

**L'évolution des services de santé  
dans une communauté autochtone :  
le cas de la première nation Peguis**

par Benita Cohen, B.Sc.N., M.Sc.  
Département de santé communautaire  
Université du Manitoba

Document préparé dans le cadre  
du Programme de recherche  
de la Commission royale  
sur les peuples autochtones

Décembre 1994

## Table des matières

Sommaire .....	v
Introduction.....	1
Orientation de la recherche .....	1
Méthodologie .....	2
Une brève histoire de la première nation Peguis .....	6
Les origines de la première nation Peguis .....	7
La réinstallation et les progrès du sous-développement .....	11
Le développement de la communauté dans la période contemporaine.....	13
Mise en place des services de santé du gouvernement .....	14
Assujettissement du système médical traditionnel .....	14
Premiers services médicaux : avant 1940 .....	16
Système de santé double, de 1909 aux années 30 .....	19
Hégémonie du système médical du gouvernement.....	21
L'hôpital indien de Fisher River, 1940-1973 .....	21
La fermeture de l'hôpital de Fisher River .....	27
Services de santé publique (1940-1980) .....	31
Résumé.....	35
Transfert aux autorités locales des services de santé communautaire (1979-1991) .....	35
Les services de santé publique aux mains des autorités locales .....	39
Exiguïté des locaux .....	42
Contraintes administratives.....	42
Rapports avec la DGSM .....	44
Financement.....	45
Les besoins des personnes âgées.....	47
Le problème de l'alcoolisme dans les années 80.....	52
Services d'ambulance et d'urgence.....	57
Résumé.....	58
L'expérience du transfert des programmes de santé .....	58
Les motifs présidant au transfert des programmes de santé .....	60
La phase de recherche et de développement : de janvier 88 à septembre 90.....	62
L'évaluation des besoins en santé communautaire .....	62
Le développement d'une structure de gestion communautaire .....	64
La période de transition et les négociations : de septembre 1990 à juillet 1991 .	69
Les avantages perçus de l'accord de transfert .....	70
Les limites de l'accord de transfert et les projets à venir .....	72
Les prestations médicales non assurées .....	74
L'hôpital Percy E. Moore .....	79
Résumé.....	81
Histoire des services de santé après l'accord de transfert .....	81
Changement d'orientation .....	81

Exemple n° 1 — Programme de recours à la médecine traditionnelle.....	86
Exemple n° 2 — Programme de santé mentale de Peguis.....	95
Résumé .....	109
Conclusion .....	109
Résumé des principaux thèmes.....	109
La mise sur pied de services de santé officiels (avant 1980).....	112
Les services de santé communautaires depuis 1980: thèmes généraux ..	112
Le transfert des programmes de santé.....	113
Les problèmes soulevés par les pratiques de guérison ancestrales .....	116
Questions à étudier.....	117
Notes	120
Références.....	123

**Tableaux**

Tableau 1 : Faits marquants de l'histoire des services de santé et de santé communautaire de ..... Peguis avant 1940 .....	37
Tableau 2 : Faits marquants de l'histoire des services de santé et de santé communautaire de ..... Peguis : 1940-1979 .....	38
Tableau 3: Faits marquants de l'histoire des services de santé et de santé communautaire de ..... Peguis : 1980-1993 .....	111

## Liste des abréviations

AA	Alcooliques Anonymes
AMC	Assembly of Manitoba Chiefs
SGE	Stagiaire de Grandir ensemble
PSC	Programme de santé communautaire
ISC	Infirmière de santé communautaire
EBSC	Évaluation des besoins en santé communautaire (Peguis)
PSC	Plan de santé communautaire (Peguis)
RSC	Représentant en santé communautaire
MAI	Ministère des Affaires indiennes
MAIN	Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
SBSC	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
FRH	Fisher River Hospital
FRIH	Fisher River Indian Hospital
CS	Comité de la santé (Peguis)
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
CSSM	Commission des services de santé du Manitoba
MIB	Manitoba Indian Brotherhood
DGSM	Direction générale des services médicaux (SBSC)
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones
PMNA	Prestations médicales non assurées
PESMPN	Projet d'extension en santé mentale pour les populations du Nord
UMRN	Unité médicale des régions nordiques (J.A. Hildes)
PLATCP	Programme de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies dans la communauté Peguis
PEMH	Percy E. Moore Hospital
ISP	Infirmière de santé publique
SSP	Services de santé de Peguis
CDSSMP	Comité directeur des services de santé mentale Peguis
DR	Directeur régional
IA	Infirmière autorisée

## Sommaire

La présente étude décrit l'évolution des services de santé communautaire dans la plus importante réserve du Manitoba, celle de la première nation Peguis, située à environ 170 kilomètres au nord de Winnipeg. À l'aide de plusieurs sources de données — documents (contemporains et d'archives), observations des participants et entrevues avec des informateurs clés —, nous explorerons l'évolution des services de santé à Peguis, avec comme toile de fond l'histoire de cette collectivité et les grandes étapes de la politique fédérale en matière de santé des autochtones ainsi que de la prestation des services de santé au Canada au cours du siècle dernier.

Nous commencerons par rappeler les circonstances de l'installation de la réserve à son emplacement actuel, puis nous examinerons les changements qui ont eu cours dans la réserve entre la fin des années 1800 et l'été 93 au niveau du contrôle des services de santé. Avant 1980, l'histoire des services de santé à Peguis se résume par la disparition progressive du système de santé traditionnel et par une hégémonie de plus en plus grande du gouvernement sur les services médicaux — cette période était aussi marquée au coin du sous-développement social et économique pour la collectivité dans son ensemble. En revanche, l'histoire des quinze dernières années se caractérise par un développement communautaire relativement rapide en raison d'une meilleure organisation politique et d'une volonté de la part de la communauté de parvenir à l'autonomie dans la gestion des affaires de tous les jours. C'est dans ce contexte que la communauté a commencé à reprendre le contrôle des soins de santé — mouvement qui a été marqué, dans un premier temps, par la prise en main de l'administration du centre de santé en 1980 et, dans un second temps, par la signature en 1991 d'une entente de transfert des services de santé avec le gouvernement fédéral.

Les faits saillants de l'histoire récente des services de santé à Peguis se résument comme suit :

- Entre 1980 et 1991, période au cours de laquelle la collectivité Peguis administrait elle-même son Centre de santé, les membres de la communauté ont pu acquérir une expérience utile, et les prestataires de services de santé améliorer leur façon de répondre aux besoins communautaires. Toutefois, la Direction générale des services médicaux continuait de jouer un rôle de premier plan par le biais de ses programmes et du contrôle

exercé sur le plan fiscal, ce qui limitait le degré d'autodétermination en matière de soins de santé auquel avait accès la collectivité.

- La nation Peguis s'est engagée dans un projet de transfert des services de santé, sans se faire d'illusion sur les limites de ce processus, qui était vu comme l'occasion de franchir une étape vers la réalisation de l'objectif ultime : l'autonomie gouvernementale. Il s'agissait là d'une étape logique, étant donné le niveau de développement social, économique et politique atteint par la collectivité et le fait qu'elle participait à la gestion des services de santé publique offerts localement depuis 1980.
- Certains facteurs (plus de 10 ans d'expérience dans la gestion des services de santé publique locaux, des ressources locales — humaines et matérielles — relativement importantes, des antécédents de négociations et de relations fondées sur la confiance avec le gouvernement fédéral et une connaissance approfondie de la politique de la Direction générale des services médicaux) semblent avoir contribué au succès des négociations qui ont mené à la conclusion d'une entente de transfert en juillet 1991.
- Dans l'ensemble, le transfert des services de santé est considéré comme un processus qui s'est révélé bénéfique, en ce sens qu'il s'est traduit par des ressources financières plus importantes, un plus grand contrôle fiscal pendant la période visée par l'entente, plus de souplesse dans l'établissement des programmes et une capacité accrue de répondre aux besoins communautaires ainsi que par un sentiment renforcé d'autonomie dans le domaine de la santé communautaire.
- La plupart des problèmes auxquels s'est heurtée la communauté Peguis depuis juillet 1991 ont trait à des questions non visées par l'entente de transfert. La gestion des prestations médicales non assurées (PMNA), en matière de transport des malades et de services dentaires et d'optométrie, est une source de problèmes particulièrement préoccupants. La bande estime qu'elle pourrait gérer ces services de façon plus efficace si elle avait pleins pouvoirs sur ces derniers. Toutefois, la bande doit prouver qu'elle dispose des ressources voulues pour obtenir le transfert de ces services. Or, il est possible, et cette éventualité inquiète, que les ressources disponibles pour procéder à des transferts diminuent. Les paiements versés tardivement au titre de l'accord de contribution pour les

programmes non visés par un transfert continuent de miner les ressources de la bande et de contraindre cette dernière à tirer des fonds d'autres budgets.

- Les principales innovations dans les services de santé se sont produites en marge du processus de transfert. Le Programme de santé mentale Peguis est un très bon exemple de programme que la communauté a elle-même mis sur pied pour répondre à ses besoins (en l'absence de programme gouvernemental) en veillant à ce que certains de ses membres développent les aptitudes nécessaires pour offrir les services requis.
- Au cours de la dernière décennie, on a assisté à un renouveau d'intérêt pour les méthodes traditionnelles de guérison et à une prise de conscience du caractère distinct de la communauté sur le plan culturel en général de la part de certains groupes au sein de la population. En réponse à une augmentation de la demande pour des services de santé recourant aux méthodes traditionnelles, on a procédé à l'intégration progressive de ces services dans la structure officielle des services de santé communautaires offerts à Peguis.

### *Recommandations*

À part quelques suggestions concernant les recherches qui pourraient être effectuées à l'avenir, nous n'avons pas jugé utile de faire des recommandations sur la base d'une seule étude de cas sur l'évolution des services de santé. Néanmoins, nous pouvons dégager de l'expérience de la première nation Peguis un certain nombre de questions qui méritent d'être prises en considération dans tout examen futur de la politique en matière de santé des autochtones.

- Pour ce qui est des leçons à tirer pour les autres premières nations concernant le transfert des services de santé, il importe de souligner que l'expérience relativement positive de la nation Peguis ne peut en aucun cas être considérée comme un indice du «succès» de la politique actuelle en matière de transfert. La capacité dont a fait preuve la collectivité Peguis de tirer profit du transfert était attribuable aux conditions spécifiques décrites ci-dessus (plus de 10 ans d'expérience dans la gestion des services de santé publique locaux et des ressources relativement importantes). Sans ces conditions, on peut se demander si le transfert des services de santé aurait présenté les mêmes avantages.

- Si le gouvernement fédéral ne s'engage pas à assurer une base de ressources appropriée pour tous les programmes et services de santé transférables, la capacité des premières nations de parvenir à un contrôle réel des soins de santé demeurera limitée.
- La résurgence des pratiques culturelles traditionnelles (y compris les méthodes traditionnelles de guérison), de plus en plus populaires dans l'ensemble de la société, peut en fait être un sujet de litige dans certaines collectivités des premières nations. Bon nombre d'informateurs clés ont souligné qu'il importe de laisser à chaque collectivité la possibilité d'aborder la question à son propre rythme et sans ingérence de l'extérieur. Par ailleurs, il faudrait que les méthodes traditionnelles de guérison fassent partie des options offertes aux consommateurs de soins de santé. On craint que la Direction générale des services médicaux ne limite encore plus le financement du «voyage traditionnel», quand la demande pour ce genre de service ne cesse d'augmenter.
- Tout en souhaitant que le gouvernement fédéral et le système médical dominant reconnaissent la médecine traditionnelle, les représentants de cette médecine ne veulent aucune réglementation gouvernementale des services qu'ils offrent. Ils indiquent que les guérisseurs de toutes les régions du pays ont déjà constitué un réseau afin d'échanger de l'information et de discuter de questions telles que l'autoréglementation.

### *Conclusion*

En 1987, dans sa proposition de transfert des services de santé, la nation Peguis déclarait clairement que ce processus était loin de l'idéal recherché par la collectivité pour ce qui est de la prise en charge du système de santé — l'idéal étant un arrangement enchâssé dans le concept d'«autonomie gouvernementale» et comprenant l'établissement d'institutions et de systèmes indépendants, à l'abri de toute ingérence de la part d'autres instances gouvernementales. Tant que la nation Peguis n'aura pas atteint cet objectif, il est probable que l'autodétermination dans le domaine de la santé demeurera limitée. Quoi qu'il en soit, l'évolution des services de santé offerts à la première nation Peguis fournit un exemple intéressant de collectivité déterminée à atteindre cet objectif et prête à tirer profit de toutes les possibilités qui s'offrent à elle.

**L'évolution des services de santé  
dans une communauté autochtone :  
le cas de la première nation Peguis**

par Benita Cohen

**Introduction**

*Orientation de la recherche*

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une escalade de la bataille livrée par les premières nations du Canada en vue de prendre en main leur destinée — y compris sur le plan de la santé<sup>1</sup> ainsi que les conditions qui influent sur la santé (Canada, 1983; Fontaine, 1991; O'Neil, 1993).

Dans une analyse de la documentation sur les initiatives en matière de santé à l'intention des premières nations du Canada, Young et Smith (1992) mentionnent 60 modèles de soins de santé communautaire, dont les suivants : services de santé relevant d'instances autochtones locales/régionales (Conseil de santé de la tribu des Blood et Conseil régional cri pour les services de santé et les services sociaux, p. ex.); initiatives locales régies par une entente de transfert<sup>2</sup>.

Cette documentation, toutefois, est jugée assez fragmentaire par Young et Smith, qui estiment qu'il faudrait que soient effectuées des études de cas approfondies expliquant en détail des programmes communautaires de santé destinés aux premières nations. Ces auteurs sont aussi d'avis que d'autres recherches de ce genre sont nécessaires pour déterminer la place et le rôle potentiel de la médecine traditionnelle dans la mise au point de programmes communautaires de santé. Le Centre de santé de Peguis, au Manitoba, est décrit dans leur étude comme un exemple d'initiative locale au sujet de laquelle on trouve peu ou pas d'information dans la documentation sur les soins de santé au Canada. La présente étude est destinée à combler ce vide.

Dans les pages qui suivent, nous explorerons et décrirons l'évolution historique des services de santé à Peguis depuis le début des années 1900 (y compris le recours au système autochtone traditionnel et au système médical euro-canadien). La transition vers une prise de contrôle au niveau local des services de santé communautaire, qui caractérise la période contemporaine à Peguis, présente un intérêt particulier, comme les initiatives actuelles visant l'établissement de programmes communautaires de santé. Il importe de souligner que la présente

étude n'a *pas* pour objet d'évaluer les services de santé offerts dans la collectivité, mais bien de décrire leur évolution, l'accent étant mis sur le *déroulement* des événements clés et les *circonstances* qui les ont entourés, et de mettre en lumière le point de vue de la collectivité (c'est-à-dire des autochtones).

### *Méthodologie*

Dans la présente étude de cas, nous avons choisi de recourir à une méthode qualitative pour explorer et décrire l'évolution des services de santé à Peguis. L'emploi d'une méthodologie qualitative est indiqué dans les recherches qui explorent en profondeur des processus et des aspects complexes et qui doivent souligner l'importance du contexte, de la situation et du cadre de référence des sujets (Marshall et Rossman, 1989). La principale raison pour laquelle nous avons opté pour une recherche fondée sur une seule histoire de cas tient au fait que la collectivité Peguis peut être considérée comme un «cas révélateur», qui nous permettait de cerner un phénomène encore jamais étudié (Yin, 1989).

Pour ce qui est du caractère généralisable des conclusions de la présente étude, il importe de rappeler qu'il existe de grandes différences entre les premières nations — histoire des contacts avec les Blancs et habitat, emplacement géographique et contexte environnemental, taille de la population et assise territoriale, évolution des services de santé, niveau de développement politique et économique, etc. — non seulement d'une région à l'autre (entre le nord et le sud du Manitoba, p. ex.), mais aussi d'une collectivité à l'autre au sein d'une même région. Il est possible que la communauté Peguis ne soit pas, sur le plan statistique, représentative des autres collectivités des premières nations du Manitoba (pour ce qui est de la taille de la population et du niveau de développement économique, p. ex.), mais ce point n'est pas pertinent dans une étude comme la présente. Une étude de cas révélatrice n'a *pas* pour objet de fournir une «unité d'échantillonnage» qui permette de tirer des conclusions générales, applicables, dans ce cas-ci, aux autres collectivités des premières nations. Le principal but visé est simplement de réunir des données sur un processus encore jamais étudié. Quoi qu'il en soit, l'histoire des services de santé à Peguis — et plus particulièrement l'histoire récente — peut fournir des données utiles aux autres premières nations qui souhaitent prendre le contrôle des services de santé offerts localement.

Dès le début du travail sur le terrain, un comité consultatif local (composé de deux anciens et de la directrice des Services de santé de Peguis) a été créé et chargé de se pencher périodiquement sur l'évolution des travaux de recherche, de régler les problèmes ayant pu surgir et de revoir les ébauches du rapport final. En fait, ce comité ne s'est réuni officiellement qu'une

seule fois, cet état de choses étant principalement attribuable au fait qu'il était difficile de trouver un moment où tous les membres du comité pouvaient se rencontrer. Lors de cette unique rencontre, les membres du comité ont approuvé le plan de recherche, indiqué quels anciens à Peguis étaient susceptibles de fournir de l'information et attiré l'attention des chercheurs sur un certain nombre de questions délicates pour les gens de Peguis. Dans la même optique de collaboration, nous avons engagé une étudiante de la collectivité comme adjointe à la recherche. La principale tâche de la personne qui a été choisie pour ce poste (selon le protocole de la bande pour le recrutement d'étudiants) a été de faire office de guide et d'agent de liaison avec la collectivité.

Conformément au principe selon lequel il sied de recourir à de multiples sources de données si l'on veut que les résultats soient le plus valables possible, nous avons recouru aux trois sources de données suivantes au cours du travail sur le terrain (à Peguis, entre avril et août 1993, et aux Archives nationales, à Ottawa, en octobre 1993) : documents (d'archives et contemporains); observation des principaux événements ayant jalonné l'histoire des services de santé communautaire; et entrevues avec des informateurs clés.

Plusieurs types de documents ont été utilisés pour formuler les questions posées lors des entrevues et pour corroborer et étayer l'information tirée d'autres sources. On espérait que les documents du gouvernement fédéral fourniraient de l'information exhaustive sur les principales étapes de l'histoire des services de santé offerts à Peguis et gérés par le gouvernement et que des documents tels que des rapports annuels faciliteraient la détermination des grandes tendances sur le plan de la santé au sein de la collectivité. Malheureusement, la mise au jour de ces documents s'est révélée une entreprise ardue. Les Archives nationales n'ont pu nous donner une idée de l'endroit où nous pourrions trouver ces documents qu'au début du mois d'août 1993. Les recherches effectuées aux Archives nationales en octobre 1993 ont permis de trouver un certain nombre de documents historiques sur l'organisation et la prestation des services de santé à Peguis. Toutefois, cette documentation était fragmentaire. Beaucoup de données manquaient, entre autres sur l'histoire des services infirmiers de santé publique offerts entre 1940 et 1980. Voilà pourquoi certaines parties du présent rapport concernant les services de santé offerts avant 1980 se fondent largement sur les données réunies lors des entrevues avec les informateurs clés.

En dépit des vides importants dans les dossiers administratifs conservés par les Services de santé de Peguis (SSP) depuis que la bande a décidé en 1980 d'assumer la gestion de son centre de santé, une analyse des lettres, notes d'information, procès-verbaux de réunions, rapports sur des événements, textes de propositions, rapports d'étape, documents relatifs à l'entente de transfert des services de santé conclue en 1991 et coupures de journaux nous a permis de retracer

les principales étapes et les grands moments de l'histoire contemporaine des services de santé à Peguis.

Une autre source d'information a été l'observation d'événements clés reliés à l'évolution des services de santé communautaire ou la participation à de tels événements, et notamment : atelier de deux jours sur le sida et la santé communautaire, réunions du comité de santé mentale et du personnel des SSP, et pow-wow annuel parrainé par le Centre de santé de Peguis.

Les entrevues avec les informateurs clés ont été au coeur de l'étape de la collecte des données et ont été la source d'information la plus précieuse. La sélection des informateurs (ainsi que des documents et des événements, à vrai dire) a été faite à l'aide d'une stratégie d'échantillonnage «procédant d'un choix raisonné», qui visait à recruter les personnes (ou les documents ou les événements) «offrant *la meilleure occasion* de réunir *les données les plus pertinentes* sur le phénomène à l'étude» (Strauss et Corbin, 1990, p. 181 — les caractères italiques figurent dans l'original). Ce type d'échantillonnage «théorique» (par opposition à un échantillonnage «aléatoire») est de déterminer les *événements* — y compris les conditions les ayant fait naître, leurs conséquences, etc. — plutôt que de sélectionner les personnes elles-mêmes (Strauss et Corbin, p. 177).

Comme notre recherche avait pour but de reconstituer l'histoire des services de santé à Peguis dans le contexte du développement communautaire dans son ensemble, les premières entrevues ont été effectuées auprès d'anciens jouant un rôle clé dans la collectivité et reconnus (après consultation de plusieurs conseillers de la collectivité) comme étant les personnes les plus à même de retracer fidèlement l'histoire de la collectivité. Après cette première étape, l'échantillonnage s'est poursuivi à la façon d'un «sondage en boule de neige». Selon Strauss et Corbin (1990), l'échantillonnage par choix raisonné se caractérise par la constitution et la saturation de catégories d'information pertinentes, la mise en relief des variantes et des processus et l'augmentation graduelle de la convergence jusqu'à ce qu'aucune variante ni aucun détail n'émerge des informateurs. Bien que nous n'ayons ménagé aucun effort pour parvenir à cette fin, il nous a fallu, à cause de la nature du sujet à l'étude et du temps limité dont nous disposions pour les entrevues, nous intéresser surtout aux personnes *les plus susceptibles* de fournir de l'information sur les grandes étapes de l'histoire des services de santé et du développement communautaire à Peguis. Ce fait, combiné aux vides dans la documentation, explique pourquoi nous n'avons pu réunir que peu d'information, voire pas du tout, sur certaines périodes et certains événements (identifiés dans le texte).

Il importe aussi de souligner que, comme il a fallu, aux fins de l'échantillonnage par choix raisonné, sélectionner des informateurs clés susceptibles de fournir de l'information sur le

mode de prestation des services de santé communautaire et de développement communautaire à Peguis, la perspective exposée ici est celle de ces personnes uniquement. Voilà pourquoi nous avons interrogé certains anciens et certaines personnes ayant directement participé à la mise sur pied ou à la prestation des services de santé. La majorité de ces personnes étaient des femmes (phénomène qui, m'a-t-on dit, n'a rien de surprenant, étant donné que les soins de santé ont toujours été considérés comme relevant de la responsabilité des femmes dans cette collectivité). En dépit du risque de biais lorsqu'on fait appel aux «gardiens» de l'information, nous avons tout fait en notre pouvoir pour corroborer l'information à l'aide de données provenant d'autres sources (personnes ou documents). Lorsque deux points de vue contradictoires nous ont été présentés, nous rapportons l'un comme l'autre.

En tout, 43 entrevues ont été effectuées auprès de 38 personnes — ce qui veut dire qu'il a fallu plus d'une séance pour certaines personnes. Trente-trois des personnes interrogées étaient des membres de la première nation Peguis, et 20 d'entre elles participaient à la mise sur pied et (ou) à la prestation de services reliés à la santé dans la collectivité ou l'avaient déjà fait<sup>4</sup>. Toutes les personnes interrogées avaient la possibilité d'annuler cette autorisation (ou l'autorisation d'utiliser n'importe lequel de leurs commentaires) n'importe quand, avant, pendant ou après l'entrevue. Personne ne s'est prévalu de cette possibilité au moment des entrevues. Toutefois, un informateur nous a contactée quelques semaines après son entrevue pour demander de revoir la transcription et pour retrancher certains commentaires qui y figuraient. Cette demande a été honorée et les données initiales ont été détruites. Tous les informateurs, sauf un, ont accepté que leur entrevue soit enregistrée. Toutes les entrevues ont été effectuées par nous-même, sauf une (qui a été effectuée par l'adjointe de recherche). À cause de l'histoire caractéristique de cette collectivité (voir le prochain chapitre), tous les membres de la bande Peguis parlent l'anglais couramment. Nous n'avons donc pas été obligée de recourir aux services d'un interprète pendant les entrevues. Toutefois, l'adjointe de recherche a organisé les entrevues et était à nos côtés lors de la plupart des entrevues.

Le seul problème auquel nous nous sommes heurtée au cours des entrevues effectuées pendant la période du travail sur le terrain était dû à un mauvais synchronisme. Cette étape de l'étude (juin, juillet et début août) coïncidait avec la période la plus occupée de l'année dans la collectivité Peguis (Treaty Days, pow-wows et effervescence générale avec de nombreux déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de la collectivité). Aussi avons-nous dû consacrer beaucoup de temps à retracer les personnes que nous voulions rejoindre. C'est ainsi que nous n'avons pu, malheureusement, interviewer plusieurs informateurs clés — dont le chef Louis Stevenson.

## **Une brève histoire de la première nation Peguis**

Bien que cette étude de cas mette avant tout l'accent sur le développement des services de santé de Peguis, il importe de souligner que les enjeux en matière de santé ne surviennent pas dans le vide et qu'il doivent être appréhendés dans le contexte social, culturel, politique et économique plus vaste qui les façonne. On trouvera donc ici un aperçu de quelques-uns des événements marquants du développement de la communauté de la réserve Peguis.

### *Les origines de la première nation Peguis*

La réserve Peguis est située à environ 170 kilomètres au nord de Winnipeg, dans la région d'Interlake au Manitoba. Avec ses 76 000 acres (soit une superficie équivalente à celle de la ville de Winnipeg), c'est la plus vaste réserve de la province. En été 1993, environ 2300 personnes y vivaient<sup>5</sup>. La première nation Peguis figure parmi les signataires du Traité n° 1, conclu en 1871. La réserve ne s'est toutefois pas toujours appelée Peguis et n'a pas toujours été située à l'endroit où elle se trouve aujourd'hui.

Dans les années 1830, l'Office britannique des colonies menait une véritable politique d'assimilation à l'égard des peuples autochtones que rencontraient les Européens dans leur progression vers l'ouest de ce que l'on appelle aujourd'hui le Canada (Titley, 1986). Sous la direction des agents du gouvernement et des missionnaires, les autochtones devaient être installés dans des villages permanents, éduqués en anglais dans la foi chrétienne et initiés aux méthodes de l'agriculture. L'une des premières retombées de cette politique fut la création, par la Société des missionnaires de l'Église anglicane, d'un réseau de paroisses — dont la paroisse de St. Peter — dans la région sise au sud du lac Winnipeg, au Manitoba. (Czuboka, 1960). La paroisse de St. Peter avait ceci de particulier qu'elle était située dans une région qui était habitée, à la fin des années 1700, par un groupe d'autochtones dirigé par un chef du nom de Peguis. D'après les documents, le chef Peguis était un autochtone de langue Saulteux et, si l'on se fie à la plupart des informateurs âgés à qui nous avons parlé à Peguis, lui et ses descendants appartenaient effectivement à cette bande indienne. Quelques informateurs plus jeunes parlent bien d'eux comme des Ojibwa ou des Anishnabe — cette dernière désignation étant toutefois plus rare —, mais selon Steinbring (1981), le terme «Saulteux» est souvent utilisé en histoire comme synonyme de Ojibwa — notamment pour désigner les autochtones de la région entourant le lac Winnipeg, dont on pense qu'ils ont migré dans la région depuis la région de Sault-Sainte-Marie en Ontario à la fin du dix-huitième siècle.

S'il semble donc généralement admis que le chef Peguis et ses descendants étaient des Saulteux, des circonstances historiques ont créé une certaine confusion quant à la composition ethnographique de la communauté autochtone qui s'est développée à St. Peter pendant les années 1800. En effet, au moment où les Anglicans fondaient leurs paroisses dans les années 1830, de nombreux Cris provenant de la région de Norway House, dans le centre du Manitoba, commençaient à entrer dans le secteur — voyageant à bord des bateaux qui assuraient le transport des marchandises entre York Factory, sur la baie d'Hudson, et la tête du lac Winnipeg. Ces Cris, qui s'installaient avec les groupes de Saulteux vivant au sud du lac, se sont établis entre autres à St. Peter, ce qui a donné lieu à un mélange de Saulteux et de Cris (Czuboka, 1960; Steinbring, 1981)<sup>6</sup>. La Société des missionnaires de l'Église anglicane a encouragé les peuples autochtones de la région à se convertir au christianisme et à s'établir en permanence dans des collectivités pastorales agricoles comme celle de St. Peter. Des écoles furent construites pour enseigner l'anglais et la religion à leurs enfants. Le chef Peguis fut l'un des premiers autochtones de la région à se convertir à l'anglicanisme, en 1838, et à se mettre à l'agriculture avec toute sa famille, à l'exception d'un fils, farouchement opposé à la conversion, qui devait se suicider peu de temps après (Thompson, 1973).

La résistance généralement plus forte manifestée par les Saulteux tant à la conversion qu'à l'agriculture par rapport aux Cris de la région a été notée ailleurs (Hallowell, 1936). En effet, si les Cris ont suivi en grand nombre l'exemple du Chef Peguis, beaucoup des congénères Saulteux de ce dernier ont résisté pendant quelque temps à la conversion au christianisme et à l'agriculture (Czuboka, 1960).

Si la ligne de conduite adoptée par le chef Peguis a apparemment suscité quelques critiques (comme le mentionne Van Der Goes Ladd, 1986), certains historiens ont fait valoir que cette attitude lui avait été dictée par la reconnaissance que seule une transition à l'agriculture pouvait sauver les siens de la famine, le gibier disparaissant à vive allure avec l'afflux des colons européens (Thompson, 1973; Van Der Goes Ladd, 1986). En fait, après 1867, la campagne d'occupation des terres du Nord-Ouest en vue d'en revendiquer la souveraineté s'accéléra rapidement, décimant les troupeaux de bisons et plongeant les peuples autochtones des Prairies dans le dénuement. Entre 1871 et 1877, les sept premiers traités numérotés cèdent ainsi au gouvernement fédéral les titres indiens de la plupart des terres fertiles du sud des provinces des Prairies (Tittley, 1986).

L'établissement à majorité autochtone de St. Peter est officiellement constitué en réserve en 1871, en vertu du Traité n°1. La principale caractéristique de la nouvelle réserve de St. Peter

est d'être située sur des terres agricoles de première qualité; à l'époque d'ailleurs, une importante proportion de la population autochtone s'adonne à l'agriculture, tout en pratiquant la chasse et la pêche artisanales à titre complémentaire et en travaillant parfois à forfait. La colonisation par les Européens prend toutefois rapidement de l'ampleur au cours des 25 dernières années du XIX<sup>e</sup> siècle, avec l'arrivée du chemin de fer du Canadien Pacifique dans les Prairies. St. Peter ne devait pas échapper aux conséquences néfastes de cette poussée colonisatrice.

Il semble que la santé de la communauté se soit considérablement dégradée à cette époque, par suite de l'introduction de l'alcool et des épidémies de maladies comme la variole. Il apparaît pourtant que les plaintes émises par certains autochtones de St. Peter en 1873 au sujet de l'absence de services médicaux soient restées lettre morte (Czuboka, 1960). Non seulement cela est choquant, lorsqu'on sait qu'un médecin vivait dans le village voisin de Selkirk, mais cela semble également contrevenir à une entente conclue avec la collectivité de St. Peter lors de la négociation du Traité en 1871.

Bien que seul le Traité n° 6 fasse expressément mention d'une responsabilité fédérale en matière de prestation de soins médicaux, les recherches effectuées dans les dossiers des négociations préalables à d'autres traités au Manitoba donnent à penser que des ententes similaires *ont* été conclues ailleurs (Manitoba Indian Brotherhood, 1979). Par exemple, des membres de la bande de St. Peter qui étaient présents lors de la négociation du traité n°1 (signé à Lower Fort Garry, le 3 août 1871) signaient, en décembre 1872, un affidavit concernant certaines ententes conclues pendant les négociations. En voici un extrait :

[...] Que le jour de la signature dudit Traité, les chefs ont exigé l'inclusion de certains articles en sus de l'argent prévu par le Traité.

Que les articles en question étaient des instruments agricoles à l'intention des chefs et de leurs représentants; des charrettes, chevaux, harnais et vêtements divers; des boeufs de trait, taureaux, vaches, porcs, moutons, dindes et volailles; et, *dans chaque réserve, de l'aide médicale*, une école et un instituteur. Les autochtones désirant recevoir les montants prévus au Traité sous forme de biens les recevront en tenant compte des prix en vigueur au Canada.

Que le Gouverneur Archibald et le Commissaire Simpson ont promis tous deux aux Indiens que leurs demandes seraient exaucées, mais sans être toutes inscrites au Traité; mais qu'elles feraient plutôt l'objet d'un document distinct ayant même valeur et offrant la même garantie.

Que ces demandes n'ont pas été exaucées et que, lorsqu'il a exigé qu'elles le soient lors du paiement de cette année, le chef Henry Prince n'a pu obtenir de réponse claire du Commissaire...» (Source : Canada, Sessional Papers, n° 23A, 1873, p. 9, cité dans Manitoba Indian Brotherhood, 1979) [C'est nous qui soulignons.]  
[TRADUCTION]

Il fallut attendre 1897 pour que le Dr J.R. Streep, de Winnipeg, soit nommé médecin préposé aux Indiens de Clandeboye Agency — dont faisait partie St. Peter (Canada, 1897). L'arrangement semble toutefois fort loin d'avoir été suffisant. En 1904, une pétition adressée au Commissaire des Indiens à Winnipeg par les habitants de St. Peter demandait qu'un médecin soit affecté au village voisin de Selkirk, vu le nombre élevé de personnes «malades et souffrantes» habitant la réserve. Mais cette demande fut rejetée (Canada, 1904). Bien qu'aucune raison ne soit mentionnée pour justifier ce rejet, on ne risque guère de se tromper en présumant que le gouvernement ne désirait tout simplement pas allouer les sommes nécessaires... D'autant plus que, comme le souligne Titley (1986, p. 18), le gouvernement n'embauchait explicitement que les médecins dont il pouvait être sûr «qu'ils ne soigneraient *pas* les autochtones, sauf en cas de nécessité», afin de prévenir toute demande de traitement gratuit.

Si le bien-être physique des gens vivant à St. Peter ne semble guère susciter d'intérêt, les terres extrêmement fertiles sur lesquelles est située la réserve font par contre l'objet d'une convoitise grandissante. En effet, au cours des 25 dernières années du XIX<sup>e</sup> siècle, la *Loi sur les Indiens*, qui contenait des garanties spécifiques protégeant les terres autochtones, est peu à peu modifiée pour accommoder les colons, les municipalités, les sociétés de chemin de fer et les sociétés d'exploitation des ressources à la recherche de terres à bon marché. À partir des années 1890, cette tendance s'accélère, le gouvernement fédéral ayant perdu ses illusions quant au système des réserves — qu'il perçoit maintenant comme un obstacle à l'assimilation —, a changé de politique et commencé à encourager activement la «cession» et la vente des terres des réserves partout dans les Prairies (Carter, 1990).

En 1907, les pressions exercées par les spéculateurs fonciers et certains politiciens et fonctionnaires peu scrupuleux — dont le surintendant général adjoint aux Affaires indiennes, Frank Pedley, qui avait déjà participé à pas moins de quatre manoeuvres frauduleuses visant à tirer profit de la vente des terres indiennes — atteignent un sommet avec la «cession» du territoire de la réserve de St. Peter<sup>7</sup>. Par suite des véhémentes protestations de nombreux habitants de St. Peter, un débat à la Chambre des communes finit par révéler qu'après l'achat de

la réserve (dont 85 % des terres étaient considérées comme des terres de première qualité au Manitoba), le gouvernement fédéral avait vendu pour moins du tiers de leur valeur réelle 35 000 des 48 000 acres qu'elle comptait à ses «amis politiques», dans ce qui allait devenir la florissante ville de Selkirk. En 1911, le Premier ministre du Manitoba, monsieur Roblin, chargeait une Commission royale provinciale d'enquêter sur la cession et la vente de la réserve de St. Peter. De l'avis de la majorité, cette cession était totalement illégale et devait être annulée. Les habitants de St. Peter furent informés qu'ils auraient l'occasion de présenter leurs doléances concernant les déclarations inexactes et les actes frauduleux à une date ultérieure, mais cette promesse ne fut jamais tenue.

Au niveau fédéral, le ministère des Affaires indiennes ne tint aucun compte des conclusions de la Commission royale et intensifia même ses efforts pour convaincre les gens de St. Peter de s'installer sur le nouveau site. Finalement, en avril 1916, la Chambre des communes (faisant également fi des recommandations de la Commission royale) adoptait une loi autorisant la vente du territoire de St. Peter.

#### *La réinstallation et les progrès du sous-développement*

La nouvelle réserve aménagée sur la rivière Fisher — et portant le nom du chef Peguis — est beaucoup plus isolée que celle de St. Peter, mais a été choisie par les représentants de la bande à cause de l'abondance de la corégone dans la région et du potentiel agricole de ses terres. Plusieurs des anciens de Peguis, nés à St. Peter, ont encore de vifs souvenirs de leur déplacement vers le nouveau site. La plupart semblent avoir pris la route du Nord par bateau jusqu'à la baie Fisher, pour revenir ensuite vers le sud, le long de la rivière Fisher, cette fois en char à boeufs, la forêt étant trop difficile pour les chevaux. Avec leurs maigres approvisionnements, il ne leur fut pas facile de déblayer le terrain et de construire leurs maisons. Qui plus est, le gouvernement, qui, parmi les conditions de la cession de la réserve de St. Peter, avait promis de fournir outils agricoles et semences aux personnes qui s'installeraient sur le nouveau site, ne tint jamais parole, si l'on en croit l'arrière-petit-fils du chef Peguis, le chef Albert Thompson. (Thompson, 1973).

