui peut rendre certains professionnels inconfortables. Ceci est un exemple parfait de la nécessité d'un enseignement détaillé et adapté, afin de non seulement obtenir un consentement libre et éclairé, mais aussi de s'assurer d'une collaboration du patient.** Il n'est pas rare qu'un patient arrête un traitement sans en aviser le professionnel qui le suit car il ne se sent pas soutenu dans son processus de santé. Par exemple, plusieurs patients cessent leurs antihypertenseurs ou leur suivi de maladie

chronique car le professionnel n'a soit pas pris le temps d'expliquer l'utilité des médicaments ou soit offre des interventions non adaptées à leur réalité. Entre autres, il est futile de suggérer une alimentation riche en légumes car l'accès aux aliments diffère dans les communautés autochtones et ceux-ci n'ont ni la capacité, ni le désir culturel de s'alimenter comme nous. Il est donc nécessaire de les soutenir vers une alimentation traditionnelle. En revanche, la relation infirmière-patient est favorisée lorsque celui-ci se sent libre de verbaliser, sans jugement, ses besoins vis-à-vis la gestion de sa propre santé, créant ainsi un partenariat infirmière-patient.

D'autre part, plusieurs patients autochtones ont rapporté ressentir que, dès leur arrivée, les infirmières et autres intervenants concluent à tort qu'ils se présentent pour les conséquences de consommation de drogues ou d'alcool, ce qui augmente les risques de diagnostics erronés, et donc de traitements inadéquats et non ciblés. Non seulement cela cause un dommage direct à la relation de soin, mais ce préjugé est également erroné. Malgré le fait que la dipsomanie¹ est plus présente chez les Autochtones qui consomment de l'alcool, un plus grand nombre d'autochtones choisissent de ne pas consommer d'alcool et ceux qui en consomment, le font moins fréquemment que le reste des Canadiens (Phillips-Beck et al., 2020). Ils ressentent également souvent un jugement du fait que leurs médicaments sont entièrement payés par le système de santé québécois, contrairement au reste de la population québécoise. Dans cette situation, il est important de se souvenir que les Premières Nations n'ont jamais voulu avoir cette position de dépendance avec le gouvernement québécois. Malgré le fait qu'il y ait de l'alcoolisme ou de la dépendance aux substances chez les Autochtones, la grande majorité des patients que j'ai côtoyés ne se présentaient pas pour une complication de leur consommation d'alcool ou de drogues. Inversement, ceux qui se présentaient effectivement pour abus de substances le faisaient dans la grande majorité dans le but d'obtenir de l'aide pour un problème qu'ils tentaient d'auto-médicamenter. Il faut également garder en tête que, même s'ils désirent cesser de consommer, plusieurs communautés n'ont pas accès à des ressources psychiatriques ou à des professionnels en dépendance. Il est donc normal de revoir un patient souffrant de dépendance ou de problèmes d'ordre psychosocial car il ne reçoit pas toujours le suivi et le soutien nécessaires en réserve pour un rétablissement complet. Il faut donc faire preuve d'empathie envers leur situation et leur souffrance et il est primordial de ne pas faire preuve de jugement et plutôt les soutenir.

¹ Impulsion morbide à boire des liquides alcooliques avec excès et par période (dictionnaire Le Robert)

Afin de mieux comprendre leurs besoins de santé et comment s'adapter à ceux-ci, il est essentiel de poser un regard sur le génocide culturel qu'ont vécu les Premières Nations, plus particulièrement en lien avec le système d'écoles résidentielles. Ces écoles étaient ouvertes des années 1880 jusqu'aux années 1990, où il est estimé qu'environ 75 % des enfants entre 7 et 15 ans, mais allant aussi jeune que l'âge de 3 ans, pour un total de plus de 150 000 enfants, ont été arrachés à leur famille, leur communauté et leur culture afin de « tuer l'indien chez l'enfant » (Bombay et al., 2013, p. 322). Les techniques utilisées afin d'exercer cette scission culturelle reposaient sur l'association de la honte envers leur culture, un sentiment qui, jusqu'à récemment, était encore très présent au sein des communautés autochtones.

Non seulement ces enfants ont vécu de la négligence ainsi que de la violence physique, psychologique et sexuelle, mais ils se sont vus privés d'un amour parental et communautaire. À leur retour, ils avaient perdu accès à leur langue et, par association, à une richesse culturelle et à un savoir traditionnel transmis par les aînés de la communauté, créant ainsi une rupture entre les générations de la population autochtone. Avant que l'existence des écoles résidentielles devienne affaire publique, un grand nombre d'Autochtones ne savaient pas que leurs parents ou grands-parents avaient séjourné en école résidentielle. Selon l'Assemblée des Premières Nations (1994), il est primordial pour les Autochtones de connaître leur propre histoire afin de mieux comprendre les circonstances actuelles des Autochtones, cela étant essentiel à leur guérison. Bien entendu, ce n'est pas tout le monde qui désire parler de son trauma. Cependant, de plus en plus d'Autochtones veulent se faire entendre et veulent que leur histoire soit connue. Il n'est pas rare que des membres de la communauté se présentent à la clinique pour parler de leur histoire personnelle. Ils ne désirent rien d'autre que de se sentir écoutés et entendus. De faciliter un canal de communication avec les membres de communautés autochtones est primordial à leur guérison et à des soins adaptés.