Quoiqu'il en soit, malgré tous ces contretemps, les anciens se rappellent que, du moins jusque dans les années 40, la plupart des familles réussirent à s'en sortir grâce à l'agriculture artisanale. Certains élevaient des porcs, des poulets et même du bétail. Tous possédaient un potager où ils cultivaient leurs légumes; poissons, gibier et baies sauvages abondaient. La plupart des maisons étaient faites de billes de mélèze et d'épinette. Il n'y avait ni eau courante, ni plomberie intérieure, mais les anciens se rappellent que les eaux de la rivière Fisher étaient claires et propres, et que tous puisaient à ses sources.

Après l'arrivée du chemin de fer dans le village voisin de Hodgson (aux environs de 1914), les hommes se mirent à couper du bois de chauffage pour aller le vendre en ville; les familles récoltaient aussi des racines de séneca qu'elles vendaient pour se procurer un revenu d'appoint. Cette racine et ses extraits entraient autrefois dans la composition d'une cinquantaine de médicaments, dont des remèdes contre la toux et des laxatifs. Apparemment, la région d'Interlake au Manitoba fut pendant de nombreuses années la principale source mondiale d'approvisionnement en racine de séneca, soit jusque dans les années 50, où on lui trouva un substitut qui entraîna sa disparition graduelle des marchés (*Interlake Spectator*, Arborg, Manitoba, 1986). Les anciens se rappellent que tous devaient travailler d'arrache-pied pour survivre. Puis, les choses se mirent à changer.

Sans avoir accès aux preuves documentées, il est difficile de savoir quand — ou pourquoi, exactement — les conditions ont commencé à se détériorer à Peguis. D'après ce que nous ont dit les anciens, les années 40 semblent avoir été un point tournant dans l'histoire de la communauté. Nombre d'entre eux rapportent en effet que, dès qu'ils ont commencé à recevoir régulièrement des prestations d'aide sociale, les gens ont cessé de cultiver leurs potagers et se sont mis à acheter des aliments moins nutritifs au magasin de Hodgson.

Il existe toutefois au moins certaines preuves d'une forme plus active de sous-développement économique à Peguis. Plusieurs informateurs rapportent en effet que l'on ne pouvait ni vendre, ni faire le commerce, ni produire du bétail sans en recevoir l'autorisation d'un agent des Indiens; et certains de ces agents pourraient, selon eux, avoir eu une influence sur la disparition de toute initiative économique. Malheureusement, vu le délai accordé à cette étude, nous n'avons pu examiner les archives du ministère des Affaires indiennes à ce sujet — et de toute façon, cela aurait débordé notre mandat. Mais, même en l'absence de preuves documentées, l'allégation selon laquelle certains agents des Indiens auraient nui au développement économique de la réserve est tout à fait plausible. Le fait est que ces agents ont eu la mainmise sur toutes les transactions commerciales effectuées à Peguis (et dans les autres réserves) jusque dans les années 50. Ce phénomène, combiné à l'absence de ressources financières nécessaires pour faire concurrence aux autres exploitants agricoles de la région, a fort probablement contribué au déclin de l'économie de Peguis.

En 1966, le gouvernement fédéral publiait les résultats d'une étude entreprise deux ans plus tôt pour évaluer la situation sociale, économique et éducative des autochtones du Canada (Hawthorn, 1966). Les informations qui suivent sont tirées directement de ce rapport, connu sous le nom de Rapport Hawthorn. Peguis faisait partie des 35 réserves disséminées par tout le Canada qui avaient été choisies pour faire l'objet d'une étude plus détaillée. Et les résultats

obtenus sont affligeants. En 1964, le revenu annuel per capita à Peguis n'était en effet que de 90 dollars — soit le troisième plus bas revenu des 35 réserves étudiées — et 100 % des ménages y recevaient de l'aide sociale. Seul 1 % des ménages avait l'eau courante (à cette époque, selon les informateurs, la rivière Fisher était gravement polluée, et les épidémies de diarrhée étaient fréquentes) ou des toilettes à l'intérieur de leur maison, et seulement 40 % des maisons étaient électrifiées. Près de 48 % de la population de Peguis avaient moins de seize ans et seulement 4 % avaient atteint la neuvième année à l'école. Peguis était classée comme une communauté déprimée et sous-développée — l'une des plus pauvres du Manitoba.

Les conditions de vie ne semblent guère s'être améliorées pendant les années 70. Une informatrice âgée de vingt ans rapporte qu'en 1979, sa famille vivait dans une petite maison sans plomberie intérieure et infestée de rats. Trois fois par jour au moins, elle et sa soeur devaient ramener à la maison, dans des seaux de cinq gallons, de l'eau qu'elles puisaient au puits où s'abreuvaient les vaches.

### *Le développement de la communauté dans la période contemporaine*

Les années 80 et le début des années 90 furent en revanche une période de développement communautaire intense à Peguis. Parmi les grandes réalisations, mentionnons<sup>8</sup>. De nombreux nouveaux emplois permanents furent également créés pendant cette période et le taux de chômage semble avoir chuté aux environs de 50 ou 55 % (chiffres officiels non disponibles; on note encore des fluctuations saisonnières). Si ce taux de chômage peut paraître excessif comparativement à celui des collectivités non autochtones du Manitoba, il se compare par contre favorablement à celui des autres premières nations de la province. Toutefois, selon Larry Amos, agent de développement économique de la bande, Peguis reçoit encore environ 4 millions de dollars en prestations d'aide sociale chaque année.

L'actuelle période de développement économique à Peguis est fascinante à plus d'un titre. Malheureusement, vu la portée de la présente étude, nous ne pouvons ici l'analyser en profondeur. Qu'il suffise de dire que le leadership exercé depuis 1981 par le chef Louis Stevenson et son administration y est pour beaucoup<sup>9</sup>.

### **Mise en place des services de santé du gouvernement**

Comme nous l'avons vu, pendant la période qui a précédé l'installation de la réserve à son emplacement actuel, les autochtones de St. Peter étaient laissés pour compte sur le plan de la santé. Or, pendant cette période, l'état de santé des autochtones se détériorait parallèlement à une

colonisation rapide de la région de la rivière Rouge par les Européens. L'expérience de St. Peter ne représente pas un incident isolé, mais illustre de façon typique le peu de cas que faisait le gouvernement fédéral de la prestation de services de santé aux peuples autochtones à la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième (Graham-Cumming, 1967; Young, 1984).

### *Assujettissement du système médical traditionnel*

Avant d'explorer la mise en place des services médicaux officiels<sup>10</sup>.

Pour les Saulteux du lac Winnipeg (comme pour les Ojibwas des régions sud en général), on sait, preuves à l'appui, que la Midewiwin Lodge, ou Grand Medicine Society, était une institution importante au moment où les colons européens ont commencé à s'installer dans la région du lac Winnipeg et de la rivière Rouge (Hallowell, 1936; Steinbring, 1981). La Grand Medicine Society s'efforçait principalement d'assurer le maintien de l'état de santé de la population en enseignant les techniques médicales traditionnelles. Toutefois, les rencontres annuelles comprenaient de nombreuses activités non médicales et bon nombre des rites et cérémonies des Midewiwin comportaient une composante spirituelle importante (Steinbring, 1981).

Il ne fait pas de doute que de nombreux membres de la population Saulteux de St. Peter — dont le chef Peguis avant sa conversion au christianisme — étaient des membres actifs de la Midewiwin Society, et on dispose de preuves établissant que de nombreux guérisseurs Mide ont compté parmi les groupes qui ont opposé le plus de résistance aux efforts de conversion religieuse déployés par les Anglicans et à l'implantation à St. Peter de colons venus cultiver la terre (Czuboka, 1960; Hallowell, 1936). Malheureusement, on ne dispose d'aucune preuve établissant que des cérémonies Midewiwin ont eu lieu à St. Peter après les années 1870, et on ne sait pas au juste ce qui est advenu des membres de la Midewiwin Society.

C'est au cours des vingt-cinq dernières années du dix-neuvième siècle que se sont accélérés les efforts visant l'assimilation des autochtones, et il est possible qu'à St. Peter bon nombre des derniers résistants, qui refusaient de se convertir, aient fini par se rendre aux pressions ou par mourir de leur belle mort. Quoi qu'il en soit, le fait que le fils d'un des chefs Mide de St. Peter soit ultérieurement devenu sous-chef d'un groupe Midewiwin vivant à proximité de la réserve de Bloodvein (Hallowell, 1936) donne à entendre qu'au moins quelques-uns des leaders Mide ayant résisté aux efforts d'assimilation ont pu quitter St. Peter pendant cette période pour aller vivre dans l'une des réserves de la région, où des cérémonies

Midewiwin ont continué d'être célébrées et où la résistance à la conversion au christianisme a persisté pendant le premier quart du vingtième siècle.

Selon des informations tirées de sources écrites (Thompson, 1973; Van Der Goes Ladd, 1986) et d'entrevues avec des anciens, les personnes qui se sont installées dans la nouvelle réserve aux abords de la rivière Fisher étaient des personnes déjà converties au christianisme. On ne dispose d'aucune donnée permettant de croire que des cérémonies Midewiwin aient jamais été célébrées dans la réserve Peguis dans les années qui ont suivi la réinstallation. Enfin, comme nous le verrons plus en détail dans la suite du présent rapport, cela ne veut pas dire que le savoir médical traditionnel était à jamais relégué aux oubliettes. (Voir la section débutant à la page 81 pour plus d'information au sujet de l'histoire récente).

#### *Premiers services médicaux : avant 1940*

Avant 1924, les services médicaux offerts par le gouvernement fédéral étaient limités. Bon nombre des anciens qui ont été interrogés se souviennent que, de temps à autres, un médecin d'Arborg ou de Selkirk se rendait à cheval à Peguis pour y offrir ses services dans une des maisons de la réserve ou pour visiter à domicile les malades (qui lui étaient désignés par les uns ou les autres). Ils se rappellent aussi que certains médicaments étaient conservés à l'Anglican Mission House de la réserve. Ils indiquent toutefois que plus souvent qu'autrement aucun médecin ne desservait la population — perception que corrobore une série de notes de service du ministère des Affaires indiennes (MAI) (Canada, 1917; Canada, 1920; Canada, s.d.). Le fait qu'il revenait à l'agent des Indiens de décider qui devait voir un médecin et quand un médecin devait être envoyé peut, en partie, expliquer pourquoi les visites de médecins étaient limitées. Il est probable par ailleurs que le fait que le surintendant adjoint aux Affaires indiennes, Duncan Campbell Scott, insistait en 1913 pour qu'on limite les sommes destinées aux Indiens (Titley, 1986) a aussi joué un rôle dans cet état de choses.

Bon nombre d'anciens se rappellent que lorsqu'aucun médecin ne visitait la réserve, les gens se rendaient jusqu'à Arborg, collectivité la plus près où il était possible d'obtenir des soins — soit un déplacement de quatre à six jours, aller-retour, à cheval, en pleine forêt — pour voir un médecin. Quand le train a commencé à desservir Hodgson, l'agent des Indiens pouvait dans des cas très graves autoriser un déplacement jusqu'à Winnipeg. Les premiers cas relatés — tant par écrit qu'oralement — de maladies graves remontent à l'épidémie de grippe espagnole qui a sévi dans différentes parties du monde en 1918 et 1919. Malheureusement, c'est justement en 1919 que le poste de médecin hygiéniste en chef au ministère des Affaires indiennes a été officiellement aboli «pour des raisons d'ordre économique», de telle sorte qu'il n'y avait plus

personne pour coordonner la lutte contre l'épidémie, qui a tué plus de quatre milles autochtones au Canada (Titley, 1986, p. 87). En avril 1919, la grippe espagnole avait emporté 44 personnes à Peguis.

Sous le gouvernement de Mackenzie King, au cours des années 20, il est possible que le déblocage de nouveaux fonds explique en partie la décision prise par les Affaires indiennes d'affecter en permanence un médecin à la Fisher River Agency. En 1924, le Dr James Bird est devenu le premier médecin à résider (du moins à temps partiel) dans la Resident Halfway House — «The Halfway» étant le nom familier des bâtiments de la Fisher River Indian Agency, situés en plein centre de la réserve Peguis. La même année, une infirmière a aussi commencé à travailler dans la réserve, mais il semble que celle-ci ait été engagée par la mission anglicane, et non par les Affaires indiennes (Canada, 1925).

Durant les années 20 et 30, la tuberculose (TB) était le principal problème de santé. Parmi la population des premières nations vivant dans les Prairies en 1930, le taux officiel des décès attribuables à la tuberculose s'établissait à environ 560 pour 100 000 habitants (Graham-Cumming, 1967). Selon le médecin qui travaillait dans la région d'Interlake au cours des années 30, la maladie faisait beaucoup de ravages dans la région et le taux de décès était en fait de 700 pour 100 000 habitants au début des années 30 (*Interlake Spectator*, s.d.). Le Dr Bird craignait que des patients atteints de tuberculose active ne soient renvoyés chez eux pour mourir et ne contaminent leur entourage. Malheureusement, la demande qu'il a adressée pour obtenir que ces patients soient envoyés dans un sanatorium (Bird, 1929) semble être restée lettre morte. En 1931, les agents des Indiens ont été avisés qu'aucun Indien atteint de tuberculose ne serait admis dans un sanatorium. Le coût des traitements dans ces établissements s'élevait à 1 000 \$ par année par patient — la même année, le traitement des autochtones atteints de tuberculose coûtait moins de 10 \$ par année par personne.

Bien qu'il soit vrai que l'économie canadienne a été durement frappée par la Dépression au cours des années 30 — avec une pauvreté et un chômage endémique dans les Prairies — on ne peut expliquer complètement les graves coupures dans les crédits affectés aux services de santé des autochtones par ce phénomène seulement. Le fait qu'en 1934 les dépenses par habitant au titre des soins de santé pour les autochtones s'élevaient à moins du tiers des dépenses correspondantes pour la population non autochtone (Graham-Cumming, 1967) porte à croire que le sous-financement chronique des services de santé des Indiens était moins relié à un manque réel de fonds qu'à un manque de volonté — ce qui ne s'explique que par une attitude générale n'attribuant pas la même valeur à la vie d'un autochtone qu'à celle d'un non-autochtone.

L'accent mis sur la nécessité de réduire les dépenses a eu un effet sur les services de santé offerts à la population de Peguis. En 1930, le gouvernement a ouvert un poste de soins infirmiers dans la réserve. Ce poste, appelé poste de la rivière Fisher parce qu'il est situé aux abords de cette rivière qui traverse la réserve du nord au sud, desservait les trois réserves que regroupait la Fisher River Indian Agency (Peguis, Fisher River et Jackhead), ainsi que d'autres collectivités des premières nations de la région. Il semble que ce poste infirmier ait été le premier établissement du genre mis sur pied par le gouvernement fédéral dans une réserve du Canada. On y trouvait deux lits pour adulte et deux ou trois lits d'enfant, mais peu de médicaments y étaient gardés.

Bien qu'on n'ait pas trouvé de document qui corrobore cette information, plusieurs anciens interrogés ont indiqué que Mlle Brandon a été la première — et peut-être la seule — infirmière à travailler au poste de la rivière Fisher, et qu'elle était souvent aidée par une auxiliaire de la collectivité. Rita Dozois (qui a travaillé pour la Direction générale des services médicaux (DGSM), région du Manitoba, pendant nombre d'années) nous a révélé qu'une infirmière ayant été engagée par les Affaires indiennes pour travailler comme infirmière de santé communautaire (ISC) au Manitoba dans les années 30 lui avait dit qu'à cette époque une seule directive avait jamais été écrite sur les fonctions de l'ISC — celle-ci devait visiter une fois par mois chaque ménage indien de son territoire et déclarer avoir effectivement effectué les visites prescrites (ce qu'elle faisait pendant chaque visite importait peu semble-t-il!). Si tel était le cas, il est probable que Mlle Brandon, étant donné la grandeur du territoire relevant de la Fisher River Agency, ne devait pas être très souvent au poste de soins infirmiers. En fait, plusieurs des anciens interrogés se rappelaient très bien avoir vu Mlle Brandon parcourir la région à cheval ou en boghey tiré par un cheval l'été et en traîneau, aussi tiré par un cheval, l'hiver. Parfois, elle était seule, et d'autres fois elle était avec le médecin qu'elle accompagnait dans ses visites à domicile.

Malheureusement — qu'il faille en attribuer la cause à la Dépression, à un manque de volonté politique ou à une combinaison de ces deux facteurs — il semble que les efforts déployés ont souvent été minés par un manque de fonds. Ainsi, quand Mlle Brandon (qui donnait elle-même tous les soins dentaires depuis 1924) a demandé en 1931 qu'un dentiste soit chargé de visiter la région, le commissaire aux Indiens, M. Graham, a rejeté sa demande en lui signifiant que l'engagement d'un dentiste représentait une «dépense importante et superflue» (Canada, 1931). De plus, entre le début 1931 et la fin de 1934, Mlle Brandon ne pouvait plus vraiment compter sur le Dr Bird, celui-ci ayant, dès le début de 1931, offert sa démission comme médecin attitré de la Fisher River Agency, à cause de son mauvais état de santé. Le poste est resté inoccupé jusqu'à l'été 1931, quand il a été décidé d'en faire un poste à temps partiel, de façon à ce

que le médecin en place puisse se faire un revenu en desservant la population non autochtone de la région, le but visé étant de «diminuer les dépenses» (Canada, 1931).

Le nouveau médecin travaillant à temps partiel pour la Fisher River Agency a été le Dr Percy E. Moore. Sept mois après son entrée en fonctions, il a reçu une note l'informant que son salaire annuel de 2 100 \$ serait réduit de 10 % et qu'il devait «veiller à réduire les dépenses par tous les moyens possibles» (Canada, 1932). C'est seulement en novembre 1934 que le poste de médecin attitré de la Fisher River Agency, occupé par le Dr Moore, a été transformé en poste à temps complet<sup>11</sup>.

#### *Système de santé double, de 1909 aux années 30*

En dépit du fait qu'une infirmière et un médecin aient commencé à desservir Peguis en 1924, il semble raisonnable de présumer que pendant cette période les services médicaux officiels ont été utilisés de façon limitée, et ce en raison d'une combinaison de facteurs — insuffisance des ressources fournies par le gouvernement fédéral, restrictions pesant sur la prestation de services aux autochtones et sur l'accès à ces services pour les autochtones, et grandeur du territoire que devaient parcourir les deux professionnels de la santé concernés. Cette hypothèse a en fait été confirmée par plusieurs anciens. Néanmoins, il semble qu'un système de santé parallèle existait alors et que ce système a continué de bien fonctionner jusque dans les années 30.

D'après ce que nous ont dit les anciens, à peu près toutes les personnes qui ont quitté St. Peter pour aller s'installer à Peguis étaient des Anglicans, et on ne dispose d'aucune donnée permettant de croire que des cérémonies ou activités spirituelles traditionnelles ont eu lieu dans la nouvelle réserve. Néanmoins, les remèdes utilisés dans la médecine traditionnelle ont continué d'être utilisés conformément à la tradition. Deux des anciens que nous avons interrogés ont parlé de médicaments traditionnels qui étaient largement utilisés :

Nous utilisons des «médicaments indiens» [...] des racines [...] l'une était le weh'kes [prononcer wi-ké], que les anglais appellent «Indian ginger»<sup>12</sup>. Je me rappelle, on avait un médicament pour le coeur, ça s'appelait [prononcer «namaypin»] [...] ça poussait là derrière [...] Je ne sais pas comment on appelle ça en anglais [...] on avait un médicament contre la fièvre et pour faire cesser les saignements [...] On tirait aussi de l'épinette un médicament que je mettais sur les plaies de mes enfants pour favoriser la guérison [...] On avait des médicaments pour tout [...] même pour les maladies vénériennes [...] Il y avait aussi un médicament que prenaient les femmes après avoir accouché. Ce

médicament nettoyait le système et aidait à reprendre des forces [...] c'était de la racine de groseillier noir. On allait dans les fondrières pour en trouver; il y avait de petits [...] on les appelait «tea pots». On en prenait cinq et on les faisait bouillir; on buvait cette boisson après avoir eu un bébé. (Aurelia Thickfoot, 77 ans)

Si tous les ménages continuaient d'utiliser bon nombre des plantes en usage dans la médecine traditionnelle, deux types de praticiens de la médecine traditionnelle continuaient d'offrir des services spécialisés — les «docteurs indiens» et les sages-femmes :

Il y avait ces personnes qu'on appelait les docteurs indiens [...] Il y avait entre autres [nom]. Elle était du nombre. Il y avait aussi une femme de Fisher River qui connaissait la médecine du coeur [...] Des gens de Peguis n'hésitaient pas à parcourir de grandes distances pour trouver ce qu'ils cherchaient [...] Les hommes aussi connaissaient les remèdes [...] comme mon père, mon beau-père aussi. Une fois, je l'ai aidé à faire transpirer un homme. Maintenant, on utilise une hutte de purification. Dans ce temps-là, on utilisait des médicaments pour faire transpirer les gens [...] on se servait aussi de quelque chose qu'on trouve dans l'eau, ça s'appelle le genièvre. (Aurelia Thickfoot)

Je me souviens qu'on n'allait jamais voir de docteur (blanc). Ma grand-mère était un docteur indien [...] Mon grand-père aussi. Ils travaillaient ensemble normalement, mais c'est mon grand-père qui prenait soin des hommes [...] J'avais l'habitude de suivre ma grand-mère là où on lui demandait d'aller pour soigner des malades. Mais je ne peux pas vous dire de quoi souffraient ces gens, parce que c'était confidentiel [...] ma grand-mère ne me le disait pas [...] Je lui demandais : «Grand-maman, pourquoi est-ce que tu ne nous montre pas ce que tu sais?» Et elle me répondait «Non, ma fille, quand tu seras grande, on ne pratiquera plus cette médecine».

L'une des anciennes nous a raconté que sa grand-mère avait pratiqué la médecine traditionnelle jusqu'aux tous derniers temps avant sa mort — en fait, elle se rappelait avoir accompagné sa grand-mère la dernière fois qu'elle avait rendu visite à un malade en 1935. Les anciennes se souviennent que les femmes préféraient accoucher à la maison, avec l'aide d'une

sage-femme — et ce, même après l'ouverture du poste de soins infirmiers. Parfois, les docteurs indiens aidaient les sages-femmes. Parfois aussi, l'infirmière était sur place. Il semble que certaines femmes accouchaient au poste infirmier si elles étaient à haut risque ou qu'elles y restaient un certain temps après avoir accouché s'il y avait des problèmes. Bien que le recours aux sages-femmes n'ait pas été vraiment nécessaire dans les années 20 et 30, parce que le médecin et l'infirmière parcouraient tout le territoire, certaines anciennes affirment que la plupart des femmes préféreraient faire appel à une sage-femme :

Elles [les femmes enceintes] se sentaient plus à l'aise à la maison avec leur monde.



J'ai eu douze enfants, et je les ai presque tous eus à la maison. Je préférais ça, parce que les sages-femmes avaient le tour; elles savaient comment nous aider à moins souffrir [...] Si les choses se compliquaient [...] alors, le guérisseur venait à la rescousse. (Aurelia Thickfoot)

### *Hégémonie du système médical du gouvernement*

Le budget d'exploitation des services de santé offerts aux autochtones n'a été amélioré que vers la fin des années 30. Et il semble que cette amélioration n'ait pas été étrangère au fait que le Dr Percy E. Moore soit devenu surintendant intérimaire des services médicaux en 1939. Après tout, le Dr Moore avait travaillé sur le terrain comme médecin pendant plusieurs années et il savait par expérience ce que manquer de ressources pouvait vouloir dire — contrairement à son prédécesseur, le Dr Stone. Quoi qu'il en soit, le nombre d'«hôpitaux indiens»<sup>13</sup>.

#### *L'hôpital indien de Fisher River, 1940-1973*

Même si la construction de l'hôpital de Fisher River (HFR) a été entamée l'année où le Dr Moore a quitté son poste de médecin attitré de la Fisher River Agency, il est probable que ce dernier a joué un rôle de premier plan dans la décision de construire l'hôpital sur la réserve Peguis. Un ancien nous a confié que le Dr Moore travaillait encore au poste infirmier et qu'il parlait déjà avec enthousiasme de la possibilité qu'un hôpital soit construit dans la réserve. L'une des caractéristiques uniques (et, semble-t-il, rares) de l'HFR tient au fait que le bâtiment a été presque exclusivement construit par une main-d'oeuvre autochtone de la région (sauf pour les

travaux de plomberie). Les travaux de construction ont été interrompus pendant quelque temps lorsque la guerre a éclaté en 1939. Enfin, pendant l'été de 1940, le vieux poste infirmier a été fermé et le nouvel hôpital indien de Fisher River a été officiellement inauguré par le Dr Moore.

L'établissement — que tout le monde à Peguis appelle maintenant le «vieux hôpital indien» — devait desservir la population de toutes les réserves de la région d'Interlake. Selon les notes préparées par le Dr E.L. Ross du Sanitorium Board of Manitoba pour l'ouverture officielle, l'éradication de la tuberculose dans la région d'Interlake était le principal but visé par la création de l'hôpital (Ross, 1940). Toutefois, l'HFR devait aussi offrir tout un ensemble de services médicaux généraux. Les lits destinés aux patients atteints de tuberculose étaient situés au rez-de-chaussée, et les autres lits étaient à l'étage. Au début, le personnel de l'HFR comprenait un médecin résident, une directrice des soins infirmiers (ou surveillante), deux infirmières autorisées (IA) ainsi que des infirmières auxiliaires formées et des aides de la collectivité (on trouvera plus d'information dans les prochaines pages).

Il y a passablement d'écart entre les chiffres fournis concernant le nombre de lits de l'HFR, selon la source consultée. Si l'on en juge par les notes préparées pour l'ouverture officielle (et d'autres documents gouvernementaux), l'établissement comptait initialement 24 lits, dont 12 étaient occupés par des personnes atteintes de tuberculose. Or, selon les descriptions remarquablement similaires que nous ont fournies des anciens ayant travaillé à l'hôpital, dont une personne ayant participé aux travaux de construction, l'hôpital comptait plus de 30 lits (les chiffres avancés variant de 32 à 38). Sans doute l'écart trouve-t-il une explication dans le fait, comme l'ont rapporté d'ex-employés de l'hôpital, qu'il a fallu ajouter des lits supplémentaires pour adultes et enfants à cause de la trop grande demande — le chiffre de 24 lits n'étant que le chiffre officiel. Les lits étaient répartis dans les secteurs suivants : pédiatrie, maternité, pouponnière, hommes adultes, femmes adultes, malades isolés et malades en phase terminale. L'hôpital comptait une salle d'opération et d'accouchement combinée, mais seulement des chirurgies mineures y étaient exécutées.

L'hôpital était conçu selon un plan assez curieux, c'est le moins qu'on puisse dire. La réception étant à l'étage, pour y accéder, il fallait monter un escalier passablement abrupt situé à l'extérieur du bâtiment. Ceux qui ne pouvaient monter l'escalier seuls devaient être hissés jusqu'à la réception. Il n'y avait pas d'ascenseur et tout le matériel, ainsi que les patients, devaient être transportés ou hissés d'un étage à l'autre. Toutefois, aucun des anciens employés ne s'est plaint de cet état de choses. À Peguis, l'hôpital est l'un des premiers bâtiments où l'électricité et le téléphone ont été installés. De plus, l'hôpital était doté, à la plus grande satisfaction des femmes

qui y travaillaient, de quelque chose qui était alors considéré comme un luxe. Voyons comment une ex-employée décrit les choses :

[Il y avait] une salle d'eau, avec une baignoire et une toilette pour les femmes. Les hommes n'avaient droit qu'à un évier et une toilette. Personne n'avait l'eau courante à la maison. Nous avons l'habitude de prendre notre bain à l'hôpital. Nous nous rendions au travail de bonne heure, jusqu'à une heure et trois-quarts à l'avance, afin de pouvoir prendre un bain avant de commencer notre journée de travail.

Au début, avant que les routes ne soient améliorées, le seul moyen d'obtenir du courrier ou des fournitures était de se rendre à Hodgson, où le train venait de Winnipeg trois fois par semaine. On veillait à ce que la plus grande part possible des fournitures — y compris le linge et les chemises d'hôpital — soient fabriquées par le personnel de l'hôpital lui-même, et chaque matin quelqu'un était chargé de traire les quatre vaches que gardait l'hôpital.

L'histoire de l'hôpital, entre 1940 et 1973, présente certaines caractéristiques qui méritent qu'on s'y arrête. Tout d'abord, il y a eu la réaction de la collectivité à l'installation du nouvel hôpital et à l'augmentation du nombre des services médicaux en bonne et due forme offerts à la population. Selon un ancien ayant déjà travaillé à l'HFR, au début il y avait de la résistance de la part de certains membres de la collectivité à aller à l'hôpital pour des traitements :

Quand l'hôpital a ouvert ses portes, on avait beaucoup de difficulté à convaincre les gens de venir se faire soigner à l'hôpital. Je ne sais pas [...] on aurait dit qu'ils pensaient qu'une fois rendus à l'hôpital, les médecins se mettraient à les couper en petits morceaux. Beaucoup de gens entretenaient ce genre de craintes. Je me souviens d'un jeune homme qui était en train de mourir pas très loin d'ici, et il n'y avait pas de raison pour que ce jeune meure, mais il ne voulait même pas que le médecin aille à son chevet pour l'examiner [...] Notre plus grand défi à l'époque était d'obtenir que les femmes viennent accoucher à l'hôpital. Elles ne voulaient pas avoir leur bébé à l'hôpital.

Dans l'ensemble, toutefois, les gens ont commencé à faire de plus en plus appel à l'hôpital pour différents services médicaux. Trois facteurs au moins expliquent ce revirement.

Tout d'abord, et ce fait est sans doute le plus important, au début des années 40, quand l'hôpital mettait sur pied ses services, les gens avaient de moins en moins la possibilité de recourir aux services traditionnels des sages-femmes et des docteurs indiens, à mesure que vieillissaient les personnes qui exerçaient ces métiers. Lorsqu'elles mouraient, elles emportaient leurs secrets avec elles dans la tombe. Ensuite, il y a le fait que l'état de santé de la population

laissait à désirer. Selon les rapports mensuels remis par l'agent des Indiens en 1942, tous les malades atteints de tuberculose active étaient hospitalisés et bon nombre se rétablissaient bien (Archives nationales RG 29, vol. 2930). Toutefois, en dépit de la diminution possible du nombre de cas de tuberculose, il reste que tous les rapports soumis en 1942 et 1943 indiquent que l'état de santé de la population de Peguis était mauvais, et il y est fait mention de nombreux cas de mauvaise grippe chez les enfants, de flambées fréquentes de coqueluche, de rougeole et — parfois aussi d'encéphalite et de polio. Si l'on en juge par ce que disent les anciens des changements survenus à Peguis au fil des ans, il semble que la période au cours de laquelle le vieil hôpital a fonctionné (1940-1973) a été caractérisée par un déclin de l'économie locale et par une augmentation des problèmes sociaux et de santé — problèmes reliés à la transition graduelle vers une alimentation faite de denrées achetées au magasin et peu nutritives, à des logements surpeuplés et non dotés des installations sanitaires nécessaires ainsi qu'à une augmentation de la consommation d'alcool. Il est donc possible qu'au cours de cette période la demande de services médicaux ait augmenté.

Une autre caractéristique intéressante de cette période, qui peut avoir joué un rôle dans le fait que la collectivité en est venue à accepter l'hôpital, tient au fait que l'HFR fournissait de l'emploi à de nombreux résidents de Peguis, dont certains ont participé aux travaux de construction du bâtiment, tandis que d'autres ont travaillé dans les services d'entretien, dans les cuisines ou à la buanderie. Comme le décrit bien l'informateur cité ci-après, certaines personnes ont travaillé pour l'hôpital à diverses occasions, remplissant chaque fois des fonctions différentes :

J'ai tout d'abord eu pour tâche de laver tous les murs de l'hôpital. Puis, on m'a demandé de faire des travaux de couture : coudre des chemises, des draps. J'ai ensuite eu à faire le ménage dans les quartiers réservés aux surveillantes. Puis, un jour, la cuisinière ne s'étant pas montrée depuis deux jours, on m'a demandé d'aller aux cuisines donner un coup de main, et c'est comme ça que j'ai travaillé aux cuisines pendant quinze ans.

L'expérience des aides de salle ou aides-infirmières, qui étaient presque toutes des résidentes de Peguis (sauf quelques-unes qui venaient de la réserve de Fisher River située à proximité), est particulièrement importante. Bon nombre d'entre elles ont commencé par travailler dans les cuisines ou à la buanderie, avant qu'on leur donne la possibilité de suivre une formation leur permettant de devenir aides-infirmières. D'autres ont pu dès le départ occuper un poste d'aide-infirmière. Voici un témoignage typique :

J'étais aide-infirmière. Au début, cependant, je travaillais à la buanderie [...] puis, on m'a demandé si j'aimerais travailler dans les salles. J'avais peur d'accepter, parce que je trouvais qu'il y avait trop de malades. On m'a donc affectée au lavage des planchers. Puis, on m'a dit qu'il y avait assez longtemps que je faisais ce travail et que je devrais accepter de devenir aide-infirmière, ce que je suis devenue.

La plupart des aides ont été formées sur le tas par les infirmières en poste, sauf une qui est allée à Winnipeg suivre un cours d'auxiliaire. Selon les anciennes aides-infirmières que nous avons interviewées, le personnel comptait peu d'infirmières diplômées, si ce n'est la surveillante. Il y avait quelques infirmières auxiliaires, mais on ne sait pas au juste combien d'entre elles avaient un diplôme d'infirmières auxiliaires autorisées (IAA). Il semble que pendant les 10 ou 15 premières années qui ont suivi l'ouverture de l'hôpital, certaines aides ont reçu une formation sur le tas qui leur a permis de devenir infirmières auxiliaires. Toutefois, il y avait aussi à l'hôpital des infirmières qui avaient obtenu un diplôme d'infirmières auxiliaires à Winnipeg. Au moins deux femmes autochtones de Peguis étaient des infirmières auxiliaires autorisées. Cependant, la majorité des IA et des IAA étaient des non-autochtones.

Les aides et les auxiliaires, ou IAA, devaient relever d'énormes responsabilités à l'égard des soins à dispenser aux malades, et elles accomplissaient des tâches qu'elles n'auraient sans doute pas eu à faire dans un autre établissement. Voici quelques témoignages d'anciennes aides-infirmières et IAA :

C'était excitant. Travailler à l'ancien hôpital était tout un défi. On touchait un peu à tout. On donnait les médicaments et les injections, y compris des intraveineuses, on faisait des points de suture [...] La plupart des femmes avaient un bébé chaque année ou à peu près (au début des années 60). Je me souviens d'une nuit où quatre bébés sont nés. La pouponnière était toujours pleine. Parfois, nous devions accoucher les femmes nous-mêmes parce que le médecin n'arrivait pas à temps. J'étais jeune et je n'avais pas beaucoup d'expérience en obstétrique. Il est bien certain qu'il nous fallait apprendre vite, parce qu'il y avait tellement d'accouchements. (Ann Bird, ancienne IAA à l'HFR).



J'ai acquis beaucoup d'expérience à l'hôpital, parce qu'à cette époque [...] il nous fallait tout faire, aider les médecins à accoucher les femmes, donner des injections

et même prendre des rayons-X et développer les clichés. On faisait tout ça [...] Je me souviens d'avoir aidé une femme en travail pendant toute la nuit [...] C'est moi qui étais la responsable cette nuit-là. J'ai donc appelé le médecin [...] Quand il est arrivé, la femme était vraiment mal en point, et il a décidé de faire une césarienne, et je l'ai aidé [...] Il m'a dit : «C'est la seule (aiguille) stérile que nous ayons. Il vaudrait mieux que je ne la laisse pas tomber.» (Verna Spence, ancienne aide à l'HFR)



Il n'y avait pas beaucoup d'IAA, trois peut-être. Mais il y avait pas mal d'aides de salle, et une IA comme surveillante pour chaque quart de travail. Parfois, deux IA étaient là le jour [...] une IA et une aide de salle ou la plupart du temps une IAA et une aide de salle travaillaient le soir et la nuit. Les IAA ont donc accouché un grand nombre de femmes. On n'envoyait pas les femmes accoucher à Winnipeg à ce moment-là [...] Dès ma première journée à l'hôpital, on m'a demandé d'aller à la salle d'accouchement et d'aider une femme à accoucher. On a appelé le médecin, mais quand il est arrivé le bébé était né et le cordon coupé. Il nous fallait être infirmière à cette époque-là. On ne pouvait pas dire non et laisser la mère sans aide. On faisait de son mieux. (Eleanor Olson, ancienne IAA à l'HFR)

Eleanor Olson notait dans un petit carnet les accouchements faits à l'hôpital. Quand elle a quitté, 125 accouchements étaient inscrits dans son carnet. Une ancienne infirmière auxiliaire de la collectivité nous a indiqué que l'hôpital ressemblait en fait à un poste infirmier. Le médecin n'était pas toujours là, parce qu'il lui fallait se déplacer beaucoup pour visiter les autres réserves de la région. Et comme il n'y avait pas beaucoup d'IA parmi les membres du personnel, le reste des employés faisaient le nécessaire auprès des malades. Toutes les informatrices ou presque qui avaient travaillé à l'HFR comme aide-infirmière ou comme IAA nous ont indiqué que leur travail était excitant et stimulant et que leurs relations de travail avec les infirmières et médecins non autochtones étaient passablement bonnes. Une ancienne aide de salle a décrit la situation comme suit :

Nous étions tous égaux. Elles [les infirmières blanches] n'étaient pas arrogantes. On s'entendait bien [...] les IA ou les IAA ne dédaignaient pas d'avoir à laver des couches ou des draps. Elles ne se plaignaient jamais. Elles faisaient ce qu'il y

avait à faire [...] et elles nous donnaient un coup de main si nous étions débordées [...] et on faisait de même quand on voyait qu'elles avaient besoin de notre aide.

De plus, presque tous les informateurs qui avaient déjà été hospitalisés à l'HFR déclaraient y avoir été très bien soignés. Appelées à commenter la façon dont les choses se passaient alors, plusieurs personnes nous ont dit que les employés de l'hôpital en faisaient sans doute plus que nécessaire parce qu'ils savaient qu'ils n'avaient pas les qualifications requises pour la plupart des tâches qu'ils étaient appelés à accomplir. Il y avait aussi le fait que les aides de salle et certaines IAA connaissaient souvent les patients ou des membres de leur famille. Un rapport envoyé par le surintendant adjoint aux services médicaux après une visite effectuée à l'HFR en 1942, où il est souligné que «le personnel est efficace et qu'il règne un esprit de collaboration à l'hôpital», fournit une confirmation externe des dires des informateurs concernant la qualité des soins et des relations de travail à l'HFR (Canada, 1942). Toutefois, en 1967, on trouve un point de vue différent dans un rapport soumis par un représentant anonyme de la DGSM (Canada, 1967). Cette personne souligne qu'il y avait énormément de roulement parmi le personnel infirmier. L'hôpital aurait dû compter neuf IA et neuf aides de salle. Or, il ne comptait que deux IA. Reconnaissant qu'il y avait plus de stabilité au niveau des aides de salle, cette personne y allait du commentaire suivant :

Là aussi il y avait des problèmes, à cause du roulement continu du personnel infirmier. Les aides, après avoir vu défiler de nombreuses infirmières au fil des ans, ont tendance à agir comme bon leur semble et à accorder peu ou pas d'attention aux directives qui leur sont données par l'infirmière en poste [...] Or, le but de tout hôpital est d'assurer que les patients sont bien soignés. Ce but est loin d'être atteint à l'HFR dans l'état actuel des choses (p. 1).

### *La fermeture de l'hôpital de Fisher River*

En 1973, un grand changement s'est produit à Peguis, changement qui a atteint la collectivité dans son ensemble et les employés de l'HFR plus particulièrement. Cette année-là, le vieil hôpital a fermé ses portes et un nouvel établissement — l'hôpital Percy E. Moore (HPEM) — a vu le jour à la frontière sud de la réserve Peguis, sur un bout de terrain cédé au gouvernement fédéral.

Plusieurs raisons expliquent la naissance du nouvel hôpital Percy E. Moore. Tout d'abord, il y a le fait que le vieil HFR avait été condamné quelques années plus tôt, parce qu'il avait été jugé désuet et non sûr (Canada, 1964a; Canada, s.d. b). Ensuite, on espérait qu'un établissement moderne attirerait les médecins et les inciterait à rester plus longtemps dans la région. On voulait

aussi que le nouvel hôpital desserve les collectivités des premières nations vivant du côté est du lac Winnipeg en plus des collectivités de la région d'Interlake. Toutefois, la principale raison semble avoir été le désir, de la part du gouvernement fédéral, de fonder un complexe hospitalier pouvant répondre aux besoins des populations autochtone et non autochtone de la région. On croyait qu'il serait plus rentable, économiquement parlant, de créer un tel complexe plutôt que de mettre sur pied un établissement de santé destiné aux Indiens seulement, et que l'importance de la population à risque desservie justifierait l'engagement de deux médecins, ce qui permettrait de relever le niveau des services offerts tant aux autochtones qu'aux non-autochtones (Canada, 1964a).

Il semble toutefois, si l'on en juge par certaines données, que d'autres raisons que la volonté d'améliorer le rapport coûts-efficacité expliquent la décision prise.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé avait recommandé que l'administration des services de santé offerts aux Canadiens autochtones fasse partie des attributions des provinces et que les services de santé offerts aux autochtones soient les mêmes que ceux offerts aux autres Canadiens (Canada, 1964b). Dans une note adressée au directeur des Services médicaux à Ottawa la même année, le surintendant régional des services médicaux, région du centre, proposait que la gestion du nouvel hôpital soit assumée par les autorités provinciales (Canada, 1964c)<sup>14</sup>. Quelle que soit la motivation derrière la décision qui a été prise, il ressort des propos que nous ont tenus les informateurs interrogés que la fermeture du vieil hôpital était perçue comme une perte majeure par la population de Peguis, et ce pour plusieurs raisons. Le fait que le nouvel hôpital n'était pas situé dans un emplacement central était sans contredit vu comme un inconvénient, mais ce motif n'était pas la principale objection qu'avait la population. Presque tous les informateurs nous ont parlé du vieil HFR comme de «leur» hôpital, d'un hôpital «communautaire», d'un «vrai hôpital indien». Une personne nous a dit que les médecins de l'HFR étaient «plutôt des médecins de famille» et que les gens se sentaient «à l'aise» avec ces médecins qui faisaient des visites à domicile. Rien de tel au nouvel hôpital.

Pour les aides de salle et les IAA (qui au départ sont toutes allées travailler au nouvel hôpital), les nouvelles normes en vigueur signifiaient qu'elles ne pouvaient plus remplir les fonctions qu'elles avaient l'habitude de remplir quand elles étaient au vieil hôpital — d'où un travail moins stimulant. Les nouvelles IA (dont certaines venaient du vieil hôpital de la collectivité non autochtone voisine de Fisher Branch) ont assumé bon nombre des fonctions auparavant dévolues aux aides et aux infirmières auxiliaires autorisées. Plusieurs anciens

employés de Peguis ont déclaré qu'au nouvel hôpital les relations de travail entre les IA, les aides et les IAA étaient tendues. Pour ce qui est des soins infirmiers offerts, la plupart des informateurs qui avaient déjà travaillé ou déjà été soignés au vieil hôpital d'abord puis au nouveau se sont dits d'avis qu'il y avait une diminution de la qualité des soins.

Pour les membres de la collectivité en général, le nouvel hôpital était cause de désappointement pour plusieurs raisons. Tout d'abord, preuves documentaires à l'appui, les trois collectivités locales avaient été amenées à croire que le nouvel établissement serait un véritable hôpital communautaire dirigé par un conseil local composé aux deux tiers de représentants autochtones<sup>15</sup>. Ensuite, quelques années seulement après l'ouverture du nouvel hôpital, les services de chirurgie étaient réduits à néant, seulement quelques accouchements à faible risque y étaient effectués et le nombre de lits avait été réduit de plus de la moitié — ce qui poussait beaucoup de gens à croire qu'ils étaient bien mal desservis. Au cours de sa première année complète d'exploitation, soit en 1974, l'hôpital Percy E. Moore (HPEM) a atteint un point d'utilisation maximal, avec un taux d'admission équivalant à 250 % du taux enregistré au vieil HFR la dernière année où cet hôpital a été ouvert. Toutefois, la participation communautaire et l'utilisation ont diminué de façon radicale en 1975. Vers le milieu de 1976, le taux d'occupation moyen était de seulement 39 %, et on envisageait sérieusement de fermer cet hôpital d'avant-garde (Manitoba, 1976).

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à cet état de choses. Jusqu'au début de 1975, les patients admis à l'HPEM ne venaient pas seulement du district local, mais aussi des réserves situées à l'est du lac Winnipeg (Berens River, Little Grand Rapids, Pauingassi et Poplar River). Néanmoins, étant donné l'absence de service aérien satisfaisant dans la région, le déplacement des patients en provenance de ces réserves jusqu'à l'hôpital était difficile et inconfortable. Et comme, parallèlement, le service de transport par avion entre ces réserves et Winnipeg s'est amélioré et est devenu moins cher, les patients ont commencé de plus en plus à être acheminés vers Winnipeg plutôt que vers l'HPEM (Copping, 1976). Bien qu'il explique en partie la diminution du taux d'utilisation de l'HPEM, ce facteur n'est pas le principal facteur en cause, si l'on en juge par les données que nous avons pu réunir.

En 1975, le contrat conclu avec un groupe de médecins d'Arborg pour la prestation de services médicaux à l'hôpital Percy E. Moore a pris fin dans des circonstances passablement controversées<sup>16</sup>. En 1983, un rapport sur l'hôpital Percy E. Moore réalisé par un expert-conseil indépendant concluait que cet établissement était «l'un des complexes médicaux le

plus avancé et le plus inefficace de tout le Canada» (Service administratif canadien outremer, 1983, p. 3). Ce rapport soulignait le mécontentement général à l'égard de l'hôpital et recommandait que l'HPEM soit converti en hôpital communautaire offrant des soins actifs et des soins de longue durée, sous le contrôle entier d'un conseil hospitalier communautaire. Aucune des recommandations de cette étude n'a été appliquée.

Enfin, l'observation qui revenait le plus souvent, de façon presque unanime, dans les propos des informateurs au sujet des doléances de la population, concernait le taux élevé de roulement du personnel médical à l'HPEM. Bien qu'au fil des ans plusieurs médecins semblent avoir gagné la confiance des résidents de Peguis, bon nombre d'informateurs nous ont parlé d'expériences négatives qu'ils avaient vécues et qui leur avaient fait perdre confiance dans l'hôpital Percy E. Moore. Ces informateurs laissaient entendre que bon nombre de résidents de Peguis préféraient voir un médecin de famille d'Arborg, ou même de Winnipeg, afin d'être sûrs d'avoir un suivi dans les soins obtenus. Un travailleur communautaire du domaine de la santé a confirmé que beaucoup de femmes préféraient, pour la même raison, se rendre à Winnipeg pour accoucher.

Souvent aussi, les informateurs invoquaient le fait qu'à compter du moment où l'Université du Manitoba a été chargée d'assurer les services médicaux la population a été desservie par des médecins jeunes et inexpérimentés. Un ancien a même fait le commentaire suivant, empreint de ressentiment : «Ces jeunes blancs-becs venaient seulement s'exercer sur nous. Quand ils avaient acquis assez d'expérience, ils s'en allaient pratiquer ailleurs.»

Selon le Dr Sharon MacDonald, directrice médicale de l'UMRN, quatre facteurs au moins expliquent pourquoi il était difficile de convaincre les médecins de rester en poste dans cet hôpital rural. Tout d'abord, il y avait le fait que l'hôpital relevait de plusieurs paliers de gouvernement — les médecins étaient employés par l'Unité médicale des régions nordiques J.A. Hildes de l'Université du Manitoba, la province assumait les indemnités quotidiennes versées aux médecins et la Direction générale des services médicaux (DGSM) du gouvernement fédéral assumait la gestion générale de l'hôpital — ce qui rendait la résolution de problèmes difficile et qui donnait par moments aux médecins le sentiment d'être pris entre le marteau et l'enclume. En deuxième lieu, du fait que l'HPEM était un établissement géré par la DGSM et non un rouage intégré au système de soins de santé de la région d'Interlake, les médecins se sentaient isolés sur le plan professionnel — ils étaient salariés (et non rémunérés à l'acte comme leurs pairs des autres hôpitaux de la région) — et aucun système conjoint de service sur appel n'était en place. En troisième lieu, comme on ne disposait de fonds que pour quatre médecins (dont l'un devait

principalement desservir Fisher Branch), les médecins étaient sur appel une nuit sur quatre et en disponibilité comme remplaçant une nuit sur deux. Combiné à une demande importante, un système aussi rigoureux pouvait conduire les médecins à l'épuisement professionnel. Enfin, les médecins vivaient une forme d'isolement physique et social dans la région. Le manque de logement en dehors de l'emplacement de l'hôpital rendait difficile l'intégration des médecins blancs à la collectivité autochtone locale<sup>17</sup>. En résumé, les gens de Peguis considéraient le vieil hôpital de Fisher River comme «leur» hôpital, un établissement où ils se sentaient à l'aise, et ce en dépit du fait que cet hôpital était géré par le gouvernement fédéral. En revanche, le nouvel hôpital, soit l'hôpital Percy E. Moore, est un établissement moderne géré suivant une filière bureaucratique, et il n'est pas considéré comme faisant partie intégrante de la collectivité. Les questions qui se posent actuellement au sujet de l'HPEM sont examinées plus en détail dans la section qui débute à la page 58.

#### *Services de santé publique (1940-1980)*

Malheureusement, les informateurs n'ont pu nous fournir que des bribes d'information au sujet de l'histoire des services de santé publique entre 1940 et les années 70. Dans les documents d'archives du gouvernement, nous n'avons trouvé que quelques allusions aux services de santé publique offerts à Peguis avant 1980.

En 1940, quand l'ancien poste infirmier a été fermé, c'est principalement l'hôpital de Fisher River qui offraient des services de santé communautaire à la population — il en a été ainsi jusque vers le milieu ou la fin des années 50. Toutefois, il ne semble pas qu'aucun programme de santé publique ait été offert au cours de cette période. En fait, d'anciens employés de l'HFR se rappellent qu'à cette époque la directrice des soins infirmiers était aussi la personne de qui relevait la prestation des services de santé publique dans la collectivité. Eleanor Olson, qui a commencé à travailler comme IAA au service externe de l'HFR vers 1957, nous a indiqué qu'il lui arrivait souvent de partir en tournée avec les médecins pour des campagnes d'immunisation dans les écoles des réserves Peguis, Fisher River et Jackhead. Elle se souvient aussi que vers 1959 elle se rendait tous les matins (avant son quart de travail à l'hôpital qui commençait à 8 heures) chez un patient qui était le premier cas connu de diabète à Peguis, pour lui donner une injection d'insuline.

En plus des services de santé publique offerts par le personnel infirmier de l'hôpital de Fisher River, plusieurs informateurs nous ont dit que dès 1940 une infirmière se rendait dans la collectivité chaque année à l'occasion du Treaty Day pour aider le médecin à prendre des rayons X pour le dépistage des cas de tuberculose. Certains se souviennent aussi que dans les années 50

une infirmière se rendait dans les écoles pour distribuer des pilules aux enfants. Quelqu'un nous a dit que ces pilules (des vitamines probablement) ressemblaient à des biscuits pour chien et que bon nombre d'enfants pensaient qu'ils étaient punis quand on leur en donnait. Toutefois, on ne sait pas au juste d'où venaient ces infirmières. Selon Rita Dozois, autrefois infirmière à la DGSM, il est possible qu'une infirmière de santé publique à l'emploi du gouvernement provincial ait desservi la région dans les années 50 — mais nous n'avons pas pu confirmer cette information.

Rien ne permet de croire que le gouvernement fédéral ait offert de façon régulière des services de santé publique organisés avant la fin des années 50, à Peguis comme dans les réserves avoisinantes. Qui plus est, les services qui ont été offerts par la suite étaient très limités : une infirmière de santé publique desservait toutes les réserves de la région d'Interlake. Elle travaillait dans une vieille demeure située à côté de l'HFR (il s'agissait, selon un informateur, de l'ancien poste infirmier), et son bureau était officiellement connu sous le nom de Centre de santé de Fisher River.

En 1962, les services de santé publique offerts dans la région ont pris de l'ampleur quand Dorothy Stranger, qui était née et avait grandi à Peguis, a été engagée en qualité de travailleuse en santé communautaire au Centre de santé de Fisher River. Elle était la première à occuper ce poste. Le programme de formation des travailleurs en santé communautaire était le plus important d'une série de programmes de formation offerts par le gouvernement aux autochtones désirant faire carrière dans le domaine de la santé comme auxiliaires ou para-professionnels (Whitmore et coll., 1988). Lancé en 1960 à Norway House au Manitoba, ce programme visait à enseigner les concepts de base de la santé et de l'hygiène à des auxiliaires du domaine de la santé, qui devaient par la suite transmettre ces connaissances aux membres de leur collectivité. Dorothy Stranger a été l'une des trois autochtones qui ont reçu cette formation au Manitoba lors de la première année de mise en oeuvre du programme, en 1961.

Dorothy Stranger venait à peine de commencer à travailler quand Anna Pothorin, qui avait occupé un poste de surveillante à l'HFR, a été engagée comme infirmière de santé communautaire (ISC)<sup>18</sup>. À un certain moment, en 1970 ou 1971, les services de santé publique officiels ont pris de l'expansion dans la région d'Interlake : plus d'infirmières ont été engagées, de telle sorte qu'une ISC desservait chacune des réserves. Anna Pothorin a alors assumé la direction du Centre de santé de Fisher River et elle s'est par la suite principalement occupé des problèmes de la population de Peguis même. En 1977, du personnel auxiliaire supplémentaire a été engagé pour la région des lacs. Il s'agissait de représentantes en santé

communautaire ou RSC. Verna Spence, qui avait travaillé comme aide-infirmière au vieil hôpital, a alors commencé à travailler avec Dorothy Stranger comme RSC, et elles étaient principalement chargées de desservir la population de Peguis.

Les RSC et bon nombre d'infirmières se souviennent avec tendresse d'Anna Pothorin, qui est demeurée infirmière chef du Centre de santé de Fisher River jusqu'en 1980, quand la bande a commencé à assumer la gestion du centre de santé et a engagé ses propres infirmières (voir la section suivante). Voici un témoignage révélateur :

Je me souviens de M<sup>lle</sup> Pothorin qui se rendait à Jackhead de temps à autres et qui, chemin faisant, arrêtait [...] juste pour voir comment j'allais et comment allaient les enfants. Elle était très aimée. Dorothy Stranger aussi. Elles étaient très aimables. Je me souviens, une fois, [ma fille] était malade [...] et elle [Anna] a laissé sa voiture à la route pour venir chez moi. Il neigeait, il faisait froid [...] Nous n'amenions nos enfants à l'hôpital que très rarement. Elle est donc venue chez moi. M<sup>lle</sup> Pothorin était comme un membre de la famille. Elle était l'une des nôtres.

Cette même informatrice signale qu'elle avait appris jeune à utiliser du cornouiller comme médicament. Elle en donnait à ses enfants quand ils avaient le rhume. Quand elle a parlé de ce médicament à Anna Pothorin et à Dorothy Stranger, ces dernières lui ont dit que ce qu'elle faisait était bien. Jamais elles ne l'ont incitée à renoncer aux médicaments traditionnels. Selon Rita Dozois, qui a travaillé comme infirmière pour la DGSM, Anna Pothorin avait des qualités personnelles qui contribuaient à faire d'elle une excellente infirmière de santé communautaire :

[ [...] ] de tempérament égal, elle acceptait les autres [...] elle savait prendre le temps d'écouter ce que les gens avaient à dire, sans les brusquer. Ainsi était Anna [...] avec le temps, elle a obtenu plus de résultats que beaucoup d'autres infirmières qui se montraient plus exigeantes. Anna était aimée partout où elle allait, parce qu'elle était compréhensive.

Malheureusement, Anna Pothorin est décédée en 1989 et avec elle sont disparues beaucoup d'informations sur cette tranche de l'histoire des services de santé à Peguis. Ce qu'on peut affirmer, c'est que sous sa direction, et avec l'aide des RSC, ont été jetés les fondements des services de santé publique dont la collectivité a pu bénéficier. Les besoins de la population de Peguis sur le plan de la santé au cours des années 60 et 70 étaient le reflet de l'état de développement de la collectivité — bon nombre de problèmes étaient rattachés au taux de chômage élevé qui sévissait et aux conditions de vie déplorables dans lesquelles vivaient la

population de la réserve — le personnel de santé publique faisait de son mieux pour répondre à ces besoins. Toutefois, à partir de la fin des années 70 et de plus en plus au cours des années 80, la collectivité a commencé à vivre une transition qui allait s'accompagner de changements dans les services de santé.

### *Résumé*

Entre 1940 et 1979, l'histoire de Peguis est marquée au coin d'un déclin économique grave. Au cours de cette période, la collectivité est passée de l'auto-suffisance à la dépendance et au sous-développement — la population en est ainsi venue à ne plus avoir de pouvoir sur les conditions qui déterminaient son état de santé. L'histoire des services de santé au cours de cette période reflète la même tendance : elle se caractérise par une hégémonie de plus en plus grande du système médical bureaucratique instauré par le gouvernement et, pour la collectivité, par la perte de tout contrôle et de tout sentiment de pouvoir sur la prestation des soins de santé. Les tableaux 1 et 2 qui suivent fournissent un résumé des principaux événements qui ont marqué cette période.

### **Transfert aux autorités locales des services de santé communautaire (1979-1991)**

Au cours des années 70, le gouvernement fédéral s'est mis à transférer aux bandes ou aux conseils tribaux la gestion d'un certain nombre de services de santé — entre autres, le transport local des malades, les représentants en santé communautaire et certains services infirmiers — par le biais d'accords de contribution. Si l'on peut s'interroger sur les facteurs qui ont motivé une telle démarche, il ne fait aucun doute que celle-ci coïncidait avec un désir de plus en plus affirmé des premières nations de présider davantage à leur propre destinée.

Dans un document paru en 1971, intitulé *Wahbung — Our Tomorrows*, la Manitoba Indian Brotherhood (MIB) tirait, au terme d'un constat de l'état déplorable de la santé dans les communautés autochtones du Manitoba, la conclusion suivante au sujet de la prestation des services de santé :

De tout temps, deux facteurs ont nui à l'efficacité des services de santé : l'incompréhension et l'absence de participation des Indiens. Comme l'administration des hôpitaux et des postes de soins infirmiers et l'élaboration des programmes de médecine curative ou préventive relèvent de pouvoirs extérieurs à la communauté, celle-ci n'a pour ainsi dire aucun mot à dire sur ce plan [...] Il est essentiel [...] que nous intervenions plus directement dans la définition de nos

besoins, l'établissement de nos programmes et de nos priorités, et dans la mise en oeuvre des programmes et des services (MIB, 1971, p. 172).

La MIB a recommandé la création d'un Conseil régional des services de santé formé d'un nombre égal de représentants des premières nations du Manitoba et du gouvernement fédéral. Ce conseil aurait pour mandat d'évaluer les services de soins de santé en place; de recommander des politiques sur l'adaptation des programmes, sur l'élaboration de nouveaux programmes et de méthodes de prestation et de faciliter la création de conseils d'administration d'hôpitaux et de comités de santé à l'échelon communautaire (MIB 1971). Il semble que la recommandation de la MIB soit restée sans écho.

Pourtant, en 1978, le Chef de la DGSM-Région du Manitoba faisait observer que les choses avaient beaucoup évolué au Manitoba aux plans de la participation des Indiens et du transfert des pouvoirs dans le secteur des services de santé, citant à l'appui plusieurs exemples :

-Pour la première fois, les représentants des Indiens de partout au Manitoba, la Manitoba Indian Brotherhood et le personnel des services médicaux ont pris part à une réunion de planification de la santé dans la réserve de Norway House, les 7 et 8 septembre 1977, pour faire le point sur les programmes de santé destinés aux Indiens du Manitoba et discuter de leur avenir. Des réunions de ce genre auront lieu de manière continue.

-La majorité des bandes du Manitoba sont chargées par contrat de fournir des services de transport et de RSC.

-Les bandes de Pas, de Fort Alexander et de Sandy Bay sont chargées par contrat de fournir des services de soins infirmiers et la bande de Pas devrait assumer la pleine responsabilité du programme de santé au cours de la prochaine année financière.

-De plus, on prévoit que la bande de Pas demandera que lui soit confiée, par contrat, la responsabilité de dispenser des services de soins infirmiers au cours de la prochaine année financière (Canada 1978a).

Whitmore et coll. (1988) ont laissé entendre que, si le transfert des responsabilités administratives à l'égard de certains services liés à la santé a été utile en ce qu'il a permis aux intéressés d'acquérir de l'expérience en gestion de programmes et en administration locale, il ne peut être considéré comme un transfert de pouvoirs, la DGSM ayant conservé ses pouvoirs de financement et une influence considérable sur les programmes. Dans la section qui suit, nous

tenterons de déterminer la pertinence de cette critique à la lumière des événements qui se sont produits à Peguis.

**Tableau 1**  
**Faits marquants de l'histoire des services de santé et de santé communautaire à Peguis avant 1940**

<b>Développement communautaire</b>	Réinstallation et survivance économique
<b>Politique/services en matière de santé des autochtones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Absence de système de santé autochtone complet [<i>Acte de l'Amérique du Nord britannique, Loi sur les Indiens, traités</i>]</li> <li>● Position du gouvernement : prestation de services dans une optique «humanitaire», et non en vertu d'une obligation fiduciaire ou juridique</li> <li>● Période de compressions budgétaires/de sous-financement chronique des services de santé aux autochtones</li> </ul>
<b>Services de santé de Peguis</b>	<p>Système de santé double</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● →<b>1923</b> : services intermittents de médecins rattachés à la Fisher River Agency</li> <li>● <b>1924</b>→ : services permanents d'un médecin rattaché à la Fisher River Agency</li> <li>● <b>1924</b>→ : infirmière à l'emploi de la Fisher River Agency (engagée par l'Église anglicane?)</li> <li>● <b>1930-1940</b> : Poste de soins infirmiers de Fisher River (infirmière résidente)</li> <li>● →<b>milieu des années 30</b> : «docteurs indiens» et sages-femmes</li> </ul>

**Tableau 2**  
**Faits marquants de l'histoire des services de santé et de santé communautaire**  
**à Peguis : 1940-1979**

<p><b>Développement communautaire</b></p>	<p>«Sous-développement économique»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● déclin économique</li> <li>● problèmes sociaux en hausse</li> </ul>
<p><b>Politique/services en matière de santé des autochtones</b></p>	<p>«Services de santé autochtones organisés»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>1945</b> : la responsabilité des services de santé aux autochtones est transférée à SBSC, ministère nouvellement créé</li> <li>● <b>1962</b> : la DGSM est créée</li> <li>● <b>années 70</b> : les premières nations demandent plus de participation à la prestation des services de santé, la DGSM transfère la responsabilité de certains services de santé communautaire à la bande, au conseil tribal (service local de transport des malades, RSC, etc.)</li> <li>● <b>1979</b> : nouvelle «politique en matière de santé des Indiens»</li> </ul>
<p><b>Services de santé de Peguis</b></p>	<p>«Contrôle du système de santé par le gouvernement»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>1940</b> : Hôpital indien de Fisher River (fermeture du</li> <li>●<b>années 50</b> : services de santé publique offerts dans la</li> <li>●<b>1962</b> : 1<sup>re</sup> RSC au centre de santé</li> <li>●<b>1972</b> : la responsabilité du service local de transport</li> <li>●<b>1973</b> : le nouvel hôpital Percy E. Moore ouvre ses</li> <li>●<b>1979</b> : les RSC et les infirmières relèvent désormais</li> </ul>

### *Les services de santé publique aux mains des autorités locales*

Comme nous l'avons souligné, on ne peut qualifier de malheureuse l'expérience qu'ont eue les Peguis de la période allant du milieu des années 60 à 1979, où les services de santé publique ont été gérés par le gouvernement, et ce, grâce au fait que l'infirmière de santé publique ait apparemment réussi à se faire accepter de la collectivité. Il reste que depuis la mainmise sur les services d'éducation en 1977, le désir de prendre le relais de la gestion des services communautaires ne semble avoir jamais cessé de s'affirmer dans la collectivité de Peguis. La DGSM avait déjà passé avec celle-ci une entente en 1972 de manière à permettre à la bande d'organiser et de financer ses services locaux de transport des malades dans la région et vers le centre médical le plus proche. Au début de 1978, le chef et le conseil de Peguis avaient entamé des pourparlers avec la DGSM en vue d'élargir leurs pouvoirs en matière de services de santé. Dans un document visant à préciser l'interprétation donnée par la DGSM de la Région du Manitoba à la nouvelle politique relative à la santé des Indiens adoptée en 1979, il est dit qu'«à l'avenir, on s'emploiera surtout à aider les bandes et les associations indiennes à fournir elles-mêmes les services» (DGSM, s.d.). La même année, la responsabilité des services assurés par les infirmières de santé publique et les RSC était transférée à la bande de Peguis. Au début de 1980, la communauté de Peguis prenait en main la gestion locale de son centre de santé, rebaptisé Centre de santé de Peguis.

Anna Pothorin et les infirmières travaillant dans les réserves de Jackhead, de Fisher River et de Lake Manitoba se sont réinstallées dans un petit local de l'hôpital Percy E. Moore, où elles ont continué de dispenser des services de santé publique aux autres collectivités d'Interlake. Lorsque la bande a pris en main le centre de santé au début de 1980, Kathy Bird (originaire de Norway House mais installée à Peguis depuis 1970 après avoir épousé un membre de la bande de Peguis) travaillait comme infirmière autorisée au Percy E. Moore Hospital depuis environ un an après avoir obtenu son diplôme de la Brandon General Hospital School of Nursing en 1978. Elle avait toujours rêvé d'être infirmière de santé publique. En avril 1980, Kathy a été la première infirmière de santé communautaire recrutée par le Centre de santé de Peguis. Au moment du départ à la retraite de la seconde infirmière chef recrutée par la bande, Kathy a accédé au rang d'infirmière responsable des services de santé publique de Peguis, poste qu'elle occupe encore actuellement.

Il est difficile de juger de la première réaction des membres de la collectivité au transfert à la bande de l'administration du nouveau centre de santé. Il semble que dans un premier temps ce changement ait suscité une certaine déception, surtout chez les personnes qui, au fil des ans,

s'étaient habituées à Anna Pothorin. Comme l'a fait remarquer une femme (qui se souvenait des consultations pédiatriques et des injections données par Anna à domicile) :

C'était difficile au début [...] Bien sûr, on était content qu'il [le centre de santé] soit dirigé par des membres de notre communauté, mais le local était très petit et il fallait s'asseoir et attendre son tour [...] Et l'ambiance n'était pas la même qu'à la maison [...]

Cependant, le mandat des programmes de santé publique évoluait. À l'époque d'Anna Pothorin, les efforts portaient essentiellement sur la lutte contre les maladies infectieuses, et compte tenu de la rareté des voitures privées et de l'état lamentable des routes à Peguis, l'infirmière devait beaucoup se déplacer pour dispenser ses services à domicile. Lorsque la bande a pris le relais de la gestion du centre de santé, l'accent a été mis sur la prévention des maladies et sur l'éducation sanitaire. La prise en charge de sa propre santé était devenue le nouveau credo. En dépit des quelques critiques exprimées, dans l'ensemble, les personnes interrogées se sont accordées à dire que la prise en main du centre de santé par «des membres de notre propre communauté» était un grand pas en avant. Les observations de deux membres de la collectivité sont à cet égard révélatrices de l'opinion générale :

C'est notre peuple, ce qui est très bien [...] Le seul inconvénient c'est qu'il fallait soi-même se déplacer. Maintenant, on a prévu un véhicule qui passe prendre les gens sans voiture, c'est extraordinaire [...]



Au moins, on est toujours sûr qu'elles sont là [...] On leur parle plus facilement [aux infirmières de Peguis] [...] On se sent plus à l'aise de répondre franchement à leurs questions [...] On est plus proche d'elles que de certaines étrangères [...]

Quelles répercussions ce transfert administratif a-t-il eues sur le fonctionnement des services de santé publique à Peguis? Il importe de souligner que lorsque la DGSM a cédé aux bandes la responsabilité des services assurés par les RSC et les infirmières de santé communautaire (ISC), le transfert visait une année-personne *ainsi que le contenu du programme de la DGSM*. Les propos d'une ancienne infirmière cadre de la DGSM qui connaissait bien la communauté de Peguis résume parfaitement la position de la DGSM :

La seule chose qui aurait inquiété les gens à l'époque c'était que s'ils (les Peguis) devaient assumer la responsabilité du programme, ils devaient accepter

globalement le Programme et ne pas se montrer sélectifs [...] La santé de la mère et de l'enfant arrivait en tête de liste de nos priorités [...] Notre second objectif était la lutte contre les maladies transmissibles, autrement dit essentiellement les immunisations [...] Nous avons également la responsabilité de la santé en milieu scolaire, des soins aux personnes âgées et des maladies chroniques [...] À l'époque, nous avons ces cinq priorités [...] En d'autres termes, ces programmes n'étaient absolument pas négociables lorsqu'ils ont pris le relais [...] Bien sûr, ils étaient libres de dispenser autrement les soins.

Ainsi, théoriquement, le personnel du centre de santé de Peguis pouvait dispenser les services de santé publique à sa façon. Par contre, il était encore tenu d'offrir des programmes élaborés par la DGSM conformément aux priorités gouvernementales et de rendre compte régulièrement à la DGSM. À ce sujet, voici ce que dit Verna Spence, l'infirmière de santé communautaire :

J'ai tout simplement continué à faire comme avant [...] je n'ai constaté aucune différence après 1980 [...] Nous étions encore obligés de remettre à la DGSM des rapports mensuels [...]

Kathy Bird décrit ainsi le transfert aux autorités locales des programmes de santé publique :

[...] les bandes détenaient un seul pouvoir, celui de recruter leur propre personnel et de nous payer. Elles recevaient des Services médicaux une somme pour nous rémunérer [...] Ils (la DGSM) voulaient encore contrôler tout le reste [...]

Bien que la prise en main par les autorités locales des services de santé publique ait souffert d'une absence de pouvoirs réels, la nouvelle entente présentait certains avantages. Avec la régionalisation des services de santé, où les intervenants en santé devaient rendre compte directement au chef et au conseil de bande, le centre de santé de Peguis pouvait répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins communautaires. Kathy Bird témoigne :

[...] si nous percevions un besoin dans la collectivité [...] si nous constatons que, selon les lignes directrices, les Services médicaux ne pouvaient combler les besoins en santé, nous faisons les démarches nécessaires pour y remédier [...] Nous avons de bons rapports de travail avec le chef et le conseil, et nous pouvions toujours compter sur leur appui.

La régionalisation s'est également traduite par une participation accrue à des activités communautaires axées sur la santé publique et la sensibilisation à la santé publique. Si l'on se fie aux comptes rendus descriptifs des infirmières et aux rapports mensuels<sup>19</sup>. Si l'on regarde l'évolution des services de santé de 1979 à 1991, il est évident que plusieurs facteurs ont empêché le centre de santé de Peguis d'offrir un programme de santé publique qui satisfasse totalement aux bénéficiaires comme aux dispensateurs de ces services. Les quelques pages qui suivent les résumant.

### *Exiguïté des locaux*

Lorsque la communauté de Peguis a pris en main l'administration de son centre de santé, celui-ci se trouvait dans un vieil immeuble qui à l'origine abritait le bureau des Affaires indiennes de la Fisher River Agency. En raison de l'exiguïté des locaux, le personnel n'a pu offrir de séances d'éducation sanitaire à des groupes tels que les femmes enceintes et les diabétiques. À cela, s'ajoutait le problème plus grave du délabrement de l'immeuble dont la structure avait été gravement endommagée par de multiples inondations. Un employé qui travaillait dans l'immeuble se souvient qu'«il pleuvait sur nos têtes et nous avions froid ensemble l'hiver». Au début de 1984, l'immeuble avait été condamné. On trouve dans les notes de service et les rapports mensuels qu'adressait Kathy Bird à la DGSM de fréquentes allusions aux graves dangers que représentait pour la santé l'état des locaux au centre de santé, entre autres : les trous dans la cheminée d'où s'échappait du monoxyde de carbone, des fissures dans les murs de béton et les prises de courant qui ne fonctionnaient pas. Malheureusement, le problème n'a pas été résolu avant juillet 1987, lorsque le centre de santé de Peguis a déménagé dans les locaux qu'il occupe actuellement.

### *Contraintes administratives*

À l'inconfort des locaux se sont ajoutés des problèmes spécifiquement liés à la prise en charge par les autorités locales du centre de santé. Le 12 novembre 1981, le personnel du Centre de santé de Peguis, le chef et le conseil de bande adressaient une lettre au directeur de la DGSM-zone sud de la Région du Manitoba, dans laquelle ils demandaient l'affectation au centre de santé d'un coordonnateur ou d'un administrateur qui serait en communication directe avec le chef et le conseil ainsi qu'avec la DGSM. Voici un extrait de cette lettre qui illustre très bien le dilemme de la communauté de Peguis.

[...] Dans l'état actuel des choses, nul n'est *directement* responsable du Programme de santé de Peguis. Le chef et le conseil sont les employeurs; or, ce

sont les lignes directrices des Services médicaux qui sont suivies. Tout se passe comme si le personnel du centre de santé devait obéir indirectement à deux patrons; qu'il ne relevait d'*aucune* autorité et ne bénéficiait d'*aucun* encadrement *directs*. Il faut que quelqu'un soit sur place pour offrir cet encadrement et exercer cette autorité, de préférence une personne qui est au courant de ce qui doit être fait et qui saura faire valoir les besoins du personnel et ceux de la collectivité. Les infirmières se voient obligées de concilier l'administration du bureau de santé avec la mise en oeuvre des programmes de santé communautaire nécessaires [...]

À notre point de vue, la désignation d'un administrateur serait un pas en avant dans le sens de la gestion, par les autochtones, de leurs propres besoins et programmes [...] [soulignement dans l'original]

Kathy Bird, infirmière chef du centre de santé de Peguis, considère qu'en raison de son double rôle d'administratrice et d'intervenante en santé, ses fonctions d'infirmière se sont doublées de beaucoup de paperasserie et de réunions avec la DGSM. Elle se souvient de cette époque :

En fait, soit je m'occupais vraiment d'administration au détriment de mon travail sur le terrain, soit l'inverse [...] Heureusement que nous étions assez nombreux. Comme il y avait l'autre infirmière et deux RSC, je pouvais déléguer beaucoup de tâches [...] Ce n'était pas évident, mais j'y suis parvenue.