Les écoles résidentielles ont causé un trauma entraînant des conséquences intergénérationnelles au sein de la communauté incluant une altération des normes sociales traditionnelles, un malaise social et une structure sociale affaiblie, qui sont eux-mêmes des éléments de stress de deuxième ordre (Bombay et al., 2013). De plus, selon Wilk et al. (2017), les Autochtones ayant soit survécus aux écoles résidentielles ou dont un membre de leur famille en est un survivant, présentent des atteintes à leur santé physique, mentale et émotionnelle. Ceci inclut un état de santé général appauvri, un plus haut risque de conditions chroniques comme le diabète et des maladies infectieuses

comme les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS) ainsi que la dépression et le suicide. Il est important de souligner que la violence et le trauma pendant l'enfance sont eux-mêmes des facteurs de risque pour plusieurs types de violence plus tard dans la vie d'un individu incluant la violence conjugale, des offenses juvéniles importantes, des agressions sexuelles à l'âge adulte, sans oublier une association directe avec le risque de perpétuer la violence infantile à l'âge adulte. Les enfants victimes de violence sont également plus enclins à souffrir de déficits cognitifs, de mauvaises performances scolaires, d'une mauvaise estime de soi, de dépression, de colère, d'anxiété, de problèmes relationnels, de revictimisation et de psychopathologies à l'âge adulte, comme un comportement antisocial (Milner et al., 2010).

Au fil de mes contacts avec les communautés autochtones, en faisant preuve d'ouverture et d'intérêt envers leur culture et les défis auxquels ils font face, les membres de ces communautés se sont sentis de plus en plus confortables de me parler de leur réalité. À la suite de ces conversations, il est facile de voir que les communautés travaillent activement pour mettre un terme à ce cercle vicieux et retourner à leurs traditions ancestrales. Non seulement ce trauma entraîne des conséquences directes sur la santé individuelle au sein des Premières Nations, mais a aussi démolé une structure sociale qui était nécessaire et centrale à l'identité culturelle des Autochtones.

Cette structure sociale et culturelle est basée sur la transmission orale de savoirs traditionnels et les aînés y jouent un rôle important. Le rôle des aînés dans la société autochtone diverge de celui des Québécois car celui-ci est bidirectionnel. Ce rôle n'est pas autoattribué, mais plutôt un honneur offert par la communauté après avoir gagné sa confiance et son respect, ainsi que la reconnaissance de l'expérience de vie et de la sagesse acquises par ces individus (Lewis, 2014). Lewis (2014) parle aussi de la passion d'enseigner aux plus jeunes et de servir de modèle qui les a poussés à adopter ce rôle d'aîné. Selon ceux-ci, la résilience, une valeur vitale pour surmonter les adversités, repose sur la croyance qu'il y aura un aspect positif après coup, que de vivre cette lutte est nécessaire pour obtenir une force personnelle et que leurs ancêtres ont surmonté ces difficultés eux-mêmes (Kahn et al., 2016). Après maintes conversations avec des aînés établis dans leurs communautés, il est évident qu'ils s'impliquent par l'exemple et l'individualisation. Ils parlent de leur propre cheminement et offrent d'accompagner les plus jeunes à travers leurs combats intérieurs, et ce, sans cacher des détails personnels de leur vie qui pourraient causer un inconfort à l'aîné de revisiter.

Cet accompagnement est fréquemment fait via le retour

aux traditions comme la chasse, la pêche et l'artisanat. Non seulement est-ce une bonne façon d'aider les enfants à comprendre leurs rôles au sein de la communauté mais aussi la connexion entre les humains et la nature (Kahn et al., 2016). **Ce type de relations intergénérationnelles ancrées dans leur identité culturelle offre une compréhension profonde des valeurs nécessaires pour créer des philosophies de vie et trouver un sens à la vie (Kahn et al., 2016). Elles sont non seulement un retour progressif à la sécurité culturelle et à un sentiment de fierté culturelle pour les futures générations autochtones, mais elles permettent aussi aux aînés d'avoir un but au sein de leurs communautés.** Cette sensation d'objectif en vue permet de promouvoir le vieillissement positif et contribue à la santé et à la résilience de la communauté (Lewis, 2014), ce qui devrait rejoindre les valeurs professionnelles des infirmières.

Il est évident que les Premières Nations ont une longue histoire d'oppression culturelle, de racisme systémique et de marginalisation et que cette histoire possède en soi un impact non négligeable sur la santé et le bien-être des communautés autochtones canadiennes. Malgré la présence de personnel soignant dans les réserves, les Autochtones auront toujours besoin du système de santé du « Sud » dû au manque de ressources et de spécialistes pour les soutenir adéquatement dans leur cheminement de santé. Notre devoir d'adaptation de soins débute avec la reconnaissance et la validation de leurs expériences traumatiques personnelles, ainsi qu'historiques, en espérant encourager une guérison au sein des communautés autochtones. Afin de favoriser une guérison dans toutes les sphères de la santé de cette communauté, il est nécessaire d'implanter des méthodes de soins et d'interventions qui soutiennent leur sécurité et leurs besoins culturels, de préférence par l'entremise de membres de la communauté autochtone pour favoriser le sentiment de sécurité culturelle. Il existe une incompréhension chez les travailleurs de la santé québécois face à la discordance culturelle entre le Sud et le Nord. Ces différences doivent être prises en compte afin de réduire la distance entre les Québécois et les Premières Nations et faciliter les soins, autant pour les professionnels de la santé que pour les futurs patients autochtones. Les Premières Nations méritent d'être connues. Ce sont des peuples fiers, courageux et qui, malgré les horreurs qu'ils ont vécues, trouvent la joie et l'humour dans le quotidien. Ils veulent parler de leur histoire et se faire connaître, il ne suffit que d'écouter.

Auteure



MEAGAN KELLY

Infirmière d'urgence depuis 2015, Meagan Kelly a travaillé dans les régions éloignées pendant 3 ans avant de se diriger vers le travail en réserve chez les Cris de la Baie-James. Elle souhaite rendre les soins aux Autochtones plus accessibles et combattre les préjugés envers les Premières Nations. Présentement, elle enseigne au sein de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour partager ses connaissances avec les futures infirmières.