Kathy se rappelle les multiples démarches faites pour obtenir les fonds nécessaires au recrutement d'un administrateur, mais elle ne se souvient pas de la suite donnée à ces demandes. D'après la correspondance adressée par un représentant de la bande à Keith Cale, directeur régional par intérim de la DGSM-Région du Manitoba, en juillet 1982, la communauté de Peguis entendait demander un poste d'administrateur de la santé et de commis à temps partiel pour le centre de santé, dans le cadre du Programme-pilote de santé communautaire — mis sur pied afin de permettre aux premières nations de tenter des expériences dans les domaines de la planification et de la mise en oeuvre de programmes en santé communautaire et de se préparer en vue du transfert des services en place (Young et Smith, 1992). On n'a pu malheureusement trouver d'autres documents sur la question. Invitée à se prononcer sur le sujet, une ancienne directrice de la DGSM-zone sud a déclaré que si elle ne se souvenait pas d'avoir reçu de recommandation en bonne et due forme de Peguis, il est fort peu probable que celle-ci eût été retenue, puisque les fonds affectés au PSC devaient servir à des programmes communautaires plus vastes et non pas à la création de nouveaux postes administratifs. Le problème n'allait pas être réglé avant 1990 (voir la section débutant à la page 58).

### *Rapports avec la DGSM*

Le personnel du Centre de santé de Peguis n'était pas confronté au seul problème de la charge administrative accrue. Un fâcheux incident survenu en 1980 a donné le ton aux nouveaux rapports entre le personnel du centre de santé et la DGSM. Kathy explique :

[...] peu de temps avant mon arrivée, les services médicaux avaient tout enlevé, leurs installations [...] leur mobilier [...] Si un RSC n'avait pas carrément verrouillé la porte pour les empêcher de tout prendre, ils auraient vidé les lieux [...] À partir de ce moment-là, nous avons dû lutter pour recommencer à neuf, ce fut une lutte.

Selon un ancien représentant de la DGSM, les articles qui avaient été repris du centre de santé de Peguis devaient servir à la nouvelle clinique de Hodgson, où Anna Pothorin et les autres infirmières de la DGSM continuaient de dispenser des services de santé publique aux résidents des autres collectivités de la région environnante d'Interlake depuis plusieurs années. Or, au moins deux employés du centre de santé soutiennent que bon nombre des articles qui avaient été enlevés ont été entreposés et qu'une partie du mobilier a été vendue aux enchères. Quoi qu'il en soit, les employés du centre de santé semblent avoir perçu cet incident comme une forme de punition, d'où les tiraillements observés pendant un certain temps entre le personnel et la DGSM.

Cette constante remise en question des décisions administratives et les interminables tracasseries administratives qui précédaient la mise en oeuvre des changements étaient parfois considérées par la communauté de Peguis comme une entrave à leur désir d'autonomie locale. Un incident survenu en 1986, lorsque le poste de la deuxième infirmière de santé communautaire (ISC) s'est libéré, illustre bien la lutte de pouvoirs qui a dominé à l'époque dans les rapports entre la communauté de Peguis et la DGSM. La bande avait entrepris d'embaucher Eleanor Olson, qui avait vécu et travaillé dans la communauté comme infirmière auxiliaire (d'abord au FRH et ensuite à l'hôpital Percy E. Moore) depuis le milieu des années 50. Pour la DGSM, cette décision n'était pas acceptable, puisque l'accord de contribution prévoyait l'embauche de deux ISC, détentrices d'un diplôme d'infirmière autorisée. D'après une ancienne infirmière de la DGSM :

À l'époque, les infirmières auxiliaires n'étaient pas autorisées à donner des injections et Eleanor n'avait jamais travaillé sur le terrain comme infirmière de santé publique [...] et nous avons simplement jugé qu'elle n'avait pas suffisamment d'expérience dans le domaine de la santé publique [...]

Dans l'optique de la communauté de Peguis, cependant, l'affectation d'Eleanor Olson à un poste d'infirmière de santé communautaire (ISC) était justifiée. Kathy Bird explique :

Eleanor avait déjà plus de 20 années d'expérience comme infirmière. Elle avait vécu les épidémies [...] elle faisait des accouchements, elle savait faire les sutures [...] comme membre de la communauté et femme autochtone, son apport est très précieux [...] Je ne pense pas qu'un simple titre d'infirmière autorisée aurait pu remplacer toute l'expérience qu'elle possède. Son recrutement ne pose pour moi aucun problème. Bien sûr, d'un strict point de vue de la loi en santé publique [...], il y a des limites à ce qu'elle peut faire, mais elle a entrepris les démarches afin d'obtenir les attestations nécessaires pour administrer des injections intramusculaires et s'acquitter d'autres fonctions. Elle a toujours cherché à se perfectionner en suivant des ateliers [...]

Pour la communauté de Peguis, l'incident ne se résumait pas à une question de logique; le véritable enjeu était l'autodétermination. Dans une lettre en date du 1<sup>er</sup> août 1986, le chef Louis Stevenson répond aux objections soulevées par la DGSM :

[...] nous exerçons notre droit à l'autonomie gouvernementale et à l'autodétermination [...] nous prenons les décisions qui correspondent le mieux à nos besoins et à ceux de notre peuple [...] Je considère cette entente comme conclue et valable aussi longtemps qu'Eleanor sera disponible et disposée à servir notre communauté.

À ce jour, Eleanor Olson travaille encore au Centre de santé de Peguis comme infirmière de santé communautaire.

### *Financement*

D'après les rapports mensuels des services infirmiers et les procès-verbaux des réunions tenues au cours de cette période, l'insuffisance des fonds et l'ampleur des déficits étaient des sources de préoccupation constantes. Kathy Bird se souvient que la bande avait très peu de prise sur le processus de financement :

[...] en général, nous n'étions absolument pas consultés avant que les choses ne soient faites. C'est la Direction générale des services médicaux qui déterminait en gros ce que nous allions recevoir de l'accord de contribution [...] La plupart du temps, les choses se faisaient à la dernière minute, de sorte que si nous voulions recevoir les fonds pour l'année financière suivante, nous n'avions pas le temps de négocier.

Charlotte Johnson, directrice de la DGSM-zone sud de la Région du Manitoba de 1982 à 1987, convient que les accords de contribution étaient souvent envoyés très tard, ce qui laissait peu de temps pour les négociations. Cependant, elle souligne que les administrateurs de la zone devaient attendre que les fonds soient affectés par le Bureau régional qui, de son côté, devait attendre le feu vert d'Ottawa — processus qui était assez long.

En novembre 1988, les membres du personnel des Services de santé de Peguis (SSP)<sup>20</sup>.

Les intervenants du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues (PNLAADA) de Peguis, qui assistaient à la réunion, se sont plaints de ne pouvoir, faute de fonds, offrir les programmes de prévention ou les ateliers nécessaires. Un représentant de la DGSM a expliqué que le budget de base était maintenu d'une année à l'autre et avait légèrement augmenté pour tenir compte des salaires, mais admettait qu'il avait été établi cinq années plus tôt. À la question d'un conseiller de la bande de Peguis qui voulait savoir s'il était possible de repenser les priorités budgétaires à la fin de l'année financière d'alors, un des représentants de la DGSM a rétorqué que la bande pouvait se livrer à un tel exercice «en respectant les limites budgétaires», alors qu'un autre a proposé de tenter d'obtenir des fonds du programme de lutte contre la violence familiale. Selon le procès-verbal, les deux intervenants du PNLAADA ont quitté la réunion à ce stade. C'est ce genre d'interaction qui a engendré de la frustration chez les intervenants en santé communautaire de Peguis, le chef et le conseil, et qui a contribué à leur donner l'impression qu'ils étaient condamnés à devoir se battre constamment contre une bureaucratie inflexible, insensible aux besoins de leur communauté.

Lors d'une réunion du Comité de santé de Peguis (voir à la page 58) tenue au début de 1989, les discussions se sont articulées autour de la «minceur» du budget octroyé par la DGSM au centre de santé, qui empêchait le personnel d'entreprendre toute activité qui sortait de ses attributions normales. Dans le courant de la réunion, l'un des participants a exprimé l'espoir que les négociations à venir au sujet du transfert des programmes de santé «améliorent, ne serait-ce que légèrement, la situation financière».

En résumé, si la prise en main par les autorités locales des responsabilités administratives du centre de santé et des services de santé publique après 1979 a eu pour effet d'accroître la participation de la bande au processus de prestation des soins de santé, la communauté de Peguis n'a pu, faute d'emprise sur le financement et l'établissement des programmes, exercer de pouvoir réel sur le processus. Selon l'interprétation donnée par la DGSM-Région du Manitoba à la politique relative à la santé des Indiens adoptée en 1979, la DGSM devait avoir pour rôle

d'accroître la capacité des Indiens de maximiser l'utilisation des ressources en santé en mettant sur pied et en gérant la gamme complète de services directs et indirects dont ils ont besoin (DGSM, s.d.). Il semblerait, dans l'optique de la communauté de Peguis, que la prise en charge par les autorités locales des services de santé publique après 1979 n'ait pas permis d'atteindre cet objectif.

Avant de déterminer comment la communauté de Peguis a réagi au Transfert des programmes de santé, qui a débuté à la fin des années 80, il est essentiel de passer en revue plusieurs initiatives relatives aux services de santé qui se sont déroulées dans la communauté au cours des années 80. Les exemples ci-après indiquent que la mise sur pied de services communautaires de santé publique n'est pas un épisode isolé et s'inscrit dans un phénomène plus vaste que l'on pouvait observer à Peguis à l'époque.

### *Les besoins des personnes âgées*

Une question continuait de se poser de manière aiguë tant pour l'ensemble de la communauté que pour le personnel du centre de santé au début des années 80 : l'incapacité de répondre aux besoins des malades chroniques à Peguis. Le programme provincial de soins à domicile ne visait pas les Indiens régis par les traités, et le gouvernement fédéral n'accordait aucune aide financière pour les services de soins infirmiers à domicile. Dans pareil contexte, les intervenants en santé publique se sont sentis contraints de fournir ces services, bien qu'ils eussent reçu pour mandat de mettre l'accent sur les programmes de santé publique. Étant donné que seuls quinze lits étaient utilisés au Percy E. Moore Hospital, bon nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques étaient envoyées dans des établissements, loin de leur communauté. En 1983, les résidents de Peguis ont décidé que la situation n'était plus tolérable.

En novembre 1983, une résidence pour personnes âgées (niveau 1) a été créée dans deux maisons de la réserve, reçues en don. Elva McCorrister, qui est née et a grandi à Peguis et qui dirige actuellement le Peguis Personal Care Home, décrit comment la première résidence pour personnes âgées a vu le jour :

[...] à l'époque, certains anciens et anciennes qui vivaient seuls dans la communauté étaient incapables de s'occuper d'eux-mêmes [...] il y avait aussi ceux qui vivaient à la maison et qui ne pouvaient compter sur l'aide de personne [...] qui n'étaient pas convenablement nourris [...] Ils avaient vraiment besoin d'un encadrement. C'est pourquoi nous avons décidé de mettre à profit une maison ou deux [...] Nous y avons accueilli toutes ces personnes démunies. Nous avons recruté certaines auxiliaires chargées des soins de santé [...] des femmes de la

communauté qui pourvoient aux besoins essentiels : repas, entretien ménager et hygiène corporelle. Bref, nous leur avons offert un genre de refuge [...]

Elva se souvient que cette initiative n'a pas été très bien accueillie des autorités provinciales et fédérales :

Des représentants et des organismes gouvernementaux nous ont fait savoir que notre projet n'était pas en règle; que nous n'avions pas les permis nécessaires et le personnel voulu; le bâtiment n'était pas conforme au code [...] j'en passe, et des meilleures. C'est la réaction que nous avons eue lorsque nous nous sommes adressés au ministère des Affaires indiennes et à la Société canadienne d'hypothèques et de logement pour obtenir une aide en vue d'un établissement de soins pour personnes âgées infirmes.

Le ministère des Affaires indiennes a accepté d'accorder une allocation journalière de 50 \$ pour les huit premiers résidents dans le cadre du budget qu'il affecte aux Services sociaux-Soins aux adultes. Toutefois, le fait est que la résidence pour personnes âgées ne répondait que partiellement aux besoins de la collectivité. En mars 1984, nous comptons 20 noms sur la liste d'attente. De plus, la clientèle de Peguis avait surtout besoin de soins de niveaux 3 et 4, ce que ne pouvait offrir la résidence pour personnes âgées. La communauté de Peguis s'est retrouvée dans une zone grise administrative. En effet, c'est généralement le gouvernement provincial qui émet les permis pour les établissements de soins pour personnes âgées infirmes. Par contre, dans le cas d'une réserve, les provinces ne délivrent pas de permis pour de tels établissements, les services liés à la santé étant considérés comme un domaine de compétence fédérale. Malheureusement, le problème va au-delà d'un simple conflit de compétence entre les provinces et le gouvernement fédéral. Il touche à la bureaucratie fédérale proprement dite. Elva McCorrister explique :

Il y a encore cette zone grise. La Direction générale des services médicaux et le ministère des Affaires indiennes se renvoient encore la balle lorsqu'il s'agit de responsabilités liées aux soins de longue durée/soins aux adultes [dans les réserves]. Le ministère des Affaires indiennes affirme que cette responsabilité n'entre pas dans son mandat; la DGSM soutient la même chose en précisant qu'il ne s'occupe que d'hôpitaux.

Un incident qui s'est produit lors d'une réunion de représentants de la communauté de Peguis, de la DGSM et du MAI, tenue le 30 novembre 1983, montre bien le dilemme dans lequel est confinée la communauté. Selon le procès-verbal, lorsqu'un Conseiller de la bande de Peguis a indiqué que la résidence pour personnes âgées avait besoin d'une infirmière auxiliaire autorisée

(IAA), le représentant du MAI a rétorqué que son ministère n'était pas en mesure de répondre à ce besoin dans l'immédiat. Au conseiller de Peguis qui voulait savoir si la DGSM pouvait pourvoir à ce besoin en attendant que les fonds du MAI ne soient reçus, les représentants de la DGSM ont répondu qu'ils n'avaient pas les pouvoirs voulus à cet égard.

Lors de la même réunion, la communauté de Peguis a proposé une solution de rechange à la DGSM. À l'époque, il était question de convertir en bureaux une aile désaffectée de l'hôpital. La communauté de Peguis a demandé que six lits pour soins actifs (non-utilisés) soient affectés aux soins de niveaux 3 et 4 et que quatorze unités d'habitation réservées au personnel soient consacrées aux soins de niveaux 1 et 2 (soins semi-ambulatoires). L'idée n'était pas nouvelle. En mai 1983, un rapport d'expert-Conseil avait recommandé la transformation du Percy E. Moore Hospital en établissement réservé aux soins actifs et aux soins infirmiers de niveau 4, éventuellement de niveau 3 (CESO, 1983). Le rapport a également recommandé que soit réalisée une étude en vue de déterminer s'il était possible de convertir une partie ou la totalité des locaux d'habitation réservés au personnel en établissement de soins infirmiers de niveaux 1 et 2.

Selon Elva McCorrister, ces recommandations ont abouti aux résultats suivants :

Les réunions se sont succédé, et n'ont mené à rien [...] Je n'ai même pas souvenir d'une lettre ou d'une réaction. Rien n'a été fait [...] Ils l'ont convertie (l'aile) en bureaux.

Les événements qui ont suivi montrent bien comment les Peguis réagissaient aux besoins perçus dans la communauté à l'époque : ils ont entrepris, à l'automne de 1984, de construire une annexe à la résidence pour personnes âgées, portant ainsi la capacité d'accueil à 15 places. Bien que les coûts de la rallonge aient été assumés en partie par les Affaires indiennes, en avril 1985, le MAI a subitement coupé les vivres au centre, alléguant qu'il ne répondait pas aux normes de santé et de sécurité de la Commission des services de santé du Manitoba et que le projet n'avait jamais été approuvé au départ (*Interlake Spectator*, 3 juillet 1985). Toutefois, dans une entrevue réalisée dans un journal local, le député fédéral de Selkirk-Interlake, M. Felix Holtmann, a laissé entendre que le véritable problème tenait à ce que le ministère des Affaires indiennes hésitait à créer un précédent en continuant de financer la résidence pour personnes âgées de Peguis :

Ils craignent peut-être que d'autres bandes ne se mettent à construire [des centres de ce genre] et demandent ensuite une aide financière (*Interlake Spectator*, le 3 juillet 1985, p. 3).

Là encore, les Peguis ont poursuivi leur offensive. La bande ne pouvait se permettre d'assurer seule le fonctionnement de la résidence. Aussi, le chef Louis Stevenson sollicita un permis en vue de tenir une manifestation devant les bureaux du MAI de Winnipeg, pour protester contre la suppression du financement. Quelques jours avant la date prévue de la manifestation, le MAI approuvait l'octroi d'une somme de plus de 350 000 \$ pour le fonctionnement d'un établissement de soins pour personnes âgées handicapées à Peguis. Elva McCorrister décrit ainsi la situation :

Elle [la menace d'une protestation politique] a été déterminante dans leur décision d'accéder à nos demandes [...] en dernière analyse, c'est le ministère des Affaires indiennes qui devait donner son sceau d'approbation [...] Il est bien évident que j'avais besoin d'eux [des responsables de la bande] [...] pour ce dernier affrontement avec les Affaires indiennes [...] Nous pouvions toujours compter sur les responsables.

La bande a continué d'avoir à coeur l'amélioration des services de soins personnels et, en 1988, le Peguis Personal Care Home a été aménagé dans un nouvel établissement doté de 22 lits, subventionné par la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Actuellement, les fonds octroyés par le ministère des Affaires indiennes permettent de mettre en service 20 lits. La DGSM assume le coût des médicaments et de tout service spécialisé prescrits par un médecin.

L'existence d'un tel établissement à Peguis comporte plusieurs avantages. D'abord, les anciens qui ont besoin de beaucoup de soins peuvent maintenant demeurer dans la communauté et ne sont pas exilés dans un établissement, loin de celle-ci. De plus, ce projet est créateur d'emplois. À l'exception de quelques employés occasionnels, tous les membres du personnel sont de Peguis. Enfin, le Personal Care Home est devenu un lieu de rassemblement pour la communauté, ce qui était peut-être inattendu. Elva McCorrister explique :

Nous avons un club du troisième âge. Les membres se réunissent ici chaque semaine [...] les jeudis pour le bingo [...] et nous avons un programme d'activité physique [...] De plus, nous avons des services, des services religieux, auxquels est conviée la communauté [...] C'est donc un genre de halte-accueil [...] Nous nous occupons de toutes les personnes âgées de la communauté. Je sers de porte-parole à un grand nombre d'entre elles lorsqu'il s'agit de discuter de leurs pensions ou d'autres questions du genre. Ainsi, pour diverses raisons, il y a toujours ici un va-et-vient.

Elva a tenu à souligner qu'idéalement, la communauté de Peguis aimerait que le plus grand nombre possible de ses anciens puissent vivre chez eux. Si le maintien à domicile des

anciens souffrant de maladie chronique pose un problème, c'est parce que ni la Direction générale des services médicaux, ni le gouvernement provincial n'octroie de fonds à un programme de soins infirmiers à domicile destiné aux autochtones vivant dans des réserves. Il reste que beaucoup a été fait pour améliorer les services destinés à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées autonomes. L'établissement de soins pour personnes âgées handicapées a pris le relais des services de soins (non-infirmiers) à domicile, qui relevaient auparavant des intervenants sociaux de la bande. Un coordonnateur s'occupe des évaluations et l'on recrute dans la communauté des aides familiales qui font l'entretien ménager et la cuisine dans environ vingt maisons dans la communauté. Selon Elva McCorrister, cette mesure permet à un grand nombre de personnes de continuer de vivre chez elles.

En outre, Peguis a pris des dispositions afin de répondre aux besoins en logement de ses anciens en construisant un immeuble d'habitation de dix appartements pour les personnes encore aptes à vivre de manière autonome. Comme l'immeuble est à proximité de l'établissement de soins pour personnes âgées handicapées et à cinq minutes de marche du centre commercial, les résidents peuvent facilement avoir accès à tous les services dont ils ont besoin. Elva McCorrister est très satisfaite des résultats :

La formule fonctionne admirablement bien ici [...] Il y a une liste d'attente pour ces appartements. Les gens apprécient vraiment ce milieu de vie [...] Ils s'entraident et se rencontrent. Il nous faudrait vraiment un autre immeuble du genre.

En dix ans, les efforts entrepris par la communauté de Peguis pour satisfaire aux besoins de ses anciens (ainsi que des anciens d'autres communautés des premières nations) ont été énormes. C'est grâce au dévouement et à la persévérance de gens comme Elva McCorrister et à la détermination des responsables politiques de la bande que l'on a fini par obtenir les services nécessaires.

### *Le problème de l'alcoolisme dans les années 80*

Dans beaucoup d'entrevues réalisées avec des informateurs clés qui ont été interrogés sur la raison d'être de leur participation aux activités de santé communautaire ou sur un tournant déterminant qu'ils avaient observé dans la vie de la communauté, un thème dominait : les fréquentes allusions au début des années 80. «C'est l'époque où les gens commencent à se dégriser», était une phrase qui revenait à plusieurs reprises.

Les informateurs ont évoqué plusieurs facteurs pour expliquer pourquoi l'alcoolisme avait pris une telle ampleur à Peguis. La perte de l'autosuffisance financière figurait en tête de liste de

ces raisons. La coupe et le commerce du bois et la culture céréalière avaient déjà représenté deux importantes sources de revenu pour les membres de la communauté. La perte de ces leviers économiques — attribuable en partie à une incapacité de faire concurrence aux non-autochtones de la région qui possédaient plus de ressources, comme des camions plus gros — aurait été un facteur lourd de conséquences pour la communauté de Peguis. L'introduction de l'assistance sociale au milieu des années 40 semble avoir exacerbé le problème. Un des informateurs décrit ainsi la situation :

Je me souviens du début des années cinquante. Je me rappelle le moment où mes parents ont commencé à recevoir de l'aide sociale, ce qu'on appelait à l'époque des rations [...] Ils se rendaient à l'organisme [le bureau local des Affaires indiennes] avec leurs chevaux et leurs chariots et revenaient à la maison avec un chargement de tomates, de lait, de bacon, de thé, de saindoux [...] Je me demandais toujours comment ils avaient trouvé le moyen de se procurer toutes ces provisions. Auparavant, nous allions dans le bois chasser le chevreuil et l'orignal [...] le lièvre [...] et c'est à compter de ce moment-là que les gens se sont mis à se croiser les bras, à cesser de prendre des initiatives [...] Avec le temps, les rations ont été remplacées par des chèques d'assistance sociale [...] les gens ont continué à se tourner les pouces [...] C'est l'oisiveté qui pousse les gens à trouver une façon d'occuper leur temps. Ils se sont donc tournés vers l'alcool.

Un certain nombre d'informateurs ont aussi fait ressortir le manque d'estime de soi, engendré par les expériences malheureuses vécues dans les pensionnats et les préjugés subis par les autochtones. Jusqu'aux années 60, il n'existait dans la réserve que des écoles primaires. Au-delà de la septième année, les enfants étaient envoyés dans des pensionnats, essentiellement à Brandon, à Birtle et à Portage la Prairie. Un homme, qui a cessé de boire depuis le début des années 80, décrit comment l'enfance qu'il a vécue a affecté son estime de soi :

Lorsque je fréquentais l'école ici à Peguis, nous n'étions pas autorisés à parler notre langue [...] J'ai appris quelques mots de cri d'un camarade qui parlait la langue [...] Un jour [le professeur] m'a demandé : «Qu'as-tu dit?» J'ai répété le mot en cri [...] et elle ne m'a pas demandé ce qu'il signifiait. J'ai essayé de lui expliquer que ce mot voulait dire «bonjour». Elle a répondu : «Va te laver la bouche avec du savon» [...] On nous apprenait en fait que nous étions de «sales Indiens» [...] Nous ne voulions surtout pas ça car on nous menait la vie dure [...] Si l'on considère qu'il est important que chaque individu trouve son identité, il est

préférable que cette identité soit la sienne. Pendant longtemps, j'ai voulu être un homme blanc. C'est absurde.

Un autre informateur évoque les terribles années de pensionnat qui l'ont amené plus tard à sombrer dans l'alcoolisme :

Je fréquentais un pensionnat, et je n'oublierai jamais l'épreuve que j'y ai subie. Les mauvais traitements qui m'ont été infligés, je les porterai toujours en moi. Après mes études, j'ai enfoui tous ces sentiments en moi, dans l'espoir qu'ils ne referaient jamais surface [...] On nous répétait sans cesse «Vous n'êtes qu'une bande de paresseux, vous n'accomplirez jamais rien dans la vie». J'ai grandi avec ce genre d'idées, et j'ai commencé à faire des bêtises.

Quelle que soit l'origine du problème, l'alcoolisme a sérieusement ébranlé la communauté. Un jeune homme se rappelle :

J'ai encore en mémoire tous les accidents [...] dûs à l'alcool [...] où un grand nombre de mes amis, de mes camarades ont perdu la vie.

Au début des années 70, plusieurs membres de la communauté ont formé un groupe d'Alcooliques Anonymes (AA) à Peguis, mais ce n'est qu'au début des années 80 qu'un mouvement en faveur de l'abstinence a pris un véritable essor dans la communauté. La plupart des témoignages recueillis ne laissent planer aucun doute sur le moment où s'est opéré ce virage. Les témoignages suivants résument bien tous les autres :

J'ai constaté une énorme différence au début des années 80. À l'époque, beaucoup de gens dans mon entourage avaient commencé à renoncer à l'alcool. Il s'est produit alors un événement déterminant, l'arrivée au pouvoir du chef Stevenson [...] je crois qu'environ trois mois après sa nomination, il a annoncé qu'il allait faire partie des AA [...] qu'il voulait cesser de boire. Selon moi, cette annonce faite au cours d'une réunion de la bande a secoué toute la communauté [...] À ce moment-là, il y avait un groupe important et enthousiaste de membres des AA qui organisait des activités sociales et des danses d'où l'alcool était exclu [...] et le chef était très présent [...] il ne ratait jamais une occasion de promouvoir l'abstinence.



Je pense que les choses ont commencé à changer lorsque Louis est devenu chef, surtout parce que Louis ne boit pas [...] et la plupart des membres du Conseil non plus [...] C'était aussi un événement important dans ma vie. J'ai renoncé à l'alcool au début des années 80. Il [le chef] a donné l'exemple [...] C'est là la différence. Dans la réserve, les responsables qui se respectent eux-mêmes se font respecter. Ceux qui ne boivent pas sont deux fois plus respectés.

Un informateur attribue les progrès réalisés à Peguis au cours des douze dernières années au mouvement en faveur de l'abstinence observé parmi les responsables de la communauté :

J'ai vu notre communauté évoluer si rapidement depuis douze ans que c'en est presque incroyable. Lorsque je faisais partie de [il nomme un programme communautaire], je me rendais dans d'autres communautés pour y donner des ateliers et raconter comment nous avons surmonté certains problèmes. Même à Fredericton, au Nouveau-Brunswick, où je me suis rendu, les gens avaient entendu parler de Peguis, de nos responsables qui avaient renoncé à l'alcool [...] Je pense qu'il est important que nos responsables prêchent par l'exemple.

En 1982, la DGSM a recruté un résident de Peguis comme conseiller dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) dans la communauté. Dans les années qui ont suivi, le conseiller, un groupe très actif de membres des AA et les leaders politiques de la bande se sont attaqués au problème de l'alcoolisme dans la communauté. Une des mesures prises a été d'enlever à la salle communautaire son permis d'alcool. Bien sûr, on trouvait encore de l'alcool dans la réserve et on pouvait facilement s'en procurer dans les communautés environnantes, mais de l'avis de beaucoup d'informateurs, il s'agissait là d'une décision avisée. Plusieurs des répondants qui s'étaient intéressés de près au mouvement en faveur de l'abstinence à l'époque se souviennent qu'ils n'étaient pas toujours bien vus, surtout de gens qui se rappelaient les années où ils buvaient. Ils ont mis un certain temps à regagner le respect et la confiance de la communauté.

En dépit de ces progrès, le besoin de services de désintoxication se faisait encore beaucoup sentir — non seulement à Peguis, mais aussi dans un grand nombre de collectivités environnantes d'Interlake. Au début des années 70, les membres du groupe local des AA se sont mis à réclamer par écrit un établissement de traitement pour la région. À la fin de cette décennie, on ne comptait qu'un centre de traitement dans une réserve du Manitoba (le Sagkeeng Alcohol Rehabilitation Centre à Fort Alexander), qui relevait du PNLAADA de la DGSM. Jean Buck, l'actuelle directrice générale du centre Al-Care de Peguis, se souvient :

Des gens — qui ne buvaient pas — se sont réunis, certains avec le chef et le conseil, d'autres avec le conseil scolaire. Nous avons simplement présenté des recommandations par écrit, dans lesquelles nous avons fait valoir l'idée d'un centre de traitement à Peguis. Nous les avons soumises aux Services médicaux [...] par l'entremise de notre programme PNLAADA. Ce n'est qu'à partir du moment où nous avons obtenu la collaboration de l'agent de développement économique qu'une étude de faisabilité en bonne et due forme a été réalisée sur la question [...] sur le rôle que nous pouvions jouer [...] non seulement à Peguis mais aussi dans les communautés environnantes [...] C'est ainsi que nous avons pu fonder un centre. Le Conseil a aussi déployé beaucoup d'efforts et exercé beaucoup de pression pour que ce projet soit réalisé.

Il est intéressant de noter que le gouvernement fédéral a accepté de financer un centre de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies à Peguis en 1986, à une époque où la communauté de Peguis et d'autres premières nations du Manitoba se livraient à des protestations politiques intenses — qui ont donné lieu entre autres à des manifestations et à l'occupation des bureaux des Affaires indiennes. On reprochait alors au Ministère de n'avoir pas réparé les torts signalés dans un rapport soumis par un vérificateur indépendant, qui confirmait que le bureau des Affaires indiennes au Manitoba avait mal géré ses finances, de sorte que les premières nations se retrouvaient endettées et soumises à d'autres coupures de programmes (*Winnipeg Free Press*, 15 août 1986; *Interlake Spectator*, 20 août 1986).

En septembre 1987, un nouveau centre de désintoxication, doté de 20 lits, ouvrait ses portes à Peguis. Destiné essentiellement à la clientèle des réserves locales d'Interlake, le Centre Al-Care de Peguis peut cependant accueillir au besoin des gens des communautés non autochtones avoisinantes. Il est toutefois particulièrement adapté aux besoins du client autochtone. La directrice générale du Centre, Jean Buck, apporte ces précisions :

Le programme dure six semaines et offre à la fois des services en établissement et des services de consultation externe [...] Parfois, nous avons trois ou quatre clients de la communauté qui reçoivent des soins pendant la journée, parfois plus, ça dépend [...] [En ce moment], 30 % des résidents sont de Peguis [...] Le programme est fondé sur les «douze étapes» définies par les Alcooliques Anonymes [mais] nous prévoyons d'autres formules pour ceux qui ont une philosophie de vie ancestrale ou chrétienne [...] Nous avons en tout six conseillers. Ils ont suivi un programme de formation de deux ans et sont dûment reconnus comme conseillers [...] Nous avons neuf employés de soutien, dont moi,

ce qui fait au total quinze employés permanents et environ sept employés à temps partiel. Ce sont tous des autochtones, membres de la communauté.

De l'avis d'un des conseillers, Dave McPherson, le programme réussit à répondre aux besoins de la clientèle grâce à la diversité des approches empruntées par les divers intervenants :

Nous venons tous d'horizons différents. Il y a un ministre de la congrégation de la Pentecôte, un athée, un anglican, un catholique et un partisan des traditions ancestrales. Cette diversité est importante dans la mesure où chaque personne qui s'adresse à nous est sans doute à la recherche de quelque chose. Donc, si je ne peux répondre à ses attentes, je la confie à quelqu'un d'autre. Avec le temps, ce mode de fonctionnement est devenu naturel. Nous sommes tous un peu au courant de la façon de procéder des autres [conseillers].

D'après Jean Buck, le personnel du centre Al-Care sert d'exemple aux autres membres de la communauté :

Nos employés sont tous sobres [...] Il est important non seulement que nous projetions l'image de l'abstinence mais aussi que notre mode de vie soit conforme à cette image. Les gens nous observent. Que nous le voulions ou non, nous sommes des modèles de rôle [...] Nous avons pour politique d'exiger de nos employés qu'ils réussissent à s'abstenir de boire pendant une année avant de pouvoir travailler ici [...] Notre effectif à temps partiel grossit [...] Nous avons des gens qui viennent ici et qui veulent travailler au Centre.

Le Centre Al-Care de Peguis a aussi l'avantage de pouvoir mettre à profit les nombreuses ressources communautaires, y compris les services sociaux, les services d'ambulance et d'urgence, le centre de santé et les porte-parole culturels (voir la section débutant à la page 81 pour une analyse du rôle des programmes d'intérêt culturel et de santé mentale de Peguis, offerts au centre Al-Care.)

Comme nous l'avons vu dans le cas du Personal Care Home, la participation communautaire et le soutien des responsables communautaires ont beaucoup contribué au succès du centre Al-Care. Bien qu'il dépende de fonds versés par la DGSM dans le cadre d'accords annuels de contribution, le centre est constitué en société et a son propre Conseil d'administration, (actuellement) composé de sept membres de la communauté. Jean Buck explique :

Nous pouvons compter sur l'entière collaboration du chef et du conseil pour le fonctionnement du centre [...] Nous évaluons chaque année notre programme [...]

Nous demandons à nos clients de nous évaluer à la fin du programme [...] de nous indiquer les aspects qu'ils ont le plus et le moins appréciés [...] l'utilité du contenu du programme [...] Ensuite, tout le personnel et le Conseil d'administration se réunissent pour déterminer quelles sont les améliorations à apporter à la lumière des observations faites.

Elle pense que c'est un ensemble de facteurs, le programme proprement dit, l'ambiance et l'emplacement, qui expliquent la popularité du Centre Al-Care de Peguis auprès de ses clients :

Ce sont nos clients qui font notre publicité [...] Ils apprécient le centre [...] ils décrivent [aux autres] le programme et ce qu'il leur a apporté. C'est ainsi que d'autres personnes sont attirées par le Centre et veulent en faire elles-mêmes l'expérience [...] c'est un peu comme ça que les choses se passent.

Des problèmes de dépendance existent encore à Peguis — comme dans d'autres communautés (voir la section débutant à la page 81 pour une description d'autres programmes communautaires qui traitent de ce problème). Jean Buck croit cependant que c'est à force de détermination que Peguis a pu au moins commencer à trouver des solutions à ses propres problèmes (et à ceux d'autres communautés) :

Nous avons mis longtemps à obtenir un centre de traitement [...] Il a fallu lutter [...] se regrouper et s'encourager. Il est important de ne pas abandonner la lutte.

### *Services d'ambulance et d'urgence*

Un troisième exemple d'initiative communautaire dans le domaine de la santé qui a vu le jour au cours des années 80 — la reprise en main d'un service qui existait auparavant — mérite d'être signalé au passage. En juillet 1985, Peguis a pris en charge le fonctionnement du service régional d'ambulance conçu pour les réserves Peguis, Fisher River et Jackhead ainsi que pour les communautés environnantes non autochtones de Fisher Branch, Harwill et Red Rose. Selon Larry Amos, l'agent de développement économique de la bande, Peguis pensait offrir un service mieux adapté aux besoins de sa clientèle.

Le nouveau service d'ambulance de Fisher était installé dans l'immeuble des services d'urgence de Peguis, qui abritait également les services de police et de pompiers de la réserve. Les trois services se partageaient une ligne téléphonique d'urgence qui fonctionnait 24 heures sur 24. D'une part, les véhicules et les préposés utilisés par les trois services se trouvaient ainsi dans le même immeuble et, d'autre part, le nouvel emplacement était plus facile d'accès pour la majorité des clients. Selon un responsable du service d'ambulance de Fisher, ce changement a permis d'offrir un service plus rapide.

Autre avantage évident de la reprise en main par la bande du service d'ambulance : la création d'emplois pour les membres de la communauté de Peguis (quatre préposés travaillant à temps plein et quatre à temps partiel, et dix chauffeurs et accompagnateurs). À cela s'ajoute le fait que le service d'ambulance est devenu un autre lieu de rassemblement et une autre source de fierté pour la communauté. Larry Amos explique :

Je pense que le service d'ambulance est très proche de la communauté [...] [il] est devenu un point de ralliement pour tous ceux qui y travaillaient. C'était un travail [...] très exigeant [...] mais tellement gratifiant, qui donnait à tous ceux qui l'accomplissaient l'assurance d'être reconnus par la collectivité. Bravo!

Malheureusement, l'initiative s'est heurtée à des obstacles. D'après Cecilia Stevenson, directrice des Services de santé de Peguis, la DGSM n'a jamais complètement voulu reconnaître que le service d'ambulance relevait de son mandat, de sorte que la bande a dû absorber une part importante des coûts de son fonctionnement.

### *Résumé*

À la fin des années 80, plusieurs phénomènes que l'on pouvait observer à Peguis permettent d'expliquer le contexte dans lequel s'est réalisé le transfert des programmes de santé et dans lequel allaient s'inscrire les initiatives à venir dans ce domaine. D'abord, les années 80 ont été une période d'essor économique considérable, doublée d'un leadership politique farouchement acquis au principe de l'autodétermination, qui a saisi chaque occasion qui s'est présentée d'exercer cette option. Ensuite, on a assisté à l'émergence d'un groupe d'intervenants et de membres de la communauté actifs, qui avaient décidé de répondre aux besoins en santé de la communauté, en l'absence de services gouvernementaux. Enfin, si la responsabilité du fonctionnement du centre de santé a permis aux autorités locales d'acquérir une expérience utile en administration et en gestion des programmes, le fait est que la DGSM continuait de détenir énormément de pouvoirs sur les programmes et sur le financement. La question qui reste posée est celle-ci : le transfert des programmes de santé a-t-il fait pencher la balance en faveur de la communauté de Peguis?