Références

1. Assembly of First Nations. (1994). *Breaking the silence: An interpretive study of Residential School impact and healing as illustrated by the stories of First Nations individuals*. Assembly of First Nations.
2. Bombay, A., Matheson, K. et Anisman, H. (2013). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338. <https://doi.org/10.1177/1363461513503380>
3. Kahn, C. B., Reinschmidt, K., Teufel-Shone, N. I., Oré, C. E., Henson, M. et Attakai, A. (2016). *American Indian Elders' resilience: Sources of strength for building a healthy future for youth*. *American Indian and Alaska Native Mental Health Resources*, 23(3), 117-133. <https://doi.org/10.5820/aian.2303.2016.117>
4. Lewis, J. (2014). What Successful Aging Means to Alaska Natives: Exploring the Reciprocal Relationship between the Health and Well-being of Alaska Native Elders. *International Journal of Aging and Society*, 3, 77-87.
5. Milner, J. S., Thomsen, C. J., Crouch, J. L., Rabenhorst, M. M., Martens, P. M., Dyslin, C. W., Guimond, J. M., Stander, V. A. et Merrill, L. L. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 332-344. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.017>
6. Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J.G., Avery Kinew, K., Kyoon Achan, G. et Katz A. (2020). Confronting Racism within the Canadian Healthcare System: Systemic Exclusion of First Nations from Quality and Consistent Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228343>
7. Wilk, P., Maltby, A. et Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada : a scoping review. *Public Health Reviews*, 38(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0055-6>

KEYEGETIZIJK



JAMIE CARLE, RN BScN.
BRIANNA DECONTIE, RN BScN.

Les Aînés sont essentiels à la préservation de la culture et de la langue autochtones. Nous, les auteures de cet article, sommes Autochtones. Nous exerçons notre profession comme infirmières dans la réserve algonquine de Kitigan Zibi Anishinabeg, située dans La Vallée-de-la-Gatineau en Outaouais au Québec. Plus précisément, Kitigan Zibi se trouve à deux heures et demie de route au nord d'Ottawa. Il s'agit de l'une des neuf communautés algonquines au Québec.

Détenant de nombreuses années d'expérience personnelle et professionnelle dans le domaine de la santé autochtone, nous sommes en mesure de témoigner de l'importance cruciale d'offrir à nos Aînés des soins culturellement sécuritaires. Les dispensateurs et dispensatrices de soins de santé doivent prendre conscience de leur pouvoir de contribuer à la réconciliation en prodiguant des soins qui tiennent compte des besoins particuliers des peuples autochtones. Tout d'abord, les professionnels de la santé doivent connaître l'histoire des traumatismes intergénérationnels qui ont marqué les Autochtones. Ils doivent être au fait des enjeux culturels auxquels les peuples autochtones sont confrontés. Des soins sécuritaires et sensibles à la réalité historique et contemporaine vécue par les Autochtones contribuent non seulement à la santé et au bien-être des Aînés, mais aussi à la santé et au bien-être de la nation entière.

Mots clés : Autochtones, Aînés, traumatismes culturels, sécurisation culturelle en santé

Keyegetizijik est le mot algonquin qui signifie « Aîné ». Il désigne une personne qui est là depuis un certain temps et qui détient une vaste expérience et un savoir autochtone. Les Aînés jouent de nombreux rôles essentiels dans la communauté. Ils sont grands-parents, parents, tantes, oncles et cousins. Ils sont reconnus, aimés et respectés. Ils sont les gardiens du savoir, des traditions, des enseignements, de la langue et des récits à transmettre de génération en génération. Ces éléments sont essentiels à la continuité de la culture et des communautés autochtones.

Les traumatismes accumulés dans les pensionnats, les externats et les hôpitaux indiens ségrégués, la rafle des années 60 et le racisme systémique qui persiste encore aujourd'hui, ont grandement touché des générations entières d'Autochtones. Il faut tenir compte des

événements passés et des inégalités toujours actuelles lorsqu'on soigne l'Aîné autochtone, que ce soit dans la communauté ou dans divers milieux de soins de santé. Des soins axés sur la compréhension de l'histoire de domination et de colonialisme subie par les peuples autochtones, dispensés dans le respect de leur identité culturelle et visant l'égalité en matière de santé, peuvent contribuer à la guérison générationnelle.

La Roue de la Médecine, illustrée en figure 1, est un concept traditionnel cher au peuple autochtone (Thomason, 2020). Elle représente sa philosophie de vie, sa vision holistique du monde. Elle porte de nombreux enseignements importants sur la façon d'être dans le monde. La Roue de la Médecine repose sur l'équilibre entre quatre quadrants distincts : le blanc, le jaune, le rouge et le noir. Chaque

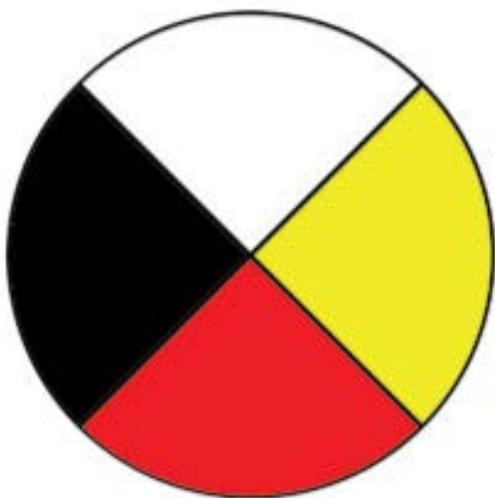


Figure 1 - La Roue de la Médecine (image tirée de Nalaz, s.d.)

quadrant correspond à une direction, à un aspect de l'humain, ainsi qu'à une saison.

Chad Thusky, coordonnateur culturel au Centre Wanaki et accompagnateur des adultes des Premières Nations et Inuit qui cherchent à guérir de leur dépendance à l'alcool et aux drogues, leur explique la signification de chaque quadrant. Le quadrant jaune, situé à la droite, à l'est, symbolise le printemps, le début de la vie. Le quadrant rouge, au sud, représente l'été, la jeunesse et le « corps ». Le quadrant noir, à l'ouest, symbolise l'automne. On l'associe à l'adulte et au « cœur ». Il réfère aux responsabilités attendues de la vie. Lorsqu'un individu atteint le quadrant blanc de la Roue de la Médecine, au nord, on dit qu'il entre dans la vieillesse. Ce quadrant représente l'hiver et « l'esprit ». Ainsi, lorsque la personne décède, elle retourne dans le monde des esprits. Elle traverse la « porte nord ».

En raison de leur proximité avec le monde des esprits, les enfants et les Aînés sont les générations qui ont le plus grand respect dans la culture autochtone. Pour cette raison, ils sont particulièrement honorés lors de cérémonies. Les Aînés sont les gardiens du savoir, ceux qui ont accompli le travail attendu d'eux dans leur vie. Ils sont les experts chargés de transmettre des enseignements et des conseils aux générations plus jeunes.

Dans la culture algonquine, sept enseignements incarnent les valeurs fondamentales de la philosophie autochtone : l'amour, le respect, la vérité, l'humilité, l'honnêteté et le courage (Gouvernement du Canada, 2017). Ces valeurs peuvent facilement être appliquées au code de déontologie des soins infirmiers en abordant la santé et

Tableau 1 - Les sept enseignements sacrés jumelés à un animal et au code de déontologie des soins infirmiers.

Sept enseignements sacrés (ou enseignements des Aînés) (Gouvernement du Canada, 2017)	Code de déontologie des soins infirmiers. (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2017)
L'humilité (loup) Travailler en équipe. Mettre en commun notre savoir-faire dans l'intérêt de tous et non uniquement pour soi. Viser l'excellence de la collectivité.	Prodiguer avec compassion des soins sécuritaires, compétents et éthiques.
Courage (ours) Puiser dans nos forces pour surmonter les situations difficiles.	Promouvoir la santé et le bien-être.
L'honnêteté (sabé) Se conduire de façon honnête et intègre pour prévenir toute forme de conflit d'intérêt et préserver la confiance des autres.	Préserver la vie privée et assurer la confidentialité.
La vérité (tortue) Dispenser des soins authentiques, non partisans, impartiaux.	Promouvoir la justice.
Le respect (bison) Vivre dans le respect de soi-même et des autres. Considérer les valeurs et les idées diverses pour enrichir les nôtres.	Gestion et prise de décisions éclairées
Amour (aigle) Être visionnaire. Effectuer notre travail avec cœur. Garder une vue d'ensemble sur nos accomplissements et les situations pour en avoir une meilleure compréhension. Agir avec compassion, vision et acceptation.	Honorer et respecter la dignité humaine.
La sagesse (castor) Agir de façon réfléchie. Maximiser le potentiel des ressources pour ne jamais les perdre. Utiliser de façon efficace les ressources dont on a la responsabilité.	Être responsable et imputable.

le bien-être des Autochtones avec amour, respect, vérité, humilité, bravoure, honnêteté et courage. De plus, les sept enseignements sont associés à un animal en fonction de ses caractéristiques spécifiques.

Arrimer la médecine autochtone traditionnelle et la médecine occidentale dépend d'un équilibre délicat puisqu'il s'agit de fusionner deux visions différentes du monde. Par exemple, plusieurs politiques hospitalières, telles que les heures de visite à l'hôpital et les politiques de restriction des visiteurs, ne tiennent pas compte des besoins des Aînés autochtones. Les familles autochtones étant nombreuses et vivant souvent en maison multigénérationnelle, par manque de logement en communauté, il est difficile pour les grands-parents de jouer leur rôle dans le soutien et l'éducation de leurs petits-enfants et arrière-petits-enfants qui reçoivent des soins de santé. Inversement, les règles imposées privent souvent les Aînés des soins intergénérationnels empreints d'attention et d'amour traditionnellement dispensés par les membres de leur grande famille.

Les barrières linguistiques et les exigences en matière de traduction sont également un problème fréquent. La langue maternelle des peuples algonquins est appelée anishinabemowin. Il est essentiel d'avoir un locuteur autochtone de la communauté pour la traduction, car souvent, vers la fin de la vie physique, les Aînés autochtones retournent à leur langue traditionnelle.

Les soins de fin de vie impliquent le respect des souhaits de la famille et une cérémonie spécifique. Dans les coutumes algonquines, on assure le suivi du corps en procédant à un bain d'éponge dans une baignoire de cèdre. On passe une période de temps assez longue avec le corps de la personne défunte. La purification par la fumée, obtenue en brûlant des médicaments sacrés, est également une pratique autochtone importante. Ce rituel facilite la communication avec une puissance supérieure appelée, en Algonquin, Kitchi Manitou (Grand Esprit). Il s'avère souvent impossible de procéder à la purification dans une organisation comme un hôpital.

Il est toutefois important de noter que si certaines familles ont choisi de suivre strictement les règles de la médecine autochtone traditionnelle, d'autres ont choisi d'adopter les méthodes de la médecine occidentale. D'autres encore ont décidé de se prévaloir de pratiques provenant de l'un ou de l'autre type de médecine.

De nombreux grands-parents et Aînés sont des survivants des pensionnats, des externats indiens et des hôpitaux indiens. Par conséquent, certains Aînés refusent d'aller à l'hôpital ou de consulter un médecin en raison de leur

peur causée par les traumatismes qu'ils ont vécus.