### **L'expérience du transfert des programmes de santé**

L'Énoncé de politique de 1979 sur la santé des Indiens était en accord avec l'objectif d'autodétermination que s'étaient donné les autochtones et favorisait une participation accrue de ceux-ci à la planification, à la budgétisation et à la prestation des services de santé au Canada (Canada, 1979). Dans l'esprit de cette nouvelle politique, la Direction générale des services

médicaux a donc mis sur pied, en 1982, un programme pilote de trois ans visant à encourager les des premières nations à acquérir de l'expérience dans l'exploitation de leurs propres programmes de santé communautaire. Deux des trente-deux projets financés dans le cadre de ce programme pilote de santé communautaire (PPSC) ont été mis sur pied au Manitoba, l'un à Sandy Bay et l'autre au Conseil sanitaire indien du nord-est. Si le premier a finalement donné lieu au transfert complet des programmes de santé aux autorités de la bande, il est apparu aux auteurs d'une étude sur ce projet que le PPSC n'accordait pas suffisamment de temps, de ressources en formation et de souplesse pour mettre en place un véritable programme de santé élaboré et exploité par la communauté (Garro et al., 1986).

En 1986, la DGSM annonçait l'entrée en vigueur d'une nouvelle Politique sur le transfert des programmes de santé aux Indiens (Canada, 1986a), qu'elle présentait comme une réponse favorable aux demandes de contrôle accru sur leurs services de santé de la part des premières nations. Ce processus de transfert en trois étapes était présenté comme une option permettant à chaque des premières nations des provinces de prendre en charge ses programmes de santé à son propre rythme, en tenant compte des circonstances et de ses compétences en matière de gestion sanitaire.

Les grandes lignes de cette politique seront analysées dans les chapitres suivants à la lumière de l'expérience acquise à Peguis. Mais auparavant, il serait intéressant de faire état des principales critiques que lui ont adressées les premières nations. En novembre 1987, l'Assemblée des premières nations organisait une Conférence nationale sur le transfert des programmes de santé aux Indiens afin d'examiner de plus près la question de la transmission des programmes du gouvernement fédéral aux premières nations. Si, pour certaines des premières nations, le transfert représentait un net progrès en ce qu'il leur permettrait d'avoir une plus grande influence sur leurs services de santé, de nombreux délégués à la conférence émirent des doutes quant aux véritables motifs incitant le gouvernement à procéder au transfert précisément à cette époque, se demandant si son intention première n'était pas plutôt de profiter de l'exercice fédéral de compression des coûts pour se libérer de ses obligations fiduciaires à l'égard des premières nations (APN, 1988). Ces représentants mirent les autres délégués en garde contre tout transfert qui ne comporterait pas une reconnaissance claire, par le fédéral, du fait que la santé constitue un droit ancestral et issu des traités, de même qu'une garantie de financement des futurs soins de santé.

Au nombre des préoccupations soulevées par la politique de transfert exprimées lors de cette conférence, mentionnons la clause de «non enrichissement», c'est-à-dire le gel des programmes et des budgets de santé au niveau atteint au moment du transfert; l'inadmissibilité de plusieurs programmes au transfert — notamment les services non assurés; l'insuffisance des

fonds et du temps (2 ans) accordés pour mener à bien les indispensables activités devant précéder le transfert, soit l'évaluation des besoins et la préparation d'un plan de santé communautaire; l'exclusion de la formation des travailleurs de la santé; le calcul du financement, fondé sur le seul nombre des membres inscrits de la bande qui vivent sur la réserve au moment du transfert; et l'absence de financement visant à favoriser l'intégration des guérisseurs traditionnels aux systèmes de santé des premières nations (APN, 1988).

À propos de la clause de «non-enrichissement», Culhane Speck (1989) fait remarquer que les services sont déjà insuffisants et sous-financés, et qu'ils varient énormément en nombre et en qualité selon les premières nations, et que l'accepter équivaut donc à consacrer les inégalités qui existent entre les communautés (p. 200). Speck soutient en outre que, quels que soient les besoins réels qu'établiront les évaluations effectuées dans le cadre du processus de transfert, c'est cette clause qui, en dernière instance, décidera si et comment ces besoins seront satisfaits (p. 202). Pour ce qui est de l'exclusion des services non assurés du processus de transfert, selon Speck cela ouvre la porte à une éventuelle abolition de ces services ou du moins équivaut à renoncer qu'ils soient administrés conformément aux critères de la DGSM (p. 200)<sup>21</sup>.

Voyons maintenant quelle a été la participation des Peguis au processus de transfert des programmes de santé et jugeons de la pertinence de ces critiques à la lumière de leur expérience.

#### *Les motifs présidant au transfert des programmes de santé*<sup>22</sup>.

Cecilia Stevenson, l'actuelle directrice des Services de santé de Peguis, a grandi dans la communauté crie de Norway House, dans le centre du Manitoba; elle a épousé un membre de la première nation Peguis. Cecilia travaillait à la DGSM à Winnipeg lorsque le chef Peguis et son conseil sont entrés en contact avec elle, en 1987, pour lui demander si elle serait intéressée à travailler pour la bande à titre de coordonnatrice du transfert des programmes. La communauté de Peguis envisageait de présenter un projet de financement préalable au transfert et avait entendu dire qu'elle et son mari prévoyaient se réinstaller au village au cours de l'été, après avoir vécu plusieurs années à Winnipeg. Les antécédents de Cecilia comme conseillère en développement communautaire auprès de la DGSM dans le secteur du transfert en faisaient en effet une candidate idéale pour le poste.

Le chef Peguis et son conseil étaient impatients de démarrer le projet. La première tâche consistait à présenter une proposition de financement pour la phase de recherche et de développement, soit l'étape préalable au transfert (voir la suite pour en savoir davantage sur cette étape). Tout en continuant de travailler pour la DGSM jusqu'en octobre 1987 (elle n'a

officiellement été employée par la bande qu'au moment de la réception du financement, en janvier 1988), Cecilia a commencé à travailler avec la bande à titre de bénévole au cours de l'été 1987. Grâce à son expérience, elle put aider ses collègues à préparer leur proposition assez rapidement pour pouvoir la présenter à la DGSM au mois de septembre 1987.

L'extrait qui suit, tiré de l'introduction de la proposition, montre à quel point les Peguis ne se faisaient pas d'illusions sur le processus auquel ils commençaient à participer :

Nous sommes très conscients des contraintes auxquelles est soumis le processus de transfert. Pour nous, il ne s'agit certes pas là du processus idéal : nous préférons de beaucoup négocier un accord qui serait enchâssé dans le principe d'autonomie gouvernementale. En vertu de ce principe, nous pourrions créer nos propres institutions et mettre sur pied nos propres systèmes sans aucune intervention gouvernementale, à l'exception des crédits budgétaires prévus aux titres de nos droits ancestraux et issus de traités, de la Proclamation royale de 1763, de la constitution canadienne, du droit international et autres fondements. Néanmoins, malgré ces lacunes, nous sommes conscients de l'occasion que représente le processus de transfert et le reconnaissons comme un pas en direction de l'autonomie gouvernementale et de l'autodétermination (Peguis, 1987, p. 2).

Pour Cecilia, il apparaissait sensé de tirer parti de l'occasion qui était ainsi offerte, compte tenu du niveau de développement social et politique de la communauté de Peguis :

Toute une série d'expériences de développement avaient été faites au cours des années précédentes et les leaders de Peguis avaient entre les mains tous les outils nécessaires pour aller de l'avant [...] Nous étions tous conscients de ne pas mettre nos oeufs dans le même panier [...] Nous en savions assez pour voir les choses telles qu'elles étaient et profiter de l'occasion en toute connaissance de cause. C'est d'ailleurs ce qu'on fait quand on est en affaires : on juge de la marge dont on dispose, on analyse la situation et, si les avantages sont plus nombreux que les inconvénients, ou si le risque semble raisonnable, on se jette à l'eau.

La proposition de financement de Peguis fut rapidement acceptée et la première étape de la période préalable au transfert put commencer dès janvier 1988, avec Cecilia Stevenson comme conseillère à plein temps en matière de transfert auprès de la bande.

### *La phase de recherche et de développement : de janvier 88 à septembre 90*

Pendant cette période préalable au transfert (qui, à cette époque, était limitée à 24 mois), les communautés doivent faire les recherches nécessaires à la préparation de leur plan de santé communautaire (PSC). Cela peut comprendre une recherche sur les ressources et services existants, une évaluation des besoins en santé communautaire et une évaluation de l'état de santé de la communauté. L'objectif général, d'après les lignes directrices de la DGSM, était de dresser un Plan de santé communautaire qui établisse l'état de santé de la communauté, les besoins et les priorités en matière de santé, et les ressources nécessaires à la prestation des programmes de santé. Cette étape comportait enfin une autre tâche importante, soit la conception d'une nouvelle structure de gestion au niveau de la communauté (Canada, 1987). Ces deux tâches seront analysées ici séparément.

### *L'évaluation des besoins en santé communautaire*

Malgré le temps qu'elle a nécessité, cette évaluation fut, d'une certaine manière, l'étape la plus facile du processus qui a précédé le transfert à Peguis. L'Évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) a donc été conduite en 1988 avec l'aide de consultants du Département de santé communautaire de l'Université du Manitoba. En fait, la préparation du questionnaire a nécessité la participation de tous les employés des SSP ainsi que du personnel médical et administratif de l'hôpital Percy E. Moore et d'autres employés de la bande travaillant dans des domaines connexes à celui de la santé (p. ex., les employés des foyers de soins personnels). Cinq membres de la communauté ont ensuite été formés comme intervieweurs et embauchés pour une période de 20 semaines.

Pour Cecilia Stevenson, cette évaluation n'a rien appris de vraiment nouveau à personne :  
Pour nous, il s'agissait d'un exercice [...] dont l'aspect le plus positif fut, à mon avis, de documenter ce que nous savions déjà. Les données recueillies nous ont en quelque sorte donné un tableau synoptique de nos besoins, ce qui aide certes à planifier [...] Nous pouvions dès lors fonder nos arguments sur des statistiques et espérer obtenir plus de ressources à l'avenir [...] En fait, cela nous a déjà aidé dans nos négociations [...]

En plus de cet exercice, qui l'aida à mieux cerner les problèmes, la communauté de Peguis profita aussi de l'évaluation de l'état de santé de tous les résidents de la région relevant de l'hôpital Percy E. Moore conduite à la même époque par la Direction générale des services médicaux. Les résultats de cette évaluation, entreprise pour faciliter la planification et la prestation des services prévus au mandat de la DGSM, ont été communiqués à la communauté de

Peguis au début de 1989, qui a pu ainsi les comparer et les combiner à ceux de sa propre évaluation.

Le Plan de santé communautaire de Peguis donne un aperçu des principales conclusions des deux évaluations. Plusieurs aspects importants valent la peine d'être mentionnés ici. En effet, les statistiques recueillies par la DGSM ont révélé que le taux de mortalité brut était beaucoup plus élevé à Peguis que ce à quoi on aurait pu s'attendre si les membres de la bande avaient eu le même taux de mortalité par âge et par cause que tous les Manitobains; cette différence tient apparemment en grande partie aux maladies de l'appareil circulatoire, aux tumeurs (cancer) et aux maladies endocriniennes/métabolisme/nutrition (diabète). Les taux bruts pour ces trois causes de décès étaient également plus élevés chez les Peguis que dans les deux groupes témoins autochtones. La quatrième cause de décès la plus courante était les lésions traumatiques et les empoisonnements, pour lesquels le taux était toujours supérieur à celui de l'ensemble des résidents du Manitoba, mais inférieur cette fois à celui des deux groupes témoins autochtones (Peguis, 1990, tableau 4).

D'un point de vue subjectif, d'après les répondants interviewés dans le cadre de l'EBSC, c'est l'abus d'alcool et de drogues qui est le problème de santé numéro un dans la collectivité, et en particulier chez les jeunes. Selon ces répondants, la toxicomanie serait à la fois la cause et la conséquence d'une foule d'autres problèmes, dont la méconnaissance des sources d'aide existantes et le manque de motivation pour y recourir au besoin, le chômage, la dépression, la violence physique et la grossesse chez les adolescentes (Peguis, 1990, p. 14).

Enfin, d'après les résultats d'un sondage général effectué auprès des membres de la collectivité, un grand nombre de personnes seraient soumis tous les jours à un niveau de stress élevé dans le village. Une simple vérification auprès des autorités de l'hôpital Percy E. Moore nous a en effet appris que l'établissement avait dû traiter 29 tentatives de suicides (toutes ratées) dans une période de 21 mois, soit entre les mois de juillet 1987 et d'avril 1989 (Peguis, 1990, p. 7). Les répondants soulignaient tous d'ailleurs le besoin urgent de travailleurs en santé mentale et de services de santé mentale dans la communauté.

Il faut signaler ici que le Plan de santé communautaire (PSC) de Peguis distingue deux grandes priorités pour la prestation d'un programme de santé dans la communauté, priorités établies par suite des diverses évaluations des besoins. La première est d'améliorer les programmes et services de santé existants. Un grand nombre des recommandations du PSC, qui visent à améliorer la coordination et l'administration des services déjà en place et à promouvoir de nouvelles approches, sont ainsi axées sur l'atteinte de cet objectif. Ce genre de mesure ne demande pas nécessairement d'augmenter les ressources. Par contre, la seconde priorité, qui est

de mettre sur pied, dans la communauté, un programme global de santé mentale, demande de toute évidence l'affectation de nouvelles ressources, puisque la DGSM n'offrait, avant le transfert, aucun programme officiel du genre. Mais, par définition, cet objectif déborde du cadre défini pour l'initiative de transfert des programmes de santé (voir la section débutant à la page 81 pour une analyse détaillée de cette question).

### *Le développement d'une structure de gestion communautaire*

La deuxième grande tâche qu'il fallait mener à bien avant le transfert était de mettre en place, au sein même de la communauté, une structure de gestion capable d'assurer la prestation du programme de santé après le transfert. Selon les lignes directrices de la DGSM, le type de structure devait dépendre de l'ampleur des services offerts et de la façon dont la bande envisageait d'intégrer le programme dans les services déjà en place. La structure d'autorité sanitaire pouvait donc prendre plusieurs formes. Sans doute faudrait-il créer un Comité de santé ou un Conseil d'administration en plus de former un administrateur sanitaire capable d'assurer en permanence la direction du personnel de santé. En dernière instance, les pouvoirs de l'autorité sanitaire seraient ceux que lui délégueraient le chef et son conseil, soit, par exemple, le pouvoir de proposer des règlements locaux, les pouvoirs impartis aux dispensateurs de soins (par exemple, celui d'exiger que tout danger environnemental soit corrigé) et le pouvoir d'engager des fonds ou de payer des comptes (Canada, 1986b, p. 4; Canada, 1987, p. 7).

Comme on le sait, la formation d'un administrateur sanitaire ne devait pas poser de problème à Peguis, l'expérience acquise par Cecilia à titre de coordonnatrice du transfert des programmes de santé lui permettant aisément d'occuper plus tard les fonctions dévolues au nouveau poste administratif. De surcroît, depuis qu'ils avaient pris en charge l'administration du centre de santé en 1980, le chef et son conseil agissaient effectivement comme autorité sanitaire à Peguis, le personnel du Centre relevant directement d'eux. Mais l'intention de la bande en s'engageant dans l'initiative de transfert était, à long terme, de se doter d'un Conseil de la santé autonome. L'une des premières mesures adoptées au cours de la première des deux années précédant le transfert fut donc de créer un Comité de la santé (CS) : on espérait qu'après le transfert, cette structure devienne une autorité sanitaire permanente ou un Conseil de la santé.

Au début de 1988, le chef et son conseil ont donc été consultés au sujet de la sélection des membres du CS. On décida de solliciter des bénévoles lors d'une assemblée publique de la bande (neuf ont offert leurs services), puis de les inviter à une autre réunion pour évaluer le sérieux de leur candidature et leur donner plus d'informations. Quatre de ces premiers bénévoles ont répondu à l'appel et formèrent donc, avec le conseiller de la bande chargé du dossier de la

santé, le CS de cinq membres prévu. Le conseiller devait agir à titre de président du Comité et servir d'intermédiaire entre le chef et son conseil et les membres du CS. Au début, le chef semble s'être chargé lui-même du portefeuille de la santé, mais c'est un autre membre du conseil de la bande qui le détenait à l'automne 1988. Malheureusement, l'un des quatre représentants de la communauté au sein du CS ne put continuer d'occuper ses fonctions. On décida donc de porter le nombre des membres à sept pour éviter d'avoir à former une nouvelle personne chaque fois que quelqu'un se retirait du processus. De nouveaux candidats ont été recrutés sur recommandation des employés des SSP et des membres du CS, puis confirmés dans leurs fonctions par le chef et son conseil. Il importe de signaler ici que la plupart des membres du CS travaillaient déjà dans l'une ou l'autre des organisations de services à la personne dans la communauté.

Si l'on en croit les rapports périodiques et les procès-verbaux des réunions du CS pour l'année 1988, Cecilia Stevenson et plusieurs autres employés des SSP ont consacré énormément de temps et d'énergie à la mise sur pied du Comité. Des séances de formation furent organisées, qui comportaient des exposés détaillés sur l'organisation et la prestation des services de santé aux autochtones du Manitoba par le passé, des ateliers d'information sur l'initiative de transfert et sur le plan général des activités de la période préalable au transfert, de même que des séances de sensibilisation à la terminologie courante utilisée dans le domaine des soins de santé.

Le CS s'est réuni régulièrement en 1988. Comme en témoigne un rapport d'activité à la DGSM daté de mars 1989, les membres, à mesure qu'ils acquéraient de l'expérience et de l'assurance, ont pris plusieurs mesures concrètes pour encourager l'adoption de saines habitudes dans la collectivité, notamment en matière d'élimination des ordures et d'hygiène. Il est toutefois indéniable que le développement du CS a été retardé par les constants changements dans sa composition. Presque tous les postes ont ainsi dû être retitulés, les titulaires précédents ne pouvant plus continuer à les occuper à cause d'autres engagements ou d'une charge de travail accrue ailleurs dans la collectivité ou à l'extérieur. Et chaque fois que quelqu'un démissionnait, il fallait lui trouver un remplaçant qu'il fallait de nouveau former pour l'amener au niveau des autres membres.

Peu après avril 1989, on décida d'interrompre les activités officielles du CS. Cecilia se rappelle que cette décision ne fut pas prise de gaieté de coeur :

Je crois fermement aux principes du développement communautaire [...] et l'engagement communautaire est l'un de ces grands principes [...] le fait d'amener les gens à participer à la prise de décisions [...] Ceux et celles qui ont eu l'occasion de siéger au comité ont certes contribué au développement général de la collectivité [...] mais nous ne pouvions soutenir le rythme. Aider les autres à se

développer demande beaucoup d'énergie, de persévérance et d'heures, et cela pourrait constituer un emploi à plein temps. Beaucoup de mon temps y passait. Vu les exigences du processus préalable au transfert [...] le fait qu'il fallait abattre le travail dans un si court délai [...] nous avons fait un choix [...] Essentiellement, nous avons dû mettre de côté ces honorables principes [...]

Cecilia et le personnel des SSP ont continué par la suite — et continuent d'ailleurs toujours — à consulter directement le chef et son conseil au sujet des grandes décisions concernant le processus de transfert. Ni les Services de santé de Peguis, ni le chef et son conseil n'ont abandonné leur projet de former un conseil de la santé autonome. Malheureusement, depuis la signature de l'accord de transfert, la plus grande partie du temps est consacrée à la mise en place de l'infrastructure administrative nécessaire à la prestation efficace des programmes de santé communautaire de Peguis (voir la section débutant à la page 81). On prévoit toutefois aborder la question de la création d'un conseil de la santé dans un avenir rapproché. Pour éviter de répéter les erreurs du précédent comité de la santé, Cecilia Stevenson aimerait qu'un plus grand nombre de citoyens ordinaires participent cette fois au processus.

Bien que le Comité de la santé n'ait pas eu le succès escompté, Cecilia a quand même pu mener à bien ses autres tâches et préparer le terrain en vue de l'implantation de la nouvelle structure de gestion des Services de santé de Peguis. Il s'agissait notamment de formuler des politiques et des procédures pour l'administration des programmes et des services. Le plus facile fut sans doute de dresser un plan d'intervention d'urgence — l'un des quatre programmes obligatoires qui devaient être maintenus après le transfert (les trois autres étant le programme de lutte contre les maladies transmissibles, le programme de santé et de sécurité au travail et d'hygiène du milieu, et le programme des services de traitement). Il a suffi en effet de revoir le plan déjà en place dans la collectivité. Les descriptions de tâches ne posèrent pas plus de problèmes : avec l'aide des employés, toutes les descriptions existantes ont été revues afin de mieux refléter les activités à mettre en oeuvre pour répondre aux besoins de la communauté.

Parallèlement, Cecilia rédigeait un nouveau manuel de politique de gestion du personnel médical et paramédical. Bien que cela ne fût pas exigé comme tel dans le plan préalable au transfert, on a jugé bon de profiter de l'occasion pour apporter des améliorations à ce chapitre avant le transfert et faire en sorte que les SSP soient mieux préparés à relever le défi posé par la mise en place des nouveaux programmes. Cecilia reconnaît que, malgré ses efforts pour amener les employés à participer au processus en leur communiquant les ébauches et en sollicitant leurs commentaires, l'initiative n'a guère soulevé l'enthousiasme au départ. Sans doute les politiques, procédures, règles et règlements étaient-ils associés de trop près à la bureaucratie non autochtone

qui avait régi la vie des gens par le passé. Heureusement, cette résistance initiale semble s'être estompée par la suite, à mesure que le bien-fondé de certaines politiques et procédures apparaissait avec plus d'évidence. Comme l'explique elle-même Cecilia :

Une de nos politiques, par exemple, consiste à offrir un horaire de travail variable [...] On fait ses 8 heures et quelque [...] on donne son maximum, en prenant une petite pause ici et là [...] Par contre, s'il faut s'absenter du bureau pour quelques heures [...] disons pour des raisons personnelles [...] on peut le faire. C'est ce qu'on appelle «prendre du temps compensatoire». Il suffit de remettre les heures où l'on n'a pas travaillé. Ainsi, c'est beaucoup plus équitable et les gens sont plus heureux.

Plusieurs employés des SSP ont d'ailleurs mentionné cette politique d'horaire variable comme un des atouts de leur milieu de travail. Une employée qui avait auparavant travaillé à l'hôpital souligne l'énorme différence entre les deux milieux de travail :

Lorsqu'on est à l'emploi du gouvernement, il faut arriver à heure fixe et partir à heure fixe. Si on est quelques minutes en retard, tout le monde le sait. Et on vous dit : «Vous êtes payés pour huit heures de travail, vous devez travailler huit heures.» [...] Ici, par contre, c'est comme à la maison [...] On est payé pour faire un travail, mais personne n'est là pour vous surveiller. Et lorsqu'on est heureux au boulot, on travaille mieux.

La mise en place de la nouvelle structure de gestion des Services de santé de Peguis a certes suscité quelques problèmes, mais tous les employés interrogés qui ont participé au processus reconnaissent avoir été consultés tout au long de l'étape préalable au transfert. Voici ce qu'en dit Verna Spence, RSC à Peguis depuis 1977 :

Cecilia nous a vraiment embarqués dans le processus. Avant de faire quoi que ce soit, elle convoquait une réunion et discutait avec nous pour connaître notre opinion. Comme nous étions ici depuis plus longtemps qu'elle, elle estimait devoir puiser dans notre expérience. Elle prenait note de nos idées et de nos suggestions. J'ai beaucoup apprécié cela, car c'est le genre de chose qu'on ne ferait jamais aux Services médicaux, où l'on ne se pose pas trop de questions avant de passer aux actes.

Pour Cecilia Stevenson, la structure de gestion qui a finalement été mise en place reflète la dynamique de la communauté :

[Peguis] mélange les structures traditionnelles, encore très présentes dans la façon de fonctionner des communautés indiennes, [...] à des approches plus modernes

[...] Par tradition, le système est hiérarchique. La façon dont les Indiens conçoivent ce système hiérarchique, ou la façon dont la chaîne de commandement fonctionne [...] est que le chef occupe son poste parce qu'il en a acquis le droit par la sagesse dont il fait preuve, par ses gestes, par le respect qu'il témoigne à son peuple [...] Les gens sont convaincus que le chef et ses conseillers ont à coeur de défendre les intérêts de leur peuple [...] Dans bien des communautés, rien ne se fait sans que le chef en ait décidé ainsi. Ici, comme dans beaucoup d'autres communautés, les chefs ont quelque peu dérogé à la tradition [...] Ils ont, par exemple, délégué une partie de leur pouvoir de décision à des organisations comme la nôtre. Cela tient en ces quelques mots que m'a adressés le chef il y a quelques années : «Je fais confiance en votre jugement» [...] Il ne s'agit donc jamais de renoncer à l'autorité, mais plutôt de partager, de déléguer les responsabilités.

Lorsqu'on lui demande de nommer les principaux obstacles qu'il a fallu surmonter lors de cette période préalable au transfert, Cecilia Stevenson évoque l'échéancier très serré imposé au processus. L'établissement du budget du transfert a été, lui aussi, un exercice ardu, car on ne disposait d'aucune donnée sur la répartition des sommes réelles qui seraient allouées au transfert (en fait, la bande n'a obtenu une ventilation détaillée du budget qu'*après* la signature de l'accord de transfert en 1991). Cecilia estime en outre que les conseils ont manqué pour élaborer la composante évaluation des programmes de santé proposés. Ces problèmes étaient cependant dus, au moins en partie, au fait que le personnel de la DGSM devait tout apprendre sur le tas; aujourd'hui, concède-t-elle, la Direction générale donne de meilleures directives d'évaluation et fournit des informations financières plus détaillées. En fait, il apparaît qu'à l'époque où la communauté Peguis dressait son plan de santé communautaire, la DGSM demandait aux Peguis (et aux autres communautés engagées dans cette étape préalable au transfert) de s'acquitter d'une tâche dont elle-même n'avait guère réussi à s'acquitter de façon satisfaisante. Dans un document sur le plan stratégique de la DGSM pour la période 1988-1993, on reconnaît en effet que les «systèmes d'information de la Direction générale ne permettent pas de mesurer avec précision l'efficacité de ses programmes» (DGSM, 1988, p. 1).

### *La période de transition et les négociations : de septembre 1990 à juillet 1991*

En septembre 1990, un accord provisoire de trois mois entré en vigueur, qui devait faire le lien entre la phase de recherche et développement et la phase de négociations antérieures au transfert. À la même époque, Cecilia Stevenson devenait directrice intérimaire de la santé des Services de

santé de Peguis et était chargée de mettre en place la nouvelle structure de gestion et de préparer les négociations. Dans un rapport à la DGSM daté d'octobre 1990, Cecilia affirme sans ménagement que l'approche «provisoire ou fragmentée» du processus de financement de la gestion rendait difficile la mise en oeuvre de toute initiative à long terme. La nouvelle structure de gestion fut néanmoins graduellement implantée, après que le PSC et les plans généraux eurent été revus par tous les employés des SSP. Pour conclure, Cecilia souligne que le reste du temps prévu par l'accord provisoire serait consacré à «déchiffrer le barrage de demandes et d'exigences opposé par la DGSM et à déterminer si et comment on pouvait y répondre.»

Les véritables négociations menant au transfert des programmes de santé ont eu lieu dans le cadre de 17 réunions tenues entre les mois de janvier et juillet 1991. Selon Cecilia Stevenson, certains facteurs ont facilité le processus :

Nous [les membres de l'équipe de négociation de Peguis] avons convenu d'adopter une approche diplomatique — en fait j'aimerais mieux parler d'une démarche de nation à nation — même si le processus ne le prévoyait pas [...] Nous étions prêts à mettre les points sur les i au besoin et c'est d'ailleurs ce que nous avons fait plusieurs fois. Cette approche diplomatique nous a beaucoup aidés. Nous avons bien organisé le matériel que nous présentions, notre recherche était bien faite [...] Le fait d'avoir, en plus de moi-même au poste de conseillère en matière de santé, notre propre conseiller juridique issu lui aussi de la communauté, et de travailler avec les principaux négociateurs, le chef et son conseil [...] des gens habitués à négocier et à traiter avec les gouvernements et très ouverts, nous a aussi beaucoup aidé [...] Mon expérience auprès du gouvernement et dans le secteur du transfert des programmes a aussi été vraiment utile, non seulement pour les négociations en tant que telles, mais aussi pendant tout le processus de transfert. J'étais là dans mon élément.

Bien que le point de départ des négociations ait effectivement été fixé au niveau des ressources dont disposait la bande, sans qu'aucun enrichissement majeur des programmes ne soit prévu, les facteurs mentionnés ci-dessus semblent avoir donné quelque poids aux arguments des Peguis pendant les négociations. Le budget de fonctionnement existant des Services de santé de Peguis (c'est-à-dire le budget dont ils disposaient avant le transfert) était tout juste inférieur à 298 000 \$. La première année complète qui a suivi le transfert, ce montant a plus que doublé, passant à 678 000 \$. Une bonne partie de cette augmentation consistait en nouvelles subventions pour une partie des postes régionaux et de zone de la DGSM (voir plus loin dans cette section pour une analyse plus détaillée) et pour l'administration et la formation (formation accélérée, mise à

jour des compétences, etc.). Cecilia donne toutefois un exemple où les Peguis ont pu négocier un meilleur financement pour des programmes déjà en place :

Nous avons rédigé des pages et des pages de justifications, d'arguments démontrant que notre budget d'éducation en santé ne s'élevait qu'à 66 \$ par année. C'était en effet notre budget — cinq dollars par mois! [...] Cela revenait à mettre cartes sur table et à dire «Écoutez, voici ce que vous nous donnez pour l'éducation sanitaire [...] Et pourtant, les «trois piliers» de votre Politique sur la santé des Indiens et votre Énoncé de mission affirment que vous visez l'assurance de la qualité» [...] Je voulais ainsi qu'ils prennent un peu de recul face à eux-mêmes et leur montrer ce qui arrivait dans la réalité [...] Et c'est ce qu'il fallait faire.

Dans d'autres secteurs, il a fallu négocier pour obtenir les meilleures conditions possibles compte tenu des limites des ressources existantes. Par exemple, les Peguis ont exigé et obtenu des fonds pour un poste d'infirmière du plus haut niveau (en terme d'échelle salariale) et évité ainsi d'avoir à revenir négocier à ce sujet à une date ultérieure. Cecilia affirme qu'ils ont volontairement négocié de «petits gains ici et là, qui ont fini par s'accumuler».

Le 23 juillet 1991, les Peguis signaient un accord quinquennal sur le transfert des programmes de santé — le troisième du genre à être conclu au Manitoba<sup>23</sup>.

#### *Les avantages perçus de l'accord de transfert*

D'après les entrevues que nous avons eues avec les principaux informateurs, les avantages perçus de l'accord de transfert pourraient être classés en deux catégories, qui souvent se chevauchent : les améliorations techniques et administratives, et l'accroissement du sentiment d'appartenance parmi les pourvoyeurs de soins de santé.

Le principal avantage du transfert fut sans doute de procurer des fonds nouveaux pour la gestion, ce qui a permis à la bande d'embaucher Cecilia Stevenson comme directrice permanente des services de santé chargée de superviser l'application du programme de santé publique et du programme de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie (autrefois le PNLAADA), de même que les services aux patients et les services ambulanciers. On a pu engager également un coordonnateur des services aux patients pour superviser les services de transport médical et d'information aux patients. Ces améliorations ont été particulièrement bienvenues pour Kathy Bird, l'infirmière responsable du centre de santé, qui devait auparavant assumer une lourde charge administrative et régler les problèmes relatifs aux services aux patients en plus d'accomplir ses tâches cliniques. Comme nous le verrons plus loin, la présence d'une

administratrice a également permis aux Peguis de mieux mettre à profit les nouvelles possibilités de développement des services de santé découlant du transfert.

Plusieurs autres aspects des nouveaux arrangements financiers ont également été cités comme bénéfiques et propices à un contrôle local accru. Ainsi, le fait de n'avoir plus à faire de rapport à la DGSM qu'une fois l'an au lieu d'une fois par mois a été accueilli avec soulagement. Pour un informateur, ces rapports mensuels étaient «humiliants — Cela prenait tout notre temps». Le passage de lignes budgétaires rigides à des lignes plus souples permettait aussi à l'administration des SSP de réaffecter les ressources en fonction des priorités de programme qu'elle jugeait pertinentes. Quant au passage de la remise des excédents à la rétention des excédents, voici ce qu'en dit un informateur :

C'est un tel soulagement de ne pas être obligé de se dire «Bon : j'ai tant d'argent et je dois le dépenser à tout prix, sinon je devrai le rendre.»

Tous les employés des SSP que nous avons interviewés ont affirmé avoir acquis un sentiment d'appartenance accru à l'égard des programmes de santé de leur communauté grâce au processus de transfert. Les commentaires de certaines personnes travaillant dans deux programmes différents illustrent d'ailleurs fort bien ce propos :

À mon avis, nous avons maintenant plus de latitude à l'échelle locale pour concevoir des programmes qui répondent à nos besoins. Nous n'avons plus nécessairement à soumettre ces programmes aux Services médicaux. De concert avec le chef et son conseil, nous pouvons élaborer des plans mieux adaptés à notre communauté. C'est là pour moi un des changements les plus positifs qu'a amené le transfert.



Le fait d'avoir notre propre administration [...] d'administrer nous-mêmes nos programmes, d'élaborer nos propres lignes directrices [...] de ne plus se faire dire quoi faire par les Services médicaux [...] Nous sommes libres de faire ce que nous voulons, de la façon que nous jugeons la meilleure et la mieux adaptée à nos clients.

Plusieurs informateurs ont fait d'élogieux commentaires sur la nature collective de la planification et de l'examen des programmes aux SSP. Voici ce qu'en dit un RSC :

La planification ne se fait pas de façon isolée [...] nous nous réunissons pour brasser des idées [...] Nous formons une sorte de grande famille, nous travaillons main dans la main.

L'auteur a eu l'occasion d'assister à deux de ces séances d'examen et de planification de programmes. Dans les deux cas, les employés des SSP se sont réunis pendant deux jours et, à l'aide de la technique du remue-méninges, ont systématiquement examiné tous les aspects de leurs programmes jusqu'à ce qu'ils en aient fait le tour. Invitée à commenter l'expérience, Cecilia Stevenson souligne qu'une approche bureaucratique ne fonctionnerait pas dans un contexte comme celui des SSP. On préfère une approche axée sur les gens :

La petite taille du service offre de nombreux avantages. Cela nous permet en effet de faire des «caucus» [...] Bien sûr, il est beaucoup plus facile de dire aux gens «Faites ceci! Faites cela! [et] ne posez pas de questions!», mais les résultats risquent alors d'être négatifs [...] Dans une petite structure, les gens se sentent plus à l'aise, ont le sentiment de participer à la prise des décisions [...] Même si cela prend du temps, c'est finalement plus rentable.

Enfin, il convient de souligner ici un autre aspect de l'accord de transfert, soit le transfert de sommes supplémentaires pour la formation. Ce transfert arrivait à point nommé pour les Peguis : le moment était justement venu pour eux d'élaborer un nouveau programme (voir la section suivante pour en savoir davantage à ce sujet).

Dans la section suivante nous donnerons quelques exemples de programmes mis en oeuvre depuis le transfert. Mais auparavant, penchons-nous sur les limites perçues de l'expérience du transfert des programmes de santé.

#### *Les limites de l'accord de transfert et les projets à venir*

Une caractéristique de l'accord de transfert en fait ressortir les inconvénients pour les Peguis (et d'autres premières nations), inconvénients découlant de pertes d'économies d'échelle. La DGSM a calculé, et donc transféré aux Peguis, l'équivalent de leur contribution aux programmes de soutien et aux postes régionaux et de zone. La liste complète des parties de postes transférées comprend les médecins et agents de programme régionaux et de zone, les services infirmiers régionaux et de zone, les services d'hygiène du milieu régionaux et de zone, le programme de nutrition régional et de zone, le programme d'éducation sanitaire régional et de zone, le consultant régional du PNLAADA, le consultant régional des RSC, et les services d'entretien de zone.

Avec une partie seulement des ressources ou des salaires nécessaires à chaque poste, il est fort difficile de retenir les experts dont on a besoin, d'autant plus que les sommes nécessaires

à la formation des titulaires de ces postes transférés ne sont pas incluses. Un exemple du genre de problème que pose cette situation a trait à l'hygiène du milieu. Bien qu'on ait obtenu des améliorations considérables dans ce domaine à Peguis, notamment grâce au développement économique de ces dernières décennies, la DGSM exige toujours que le programme soit maintenu en place. Avant le transfert, l'agent d'hygiène du milieu (AHM) régional fournissait des services d'aide et de consultation aux Peguis, de même qu'à d'autres premières nations de la région d'Interlake. Après le transfert, les Peguis devaient s'arranger pour avoir leur propre AHM. Mais avec les sommes accordées par la DGSM, la communauté ne pouvait engager quelqu'un que pour six jours par année. Au moment de la rédaction du présent rapport, les Peguis étaient sur le point de conclure un accord d'aide avec le conseil tribal des Moskégons, qui a réussi à obtenir le transfert d'un AHM à plein temps parce qu'il représente un groupe de premières nations.

Un autre exemple de problème a trait au poste de médecin hygiéniste. Les sommes reçues par les Peguis ne leur permettent d'embaucher un médecin que 12 jours par année (la moitié de ce que la communauté avait demandé). Les employés des SSP comptaient bien qu'un médecin hygiéniste les aiderait à mettre au point certains aspects de leurs programmes de santé communautaire — notamment la composante évaluation et la surveillance de l'état de santé. Il fallut pourtant attendre au printemps 1993 pour qu'un contrat soit enfin signé avec l'Unité médicale des régions nordiques de l'Université du Manitoba pour obtenir ce genre de service. La mise au point définitive des contrats des deux postes décrits ici a demandé énormément de temps et d'énergie; Cecilia Stevenson se rend compte aujourd'hui qu'idéalement, ces postes devraient plutôt faire l'objet d'un transfert au niveau de l'organisation autochtone de la région ou du district.