Les soins aux Aînés prodigués par des infirmières autochtones, au sein des communautés autochtones, sont uniques et d'une très grande valeur. En tant qu'infirmières non autochtones, le fait de naviguer dans une culture aussi complexe peut représenter tout un défi. Il ressort des cas comme celui de feu Joyce Echaquan et de feu Brian Sinclair (Leclerc et al., 2020), ainsi que de la Commission de vérité et réconciliation, 94 appels à l'action. Certains hôpitaux travaillent lentement à la mise en place d'indicateurs visant à adapter les soins de santé à la réalité autochtone. Ce contexte de changement incite les infirmières et infirmiers à réfléchir et à mettre rapidement en œuvre des moyens concrets et efficaces d'améliorer les soins prodigués aux peuples autochtones.

Les Aînés et leurs familles sont disposés à enseigner aux professionnels de la santé qui manifestent le désir d'en apprendre davantage sur la culture et la langue. Comme mentionné précédemment, prendre soin de nos Aînés est pour nous un honneur. Nous espérons que d'autres infirmières le réaliseront et le ressentiront également.

Les Aînés sont essentiels à la perpétuation de la culture et de la langue autochtones. **Les soins de santé peuvent aider à la réconciliation en prenant soin des Aînés autochtones et de leurs proches en tenant compte des traumatismes passés et des questions autochtones. La sécurisation culturelle en santé est absolument essentielle.** Ensemble, nous pouvons travailler à la guérison intergénérationnelle et au renforcement de toute une nation.



Vue d'ensemble des Nations et des communautés autochtones au Québec.

<https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1634312499368/1634312554965>



Jamie Carle et Brianna Deontie lors de la pandémie. À l'aide d'une petite équipe provenant des Services de santé et services sociaux de Kitigan Zibi, elles ont assumé les fonctions relatives aux tests de dépistage COVID-19, au retraçage des cas et à l'application des mesures de santé publique dans la communauté.



Entrée de la réserve indienne de Kitigan Zibi Anishinabeg.



Centre Wanaki, un centre de traitement pour tous les adultes des Premières Nations et Inuit qui cherchent à guérir de leur dépendance à l'alcool et aux drogues. Le but est de donner aux peuples des Premières Nations et Inuit les moyens d'adopter un mode de vie équilibré.

www.wanakicenter.com

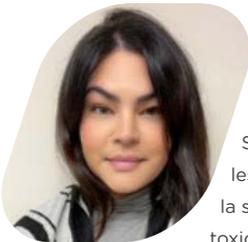


Centre de Santé et des Services Sociaux à Kitigan Zibi.



Lieu des cérémonies au Centre Wanaki.

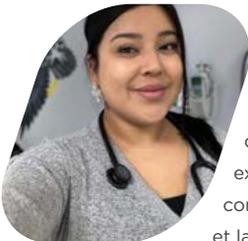
Auteures



JAMIE CARLE, RN BScN.

Jamie est mère de trois enfants. Elle est infirmière depuis plus de 10 ans dans sa communauté. Elle travaille au Centre Wanaki.

Son expérience se situe dans les soins courants, les soins palliatifs, les soins communautaires, la santé maternelle et infantile et les soins en toxicomanie. Elle est « deuxième préposée à la sage-femme de la communauté ».



BRIANNA DECONTIE, RN BScN.

Brianna, est infirmière depuis près de cinq ans dans diverses communautés autochtones.

Elle est en charge du Centre de santé et de services sociaux de Kitigan Zibi. Son expérience comprend les soins courants, les soins communautaires, la santé maternelle et infantile et la gestion au sein de communautés autochtones éloignées et rurales. Elle est également doula

autochtone, (une doula prodigue des soins culturellement appropriés, qui s'inscrivent dans la défense du peuple autochtone sur les plans physique, mental, émotionnel et spirituel, tant au cours de la grossesse, qu'au moment de la naissance et de la période postnatale). Elle est également deuxième préposée à la sage-femme de la communauté.

Jamie et Brianna sont des infirmières autochtones de la communauté algonquine de Kitigan Zibi Anishinabeg. Toutes deux sont arrière-arrière-petite-filles de Madeleine Commanda, l'une des premières sages-femmes et femmes de médecine traditionnelle de Kitigan Zibi.

Références

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés, édition 2017. <https://cna-aiic.ca/ethique-infirmiere>
2. Gouvernement du Canada. (2017). Les sept enseignements des aînés. <https://www.cspc-efpc.gc.ca/video/seven-grandfather-fra.aspx>
3. Gouvernement du Canada. (2022). *Indigenous communities in Quebec* [image en ligne]. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1634312499368/1634312554965>
4. Histoire du Québec. (2023). *Kitigan Zibi* [image en ligne]. <https://histoire-du-quebec.ca/kitigan-zibi/>
5. Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C. et Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent. *Perspective infirmière*, 15 (3), 50-53. <https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere-vol-15-no-3-2018-3.pdf#page=50>
6. Nalaz, (s.d.) Amérindiens: Roue de la Médecine. *L'Art de Terre Mère*. <https://www.nalaz.net/p/la-roue-de-la-medecine.html>
7. Thomason, T. C. (2020). Native American psychology, chap. 7, The Medicine Wheel as a Symbol of Native American Psychology p. 152-162. <https://www.cgjungpage.org>

ARTICLE DE JOURNAL SUR LES RATIOS SÉCURITAIRES EN SANTÉ

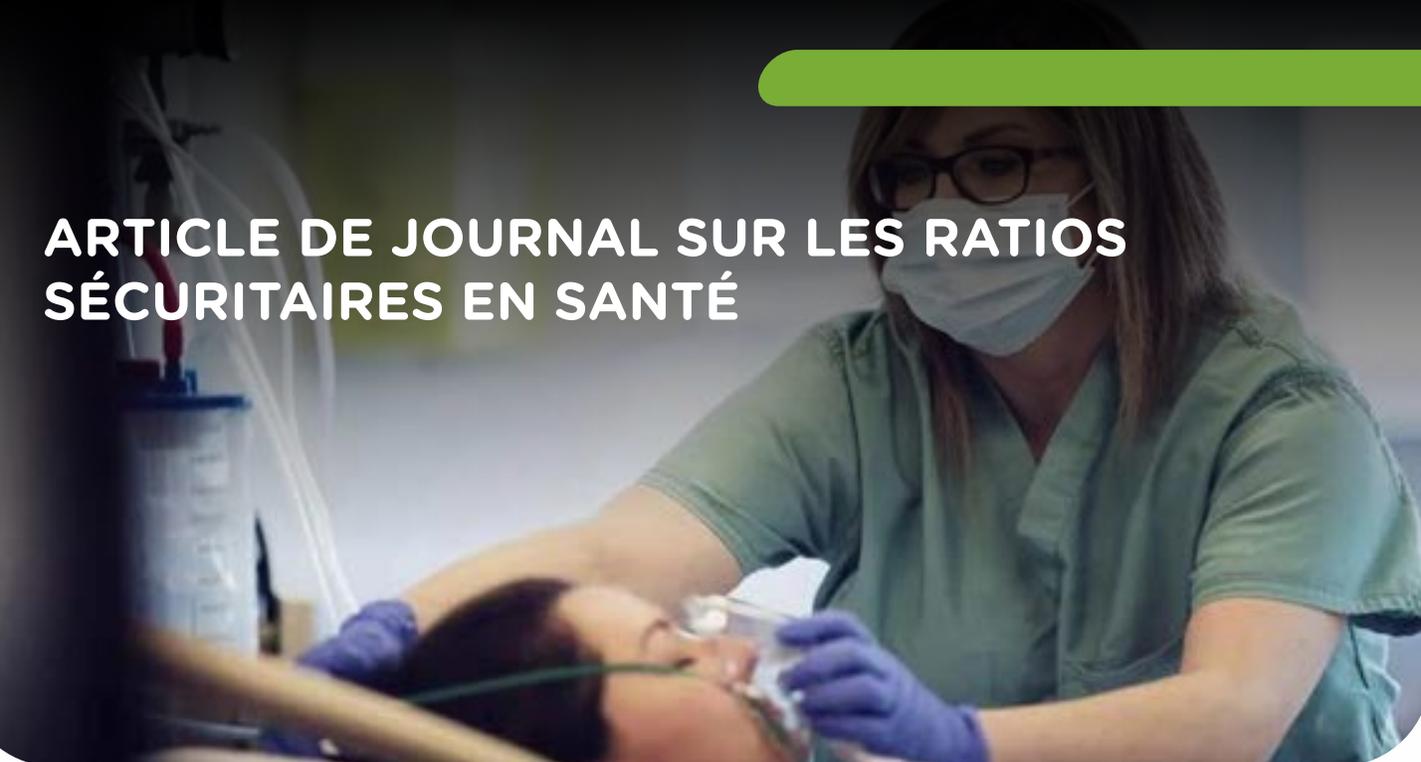


PHOTO : GRACIEUSETÉ : SYNDICAT DES INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR.

C'est en Colombie-Britannique et au Québec que les infirmières font le plus de temps supplémentaire au pays.

La Fédération interprofessionnelle en santé du Québec (FIQ) s'est dit encouragée par le gain réalisé par les professionnelles en soins de la Colombie-Britannique sur la question des ratios. Elle partage l'article de Francis Plourde de Radio-Canada sur ICI Colombie-Britannique : C'est en Colombie-Britannique et au Québec que les infirmières font le plus de temps supplémentaire au pays.

[LIRE L'ARTICLE](#)

La Colombie-Britannique deviendra la première province à mettre en place un ratio pour les infirmières.

LETTRE À LA MINISTRE DÉRY



En tant que membre de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec, l'AQIIG a tenu à réitérer sa position en faveur de la formation universitaire comme norme d'entrée à la profession infirmière en adressant une lettre à la ministre de l'Enseignement supérieur Pascale Déry, laquelle s'est récemment prononcée en défaveur d'un rehaussement du seuil minimal d'accès à la profession.

Madame la ministre,

Lors des États généraux de la profession infirmière, l'AQIIG s'est clairement positionnée quant à une formation universitaire comme norme d'entrée à la profession infirmière. Compte tenu de votre position quant à une norme d'entrée à la profession au niveau collégial, et ce, en lien avec une pénurie d'infirmières¹, nous vous transmettons notre avis bonifié de pistes de solution. Sachant qu'il y a au-delà de 82 000 infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ en 2023, nous considérons qu'il n'y a pas de pénurie d'infirmières, mais une très grande difficulté du réseau de la santé à les retenir, les attirer et à les accompagner lors de l'embauche. Voici notre position et nos recommandations :

Considérant les besoins complexes de santé de la population, les défis liés aux pratiques émergentes et les enjeux sociaux et environnementaux actuels et futurs auxquels l'expertise infirmière est essentielle ;

Considérant que l'amélioration de la santé collective et la contribution de l'infirmière à celle-ci exige un niveau de formation suffisant et équivalent aux exigences requises de formation pour l'ensemble des autres professions en santé ;

Considérant que les nombreux appuis scientifiques soutiennent l'impact bénéfique du niveau universitaire de formation infirmière sur la qualité de soins et la réduction des coûts médicaux imputables aux erreurs, incidents et accidents, complications et mortalité ;

Considérant que plusieurs associations, ordres professionnels et organisations nationales et internationales, notamment l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIIEF) appuient officiellement la formation universitaire comme condition d'entrée à la profession d'infirmière ;

Considérant que le Canada figure parmi les trois pays francophones offrant toujours deux niveaux de formation, soit un niveau technique et un niveau universitaire et que le Québec demeure la seule province donnant accès à la profession infirmière après seulement 14 années d'études ;

Considérant que la profession infirmière au Québec maintient le statu quo depuis de nombreuses années sur le niveau de formation exigé, alors que d'autres classes de professionnels ont vu leur norme d'entrée augmentée aux cycles universitaires supérieurs ;

¹ L'utilisation du féminin n'a comme seul but de faciliter la lecture.