Il semble que la plupart des problèmes qu'ont connus les Peguis suite au transfert aient trait à l'administration ou à la prestation des services de santé non transférés. Un fonctionnaire du bureau de la bande a confirmé, par exemple, que les paiements prévus par l'accord de contribution aux services non transférés (y compris les avances) étaient toujours versés en retard, obligeant la bande à puiser dans d'autres budgets.

En vertu de l'accord de transfert, la DGSM convenait en principe que le transfert d'un certain nombre de ressources précises pouvaient être négociées plus tard à la demande des Peguis et tel que convenu réciproquement. La liste complète de ces ressources comprend les services dentaires à contrat, les services d'optométrie à contrat, l'approvisionnement en médicaments et en matériel médical, les accords de location à contrat, l'hôpital Percy E. Moore, les prestations médicales non assurées, et le programme de traitement du PNLAADA (c.-à-d. le Centre de

traitement Al-Care). Les deux principaux aspects litigieux de ces négociations à venir seront analysés séparément dans les sections suivantes.

### *Les prestations médicales non assurées*

Avant de se pencher sur la question des prestations médicales non assurées à Peguis, il pourrait être utile de fournir quelques renseignements généraux. Les prestations médicales non assurées (PMNA) sont les services médicaux complémentaires que le gouvernement fédéral fournit aux autochtones depuis de nombreuses années. L'ensemble de ces services comprend les soins optométriques et dentaires (à l'exclusion des contrats de services professionnels), les médicaments d'ordonnance, les fournitures médicales, l'équipement médical et le transport pour soins médicaux. Pour les autochtones, ces services non assurés sont un droit issu des traités, et ils craignent par dessus tout que le gouvernement fédéral tente de les limiter, sinon de les abolir. Ces craintes ne sont d'ailleurs pas dénuées de fondement.

À la fin de 1978, la Direction générale des services médicaux diffusait en effet à ses fonctionnaires des régions et des zones une «directive d'orientation» qui, dans les faits, excluait le paiement de tout service non assuré aux autochtones autres qu'indigents. Pour la ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, madame Monique Bégin, cette directive ne déviait aucunement de la politique fédérale; au contraire, elle ne faisait que mieux la définir, en établissant que les autochtones capables de payer pour leurs soins de santé ou pour les soins connexes devaient le faire, alors que ceux qui sont indigents et qui résident dans des réserves recevraient de l'aide (Canada, 1978b). La réponse de la Manitoba Indian Brotherhood (MIB) ne se fit pas attendre :

La Manitoba Indian Brotherhood, qui représente les 44 081 Indiens inscrits de la province, dénonce la récente directive du gouvernement fédéral portant sur les services médicaux non assurés aux Indiens inscrits et visés par un traité [...] La MIB est d'avis que l'argument des «restrictions financières» invoqué pour justifier les coupures ne peut d'aucune façon justifier l'abus de confiance ou le déni, par le gouvernement fédéral, de sa responsabilité de fiduciaire à l'égard des Indiens. Pour la MIB, ces coupures ne sont qu'une façon détournée de mettre en application le Livre blanc sur la politique des Indiens de 1969; se déroband à sa responsabilité constitutionnelle, le gouvernement fédéral laissera sans doute à la province le soin de combler le manque à gagner créé par ces coupures [...] Cette directive affectera en premier lieu les personnes occupant des emplois marginaux ou saisonniers qui, déjà, arrivent à peine à joindre les deux bouts. À ce chapitre,

les coupures touchant le transport des malades et les médicaments apparaissent particulièrement irresponsables à la MIB [...] (Manitoba Indian Brotherhood, 1979)

Devant la levée de bouclier de nombreux groupes autochtones de tout le pays, la ministre a été contrainte de suspendre officiellement la mise en oeuvre de la directive au début de 1979. Il faut toutefois souligner que les bureaux régionaux de la DGSM disposent d'une marge de manoeuvre considérable dans la mise en oeuvre des directives sur les PMNA dans leur province. À ce chapitre, il est fort intéressant de remarquer qu'en novembre 1978, le directeur régional de la DGSM - région du Manitoba envoyait au directeur général intérimaire - gestion de programme de la DGSM à Ottawa, une note de service dans laquelle il précisait que, dans les faits, cette politique était déjà en grande partie appliquée au Manitoba et à un degré peut-être encore plus étendu que dans les autres régions (Canada, 1978a, p. 2). Le directeur régional, M. G.B. Campbell, expliquait que la région du Manitoba avait récemment pris l'initiative de restreindre l'approvisionnement des Indiens en médicaments de prescription gratuits à Winnipeg et dans les régions rurales. Informé par la MIB que des gens souffraient par suite de cette initiative dans les régions rurales, M. Campbell a accepté de suspendre l'application de la directive, mais uniquement pour les médicaments de prescription et seulement dans les régions rurales. Toutes les autres dispositions de la politique sur les services non assurés restaient en vigueur (Canada, 1978a, p. 1).

En 1989, la DGSM émettait une nouvelle directive concernant l'administration des PMNA qui en limitait encore davantage la couverture. Encore une fois, les premières nations s'opposèrent avec véhémence à plusieurs des changements proposés. L'une de leurs grandes préoccupations semble avoir été l'intention de la DGSM de continuer à transférer l'administration des services non assurés à la Croix Bleue. En 1989, la DGSM avait en effet conclu avec cette société un accord sur l'administration des services dentaires et cette privatisation avait été perçue comme une nouvelle atteinte à l'autonomie gouvernementale des premières nations, en plus de céder à une société non autochtone les avantages économiques de l'administration des services de santé.

La Direction générale des services médicaux répondit en créant un groupe de travail composé de représentants des premières nations, qu'elle chargeait de revoir l'ensemble du programme des PMNA. Au début de 1991, certaines organisations, comme l'Assembly of Manitoba Chiefs (AMC) soupçonnaient le gouvernement d'essayer d'imposer les changements sans vraiment tenir compte de plusieurs des recommandations du groupe de travail et exigèrent que la DGSM reporte l'application de la nouvelle directive jusqu'à ce que le groupe de travail sur

les PMNA ait pu la revoir et faire les recommandations adéquates et jusqu'à ce que le Comité de la santé de l'AMC l'ait sanctionnée (AMC, 1991). Si ces protestations ont réussi à retarder l'entrée en vigueur de la nouvelle directive pendant plus d'un an, la DGSM a quand même fini par rejeter les recommandations du groupe de travail. C'est ainsi qu'en septembre 1992, la nouvelle politique sur les PMNA entrainait en vigueur et qu'au début de 1993, l'administration des médicaments d'ordonnance était transférée à la Croix Bleue.

Voilà donc le contexte. Notons, au passage, que plusieurs de nos informateurs clés au sein des SSP affirment s'être opposés non pas tant aux changements comme tels qu'à la façon dont ces changements ont été mis en oeuvre par la DGSM. Pour l'heure, les services inclus dans la politique sur les PMNA ne peuvent faire l'objet d'un transfert.

Le budget des voyages pour visites médicales accapare le gros des PMNA à Peguis (en fait, ce budget représente environ la moitié de tout le budget du transfert) et c'est, semble-t-il, ce secteur qui a causé le plus de maux de têtes au personnel des SSP (et probablement aussi aux employés de la DGSM) par le passé. On ne compte plus les allusions aux soupçons constants auxquels sont soumises les demandes des employés concernant des déplacements de patients à des fins médicales dans les rapports des infirmières et dans d'autres documents des SSP. Kathy Bird se rappelle qu'elle devait consacrer une bonne partie de son temps à remplir la paperasse à cette seule fin.

Jusqu'au printemps 1990, les Peguis devaient couvrir les frais de déplacement pour soins médicaux, puis présenter chaque mois la facture à la DGSM pour obtenir un remboursement. Au mois d'avril, la bande concluait un accord de contribution qui lui permettait d'administrer le programme de transport pour des fins médicales au niveau local, c'est-à-dire qu'elle recevait dorénavant les fonds nécessaires selon un calendrier de paiement établi et devait présenter chaque mois des relevés justifiant ses dépenses. Si cet accord donnait ainsi aux SSP une plus grande responsabilité dans les décisions concernant le déplacement des patients, il les contraignait quand même encore à appliquer les lignes directrices de la DGSM et les obligeait à gérer l'énorme déficit toujours associé à ce programme. De surcroît, comme la DGSM avait déjà commencé à limiter le financement de ce programme, les Peguis voyaient ainsi leur responsabilité augmenter en même temps que leur budget diminuait.

Il est intéressant de voir comment les SSP ont fait face à ce dilemme. On adopta, nous dit Cecilia Stevenson, une philosophie fort simple. Les Peguis considèrent les prestations médicales non assurées comme un droit issu de traités. À ce titre, les SSP ont donc le devoir de les fournir. On prit donc, dans un premier temps, certaines mesures (comme l'amélioration des méthodes de tenue de dossiers) pour améliorer le plus possible le fonctionnement du programme. Puis, après

le transfert, en juillet 1991, on engagea un coordonnateur des services aux patients, qu'on chargea d'administrer le programme. Parallèlement à ces efforts de rationalisation, les SSP s'attachèrent à prouver à la DGSM que le financement n'était pas suffisant pour répondre à leurs besoins en matière de transport médical et que l'utilisation des fonds avait été justifiée, en effectuant leur propre examen. Selon Cecilia Stevenson, cet exercice demanda beaucoup de temps : il fallut notamment écrire aux médecins pour qu'ils confirment avoir effectivement déjà soigné des patients par le passé. Mais le jeu en valut la chandelle :

Maintenant qu'ils (les gens de la DGSM) ont les preuves en mains, ils cèdent et nous redonnent notre dû. Ce que je veux dire par là c'est que [...] la DGSM avait promis de couvrir tous les déficits des trois, quatre ou cinq dernières années [...] elle avait convenu que ceux-ci s'inscrivaient en fait dans le coût du programme [...] Si bien que maintenant le budget correspond à ce qu'il aurait toujours dû être.

Malheureusement, malgré tous ces efforts, les SSP sont toujours affligés d'un déficit chaque mois. Au moins, selon Cecilia, ont-ils maintenant prouvé à la DGSM qu'ils étaient capables de gérer efficacement le programme de déplacement pour soins médicaux et que celui-ci devrait faire partie des programmes transférables. Elle estime d'ailleurs que s'ils avaient le plein contrôle sur l'utilisation de ces fonds, les Peguis pourraient trouver des moyens plus économiques d'offrir le service, et aimerait que la bande ait l'occasion de conduire un projet pilote pour simuler le transfert de ce programme. Entre-temps, les SSP prévoient faire un sondage dans la communauté afin de déterminer si les diverses options envisagées pour l'exploitation future du programme transféré sont réalistes.

Autres points litigieux des PMNA : les services dentaires et optométriques. Dans les deux cas, en effet, la DGSM avait convenu en principe de transférer ces contrats de services aux Peguis.

Du milieu des années 70 jusqu'en 1987, les résidents des réserves Peguis, Fisher River et Jackhead recevaient leurs soins dentaires dans une roulotte aménagée à cet effet, stationnée à Peguis. À l'origine, le contrat avait été confié à l'Université du Manitoba et les soins étaient prodigués pour la plupart par des étudiants en soins dentaires sous la surveillance d'un dentiste. En 1987, le service emménageait dans les nouveaux locaux des SSP. À l'expiration de l'entente conclue avec l'université, la DGSM engagea directement un dentiste à contrat et le chargea de fournir les services avec l'aide d'un assistant de la communauté. Ce nouveau service dentaire constituait certes une amélioration par rapport à la roulotte, mais le personnel ne fournissait pas à la demande. En 1991, les autorités des SSP soumettaient le problème à la DGSM et demandaient qu'on dégage d'autres fonds pour leur permettre d'engager un hygiéniste dentaire. Selon les

statistiques fournies, le ratio dentiste/patients du Service dentaire de Peguis était le double du ratio moyen de la province. En décembre 1992, la réponse de la DGSM leur parvenait par écrit. On pouvait y lire entre autres ce qui suit :

[ [...] ] Votre demande a été jugée logique et pertinente compte tenu des besoins en soins dentaires de votre communauté. Malheureusement, elle nécessiterait une restructuration et une réorientation majeures du financement des soins dentaires dans le système actuel des PMNA. À l'heure actuelle, en effet, ce système n'est pas structuré de façon à pouvoir traiter votre demande (DGSM, 1992).

Bien qu'un accord provisoire ait été conclu pour absorber une partie de la demande excédentaire, le problème a de toute évidence besoin d'une solution permanente. Les autorités de Peguis attendent avec impatience que la DGSM leur confie l'administration de ces services, mais, comme le souligne Cecilia Stevenson, il serait irresponsable de les prendre en charge avant que la base de ressources n'ait été accrue.

Pour ce qui est des services d'optométrie, les Peguis estiment que ceux qu'ils pourraient offrir en vertu d'un accord de transfert seraient de loin supérieurs à ceux qui leur sont offerts aujourd'hui. En effet, à l'heure actuelle, ces services sont assurés par une équipe de deux optométristes accompagnés de deux assistants, qui tiennent chaque année deux cliniques de deux à trois jours dans le village. La DGSM paie le coût des services non assurés (y compris les frais de déplacement) et la Commission des services de santé du Manitoba (CSSM) rembourse les honoraires professionnels. Comme il est pratiquement impossible pour l'équipe d'optométrie de voir tous ceux qui ont besoin de services dans le cadre des cliniques ordinaires, la bande n'a d'autre choix que d'envoyer des gens consulter des optométristes à Winnipeg. Selon Cecilia, si les 36 000 \$ (en gros) dépensés chaque année pour envoyer ces gens à Winnipeg leur étaient transférés, les autorités des SSP pourraient organiser des cliniques mensuelles et éviter ainsi les déplacements inutiles hors de la réserve (qui viennent augmenter les coûts des déplacements pour visites médicales). Le problème vient de ce que les règlements actuels du Conseil du Trésor ne permettent pas à la DGSM de transférer cette somme aux Peguis. Voilà donc une autre situation où ceux-ci estiment qu'ils pourraient offrir un meilleur service si le programme leur était transféré, mais refusent d'aller de l'avant à moins qu'on leur garantisse les ressources suffisantes.

En somme, la façon dont sont actuellement administrées les prestations médicales non assurées et le peu d'empressement dont semble faire preuve le gouvernement fédéral quant à leur transfert sont perçus à Peguis comme des obstacles à une plus grande autodétermination dans la gestion des programmes de santé communautaire. Plusieurs de nos informateurs au sein des

services de santé de Peguis ne doutent pas de la capacité de la bande à mieux administrer les programmes de PMNA que le gouvernement. «On nous force à rester en retrait à cause des politiques archaïques de la DGSM», affirme l'un d'eux sans ambages. La frustration semble accrue encore par le sentiment qu'ont les Peguis d'être pris entre l'arbre et l'écorce. D'une part, conscient que le gouvernement coupe ses coûts, on voudrait que les PMNA soient transférés au plus tôt pendant qu'il y a encore de l'argent. D'autre part, on est plus ou moins pressé de prendre la relève, conscient que, si les ressources sont insuffisantes, le transfert pourrait donner lieu à des problèmes encore plus nombreux.

### *L'hôpital Percy E. Moore*

La question de loin la plus complexe qu'il reste à régler à Peguis est celle de l'avenir de l'hôpital Percy E. Moore (PEM), qui est admissible au transfert en vertu de l'accord de 1991. Elle doit son caractère épineux à de nombreux facteurs.

Disons d'abord que l'établissement relève de plusieurs autorités. Bien que situé sur le territoire de Peguis, l'hôpital sert les trois réserves de la région, de même que les collectivités non autochtones avoisinantes. S'il est administré par la Direction des services médicaux, c'est par contre toujours la Commission des services de santé du Manitoba (CSSM) qui assume les frais d'hospitalisation et qui, depuis la fin des années 80, paye aussi les honoraires des médecins embauchés par l'Unité médicale des régions nordiques (UMRN) J.A. Hildes de l'Université du Manitoba. La majorité du personnel infirmier de l'hôpital est rémunéré par la DGSM, mais celui de la clinique externe est payé par l'UMRN. Si ce caractère multi-juridictionnel n'est pas considéré comme un obstacle insurmontable à la prise en charge des opérations de l'hôpital, on peut par contre affirmer sans crainte de se tromper qu'il ne simplifiera pas le processus de négociation, vu le nombre des parties en cause.

La question des ressources qui seraient transférées le cas échéant est de loin plus complexe. Conçu à l'origine comme un établissement de 38 lits, l'hôpital Percy E. Moore a vu sa capacité réduite à 16 lits au début des années 80. Il n'offre en outre aucun service chirurgical et seuls quelques accouchements à faible risque y sont pratiqués chaque année. Comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs de nos informateurs à Peguis affirment qu'à cause du manque de services et du fort taux de roulement des médecins, ils préfèrent souvent aller se faire soigner ailleurs lorsqu'ils ont le choix. Comme le budget d'exploitation de l'hôpital Percy E. Moore dépasse à peine le demi-million de dollars, il faut certes se demander s'il est sensé d'envisager le transfert d'un établissement déjà perçu comme inadéquat. Nos principaux informateurs reconnaissent la gravité du problème. À tout le moins, les Peguis voudraient qu'on leur garantisse

que le budget d'exploitation courant sera maintenu à son niveau actuel, tout comme le nombre d'années-personnes, au moment des négociations de transfert.

Pourtant, juste avant de signer l'accord de transfert des programmes de santé de Peguis en 1991, la DGSM - Région du Manitoba réduisait de 5,7 % les ressources d'exploitation et d'entretien de l'hôpital Percy E. Moore. Dans une lettre adressée au ministre fédéral des Finances à l'époque du transfert, le chef Louis Stevenson fait à ce sujet les commentaires suivants :

Nous voulons bien prendre en charge l'administration de l'hôpital Percy E. Moore au cours des prochaines années, mais déjà nous percevons le contrecoup de la politique de restriction du gouvernement sur notre projet [...] Et si quelque chose peut dissuader les Peguis d'envisager la prise en charge d'un hôpital dont les ressources sont déjà insuffisantes, ce sont bien ces restrictions budgétaires (Source : Archives des SSP).

Le chef Stevenson poursuit en priant le gouvernement de reporter la base de ressources de l'hôpital à son niveau original, avec le même nombre d'années-personnes, comme base pour le transfert. Il termine sa lettre par une demande :

Nous vous proposons de décréter un moratoire sur toute coupure et toute réduction supplémentaires du nombre d'années-personnes pour toutes les ressources transférables. À défaut d'un tel moratoire, les autres premières nations pourraient être enclines à refuser votre offre de transfert des programmes de santé.

Il semble que le chef Stevenson ne reçut jamais de réponse à sa lettre. Mais, même avec une garantie de restaurer les ressources à leur niveau original, Cecilia Stevenson doute que les Peguis (et les autres premières nations) se satisfassent du statu quo :

Dans les travaux qui précéderont le transfert, nous suivrons un plan, avec la même conviction que nous avions il y a deux ans [...] Nous voulons prendre cet hôpital en charge parce que cela s'inscrit dans notre évolution à titre d'Indiens, parce que nous devons prendre nos affaires en main. Nous pourrions ramener cet hôpital au niveau où il était il y a bien des années, lui redonner la réputation qu'il avait autrefois [...] Ce serait un bien meilleur hôpital, un hôpital communautaire qui ferait appel à la participation des membres de la communauté [...] et qui susciterait un véritable sentiment d'appartenance. Je suis convaincue que cela pourrait fonctionner, à condition toutefois d'obtenir l'aval du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral. Toute autre solution équivaldrait à accepter la médiocrité, c'est-à-dire à continuer de fournir les services actuels. Que nous le voulions ou non, il faudra bien avoir pris une décision à ce sujet lorsque

nous terminerons les travaux préparatoires au transfert [...] Jamais nous n'accepterons de prendre en charge un canard boiteux.

### *Résumé*

En somme, pour nos principaux informateurs parmi les Peguis, le transfert des programmes de santé a été une expérience généralement positive. Malgré ses limites, l'exercice s'est révélé utile en ce qu'il a permis d'accroître le contrôle de la collectivité sur le développement des programmes de santé communautaire. La plupart des problèmes rencontrés par la bande concernent les ressources qui n'ont pas été transférées. Quant au futur transfert des PMNA et de l'hôpital Percy E. Moore, il suscite bien des inquiétudes, leur base de ressources étant déjà insuffisante. Dans la prochaine partie, nous analyserons plus en détail l'évolution des programmes de santé communautaire à Peguis.

## **Histoire des services de santé après l'accord de transfert**

### *Changement d'orientation*

Au cours des deux années qui ont suivi la signature de l'accord de transfert des services de santé, beaucoup d'efforts ont été déployés pour mettre en place une bonne infrastructure, qui permette à la population de Peguis de bénéficier de services de santé communautaire offerts de façon efficace. Nous avons déjà discuté de la revue et de la rationalisation du programme des déplacements pour soins médicaux. Par ailleurs, le personnel des Services de santé de Peguis s'est employé à mettre sur pied un système de gestion de l'information en matière de santé. À ce stade-ci, on procède à la collecte de statistiques sur toutes les activités de santé publique, afin de constituer une base de données qui facilitera l'évaluation des programmes ultérieurement. Un des membres du personnel suit une formation de façon à ce que les SSP ne dépendent pas entièrement de spécialistes de l'extérieur pour la mise au point de leur programme informatique.

Cecilia Stevenson reconnaît volontiers que les responsables n'ont pas encore dépassé le stade de la réflexion, notamment sur les priorités fixées dans le plan de santé communautaire, et de la planification d'un programme. En fait, elle est d'avis qu'il faudra sans doute encore une année de travail avant qu'on atteigne le stade où on aurait souhaité être au moment du transfert — situation qu'elle attribue au fait que la population de Peguis a disposé d'un délai très court avant le transfert. En dépit de la lenteur des progrès, on peut citer plusieurs exemples d'initiatives qui illustrent le changement d'orientation auquel l'on procède afin de mieux répondre aux besoins de la collectivité. L'une de ces initiatives touche à la modification du rôle des RSC.

Vera Spence nous a expliqué que lorsqu'elle a commencé à travailler comme RSC à la fin des années 70, son rôle était celui «d'une femme à tout faire, spécialiste de rien». La RSC devait entre autres aider l'infirmière à diffuser des connaissances de base en santé (en ce qui a trait aux soins aux nourrissons et à l'hygiène surtout), s'occuper de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et effectuer des tests (prélever des échantillons d'eau, p. ex.), conformément aux règlements en vigueur en matière d'hygiène du milieu. Toutefois, la collectivité et les services de santé ont tellement évolué que bon nombre des tâches auparavant dévolues aux RSC n'ont plus leur raison d'être. L'amélioration des logements et de l'hygiène (plomberie dans les maisons et collecte des ordures ménagères, p. ex.), la diminution de l'incidence des maladies infectieuses, l'augmentation de la prévalence de l'allaitement maternel, un taux d'immunisation très élevé et un taux élevé de fréquentation des cliniques de soins aux enfants ainsi que la mise en place de services d'aide aux alcooliques et toxicomanes et de santé mentale dans la collectivité sont quelques-uns des facteurs qui, combinés, ont provoqué une modification du rôle des RSC.

Au cours des deux dernières années, les RSC ont commencé à devenir des travailleuses spécialisées. Chacune est jumelée à une infirmière. La première équipe s'occupe du diabète et d'autres maladies chroniques, et la seconde s'occupe principalement des programmes de santé de la mère et de l'enfant. Les deux RSC ont indiqué qu'elles préfèrent cet arrangement à la situation antérieure où elles étaient appelées à toucher un peu à tout.

Le diabète prend de l'ampleur à Peguis, où une centaine de cas ont été diagnostiqués jusqu'ici. L'un des projets mis en oeuvre par l'équipe des maladies chroniques au cours des deux dernières années est un nouveau programme de sensibilisation au diabète. Comme l'explique Eleanor Olson, l'une des ISC :

Si nous avons pris cette décision, c'est parce que le programme d'éducation sur le diabète offert par le gouvernement fédéral n'est pas adapté aux besoins des autochtones. Le langage utilisé est trop technique. Nous, nous essayons d'expliquer les choses en mots simples [...] nous essayons de répondre aux besoins spécifiques des gens que nous desservons.

Selon Eleanor, l'équipe est parvenue avec passablement de succès à promouvoir l'initiative personnelle en matière de soins. À l'heure actuelle, la majorité des diabétiques souffrent de diabète non insulino-dépendant, et les deux-tiers environ des diabétiques connus bénéficient d'un suivi médical. Toutefois, Kathy Bird reconnaît que la clinique de diabète des SSP est encore loin de fonctionner comme on l'aurait espéré. Elle aimerait que les diabétiques puissent bénéficier d'une clinique permanente où ils pourraient venir pour des analyses de sang et

un examen des pieds, et où on leur donnerait de l'information. Le problème auquel on fait face tient en partie au fait qu'il y a pénurie de médecins et roulement important du personnel à l'HPEM et qu'il n'est pas toujours possible en conséquence qu'un médecin reçoive les patients à la clinique des SSP, ce qui veut dire que ces derniers doivent parfois se rendre à l'hôpital pour obtenir les soins dont ils ont besoin, le cas échéant. De plus, comme les patients doivent de toute façon se rendre à l'hôpital pour faire vérifier leur sang et pour recevoir les médicaments dont ils ont besoin, bon nombre d'entre eux font appel à la consultation externe de l'hôpital pour obtenir les soins requis. Bien sûr, il faudra trouver des solutions à ces problèmes. En attendant, le personnel des SSP s'efforce de renseigner la population sur le diabète.

Le programme prénatal aussi est un champ d'action prioritaire. Selon Kathy Bird, il y a toujours à Peguis entre 25 et 30 femmes qui attendent un enfant. Le nombre de grossesses chez les adolescentes sans conjoint est un sujet de préoccupation, auquel il faudra trouver des solutions. D'ici là, les SSP ont pris des mesures pour adapter les cours prénatals aux besoins spécifiques de la collectivité. Depuis le déménagement dans le nouveau bâtiment en 1987, des cours prénatals sont régulièrement offerts au centre de santé. Toutefois, on a constaté que la formule — un cours par semaine pendant plusieurs semaines — ne convenait pas. Il y a quelques années, on a commencé à offrir plutôt des ateliers de deux jours, et ce changement a eu des effets intéressants. Voici un témoignage révélateur de la part de la RSC :

C'est Kathy qui a eu cette idée. Les résultats ont été très positifs. Nous demandons à quelques grand-mères de la collectivité de venir parler de leur expérience personnelle et de toutes ces choses auxquelles les gens ont accès maintenant et qui n'existaient pas de leur temps. Elles encouragent les parents à venir au centre de santé et à faire inoculer leur bébé. Les mamans et les papas assistent aux rencontres et posent des questions aux grand-mères [...] tout le monde participe.

L'infirmière et la RSC qui s'occupent des programmes mère-enfant conviennent que quelque chose d'intéressant s'est produit à Peguis au cours des dernières années. Elles ont observé une nette augmentation de l'intérêt manifesté par les pères pour la santé prénatale et les soins à prodiguer aux enfants ainsi que de leur participation sur ce plan. La RSC est ravie de ce changement :

Les pères font des progrès [...] même qu'ils amènent leur bébé à la clinique pour les bébés. Ils demandent à quoi servent les injections et si les enfants auront une réaction [...] J'espère qu'ils incitent leurs amis à faire comme eux.

Sans que ni l'une ni l'autre ne puisse expliquer pourquoi, les deux représentantes en santé publique sont d'accord pour dire que le fait que les gens sont de plus en plus sensibilisés à la santé est un facteur qui a sans doute joué un rôle dans les changements observés.

Il y a aussi eu changement d'orientation dans le cadre du Programme de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies dans la communauté Peguis ou PLATCP (l'ancien NADAP). Tout en continuant de procéder à des évaluations et d'orienter les clients vers des services de traitement et de counseling, le personnel met davantage l'accent sur l'éducation et la prévention qu'il ne le faisait auparavant. L'un des travailleurs décrit ainsi les changements qui se sont produits :

[...] Avant (le transfert), le programme (NADAP) était davantage axé sur les besoins des adultes [...] Après, (Cecilia Stevenson) nous a dit que c'était notre programme désormais et que nous pouvions le transformer à notre guise. J'ai donc pris l'initiative de le modifier un peu de façon à accorder une plus grande place aux jeunes [...] Pourquoi s'en tenir aux problèmes des adultes? Pourquoi ne pas pousser la démarche un peu plus loin et travailler auprès des jeunes afin d'avoir une action préventive [...]

L'accent mis sur la prévention s'est traduit par des campagnes dans les écoles, des présentations offertes aux jeunes, des efforts conjoints avec le groupe local de PRIDE (People Resisting Impaired Driving Everywhere) et la promotion de différentes activités récréatives pouvant offrir une solution de rechange au recours à l'alcool et aux drogues.

En plus de ce changement d'orientation, l'un des travailleurs du PLATCP nous a dit qu'un autre changement positif depuis le transfert était l'intégration de leur programme au programme global de santé communautaire :

Avant, je travaillais de l'autre côté de la rue, dans le vieux bureau de la bande. Comme nous étions dans un autre bâtiment, [...] nous étions séparés [...] les gens du centre de santé ne savaient pas ce que nous faisons, et nous n'étions pas au courant de ce qu'ils faisaient, eux. Depuis que nous travaillons ici [...] nous nous sentons moins isolés, nous sommes supervisés [...] Nous avons davantage le sentiment de faire partie d'une équipe.

Tout en soulignant les progrès accomplis, les deux travailleurs du PLATCP admettent qu'il reste beaucoup de travail à faire — comme mettre en place à l'intention de tous les groupes cibles un programme d'éducation sur l'alcool et les drogues qui soit mieux structuré.

Enfin, la conférence de deux jours sur le sida, tenue en avril 1993, est un bon exemple des efforts que déploient les SSP pour sensibiliser la collectivité aux différents aspects de la

santé et pour l'amener à faire sa part pour que les choses s'améliorent. En dépit des petits ateliers sur le sida tenus au fil des ans dans les écoles et dans d'autres établissements communautaires, le personnel des SSP ne savait pas au juste dans quelle mesure les gens de Peguis étaient renseignés sur la question. C'est l'un des travailleurs du PLATCP qui a eu l'idée d'organiser un atelier à l'intention de toute la collectivité. En janvier 1993, un comité, composé de représentants des divers programmes de santé, des services sociaux et du AI-Care Treatment Centre, a été chargé d'organiser cet atelier. Par ailleurs, un membre de la collectivité a été invité à faire partie du comité de planification. Un des travailleurs des SSP nous a expliqué en ces termes la logique à la base de cette initiative :

Je pense que dans le passé, lorsque nous tenions des ateliers, nous nous en remettions à nos propres ressources seulement. Cette fois-ci, nous avons décidé de faire appel aux ressources de la collectivité [...] obtenir la plus grande participation communautaire possible [...] Quand il [le membre de la collectivité] est arrivé, il n'avait jamais travaillé dans le domaine [...] Il n'avait ni formation ni expérience, mais il nous apportait son enthousiasme [...] Sa présence nous a, pour ainsi dire, donné le coup de pouce dont nous avons besoin pour réaliser ensemble quelque chose d'excitant, quelque chose de nouveau. Je pense que tout le monde a tiré profit de la participation d'un membre de la collectivité et je suis sûr que nous renouvellerons l'expérience.

Néanmoins, la participation communautaire ne s'est pas limitée à la présence d'un membre de la collectivité au sein du comité de planification. On s'est aussi efforcé d'obtenir la participation d'un représentant de différents segments de la populations à la conférence elle-même. Le chef a été invité à prononcer l'allocution d'ouverture. Un groupe d'anciens respectés ont été invités à prendre la parole au début et à la fin de la conférence. On a demandé à l'école l'autorisation d'inviter tous les élèves de la sixième à la douzième année à participer à la conférence et de demander à ceux de la douzième année de préparer et de jouer une pièce de théâtre sur le sida. Les résidents du AI-Care Treatment Centre ont aussi été invités. Des services de garderie ont été mis sur pied à l'intention des parents qui n'auraient pu autrement assister à la conférence. À la fin, plus de 300 membres de la collectivité étaient là le premier et le second jour de la conférence. Selon les informateurs clés, l'événement a été un succès parce qu'il a permis non seulement de mieux renseigner la population de Peguis sur le sida, mais aussi de relever le niveau de tolérance et de compréhension à l'égard des personnes atteintes.

En résumé, nous avons vu jusqu'ici, à l'aide de quelques exemples, les moyens pris pour offrir à nouveau à la population de Peguis des services de santé et d'information en matière de

santé ayant déjà (à un moment ou à un autre) été offerts par la DGSM. Il est possible, toutefois, que les initiatives les plus intéressantes aient été les programmes innovateurs, jamais auparavant offerts par la DGSM. Les prochaines sections décrivent deux de ces programmes.

### *Exemple n° 1 — Programme de recours à la médecine traditionnelle*

Tout au long des années 80, décennie qui a été marquée par un développement économique et social majeur à Peguis, un nouveau phénomène est venu modifier la vie de la collectivité, quand certains de ses membres se sont mis à explorer les valeurs et pratiques culturelles ancestrales, alors disparues. Ce phénomène, qui ne s'est pas seulement produit à Peguis, peut être vu comme une manifestation de la résurgence des pratiques médicales autochtones ancestrales partout au Canada au cours de la dernière décennie. Au Manitoba, il est évident qu'en dépit de la longue période au cours de laquelle on s'est employé activement à faire disparaître le système médical autochtone traditionnel, il est demeuré des régions où ces pratiques ont persisté ou ont été instaurées de nouveau. Ainsi, l'étude effectuée par Garro (1988) sur une collectivité autochtone du sud du Manitoba révèle que les gens recourent aux guérisseurs autochtones et une autre étude effectuée par Gregory (1989) laisse entendre que dans le nord de cette province les guérisseurs autochtones sont au coeur de la renaissance des pratiques ancestrales en matière de santé. Qui plus est, il semble que la demande accrue pour des services de médecine traditionnelle et l'utilisation plus large de ces services poussent les représentants du système médical occidental à nouer de nouveaux rapports de partenariat avec les guérisseurs du système traditionnel (Gregory, 1989; Gagnon, 1989).

À Peguis, en raison d'une combinaison de facteurs — dont certains ont été examinés plus haut — la perte de la langue et de la culture ancestrales des autochtones a été un phénomène passablement répandu au cours du siècle dernier. En conséquence, la redécouverte des racines culturelles a été un processus très lent, et parfois douloureux, dans la collectivité — tellement douloureux qu'on m'a incitée à aborder la question avec beaucoup de délicatesse. Qu'il suffise de dire que dans certains segments de la collectivité les traditionalistes se sont heurtés à passablement d'opposition de la part des non-traditionalistes. Le conflit entre les deux groupes a atteint un sommet vers la fin des années 80. En fait, c'est pour cette raison qu'aucune mention n'est faite dans le plan de santé communautaire du rôle que pourrait jouer la médecine traditionnelle dans la planification du programme de santé communautaire après le transfert. Toutefois, il est clair que non seulement il y avait une demande pour des services de santé traditionnels, mais que celle-ci prenait de l'ampleur.

Au cours des années 80, il y a eu augmentation lente, mais continue, du nombre des personnes qui se présentaient au centre de santé pour obtenir les services de guérisseurs. Kathy Bird, l'infirmière chef des SSP, explique ainsi la façon dont les choses se sont passées :

Nous avons demandé à la DGSM s'il n'y aurait pas moyen qu'on nous autorise à aider ces personnes à obtenir les services d'un guérisseur, parce qu'il n'y en avait pas dans notre communauté [...] Notre demande s'appuyait sur l'énoncé de mission de la DGSM [Politique en matière de santé des Indiens, 1979] [...] dont nous nous servions pour expliquer pourquoi les gens devaient pouvoir consulter des guérisseurs ou pourquoi des guérisseurs devaient desservir la population.

Nous avons donc rencontré à maintes reprises les représentants de la DGSM et nous avons obtenu gain de cause.

Ainsi, les frais de déplacements encourus par la personne voulant consulter un guérisseur sont devenus l'une des catégories visées par le programme des prestations médicales non assurées. En mai 1985, Kathy Bird a reçu de la directrice de la zone sud pour la région du Manitoba de la DGSM (qui relayait une directive qu'elle avait elle-même reçue du directeur régional) un énoncé de politique clarifiant les trois critères appliqués par le ministère à l'examen des demandes de remboursement de «frais de déplacements encourus pour l'obtention de services médicaux traditionnels» (DGSM, 1985). Ces critères étaient les suivants :

1. La DGSM devrait faciliter le recours aux guérisseurs qui pratiquent la médecine traditionnelle de la même façon qu'elle le ferait pour la consultation de n'importe quel autre professionnel de la santé [...] là où un tel recours est approprié.
2. Si la DGSM participe au remboursement des frais, les dispositions prises doivent être approuvées au préalable. Si aucune approbation n'est obtenue, les visites seront considérées comme des consultations faites sans recommandation, et la demande de remboursement sera traitée en conséquence.

3. Un remboursement ne peut être accordé que sur présentation de tous les reçus.

Charlotte Johnson, ancienne directrice de la zone sud de la DGSM, a reconnu lors d'une entrevue récente que Peguis avait joué un rôle dans la formulation de la politique appliquée dans la région du Manitoba par la DGSM en ce qui a trait au recours aux guérisseurs autochtones, parce que le grand nombre de demandes présentées par la population de Peguis pour la consultation de guérisseurs avait souligné la nécessité d'élaborer des lignes directrices officielles

à ce sujet. Toutefois, elle précisait que Peguis n'était pas la seule collectivité où des demandes de ce genre étaient présentées. Ce qui se passait à Peguis s'inscrivait dans un phénomène plus vaste, qui se manifestait aussi ailleurs.

Dans l'essentiel, à compter du milieu des années 80, les clients des Services de santé de Peguis ont commencé à obtenir sur demande une recommandation pour consulter un guérisseur autochtone. Selon Kathy Bird, en décidant d'agir ainsi, les SSP ne faisaient rien d'autre que répondre à un besoin clairement exprimé par la population :

Au début, seulement quelques personnes présentaient ce genre de demande, mais leur nombre a augmenté de façon continue [...] Les gens devraient avoir la possibilité de choisir le genre de médecine à laquelle ils veulent recourir [...] s'ils en expriment le souhait, je leur explique les services auxquels ils ont accès [...] Je le fais [adresser quelqu'un à un guérisseur] sur demande seulement, sauf dans les cas où je sais que la personne qui me consulte a l'habitude de recourir aux pratiques ancestrales. Dans ces cas-là, il m'arrive de proposer moi-même à la personne de voir un guérisseur pour un problème de santé particulier.

La demande pour ce genre de services a tellement augmenté qu'un guérisseur autochtone se rend maintenant à la réserve Peguis (et va même au-delà) tous les trois mois, parfois plus souvent, pour tenir des «cliniques» à Matootoo Lake — lieu qui est connu comme un centre de santé traditionnel au Manitoba. Des clients, des guérisseurs et même des prestataires de soins non autochtones partent d'un peu partout pour se rendre à Matootoo afin de bénéficier des services qui y sont offerts.

Ce lieu a été créé par Carl Bird, qui a récemment changé son nom de baptême pour un nom Anishnabe, soit Mide Megwun — «Mide» signifiant vie, et «Megwun» signifiant plume. Mide Megwun Bird, qui a déjà travaillé aux services à l'enfance et à la famille et qui a déjà été membre du conseil de bande de Peguis, est un maître qui enseigne les traditions. Il est aussi l'un des sept chefs choisis par les anciennes de la Three Fires Society, importante organisation spirituelle de l'Amérique du Nord, dont les croyances se fondent sur les enseignements ancestraux de la Midewiwin Grand Medicine Society. Mide Megwun appartient à un groupe de personnes qui ont entrepris le long cheminement requis pour devenir guérisseur. Matootoo Lake a été choisi comme emplacement parce que les anciens et ceux qui enseignent la tradition racontent qu'autrefois les guérisseurs y venaient cueillir des plantes médicinales et construire des huttes de purification. En fait, le terme «matootoo» signifie justement «hutte de purification» en langue Ojibwa.

Kathy Bird signale qu'il y a toujours au moins de 30 à 40 personnes qui demandent à voir les guérisseurs invités qui offrent leurs services lors de ces cliniques. La demande est telle que l'on continue d'envoyer des gens à l'extérieur de la collectivité pour qu'ils puissent consulter des guérisseurs entre ces visites. Selon les données statistiques compilées par les infirmières des SSP, entre juillet 1991 et mars 1993, 325 contacts avec des clients concernaient le recours aux services de guérisseurs.

Si bon nombre d'autochtones de l'extérieur de la collectivité continuent de faire appel aux services offerts à Matootoo Lake, les gens de Peguis manifestent de plus en plus d'intérêt pour ces services, si l'on en juge par les propos des informateurs clés. Cette remarque s'applique plus particulièrement aux personnes qui souffrent de problèmes émotifs (voir l'exemple n° 2 pour plus de détails à ce sujet), et plusieurs informateurs clés qui travaillent dans le domaine des toxicomanies nous ont indiqué qu'un nombre de plus en plus grand de leurs clients, parmi les jeunes surtout, demandent de l'information sur l'approche utilisée en médecine traditionnelle. Aucun des informateurs clés ne pouvait indiquer précisément les raisons de cet état de choses, mais tous convenaient qu'il y avait eu relâchement des tensions au sein de la collectivité depuis un an à peu près, et que les gens se montraient de plus en plus tolérants à l'égard des personnes qui optent pour la médecine traditionnelle. Plusieurs informateurs sont d'avis que les reportages récents dans les médias au sujet de la culture autochtone, dont les mérites sont soulignés, peuvent avoir contribué à faire accepter le nouvel engouement pour les pratiques ancestrales. Selon d'autres, le retour aux sources devait de toute manière se faire. C'était une question de temps seulement. Toutefois, tous étaient d'accord pour signaler que la question était, encore maintenant, une question délicate à Peguis et que les membres de la collectivité qui seraient prêts à être identifiés comme traditionalistes sont toujours la minorité.

Il importe de signaler aussi que nous avons consulté les membres du comité consultatif (et d'autres personnes) afin de savoir quels informateurs pouvaient être disposés à discuter du recours aux guérisseurs et quels informateurs pouvaient être irrités par des questions à ce sujet. À Peguis, m'a-t-on dit, ce sont les anciens qui opposent le plus de résistance au retour aux pratiques ancestrales. Toutefois, nous avons constaté avec intérêt au cours de nos entrevues avec des anciens que ces derniers étaient davantage préoccupés par l'aspect spirituel de la médecine traditionnelle que par le recours aux remèdes ancestraux. En fait, presque tous les anciens interrogés nous ont parlé des médicaments traditionnels qu'ils prenaient lorsqu'ils étaient jeunes et nous ont indiqué qu'ils recouraient toujours à des plantes médicinales pour guérir divers maux. Seul un ancien a indiqué que la médecine traditionnelle était utile dans toutes ses applications, et

seulement une personne a déclaré catégoriquement être opposée au recours à toute forme de médecine traditionnelle.

Quand on leur demandait de définir le terme «médecine traditionnelle», tous les informateurs clés traditionalistes soulignaient la nature globale de cette médecine. Voici quelques témoignages révélateurs :

[...] le guérisseur tient compte de toute la personne. Il prend en compte les composantes physique, émotive, spirituelle et mentale de la personne [...]



[...] si je suis stressé, je vais voir un guérisseur. Si je souffre d'un malaise physique, je vais aussi voir un guérisseur qui peut m'aider de différentes façons : plantes médicinales, hutte de purification, cérémonies. Les rites s'adressent à l'esprit. Quand je participe à une cérémonie, je sais que je veille aussi à la santé de mon moi spirituel.



La personne qui a recours au système traditionnel fait toujours l'objet d'un suivi. On s'assure qu'elle continue de prendre les médicaments prescrits tant que c'est nécessaire, ou de se bénir en utilisant le foin d'odeur, ou on lui prescrit une séance dans une hutte de purification, ou encore on l'adresse à quelqu'un d'autre. La personne peut donc compter sur un soutien continu.



Quand nous recourons aux méthodes ancestrales, nous avons l'occasion de nous retrouver avec d'autres personnes pour discuter de nos besoins ou pour nous remémorer de bons souvenirs, pour raviver le sentiment de notre bien-être passé et pour partager les uns avec les autres. En médecine traditionnelle, le processus de guérison inclut ces composantes. Nous avons toujours favorisé les rencontres, qu'il s'agisse d'une danse du soleil, d'un rassemblement Midewiwin ou d'un pow-wow, au cours desquelles nous pouvions célébrer la vie. Ces rencontres favorisaient la santé mentale.

En plus d'aborder les problèmes de santé dans une optique globale, les enseignements ancestraux vont dans le sens de la promotion de la santé, et peuvent jouer un rôle important à cet

égard. Ainsi, des cours destinés aux jeunes filles sont offerts à Matootoo. Ces cours ont pour but de les préparer aux changements d'ordre physique, émotif et spirituel qui marqueront leur passage à l'âge adulte. Ils visent à promouvoir le respect de soi et l'estime de soi chez les jeunes filles, ce qui peut aider à prévenir les grossesses précoces. Mide Megwun Bird nous a décrit les cérémonies et les enseignements qui marquent le passage à l'âge adulte chez les garçons. Il nous a dit que le but visé n'est pas seulement de promouvoir l'estime de soi chez les garçons, mais aussi, par voie de conséquence, de prévenir la violence faite aux femmes dans les sociétés autochtones :

Beaucoup de gens pensent que dans la culture autochtone les hommes occupent le devant de la scène, qu'ils contrôlent tout, mais cette vision des choses est tout à fait erronée. Dans notre culture, les femmes occupent une place centrale, elles sont la colonne vertébrale de notre société. Elles sont aujourd'hui le pivot de la Three Fires Society. Dans les huttes, ce sont les femmes qui prennent les décisions importantes. La moitié de nos huttes de purification, de nos huttes d'enseignement, de tout, appartient aux femmes [...] Beaucoup de femmes, et de femmes indiennes plus particulièrement, sont victimes de violence [...] Nous, les hommes, sommes responsables en grande partie de ce phénomène, auquel nous devons mettre un terme. Ensuite, nous pourrons de nouveau, hommes et femmes, être des partenaires et travailler ensemble. Quand nous aurons brisé le cycle de la violence, nous pourrons à nouveau édifier des cercles qui fonctionnent bien.

Plusieurs informateurs nous ont dit que parmi les gens qui viennent à Matootoo Lake, certaines personnes connaissent très mal les coutumes ancestrales ou le système médical autochtone. Ces personnes vivent quelque chose de très spécial. Selon Mide Megwun Bird, ce phénomène s'explique facilement :

Souvent, on entend des Indiens dire «J'ai perdu ma culture, j'ai perdu mes traditions, j'ai perdu mon identité en tant qu'Indien». Je ne les crois pas [...] Comme le disent les anciens, on ne perd pas son identité culturelle. Elle est toujours là au fond de soi. Parfois, quand on sent le foin d'odeur ou la sauge, ou quand on va dans une hutte de purification ou quand on entend les tam-tam, on sent quelque chose nous traverser, quelque chose bouillonne en nous, comme si ce quelque chose voulait sortir. Les anciens appellent cela la «mémoire du sang» [...] c'est exactement ça [...] c'est dans le sang. Jamais on ne perd son identité culturelle.

Enfin, les informateurs ont souligné que le retour aux valeurs et aux enseignements ancestraux ne devait pas effrayer les gens. Voici un témoignage intéressant :

Nous ne disons pas qu'il faut renoncer à sa voiture ou à son micro-ondes et retourner vivre dans un tipi en plein bois. Il ne s'agit pas de ça du tout. Nous croyons qu'il faut prendre ce qu'il y a de bon dans la société occidentale et ce qu'il y a de bon dans notre propre culture, et faire un tout qui convient à ses besoins propres à partir de ces divers éléments.

Un autre informateur a tenu à souligner que le retour aux valeurs et aux pratiques ancestrales ne représentait pas une régression, sur le plan du développement communautaire, mais bien un pas en avant, puisqu'il se traduit par un élargissement des options possibles.

Interrogées au sujet des conséquences du regain d'intérêt pour les méthodes utilisées en médecine traditionnelle sur les Services de santé de Peguis, Kathy Bird et Cecilia Stevenson ont toutes les deux reconnu que depuis deux ou trois ans, la DGSM se montre plus réceptive à l'égard des demandes d'aide aux déplacements pour l'obtention de soins de médecine traditionnelle. Elles craignent toutefois que la Direction générale ne rende plus strictes les conditions qui s'appliquent dans le cadre du programme, à mesure que le nombre des personnes souhaitant recourir à la médecine traditionnelle va augmenter.

Il semble que leurs craintes soient justifiées. Dans une note envoyée à tous les directeurs régionaux de la DGSM en avril 1991, le sous-ministre adjoint (DGSM) décrivait une nouvelle politique au sujet de ce service non assuré. Cette directive faisait mention de plusieurs nouvelles restrictions, notamment : la personne qui veut voir un guérisseur doit être adressée à ce dernier par un médecin; les personnes qui ont reçu l'autorisation de voir un guérisseur ne peuvent pas se rendre à l'extérieur du Manitoba pour cette consultation, si elles veulent que leurs frais de déplacements soient remboursés dans le cadre du régime de remboursement des prestations médicales non assurées; et aucune demande de remboursement de frais de déplacements ne peut être présentée rétroactivement (DGSM, 1991). Ces conditions ont été rejetées par le comité de la santé de l'Assembly of Manitoba Chiefs, qui a recommandé que la politique annoncée soit rejetée par les membres des premières nations. Quand les lignes directrices en matière de prestations médicales non assurées sont entrées en vigueur, en septembre 1992, les restrictions proposées avaient été éliminées.

Commentant la possibilité que de nouvelles restrictions soient adoptées relativement aux déplacements traditionnels, Kathy Bird soulignait ce qui suit :

En Alberta, l'une des restrictions imposées veut qu'on ne peut consulter un guérisseur à l'extérieur de la province. Nous avons la chance d'avoir encore accès

à des guérisseurs au Canada et aux États-Unis. Cela a sans doute quelque chose à voir avec l'augmentation de la demande. Et cette demande ne va pas cesser d'augmenter, parce que nos gens commencent à envisager le processus de guérison dans une optique holistique.

Par ailleurs, de plus en plus de prestataires de soins non autochtones manifestent de l'intérêt pour les méthodes utilisées en médecine traditionnelle autochtone. Ainsi, une vingtaine d'infirmières de la DGSM de l'une des régions du Manitoba ont récemment assisté à un atelier sur la conscience culturelle et les méthodes ancestrales de guérison à Matootoo Lake. Il semble que certaines de ces infirmières ne connaissaient même pas les formules utilisées pour le remboursement des frais de déplacements encourus pour obtenir des soins de médecine traditionnelle. Cecilia Stevenson est persuadée que le fait que les infirmières sont maintenant mieux renseignées sur l'aide disponible se traduira par une augmentation du nombre des personnes adressées à un guérisseur.

Interrogés au sujet du lien entre les guérisseurs et le système médical dominant, les informateurs clés ont indiqué une nette augmentation du nombre des professionnels de la santé qui se rendent à Matootoo Lake parce qu'ils ont de l'intérêt pour ce qui s'y passe. Selon Mide Megwun Bird, l'Unité médicale des régions nordiques de l'Université du Manitoba et le centre des sciences de la santé de Winnipeg ont envoyé des représentants à Matootoo Lake récemment afin de permettre à ces derniers de se familiariser avec les méthodes de la médecine traditionnelle. Des ateliers ont aussi été tenus à l'intention de représentants de l'Association médicale du Manitoba. Apparemment, le Centre des sciences de la santé a, à diverses occasions, demandé l'aide de guérisseurs de Matootoo Lake pour traiter certains patients. Qui plus est, l'hôpital de Gimli, au Manitoba, a récemment demandé à une personne de Peguis d'apporter du foin d'odeur, une pipe et un tam-tam à un patient autochtone qui se mourait du cancer. Toutefois, tous les informateurs clés qui étaient eux-mêmes des guérisseurs ont indiqué que jamais l'hôpital Percy E. Moore de leur région ne leur avait demandé de tenir des ateliers ou d'offrir des services à certains patients, et que seulement quelques médecins de cet hôpital s'étaient aventurés jusqu'à Matootoo Lake, par intérêt personnel, pour en savoir plus sur la médecine traditionnelle. Mide Megwun Bird, qui enseigne les méthodes ancestrales à Matootoo Lake, a décrit la situation en ces termes :

Vous savez, pour des relations de travail idéales entre nous et l'hôpital Percy E. Moore — il faudrait en premier lieu que des efforts d'éducation soient déployés. À mon avis, il importe tout d'abord de sensibiliser les médecins et les infirmières ainsi que les personnes qui dirigent l'hôpital. Il faudrait que des ateliers

transculturels soient tenus [...] Je pense que l'idéal serait que l'hôpital Percy E. Moore adopte une approche holistique à l'égard des soins à dispenser à nos gens [...] il faudrait aussi qu'on pense à un système d'aiguillage.

Bien que tous les informateurs clés conviennent que l'idéal serait que l'on accorde un statut officiel aux guérisseurs et que l'on mette en place un système d'aiguillage à double sens, vers les guérisseurs, d'une part, et vers les professionnels du système occidental, d'autre part, il y a un point sur lequel ils ne sont prêts à aucune concession : le gouvernement ne devrait d'aucune façon réglementer les services offerts par les guérisseurs. Selon un informateur: «Les guérisseurs ne veulent pas avoir à signer des formules.» Un autre informateur a fait l'observation suivante :

Il existe un réseau, au Canada et aux États-Unis. Ceux d'entre nous qui jouent un rôle dans le cadre du programme de recours à la médecine traditionnelle connaissent les spécialistes de cette médecine, les guérisseurs qui pratiquent cette médecine. Ils savent lesquels d'entre eux sont compétents et lesquels ne le sont pas, lesquels sont intègres, et ainsi de suite. Ils appliquent leur propre système de surveillance [...] un système qui leur est propre.

Mide Megwun Bird a indiqué qu'il lui arrivait souvent d'aller vérifier lui-même sur place la compétence des guérisseurs avant de leur adresser qui que ce soit. Il concluait :

Je pense que nous devons nous réglementer nous-mêmes [...] Nous parlons de contrôle local et de gouvernement autonome [...] Nous ne pouvons plus laisser le gouvernement décider à notre place, comme c'était le cas avant [...] Nous, les guérisseurs, devons nous regrouper en réseau partout au pays, et nous avons besoin pour ce faire de l'appui de nos leaders.

En fait, Mide Megwun reconnaît que le processus de constitution d'un réseau est déjà amorcé. L'Assemblée des premières nations a parrainé une série d'ateliers à l'intention des guérisseurs de toutes les régions du Canada, afin de leur permettre de constituer un réseau et d'échanger de l'information. La plus récente de ces rencontres a eu lieu à Matootoo Lake en août 1993.

Dans la prochaine section, nous allons explorer un autre programme innovateur qui a été créé afin de répondre à un besoin de la population de Peguis auquel les services gouvernementaux ne répondaient pas. Dans le cas de ce programme, contrairement au programme de recours à la médecine traditionnelle, les lacunes dans les services offerts étaient vues comme un exemple de manquement à ses responsabilités de la part du gouvernement fédéral, celui-ci n'offrant pas un type spécifique de service de santé qu'il aurait dû offrir.

## *Exemple n° 2 — Programme de santé mentale de Peguis*

Comme nous l'avons vu précédemment, le plan de santé communautaire de Peguis soumis en 1990 soulignait la nécessité de mettre en place un programme de santé mentale complet. Avant de passer en revue ce qui s'est passé à Peguis, il serait utile que nous fassions un bref bilan de l'histoire des services de santé mentale offerts aux peuples autochtones du Canada, qui fournit un exemple typique de la lutte de pouvoir que se livrent les différents paliers de gouvernement et dont les autochtones font les frais.

Le gouvernement fédéral n'a jamais offert de services de santé mentale en bonne et due forme aux autochtones du Canada et il a ouvertement essayé de se décharger de cette responsabilité sur les provinces chaque fois qu'il en a eu l'occasion. Ainsi, selon un règlement adopté en vertu de la *Loi sur les Indiens*, les membres des premières nations sont assujettis aux lois et aux services qui ont cours dans leur province dans le secteur de la santé mentale. Puis, en 1968, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il cessait d'assumer les frais de traitement des autochtones dans les établissements psychiatriques provinciaux (Canada, 1968b).

Les provinces, en revanche, ont toujours soutenu qu'il ne leur incombait pas d'offrir des services de santé mentale aux peuples autochtones. Elles ont réagi très énergiquement aux tentatives faites par le gouvernement fédéral en vue de leur remettre le fardeau financier associé à la prestation de services de santé et de services sociaux (Manitoba, 1975). Ainsi, la *Manitoba Mental Health Act* stipule que l'admission dans un établissement psychiatrique peut être refusée à un patient indien ou inuit si aucune garantie de paiement n'est obtenue du gouvernement fédéral — une stipulation qui n'aurait jamais été appliquée. En l'absence d'établissement psychiatrique géré par le gouvernement fédéral, la DGSM engage à contrat des spécialistes qui offrent des services psychiatriques itinérants dans diverses collectivités des premières nations partout au Canada. Néanmoins, la gestion au jour le jour des problèmes de santé mentale est largement laissée aux soins des infirmières et des travailleurs communautaires des régions.

Il semble que les disputes entre les instances fédérale et provinciales aient laissé plus de séquelles au Manitoba qu'ailleurs, à cause de l'importance de la population autochtone dans cette province. Un groupe de travail provincial sur la santé mentale a signalé en 1982 que les services de santé mentale offerts en régions rurales au Manitoba étaient largement sous-financés et que certains groupes avaient été de façon disproportionnée laissés pour compte — dont la population autochtone (groupe de travail sur la santé mentale, 1983). En 1985, une enquête effectuée auprès de la population de 57 collectivités des premières nations au Manitoba (co-parrainée par trois conseils tribaux) a révélé que les services de santé mentale offerts aux collectivités des premières

nations au Manitoba fonctionnaient à la «va-comme-je-te-pousse» (First Nations Confederacy et coll., 1985).

Pour ce qui est des services de santé mentale offerts à Peguis, des thérapeutes indépendants offrent des services de counseling à la population depuis quelques années. Par ailleurs, l'Unité médicale des régions nordiques de l'Université du Manitoba veillait à ce qu'un psychiatre desserve la population une demi-journée toutes les deux semaines à l'hôpital Percy E. Moore. Selon les informateurs clés, cependant, les services ainsi offerts ne répondaient pas vraiment aux besoins de la collectivité. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves aboutissaient dans des établissements psychiatriques à Selkirk ou à Winnipeg. Quand elles obtenaient leur congé, le suivi offert était insuffisant et elles finissaient par être internées à nouveau dans un établissement psychiatrique ou en prison, parfois. Les travailleurs communautaires soulignent qu'ils faisaient de leur mieux pour aider ces personnes, mais qu'ils se sentaient souvent impuissants parce qu'incapables de leur offrir les soins particuliers dont elles avaient besoin.

Quoi qu'il en soit, le problème ne se limitait pas à un manque de services à l'échelon local pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que beaucoup de progrès aient été faits dans les années 80 à Peguis, pour ce qui est du développement économique et de l'amélioration des conditions de vie, ces progrès ne se sont pas traduits par une amélioration de l'état de santé mentale des membres de la collectivité. Voyons ce qu'en dit Kathy Bird :

Nous avons beaucoup plus de confort dans nos jolies maisons [...] Mais, comme toutes les autres collectivités autochtones, nous avons un passé chargé de choses négatives [...] En dépit de tout ce dont nous bénéficions ici, il y a encore beaucoup de gens qui souffrent [...] Il y a 13 ans, les gens considéraient les services de santé mentale comme des services réservés exclusivement au traitement des maladies mentales. Il y a 10 ans, les gens ont commencé à s'intéresser à ce qui leur était arrivé au pensionnat [...] à la violence dont ils avaient pu être victimes. Ils ont commencé à prendre conscience de toutes ces choses qui sont autant de causes de malheur dans leur vie et qui ont un effet sur leur santé mentale. Les gens ont commencé à prendre conscience d'un vide dans leur vie et à vouloir savoir qui ils sont, d'où ils viennent. Tout ça influe sur eux mentalement et spirituellement [...] Les mentalités ont changé quand les gens sont devenus plus conscients et plus disposés à parler ouvertement d'eux-mêmes. Voilà pourquoi on a davantage besoin des services de travailleurs en santé mentale maintenant qu'auparavant.

Au début de 1991, certains membres de la collectivité ont décidé que si le gouvernement ne passait pas à l'action, ils veilleraient eux-mêmes à ce que des services de santé mentale soient offerts dans la collectivité. Elva McCorrister, directrice du foyer des soins personnels, comptait parmi les instigateurs de ce mouvement. Voici son témoignage :

J'avais passablement de problèmes moi-même, parce que j'avais un fils qui souffrait de troubles mentaux [...] Je faisais affaire, pour ainsi dire, avec Selkirk [établissement psychiatrique provincial], sans grand résultat [...] Il n'y avait pas de service dans la collectivité [...] J'ai parlé de la situation à Cecile [Cecilia Stevenson], et elle m'a dit «Il faudrait organiser une rencontre.» Nous avons déterminé qui devait être invité [...] Nous avons pensé aux membres de la collectivité qui souffrent de troubles mentaux [...] Nous nous sommes dites que ces personnes s'adressaient à Al-Care, à nous [foyer de soins personnels], aux travailleurs des services sociaux ainsi qu'à ceux du PNLAADA et des services de santé publique [...] Elles font le tour de ces organismes [...] Nous avons donc convié à une rencontre toutes les personnes qui jouent un rôle clé [au sein de ces organismes] [...] Nous avons créé un comité de façon à ce que nous puissions tous ensemble nous attaquer au problème.

C'est ainsi que le Comité directeur des services de santé mentale de Peguis (CDSSMP) a vu le jour. Voyons comment un membre de ce comité en décrit le mode de fonctionnement :

Au début, nous avons en quelque sorte assumé le rôle de travailleurs en santé mentale. J'ai pris charge des cas les plus sérieux dans la collectivité. Nous assumions un rôle de supervision et gardions un oeil sur les personnes les plus atteintes. S'il nous fallait intervenir, nous le faisons, même si nous devons rendre visite à ces personnes ou parler à des membres de leur famille [...] Si nous avons besoin d'aide, nous appelions un autre membre [...] Nous avons toujours travaillé en réseau, en ce sens que nous restions en contact les uns avec les autres.

En septembre 1991, Cecilia Stevenson a reçu du chef et du conseil l'autorisation d'élaborer un projet de programme communautaire de santé mentale. Quand on lui a demandé si le transfert avait incité le CDSSMP à aller de l'avant avec le programme de santé mentale, elle a répondu :

[...] Le transfert a été un événement d'importance secondaire, mais pas au point de ne comporter aucun avantage pour nous. Il est bien certain que le transfert nous a donné un coup de pouce [...] Les ressources additionnelles dont nous avons pu disposer [...] nous ont permis de passer à l'action plus rapidement [...] Ainsi, la

structure de gestion ou le financement nous ont donné la capacité d'aborder des questions telles que la santé mentale [...] Nous avons pu compter sur une personne chargée de concevoir et de surveiller la planification stratégique, ce qui était impossible sous l'ancien régime.

En dépit du soutien et de la surveillance continus qu'ils assuraient auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux sérieux, les membres du comité directeur ne pouvaient pas, il va sans dire, offrir les services de counseling dont ils avaient eux-mêmes besoin. Au début de 1992, le CDSSMP a pu tirer profit d'une nouvelle occasion qui lui était offerte et qui lui permettait de se rapprocher du but qu'il s'était fixé, soit de mettre en place un programme complet de santé mentale dans la collectivité. La collectivité de Peguis (ainsi que les deux autres premières nations du Conseil tribal de la région d'Interlake a été invitée à prendre part à un projet communautaire de santé mentale conçu par l'Unité médicale des régions nordiques de l'Université du Manitoba, à qui la Direction générale des services médicaux avait accordé un soutien financier en vue de la mise sur pied d'un projet de démonstration.

Le Projet d'extension en santé mentale pour les populations du Nord (PESMPN) devait offrir une solution de rechange au modèle itinérant, dans le cadre duquel la population était desservie sporadiquement par des psychiatres visitant les collectivités des premières nations. Le PESMPN se fondait sur une approche de santé publique ou de santé mentale communautaire. L'une des caractéristiques de cette initiative a été la création d'un comité directeur provincial, grâce auquel les collectivités participantes pouvaient contribuer directement à l'élaboration et à l'orientation du programme. Une autre caractéristique importante de ce modèle était que des infirmières ayant beaucoup d'expérience dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie offraient des services cliniques directement à la population environ deux jours par mois (les psychiatres n'agissant qu'à titre de «remplaçants»). Toutefois, comme Gwen Armstrong (l'infirmière qui a été engagée comme conseillère en santé mentale à Peguis, après approbation de sa nomination par le CDSSMP) nous l'a expliqué, le PESMPN n'avait pas seulement pour objet de permettre à des infirmières d'offrir des services de santé mentale en l'absence de psychiatre. Voici son témoignage :

Le PESMPN est un programme habilitant. Nous faisons trois choses. Tout d'abord, nous offrons certains services cliniques aux gens de la collectivité. Cet aspect du programme est probablement celui qui a le moins d'importance. Ensuite, nous faisons oeuvre d'éducation. Nous trouvons dans la collectivité des personnes qui ont les capacités et l'intérêt voulus et qui peuvent occuper un poste officiel de travailleur communautaire ou agir en qualité de travailleur bénévole, et nous leur

transmettons certaines connaissances que nous avons acquises au fil des ans comme infirmières cliniciennes. Enfin, le programme présente un autre aspect, qui est probablement le plus important, mais le plus difficile à définir, et qui concerne ce que nous faisons, au sens large, pour soutenir les efforts que déploient les Indiens pour améliorer leur état de santé [...] pour appuyer, en fournissant des conseils au besoin, toutes sortes d'initiatives visant à faire des collectivités autochtones des collectivités plus saines, où il fait bon vivre.

C'est son engagement à respecter les principes fondamentaux du PESMPN, plutôt qu'une expérience de travail en milieu communautaire ou autochtone, qui désignait Gwen Armstrong (qui n'est pas une autochtone et dont l'expérience de travail antérieure était en milieu hospitalier) comme la candidate idéale pour ce poste. De plus, comme Gwen nous l'a signalé, elle a eu la chance de travailler avec des chefs de file qui appliquaient un modèle de gestion encourageant chacun à développer ses propres aptitudes et habiletés.

Selon Cecilia Stevenson, le PESMPN est arrivé à point nommé et correspondait parfaitement à la vision qu'avait la population de Peguis d'un programme communautaire de santé mentale :

Dès leur arrivée dans notre collectivité, nous avons dit aux responsables du PESMPN [...] «Voici ce que nous avons planifié, comment nous entendons agir, comment les choses vont se dérouler. Bienvenue à bord.»

Gwen Armstrong décrit ainsi ses rapports avec le comité directeur :

Au début, quand je suis arrivée, je pensais que mon rôle serait davantage axé sur la prévention. Mais quand on a devant soi des gens qui ont si désespérément besoin de counseling, on doit d'abord s'occuper de ces personnes et se faire accepter d'elles, après quoi on peut passer à autre chose [...] Les membres du comité directeur savent très bien ce qui se passe dans leur collectivité et quelles personnes ont besoin d'aide [...] ils ont déterminé quels étaient, selon eux, les cas les plus urgents [...] Nous avons convenu avec les membres du comité directeur que lorsqu'ils adresseraient quelqu'un, ce sont eux qui assumeraient la gestion du cas. J'agissais en qualité de consultante, pour ce qui est de l'évaluation initiale des patients. Puis, ils [les membres du CDSSMP] offriraient un counseling ou resteraient en contact avec la personne jusqu'à ce que j'aie la rencontrer une fois par mois, plus ou moins.

Bien que les premiers mois de 1992 aient été surtout consacrés aux personnes ayant le plus besoin d'aide à Peguis, le CDSSMP a décidé d'entreprendre une première démarche en vue de sensibiliser la population aux divers aspects de la santé mentale en organisant un atelier principalement destiné aux travailleurs de tous les organismes communautaires. Cet atelier venait répondre à un besoin qu'avaient exprimé les travailleurs des services concernés. Ceux-ci avaient déjà mentionné, en effet, qu'ils avaient besoin de participer à des ateliers qui leur permettent de développer les habiletés nécessaires pour mieux desservir la population. L'atelier tenu en mai 1992, auquel ont assisté plus de 80 personnes, a été tout un succès.

L'un des faits à signaler à propos de cet atelier est que le chef lui-même en a endossé la tenue. C'est d'ailleurs lui qui a ouvert la rencontre en prononçant un mot de bienvenue dans lequel il offrait un témoignage personnel que les participants ont grandement apprécié. De plus, le conférencier de l'après-midi a tellement captivé l'auditoire, suscitant à tel point chez chacun le besoin de raconter sa propre histoire, que le comité directeur a décidé de laisser tomber l'ordre du jour et de poursuivre la rencontre en laissant les choses évoluer spontanément.

L'un des participants à l'atelier de mai 1992 se souvient que la rencontre s'est transformée «d'atelier en cercle de guérison». C'est alors que le CDSSMP s'est rendu compte de l'ampleur du travail à faire auprès des personnes ressources de la collectivité, avant qu'on ne puisse s'attaquer au travail à faire auprès de la population en général. Comme l'explique Gwen :

[...] L'enseignement en revient toujours à la méthode traditionnelle au sujet du cromlech. On doit d'abord considérer son propre cromlech, après quoi on peut aider les membres de sa famille, puis sa collectivité et, enfin, la nation indienne [...] Il y a ici beaucoup de personnes fortes [...] qui ont puisé dans leurs ressources intérieures pour devenir ce qu'elles sont aujourd'hui. Mais ces personnes s'attaquent maintenant à une tâche très difficile, qui les oblige à entreprendre elles-mêmes un processus de croissance personnelle et de changement. Il arrive souvent que ces personnes, parce qu'elles savent que les ressources disponibles en matière de counseling sont très limitées, estiment qu'elles ne doivent pas faire appel à un thérapeute pour elles-mêmes quand il y a tellement d'autres personnes qui ont beaucoup plus besoin d'aide qu'elles. Aussi les guérisseurs et les aidants ont-ils eux-mêmes besoin d'aide, afin d'équilibrer et de renforcer leur propre cromlech.

Après avoir pris conscience des besoins des personnes ressources de la collectivité, le CDSSMP a décidé de passer à la deuxième étape logique du développement d'un programme communautaire de santé mentale — offrir à des membres de la collectivité la formation voulue

pour en faire des travailleurs en santé mentale. Dès que les gens ont su que des services de counseling étaient en place, la demande pour ce genre de services a augmenté rapidement, au point où ni les membres du CDSSMP ni Gwen Armstrong ne pouvaient assumer la charge de travail qui leur était dévolue. Dans bien des cas, ce qui manquait ce n'était pas une personne ayant une vaste expérience dans le domaine de la santé mentale, mais bien quelqu'un qui aurait eu le temps d'écouter les gens et qui aurait pu leur accorder une forme de soutien. C'est à ce moment-là que le CDSSMP a choisi trois personnes de la communauté pour être stagiaires en santé mentale — sans avoir de programme de formation en bonne et due forme à leur offrir et sans avoir aucune assurance d'obtenir des fonds pour cette initiative.

En avril 1992, Peguis avait soumis officiellement à la DGSM un projet de santé mentale. En octobre de la même année, au moment où trois membres de la collectivité étaient choisis pour devenir des travailleurs stagiaires en santé mentale, Cecilia Stevenson a été informée qu'il n'y avait pas de fonds disponibles pour le projet présenté, mais qu'un financement pourrait être obtenu dans le cadre du programme Grandir ensemble que le gouvernement fédéral s'apprêtait à lancer.

Le processus qui a présidé au choix des stagiaires est intéressant. Après avoir annoncé les postes, le CDSSMP a soumis les candidats à une entrevue au mois de septembre 1992. Les qualités que le comité recherchait chez les candidats étaient entre autres les suivantes : respect des méthodes utilisées en médecine traditionnelle et contemporaine; aptitudes de base en counseling, acquises grâce à des études ou à une expérience pertinentes, le candidat ayant à la fois la formation académique et l'expérience requises dans l'idéal; et des expériences personnelles ayant préparé le candidat à jouer un rôle d'aidant. La qualification la plus importante était sans doute que le candidat soit une personne respectée dans la communauté, une personne que chacun pourrait croire capable de grande discrétion et vers qui on serait à l'aise d'aller.

Interrogés au sujet des raisons pour lesquelles leur candidature à un poste de travailleur en santé mentale avait été retenue, deux des stagiaires ont offert les témoignages suivants :

Je travaillais à temps partiel à Al-Care en qualité de thérapeute auprès des alcooliques depuis deux ans et demie. Un de mes collègues m'a dit que trois postes de travailleur en santé mentale venaient d'être annoncés. Je n'avais pas la moindre idée de ce qu'était la santé mentale, mais j'ai posé ma candidature [...] Je crois qu'on a retenu ma candidature parce que je suis une personne sensible aux autres [...] et que j'aime partager avec les autres. Je fais volontiers part de ma

propre expérience de vie aux autres. Je suis touché par ce qui arrive aux gens [...] Si on veut aider les autres, il faut comprendre comment ils en sont arrivés là où ils en sont. Pour ça, il faut avoir mis de l'ordre dans sa propre vie. J'ai entrepris une démarche personnelle il y a environ trois ans. Depuis, les portes s'ouvrent devant moi.



La santé mentale, ça ne me disait pas grand chose, mais je savais qu'il y avait une différence entre la santé mentale et la maladie mentale. Je leur ai dit [aux membres du CDSSMP] que je n'avais ni certificat ni études pour les impressionner. Ce que j'avais à offrir c'était les enseignements que j'avais reçus des anciens au cours des 12 dernières années au sujet de l'attention aux autres, du partage, de l'amour et de la gentillesse, de l'honnêteté et du respect [...] Je me souviens qu'on m'a demandé [au cours de l'entrevue] : «Quelle est votre définition de la santé mentale?» J'ai répondu que ça avait quelque chose à voir avec un certain équilibre [...] entre la pensée, le corps et l'esprit.

Au cours de l'automne de 1992, à l'aide de l'argent reçu pour la formation dans le cadre de l'accord de transfert, on a entamé la première étape de la formation. Les cours étaient offerts de façon intermittente, habituellement à l'occasion des visites effectuées par Gwen dans la collectivité. Le Comité directeur avait étudié les programmes de formation existants et avait jugé qu'aucun ne correspondait aux besoins qui se faisaient sentir à Peguis. Qui plus est, on n'avait aucune garantie qu'un financement serait obtenu pour le programme, mais on est quand même allé de l'avant. Voici comment Gwen explique les choses :

La situation était telle [...] les besoins si aigus dans la collectivité, que nous pensions devoir aller de l'avant et mettre en place un programme, une formation étant offerte sporadiquement par moi-même et une supervision étant assurée par les professionnels du Comité directeur des services de santé mentale de Peguis. Je trouvais que cette façon de faire était souhaitable. Ainsi, on n'avait pas de règles fixées à l'avance, on entrait en terrain inconnu. On ne savait pas au début quels étaient les besoins de formation du personnel. Voilà pourquoi nous n'avons pas voulu leur imposer un programme de formation existant. Nous pensons que le rôle qu'ont à jouer nos travailleurs est tout à fait unique.