Considérant que l'écart sur le terrain entre les infirmières techniciennes et les infirmières cliniciennes se creuse (p.ex., une détérioration du climat de travail, une différenciation dans certaines activités professionnelles comme l'évaluation clinique et de critères différents dans l'obtention de certains postes comme en santé communautaire) et crée un climat néfaste pour la continuité des soins et la rétention de la main d'œuvre ;

Considérant que le DEC-BAC est la passerelle à valoriser au Québec permettant d'assurer la vitalité des régions.

En tenant compte de la réalité actuelle du réseau de la santé au Québec, l'AQIIG recommande :

- D'établir une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière, soit le DEC-BAC complété (accès facilitateur) ou le baccalauréat en sciences infirmières ;
- D'offrir des programmes de bourses et/ou autres moyens incitatifs afin de promouvoir le parcours DEC-BAC et de soutenir le baccalauréat en sciences infirmières ;
- D'offrir des moyens incitatifs pour valoriser le travail en région ;
- De créer un statut de résident en soins infirmiers, après le DEC en soins infirmiers, afin de contribuer au réseau de la santé, d'éviter le recours au personnel d'agence ou au temps supplémentaire obligatoire et aussi de permettre une expérience de travail et un revenu aux étudiantes infirmières du parcours DEC-BAC ;
- De réviser l'examen d'entrée dans la profession afin de refléter réellement le champ professionnel de l'infirmière détenant un diplôme universitaire ;
- De reconnaître les acquis pour les infirmières détenant un diplôme de niveau de formation collégial afin de préserver le taux de rétention de cette main-d'œuvre ;
- De mettre en œuvre des conditions favorables à la valorisation et l'utilisation adéquate des compétences des infirmières. À titre d'exemple, la mise en valeur d'activités de soins requérant les compétences de l'infirmière bachelière et l'octroi d'un salaire adapté aux compétences requises.

Nous vous remercions de votre attention et sachez que nous demeurons disponibles afin de participer à tous travaux visant le rehaussement de la norme d'entrée à la profession infirmière pour le mieux-être de la population.

Huguette Bleau

Présidente

Appuyée par les membres du conseil d'administration de l'AQIIG :

Pierre-Luc Déry, administrateur (Bas-Saint-Laurent)

Carole Dagenais, administratrice (Montréal)

Ginette Labbé, administratrice substitut (Montérégie)

Nancy Ouellette, administratrice (Laurentides Lanaudière)

Angélique Paquette, trésorière (Montérégie)

Johanne Vallée, vice-présidente et secrétaire (Laval)

cc. :

Christian Dubé, Ministre de la santé,

Sonia Lebel, Ministre responsable de l'Administration gouvernementale et Présidente du Conseil du trésor,

André Fortin, Président de la Commission de la culture et de l'éducation,

Vincent Marissal, Porte-parole du deuxième groupe d'opposition en matière de santé,

Joël Arseneau, Porte-parole du troisième groupe d'opposition en matière de santé, de services sociaux et de soins à domicile,

Jean Philippe Dechoinière, conseiller au cabinet du ministre Dubé,

Luc Mathieu, président de l'OIIQ,

Camille Michaud, L'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec,

La Fédération des cégeps,

Marie Achille, vice-doyenne aux études de premier cycle, Université de Montréal,

Philippe Voyer, vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue, Université Laval,

Jérôme Gauvin-Lepage, vice-doyen aux sciences infirmières, Université de Sherbrooke,

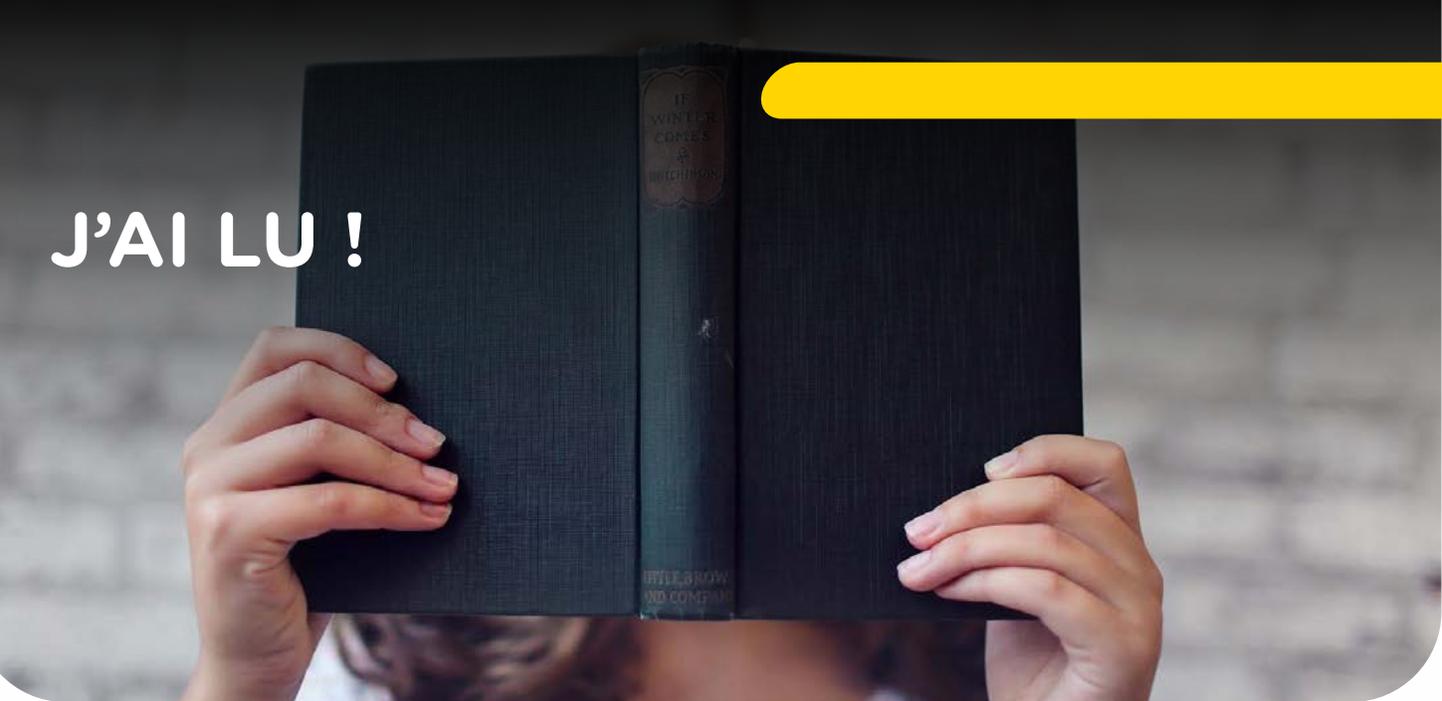
Anita Gagnon, vice-doyenne, École Sc Inf. Ingram Université McGill,

Lyne Champagna, directrice de comité de programme de 1er cycle Sc. Inf., UQTR,

Frédéric Banville, directeur du département des sciences de la santé, UQAR,

Véronique Roberge, responsable du module B Sc Inf., UQAC.

J'AI LU !



En lien avec le thème de cette édition sur la santé et le bien-être des Premiers Peuples, vous êtes invités à accompagner Daniel Beauvais, infirmier au Nord québécois durant 15 ans, dans sa découverte de la culture de certaines communautés autochtones et d'un travail infirmier hors de l'ordinaire. Ce livre, fort bien écrit, s'intitule *Mémoires de glace*, un titre justement choisi autant pour les récits d'épisodes de soins que pour les descriptions de la beauté des paysages nordiques.

Dès le début de son avant-propos, l'auteur, en ces quelques lignes, nous tient captif jusqu'à la fin de son livre :

« Étalés devant moi, sur la table de travail, trois « outils » de fonction : un davier destiné à l'extraction dentaire, un bistouri convexe promis à un usage chirurgical et une pince tenante entre ses mâchoires dentelées une aiguille courbe munie de son catgut qui fermerait tôt ou tard les lèvres d'une plaie. La seule pensée d'avoir à me servir de l'un ou l'autre de ces instruments me donnait froid dans le dos, à moi, jeune infirmier, tout juste sorti des bancs d'écoles. Mais, il y avait pire ».

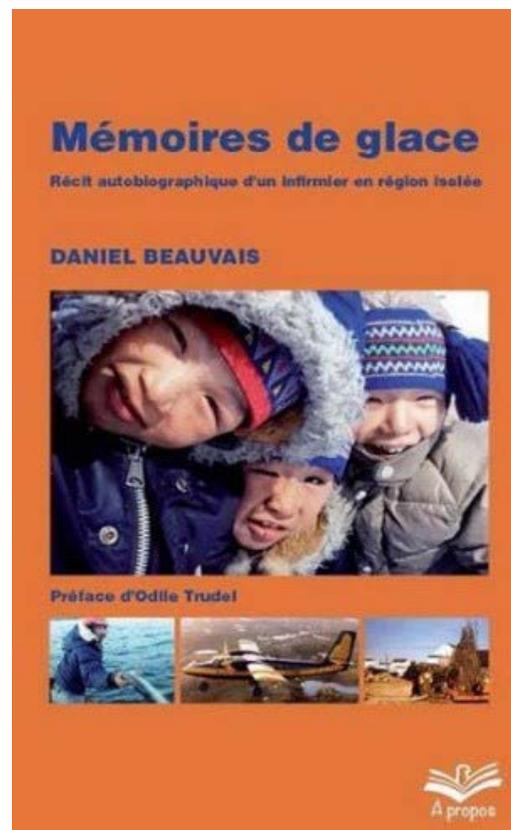
Daniel Beauvais offre un récit souvent digne d'un film d'aventure, mais surtout une réflexion sur la découverte de l'autre dans sa culture et son quotidien avec toute l'intimité que permet la relation soigné-soignant dans le respect et l'ouverture. C'est également un partage en toute honnêteté et sans détour sur le travail en région nordique avec tout ce que cela peut comporter de bon et de défi, et ce, autant au plan matériel que personnel. Également, les défis climatiques sont particulièrement bien rapportés concernant leurs impacts sur les activités quotidiennes et même à l'occasion quant à leur violence.

Que vous ayez ou non un intérêt à exercer dans le Nord

québécois ou en d'autres régions éloignées, cette lecture ne vous laissera pas indifférent. Profondément humain, ce récit permet de réaliser, encore une fois, comment la profession infirmière est riche, variée et tellement intéressante.

Bonne lecture!

Huguette Bleau



Mémoires de glace
par Daniel Beauvais



AQiiG

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie

 facebook.com/aqiigqc/

CP 89022 – CSP Malec
Montréal (Québec) H9C 2Z3

Téléphone : 514.360.7273

Site web : www.aqiig.org

Courriel : info@aqiig.org