Tout en indiquant qu'ils se sentaient à l'aise dans l'application des méthodes traditionnelles, les stagiaires ont exprimé le besoin d'avoir une connaissance de base des méthodes occidentales à l'égard des problèmes de santé mentale. Gwen a commencé par leur enseigner ce qu'elle appelle les «éléments de base de la sécurité», c'est-à-dire comment évaluer la santé mentale d'un patient (y compris les symptômes de maladies mentales graves et le risque de suicide) et les principes fondamentaux de la gestion des situations de crise. Au cours de la dernière année, les sujets examinés ont inclus : les deuils mal vécus; l'abus sexuel; les médicaments utilisés dans le traitement de maladies mentales graves; les principaux aspects d'une thérapie, tels que l'attachement et la séparation, le respect de la confidentialité et la façon de structurer une entrevue; et la gestion du temps.

En janvier 1993, un financement a été obtenu dans le cadre du programme Grandir ensemble et on a pu passer à la deuxième étape de la mise en oeuvre du programme de santé mentale de Peguis. Avant de voir comment les choses se sont déroulées, il est sans doute utile de rappeler les éléments clés de Grandir ensemble et de voir comment les initiatives de santé communautaire de Peguis pouvaient être intégrées à ce programme. Grandir ensemble comprend six volets : santé mentale communautaire; développement de l'enfant; santé des tout-petits; prévention des blessures; développement des aptitudes parentales; et inhalation de solvants (pour désigner ces cinq volets, le personnel utilise l'acronyme «CHIPS»). Le fait que la collectivité de Peguis avait déjà élaboré un projet de programme de santé mentale et déjà inclus dans son plan de santé communautaire des recommandations concernant d'autres types de programmes facilitait grandement la préparation d'une demande de financement dans le cadre de Grandir ensemble.

Selon Cecilia Stevenson, il devrait être possible d'atteindre les objectifs du programme qui correspondent aux différents volets de Grandir ensemble à l'aide des ressources disponibles, si on y ajoute l'infirmière ou l'éducatrice en santé qu'on prévoit embaucher dans le proche avenir. Voilà pourquoi le gros de l'argent obtenu de «Grandir ensemble» est affecté au programme de santé mentale. Invitée à dire si les fonds obtenus sont suffisants, Cecilia nous a répondu que l'aide accordée, tout en étant très appréciée, demeure insuffisante compte tenu des besoins. Dans le cas de Peguis, au cours de la première année de mise en oeuvre de Grandir ensemble, le budget alloué a été de 55 000 \$ en tout, ou de 9 000 \$ pour chacun des volets du programme. De plus, il semble toujours y avoir un problème de retard dans le versement des sommes accordées par la DGSM. La bande n'a pas reçu l'argent qui lui avait été accordé pour la période commençant le 1<sup>er</sup> avril 1993 avant septembre suivant — ce qui fait que la bande a dû assumer elle-même les coûts pendant cinq mois.

Quand on a reçu l'assurance que des fonds seraient accordés dans le cadre de Grandir ensemble, on a engagé les trois stagiaires à titre d'employés à temps plein des SSP. Graduellement, les stagiaires de Grandir ensemble (communément appelés les SGE) ont commencé à assurer le suivi des personnes traitées dans la collectivité entre les visites de Gwen.

Un membre du comité directeur décrit en ces termes l'effet de ce changement sur son rôle :

Depuis qu'il y a des stagiaires et des personnes pour s'occuper des clients, je dispose de plus de temps pour assumer ma propre charge de travail [...] L'une des stagiaires en santé mentale relève de moi et me fait rapport une fois par semaine. Elle me fait part de ce qui arrive, de ce qu'elle fait. Ainsi, elle peut se défouler et moi, je peux lui offrir une rétroaction, en soulignant ce qu'elle fait de bien et ce qu'elle pourrait améliorer.

Cette façon de faire donne de bons résultats, du moins si on en juge par les stagiaires, comme en fait foi ce témoignage :

C'est bon, parce que, ici et là, on tombe sur un cas très difficile, et on ne sait pas à qui s'adresser. Eux [les membres du CDSSMP] sont ici depuis un bon bout de temps. Ils sont des professionnels dans leur domaine et ils peuvent toujours nous aider à mieux comprendre nos clients.

Le rôle joué par Gwen aussi a évolué. Voyons comment elle décrit les choses elle-même :

Je leur offre [aux stagiaires] un deuxième recours. Chacun des travailleurs de Grandir ensemble relève de deux superviseurs au sein du comité directeur et doit rencontrer chacun d'eux une fois par semaine pour discuter des cas relevant de lui. Puis, si le superviseur juge qu'un problème dépasse sa compétence ou qu'il a besoin d'une deuxième opinion, on me téléphone [...] Chaque mois, quand je fais ma tournée, je discute avec chaque travailleur des cas dont il a à s'occuper, de la dynamique en jeu dans chaque cas particulier. Nous discutons du processus du counseling, qui doit être planifié, et nous élaborons des plans de traitement pour les séances qui auront lieu de là à notre prochaine rencontre.

La vitesse à laquelle les choses ont évolué est assez remarquable. Selon Gwen, dès mai 1993, le comité directeur adressait directement des cas aux travailleurs de Grandir ensemble. En fait, quand Gwen est arrivée dans la communauté pour sa visite de juin, elle a constaté qu'aucun nouveau cas ne lui était adressé parce que les SGE avaient déjà fait leurs propres évaluations et

qu'ils estimaient être capables de s'occuper eux-mêmes des cas. Gwen estime que cette expérience montre que la collectivité de Peguis a à sa disposition les compétences voulues pour régler la plupart des problèmes qui peuvent se poser.

Les stagiaires aussi constatent avec étonnement que le programme a évolué et qu'ils ont pris confiance en leurs propres capacités en très peu de temps. Tous les trois indiquent que leur acceptation par les membres de la collectivité a été un facteur important de leur évolution sur le plan professionnel et que le fait qu'ils sont eux-mêmes des membres de la collectivité ne leur a pas nuï. Voici quelques témoignages révélateurs :

Je pense que cela [la confiance] tient en bonne partie au fait que les gens nous acceptent maintenant. Quand nous avons commencé à travailler, nous craignons que les gens ne viennent pas nous voir pour nous parler [...] Beaucoup de gens hésitent à parler de leurs problèmes personnels, parce qu'ils ont peur que tout le monde finisse par être au courant [...] L'un des points les plus importants est le respect de la confidentialité [...] Nous n'avons pas eu de problème sur ce plan.



Habituellement, je commence par discuter avec la personne. Je lui demande si elle se sent à l'aise. Un de mes clients est une parente. Je lui ai demandé si elle ne préférerait pas voir mon collègue, mais elle m'a dit qu'elle se sentait plus à l'aise avec moi. Il arrive parfois qu'il faille confier un cas à quelqu'un d'autre. Il faut respecter le choix du client.



Je pense que si on explique que des autochtones sont formés pour travailler auprès des autochtones, les gens trouvent que l'idée est bonne. Ainsi, ce sont des Indiens qui s'entretiennent avec des Indiens ou qui aident ou écoutent d'autres Indiens [...] Un Indien est plus à même de comprendre un autre Indien [...] Les clients se sentent plus à l'aise dès la première rencontre.



Je dirais que beaucoup de gens qui ne m'avaient jamais adressé la parole avant m'ont salué ou m'ont parlé. Je rencontre des gens partout, dans les corridors, au

centre commercial [...] et ils me demandent s'ils peuvent prendre rendez-vous avec moi.

L'un des stagiaires a indiqué qu'au début les membres de la collectivité ont peut-être eu peur que les stagiaires n'aient pas les habiletés voulues pour bien remplir leurs fonctions, parce que dans le passé ce sont des non-autochtones qui offraient ce genre de services spécialisés. Gwen Armstrong reconnaît qu'au début les gens, parmi les personnes ayant déjà consulté Gwen surtout, hésitaient à faire confiance aux SGE. Dernièrement, toutefois, les gens se sont mis, de plus en plus nombreux, à demander à consulter un SGE, même quand on leur offrait la possibilité de consulter Gwen.

En ce qui concerne l'approche utilisée auprès des clients du programme de santé mentale, tous les informateurs clés ont souligné que ce qui importe avant tout c'est d'offrir aux gens le plus grand nombre d'options possibles dans leur propre collectivité. Gwen Armstrong résume ainsi le but général visé :

Nous voulons être capables de mettre à la disposition des gens dans le besoin tout un éventail de ressources. S'ils souhaitent consulter un thérapeute de la collectivité qui travaillait ici auparavant, c'est très bien et nous approuvons. S'ils veulent me consulter moi, c'est très bien et nous approuvons. S'ils veulent consulter un guérisseur, nous veillons à ce qu'ils puissent le faire. S'ils désirent consulter un conseiller spirituel, c'est très bien aussi. S'ils veulent rencontrer les travailleurs de Grandir ensemble, ça c'est le mieux! Nous souhaitons que les gens puissent satisfaire à leurs besoins sur le plan de la santé mentale en ayant accès à toutes les ressources voulues, sans restrictions en quelque sorte. Nous sommes conscients, toutefois, que le fait de se tourner vers différentes sources d'aide peut nuire au progrès d'une personne. Aussi essayons-nous d'obtenir qu'un aidant en particulier soit la principale source d'aide.

L'un des stagiaires décrit ainsi l'approche utilisée auprès des clients :

Nous ne prenons pas de décision à la place de nos clients. Tel n'est pas notre rôle. Chacun doit lui-même choisir le mode de traitement qui lui convient [...] Il y a la méthode occidentale et la méthode ancestrale. Quelle que soit la méthode qui convient au client, nous respectons son choix [...] Certains clients doivent prendre des médicaments, et nous leur expliquons pourquoi il est important qu'ils les prennent. Mais il y a aussi la façon de faire ancestrale. Beaucoup de clients

peuvent se passer des méthodes occidentales. Le guérisseur peut répondre à leurs besoins.

Deux des trois SGE ont signalé que plus de la moitié de leurs clients recouraient aux services ancestraux offerts à Matootoo Lake. Les statistiques compilées par les responsables du programme de santé mentale de Peguis indiquent que le nombre des clients qui privilégient l'approche ancestrale va en augmentant, en dépit du fait qu'un grand nombre de clients continuent de recourir à plus d'un type de services. Aucun des travailleurs en santé mentale ne s'étonne de cette tournure des événements. Le fait que la majorité de leurs clients aient moins de 40 ans semble être un facteur important. Voici l'explication de l'un des SGE :

[...] il y a un retour à nos racines maintenant, et beaucoup de nos jeunes sont conscients de ce phénomène [...] Les jeunes veulent faire de nouvelles expériences. Et le retour aux sources leur offre justement cette possibilité [...] Pour ce qui est des anciens, beaucoup d'entre eux ont reçu un enseignement religieux à l'église, et nos pratiques ancestrales étaient hors de question.

Gwen Armstrong convient que les jeunes ont tendance à être plus ouverts aux méthodes ancestrales, et elle n'est pas loin de penser qu'à Peguis, les gens âgés se tournent davantage vers les services de counseling offerts par les groupes religieux :

Il semble qu'il y a une ou deux générations, [...] les gens ont dû pour se protéger pour survivre, et ils ont rejeté leurs traditions, ce qui a nécessité beaucoup de courage pour bon nombre d'entre eux. Aussi est-il très difficile pour ces gens de faire volte-face maintenant.

Et Gwen et les SGE ont parlé d'un événement intéressant qui donne à penser que bon nombre de personnes ne sont tout simplement pas au courant des services de guérisseurs traditionnels auxquels elles ont maintenant accès ou comment y avoir accès. En mai 1993, un guérisseur en tournée tenait un atelier spécial sur la santé mentale à Matootoo Lake. Une invitation a été envoyée à tous les clients du programme de santé mentale. Un certain nombre d'entre eux, qui n'avaient jamais encore recouru à la médecine traditionnelle, ont participé à l'atelier, qui incluait une cérémonie de la hutte de purification et des enseignements traditionnels. Le lendemain, Gwen a reçu trois de ces personnes pour une séance de counseling. Toutes n'avaient que des commentaires positifs à faire au sujet de leur expérience à Matootoo.

En plus d'offrir des services de counseling, l'équipe du programme de santé mentale a commencé à se préoccuper d'éducation et de prévention. Les SGE tiennent au centre Al-Care un atelier à l'intention de chaque nouveau groupe de patients, afin de les initier aux concepts de base

de la santé mentale. Les SGE affirment qu'en plus de diffuser de l'information, ils recrutent alors deux ou trois nouveaux clients qui viennent les voir directement pour demander de l'aide.

Après la tenue d'un deuxième atelier à l'intention des travailleurs communautaires, en novembre 1992, à Matootoo Lake, les SGE ont décidé de concevoir et de réaliser une étude d'évaluation des besoins auprès de toutes les personnes ressources de la collectivité afin de déterminer quels genres d'ateliers devraient être offerts à l'avenir. Ils ont en effet l'intention d'offrir une série d'ateliers spécialisés afin de répondre aux besoins spécifiques de différents groupes, à commencer par les enseignants à l'automne de 1993. L'étape suivante consistera à organiser des ateliers à l'intention de toute la population. Gwen Armstrong indique qu'au chapitre de la prévention, l'équipe a aussi franchi un pas dernièrement en réagissant de façon nouvelle à une situation de crise. À cette occasion, les travailleurs en santé mentale, qui jusque là n'avaient vu que les clients qui leur étaient adressés ou qui leur avaient directement demandé de l'aide, sont d'eux-mêmes (avec l'assentiment du CDSSMP) allés à la rencontre des personnes en situation de crise qui avaient besoin de soutien.

Quand on leur demande quels sont les principaux résultats obtenus dans le cadre du programme de santé mentale, tous les travailleurs citent des exemples de clients dont l'état a été stabilisé grâce à leurs interventions. Un des stagiaires a précisé que c'est auprès des nouveaux clients que le programme a le plus de succès, et non auprès de ceux qui ont une longue histoire de troubles mentaux et qui continuent d'être traités par des professionnels de services externes. Gwen estime que bon nombre de personnes auraient fait des dépressions majeures sans l'aide obtenue dans le cadre du programme et que beaucoup aussi auraient été contraintes de faire appel à des ressources de l'extérieur. Pour Gwen, l'une des grandes réalisations a été la traduction en actions concrètes de la prise de conscience d'un besoin énorme qui se faisait sentir dans la collectivité, et ce, grâce au travail accompli par le comité directeur des services de santé mentale de Peguis.

En dépit de tout, les travailleurs en santé mentale conviennent généralement qu'ils ne se sont probablement attaqués qu'à la pointe de l'iceberg, pour ce qui est de répondre à tous les besoins de la collectivité, et qu'il reste sans doute des gens dans le besoin qu'ils ne parviennent pas à rejoindre. Quand on l'interroge sur l'avenir du programme, Gwen reconnaît qu'il va falloir engager de nouveaux travailleurs. Néanmoins, les compressions budgétaires demeurent un souci important. À la fin de mars 1993, le financement du PESMPN a été coupé. Les responsables des services de santé mentale de Peguis ont décidé d'assumer le salaire de Gwen en puisant dans leurs propres fonds, mais ils ont été contraints de congédier un des stagiaires en santé mentale au cours de l'été de 1993. On estimait que les deux stagiaires qui restaient pouvaient, pour un

temps du moins, assumer seuls la charge de travail, mais il est certain qu'un problème sérieux va finir par se poser étant donnée que la demande de services augmente.

En juillet 1993, le gouvernement fédéral a accepté d'affecter à nouveau des fonds au PESMPN — financement qui n'équivalait qu'à 75 % du financement original. Gwen décrit en ces termes l'impact de la précarité du financement sur l'évolution du programme de santé mentale :

La situation est très difficile. Quand je rencontre des clients, il faut que je puisse planifier la thérapie, qu'eux puissent planifier leur vie, que nous ayons une idée de la période pendant laquelle je pourrai continuer de venir ici. À cause de la précarité du PESMPN et de l'insuffisance des fonds affectés cette année au projet Grandir ensemble de Peguis, je ne peux pas m'engager à être là, pas plus pour mes clients que pour les travailleurs de Grandir ensemble qui ont besoin de formation [...] Pour le comité directeur aussi, la situation pose des problèmes, pour ce qui est de planifier des programmes de prévention et d'autres services [...] Je ne sais pas comment ils [les responsables des SSP] ont trouvé les fonds pour me verser un salaire, mais je sais que c'est difficile pour eux et que ce n'est pas ainsi que les choses devraient se passer<sup>24</sup>. L'un des problèmes auxquels nous nous heurtons tient au fait que dans le cadre de Grandir ensemble les fonds sont augmentés par tranches sur cinq ans, le budget de la première année ne comportant que des fonds pour la recherche et le développement. Et Gwen Armstrong et Cecilia Stevenson sont d'avis que l'équipe de Peguis était déjà parvenue en janvier 1993 au stade où elle aurait probablement pu utiliser les budget des années 3 et 4. Toutefois, Cecilia Stevenson tâche de voir avec optimisme l'avenir du programme de santé mentale :

Si j'ai bien compris, la DGSM s'est engagée à continuer de financer le programme de santé mentale dans les réserves indiennes. Va-t-on continuer de financer les autres composantes de Grandir ensemble ou non, ça je ne saurais le dire.

Parallèlement, le programme de santé mentale de Peguis est considéré comme tellement important que les SSP et le comité directeur sont prêts à s'engager à le maintenir — d'une façon ou d'une autre. Selon Cecilia Stevenson, les SSP vont continuer d'affecter le gros des sommes consenties dans le cadre de Grandir ensemble aux services de santé mentale. Par ailleurs, ils explorent présentement les moyens à prendre pour assurer le versement d'un salaire à Gwen — y compris la possibilité de facturer les services professionnels dans le cadre du programme des prestations médicales non assurées.

### *Résumé*

En conclusion, et le programme de la médecine traditionnelle et le programme de santé mentale ont pris racine dans la volonté de répondre aux besoins qui se faisaient sentir à Peguis et auxquels (pour une raison ou une autre) les services de santé offerts par le gouvernement fédéral ne répondaient pas. Dans les deux cas, on est passé à l'action en dépit de l'absence d'orientation claire ou de fonds, voire de l'absence de ces deux éléments. Dans un cas comme dans l'autre, la motivation à passer à l'action semble être venue naturellement, indépendamment de l'accord de transfert. Il semble toutefois, pour ce qui est du programme de santé mentale, que les ressources administratives additionnelles dont la collectivité a pu jouir et le sentiment d'être les maîtres d'oeuvre des programmes de santé communautaire aient donné aux gens de Peguis un bon coup de pouce. Le tableau 3 résume les faits marquants de l'histoire des services communautaires et de santé de Peguis entre 1980 et 1993.

### **Conclusion**

#### *Résumé des principaux thèmes*

La mise sur pied de services de santé officiels à Peguis s'est faite à une époque particulière de l'histoire de cette communauté; on ne peut donc, à la lumière de cette expérience, tirer de conclusions qui s'appliqueraient aux autres premières nations. Voici quand même une liste des grands thèmes ou des grandes leçons que l'on peut tirer de l'expérience de la nation Peguis, et qui pourraient s'avérer intéressants pour les autres premières nations engagées dans des projets de santé communautaire.

**Tableau 3**  
**Faits marquants de l'histoire des services de santé**  
**et de santé communautaires à Peguis : 1980-1993**

Développement communautaire	<p>Vers l'autodétermination</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Début des années 80</b> : mouvement en faveur de l'abstinence parmi les leaders communautaires</li> <li>■ <b>1981</b> → : développement communautaire rapide sous la gouverne du chef Louis Stevenson</li> </ul>
Politique et services en matière de santé des autochtones	<p>Transferts de la responsabilité en matière de gestion↑</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>1986</b> : «Politique en matière de transfert des services de santé»</li> </ul>
Services de santé de Peguis	<p>Administration locale des services de santé communautaire↑</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>1980</b> : la bande administre le Centre de santé de Peguis</li> <li>■ <b>1985</b> : la bande assume l'exploitation des services ambulanciers</li> <li>■ <b>1987</b> : ouverture d'un centre de traitement pour alcooliques et toxicomanes de 20 lits</li> <li>■ <b>1987</b> : Peguis présente une demande de financement prétransfert [les Services de santé de Peguis déménagent dans un nouveau bâtiment]</li> <li>■ <b>1988</b> : ouverture du Personal Care Home (22 lits)</li> <li>■ <b>1988 (janvier)</b> : début de la phase prétransfert</li> <li>■ <b>1988-1990</b> : préparation du plan de santé communautaire (PSC); nouvelle structure de gestion</li> <li>■ <b>1991 (janvier-juillet)</b> : négociations du transfert</li> <li>■ <b>1991 (23 juillet)</b> : signature de l'accord de transfert des services de santé de Peguis</li> <li>■ <b>1991</b> : création du Comité directeur des services de santé mentale de Peguis</li> <li>■ <b>1992 (février)</b> : une infirmière du PESMPN commence à travailler pour le CDSSMP</li> <li>■ <b>1992 (octobre)</b> : le CDSSMP choisit des stagiaires en santé mentale</li> <li>■ <b>1993 (janvier)</b> : obtention de fonds dans le cadre du programme Grandir ensemble</li> <li>■ <b>1993</b> : on continue de former des travailleurs en santé communautaire [Au cours de cette période, le programme de recours à la médecine traditionnelle est intégré aux services de santé publique].</li> </ul>

### *La mise sur pied de services de santé officiels (avant 1980)*

1. À une époque, avant que le gouvernement n'assume officiellement la tâche de fournir des services médicaux à la population, il y avait, à Peguis, un double système médical : sages-femmes et guérisseurs dispensaient encore les services les plus courants parallèlement au système médical occidental. Pour diverses raisons, ce système est devenu le principal système de santé dans les années 40. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que les soins de santé traditionnels ont repris de la popularité dans la communauté, redonnant vie au double système médical. Mais cette fois, des mesures ont été prises pour intégrer les soins traditionnels à l'ensemble des services de santé communautaire.
2. À compter de 1940, à la suite de la construction d'un hôpital fédéral dans la réserve, les services de traitement et les services de santé publique de Peguis ont évolué séparément (malgré qu'il semble y avoir eu certains chevauchements pendant les années 50 et 60). L'incident majeur qui a marqué la prestation des services de traitement est la fermeture, en 1973, de ce qu'on considérait comme un «hôpital communautaire», le vieil hôpital de Fisher River. Le nouvel hôpital, l'hôpital Percy E. Moore, est trop bureaucratique au goût de la collectivité et les services qu'on y dispense ne sont pas adéquats et ne répondent pas aux besoins de la population.

### *Les services de santé communautaires depuis 1980: thèmes généraux*

1. Depuis 1980, les principaux événements qui ont marqué l'évolution des services de santé communautaires à Peguis se sont produits dans un contexte de progrès économique et social spectaculaire dû à un leadership politique dynamique axé sur l'auto-détermination. Il semble que le mouvement en faveur de l'abstinence lancé par les dirigeants communautaires au début des années 80 ait aussi joué un rôle important dans cette phase contemporaine du développement communautaire. L'appui des dirigeants politiques a d'ailleurs été perçu comme un facteur crucial pour le succès d'un bon nombre de ces initiatives.
2. La fondation du foyer de soins personnels et du centre de traitement Al-Care ainsi que l'implantation du programme de santé mentale sont des exemples des services de santé mis sur pied par les membres de la communauté pour répondre aux besoins de la population en l'absence de services gouvernementaux officiels. Quant aux services de

soins aux malades chroniques et aux services de santé mentale, ils avaient l'inconvénient d'appartenir à une zone grise, si bien que ni le gouvernement fédéral ni la province ne voulait assumer la responsabilité de les fournir. L'absence d'aide financière provinciale ou fédérale pour les soins infirmiers à domicile dans les réserves illustre bien ce phénomène, qui cause encore aujourd'hui bien des ennuis au personnel de la santé publique à Peguis.

3. Toutefois, bien que cette période d'administration locale ait permis aux responsables de la santé publique de Peguis d'acquérir une expérience utile et de mieux répondre aux besoins de la population, la DGSM continuait de détenir les leviers de décision sur le plan des programmes et des ressources financières, restreignant ainsi le degré d'autonomie des Peguis dans le domaine des soins de santé. Toutefois, dans certains cas (comme l'embauche d'une infirmière auxiliaire au lieu d'une infirmière autorisée pour le poste d'infirmière de santé communautaire, la bande a quand même réussi à atteindre un certain degré d'autonomie, surtout dans les secteurs où les politiques ou les normes du gouvernement lui semblaient incompatibles avec les besoins de la collectivité.

#### *Le transfert des programmes de santé*

La politique de transfert du gouvernement fédéral a suscité un certain scepticisme, comme en témoignent les documents. Certains ont critiqué les limites de l'initiative, comme l'inadmissibilité au transfert de certains programmes, tandis que d'autres ont bruyamment dénoncé le transfert comme un autre exemple de la volonté du gouvernement fédéral de se décharger de ses responsabilités à l'endroit des premières nations. Il n'y a pas de doute que l'histoire de la politique fédérale à l'égard des autochtones depuis les années 60 — la tendance du gouvernement à transférer aux provinces ses responsabilités en matière de services de santé aux autochtones et les multiples tentatives visant à priver les Indiens inscrits de la garantie pour les prestations médicales non assurées — et l'élaboration du projet de transfert sans le concours véritable des premières nations ont contribué à ajouter foi à l'argument selon lequel le transfert serait le fruit d'un «programme secret» (Culhane Speck, 1989).

Les résultats de la présente enquête ne permettent pas à l'auteur de tirer de conclusions définitives au sujet de *l'intention* de la politique de transfert des programmes de santé. On peut toutefois faire les observations suivantes, fondées sur l'expérience vécue par les Peguis dans le cadre du projet de transfert :

1. Les Peguis ont abordé le projet de transfert sans se faire d'illusion quant à ses limites. Ils l'ont plutôt considéré comme une occasion de faire un pas vers leur objectif ultime d'autonomie gouvernementale, démarche logique vu le niveau de développement social,

économique et politique de la bande et compte tenu du fait que celle-ci participait déjà, depuis 1979-1980, à l'administration locale des services de santé publique.

2. Certains facteurs (p. ex., les 10 années et plus d'expérience dans l'administration locale des services de santé publique, l'importance relative des ressources humaines et matérielles, l'assurance découlant d'une expérience des négociations avec le gouvernement fédéral, ainsi qu'une connaissance approfondie des politiques de la DGSM) semblent avoir contribué au succès de la négociation de l'accord de transfert du mois de juillet 1991.
3. Dans l'ensemble, on estime que le transfert fut profitable : il a en effet entraîné une augmentation des ressources financières, un accroissement des pouvoirs dans le domaine des finances pendant la période couverte par l'accord, un gain de souplesse dans l'élaboration des programmes permettant de mieux répondre aux besoins de la collectivité, et enfin, chez les travailleurs de la santé communautaire, un renforcement du sentiment d'avoir des programmes bien à eux.
4. La plupart des problèmes rencontrés par les Peguis portent sur des questions étrangères à l'accord de transfert. L'administration des prestations médicales non assurées (PMNA), surtout pour ce qui est du transport pour raison médicale, des services dentaires et des services d'optométrie, soulève des problèmes particuliers. Les membres de la bande croient en effet qu'ils seraient en mesure de mieux administrer ces programmes si leur gestion leur était entièrement transférée; mais pour ce faire, ils ont besoin de ressources financières adéquates et ils redoutent que celles-ci soient réduites au moment du transfert. De plus, les retards dans les versements prévus par l'accord de contribution aux programmes non transférés viennent sans cesse alourdir le fardeau financier que doit supporter la bande en forçant celle-ci à puiser dans d'autres budgets.  
La direction de l'hôpital Percy E. Moore constitue un autre problème complexe. Peguis avait fait connaître à la DGSM son désir de prendre éventuellement en charge l'administration de l'hôpital. Mais comme les ressources sont insuffisantes, que l'hôpital dessert plus d'une collectivité et que son financement et son administration relèvent de plus d'un gouvernement, les discussions et la planification promettent d'être ardues.
5. Les plus grandes innovations dans le domaine des services de santé ont vu le jour hors du cadre de l'accord de transfert. La mise sur pied du programme de santé mentale est à ce titre un excellent exemple de programme communautaire conçu pour répondre aux besoins de la collectivité (en l'absence d'un programme gouvernemental en bonne et due

forme) tout en développant, au sein même de la communauté, les compétences nécessaires pour régler les problèmes de santé mentale.

6. Pour ce qui est des leçons que peuvent tirer de cette expérience les autres premières nations qui envisagent de conclure un accord de transfert, il importe de souligner que l'exemple relativement positif de Peguis ne peut en aucun cas être pris comme un gage du succès de cette politique. J'ai en effet voulu montrer ici que si la communauté Peguis a pu tirer parti de cette initiative, c'est grâce à certaines conditions particulières, décrites plus haut. En l'absence de telles conditions, les premières nations feraient mieux d'évaluer avec soin les risques et les avantages du transfert avant de s'y engager.
7. Un certain nombre de questions soulevées dans la présente étude de cas constitueraient d'intéressants sujets de recherche. Tout d'abord, il vaudrait la peine d'entreprendre une étude comparative des premières nations qui ont signé des accords de transfert (de préférence à la fin de leur premier plan quinquennal) pour déterminer quels facteurs ont contribué au succès ou à l'échec perçu de l'initiative. Il serait également utile de comparer l'expérience des premières nations avec les services de santé communautaire administrés localement suite au transfert et avec les services mis en place hors du cadre du transfert. Il serait intéressant par ailleurs de réévaluer un jour la situation à Peguis afin de voir si cette communauté aura réussi à obtenir ou à maintenir une base de ressources adéquate pour ses divers services. Une évaluation qualitative et quantitative des programmes mis en oeuvre par les SSP serait aussi indiquée, après un certain temps; on pourrait, dans le cadre de cette évaluation, mener un sondage auprès des membres de la communauté afin de connaître leur opinion au sujet du transfert. Une évaluation est certes prévue pour 1995 (selon les dispositions de l'accord), mais il pourrait être trop tôt alors pour évaluer avec exactitude le succès ou l'échec du transfert à Peguis, le système d'information sur la santé n'en étant qu'au stade du développement, tout comme les nouveaux programmes, comme le programme de santé mentale de Peguis. Sans doute faudra-t-il aussi plus de cinq ans pour que l'impact des projets de santé publique sur l'état de santé de la population se fasse sentir et puisse être mesuré. Enfin, le Manitoba envisage plus ou moins de transférer aux premières nations la responsabilité de tous les programmes de santé dans le cadre d'un projet pilote d'«autonomie gouvernementale» pour tous les programmes autrefois administrés par le gouvernement fédéral. Il sera certes des plus utiles d'étudier les conséquences et l'impact que pourra avoir ce projet, s'il est mis en oeuvre.

### *Les problèmes soulevés par les pratiques de guérison ancestrales*

1. Au cours de la dernière décennie, on a constaté, parmi certains membres de la communauté un intérêt renouvelé pour les pratiques de guérison ancestrales et pour la culture indienne. En réponse à un souhait de plus en plus répandu, certains services fondés sur les pratiques de guérison ancestrales sont graduellement venus s'ajouter aux structures des services de santé communautaire offerts à Peguis.
2. Ce retour aux pratiques ancestrales a fait l'objet d'une forte contestation dans la communauté et, si la tension a baissé récemment, le sujet demeure encore très explosif. Bon nombre de nos informateurs clés ont insisté sur le fait qu'en dépit de la popularité croissante de la culture autochtone (y compris de la «médecine indienne») dans l'ensemble de la société, on doit permettre aux premières nations d'aborder le phénomène à leur propre rythme sans ingérence de l'extérieur. Ces pratiques de guérison ancestrales ne devaient en outre constituer qu'une des options parmi celles qui sont offertes aux membres de la communauté.
3. Il existe, à Peguis, un groupe de personnes plutôt restreint, mais actif, qui pratique la médecine ancestrale. Ces personnes ont clairement établi que malgré leur désir de voir le gouvernement fédéral et le système médical dominant reconnaître le rôle de la médecine ancestrale, jamais elles n'accepteraient qu'un gouvernement quelconque réglemente leurs services. Elles soutiennent que les guérisseurs de partout au pays travaillent actuellement à créer un réseau pour partager l'information et discuter de diverses questions, dont notamment d'auto-réglementation. Certains informateurs clés attachés aux traditions s'inquiètent des restrictions de plus en plus nombreuses imposées par la DGSM au financement des voyages liés à la médecine ancestrale alors que la demande ne cesse de croître.
4. Quant à la recherche future sur la question, vu l'état lacunaire de la documentation sur les programmes de santé communautaire faisant appel à la médecine ancestrale dans les collectivités des premières nations, il serait utile de conduire des études de cas détaillées sur ce genre d'initiative afin de déterminer la place que pourraient occuper la médecine autochtone et les pratiques de guérison ancestrales dans les modèles de santé communautaire. Il serait particulièrement intéressant de comparer et de mettre en regard les différentes façons dont on utilise ces pratiques dans les collectivités des premières nations (p. ex., complètement en parallèle des autres programmes de santé communautaire; en autonomie, mais avec quelques interactions informelles avec ces programmes; ou en symbiose avec ces programmes). Là où cela est possible, il serait utile

d'essayer de comprendre le contexte dans lequel ces initiatives ont vu le jour et de connaître l'opinion des guérisseurs quant aux liens idéaux à entretenir avec le système biomédical et quant à la réglementation de la médecine autochtone traditionnelle et des pratiques de guérison. La question de savoir si la médecine autochtone et les pratiques de guérison ancestrales relèvent du transfert des services de santé est controversée (puisque, par définition, elles ne constituent pas un programme admissible au transfert); c'est pourquoi il serait particulièrement intéressant de connaître l'expérience des premières nations qui ont signé des accords de transfert. Cela dit, le caractère extrêmement délicat de cette question dans certaines communautés ainsi que le désir qu'ont les gens de garder l'anonymat pourraient rendre ce genre de recherche impossible; en fait on ne devrait y songer qu'avec la pleine autorisation de conseillers de la communauté et sous leur direction.

### *Questions à étudier*

À elle seule, la présente étude ne permet pas de recommander de politiques particulières au-delà des projets de recherche que nous venons de suggérer. Toutefois, la connaissance de l'évolution des services de santé à Peguis soulève un certain nombre de questions qui méritent considération.

1. Depuis le récent transfert des responsabilités en matière de santé, la première nation Peguis a accru son autorité sur le système de prestation des soins de santé (c'est-à-dire plus de pouvoir sur les programmes et plus de souplesse sur le plan financier, ainsi qu'un plus grand sens des responsabilités face aux programmes de santé communautaire). Il est clair, cependant, que tant que les prestations médicales non assurées ne seront pas admissibles au transfert et aussi longtemps que le gouvernement fédéral maintiendra son autorité sur les services de traitement médicaux fournis à la communauté Peguis et sur le financement général des services de santé, on ne pourra que conclure que les Peguis ont maintenant plus d'influence sur les soins de santé, mais que cette influence est loin d'être complète. Si le gouvernement fédéral veut vraiment remettre aux premières nations l'entière responsabilité des services de soins de santé, il doit s'engager à leur garantir une base de ressources adéquate pour tous les services pouvant faire l'objet d'un transfert.
2. Le fait qu'un bon nombre des problèmes auxquels sont confrontés les services de santé Peguis concernent des services exclus de l'accord de transfert (les prestations médicales non assurées, en particulier) confirme les critiques selon lesquelles la politique de transfert est extrêmement limitée dans sa capacité d'offrir un véritable contrôle sur la prestation des services de santé. Les prestations médicales non assurées devraient elles

aussi être admissibles au transfert et les premières nations, notamment les Peguis, devraient pouvoir administrer ces programmes (avec la garantie d'une base de ressources adéquate) s'ils le désirent.

3. Outre la garantie d'une base de ressources adéquate pour tous les programmes pouvant être transférés, le gouvernement doit aussi s'engager à maintenir et à améliorer le financement des programmes non inclus dans le projet de transfert, comme le programme de santé mentale et le programme de voyages liés à la médecine ancestrale.
4. Les retards dans les versements prévus par l'accord de contribution nuisent également à la capacité des premières nations d'administrer les soins de santé en les obligeant constamment à puiser dans d'autres budgets; le gouvernement fédéral devrait faire tout en son pouvoir pour régler ce problème.
5. L'expérience de la communauté Peguis donne à penser que le rôle que pourraient jouer les pratiques de guérison ancestrales, si tant est qu'elles en aient un, doit se jouer à l'échelle communautaire et à un rythme déterminé par chaque première nation. Les questions telles que la réglementation et le financement de la médecine ancestrale doivent être réglées entre les collectivités et par chacune d'entre elles. Entre temps, le gouvernement fédéral peut appuyer ces initiatives en reconnaissant la valeur des pratiques médicales ancestrales et en maintenant le financement du programme de voyages qui y sont liés.
6. Le développement économique et social qu'a connu la première nation Peguis au cours de la dernière décennie a certainement permis d'accroître le pouvoir de la communauté sur les facteurs qui influent sur la santé physique et sociale de ses membres. Il importe toutefois de se rappeler que le nombre de chômeurs et de prestataires du bien-être social que compte la réserve est plus élevé que ce qu'on tolérerait dans une communauté non autochtone, et que la santé physique et mentale de ses membres est moins qu'optimale. En 1987, dans sa demande de financement dans le cadre du transfert des programmes de santé, la première nation Peguis déclarait clairement que le transfert était loin d'être la meilleure façon pour elle d'administrer son propre système de soins de santé. Cette déclaration vaut la peine d'être répétée ici :  
[...] l'idéal serait une entente qui serait enchâssée dans le concept d'autonomie gouvernementale. En vertu de ce concept, nous aurions le pouvoir de créer nos propres institutions et nos propres systèmes, hors de toute intervention gouvernementale, à l'exception du versement des crédits prévus en vertu de notre

traité, de nos droits de première nation et de nos droits inhérents [...] (Première nation Peguis, 1987). [TRADUCTION]

Il est probable que jusqu'à ce que cette vision de l'autonomie gouvernementale se réalise, tant pour les Peguis que pour toutes les premières nations, cette autonomie restera limitée pour ce qui est de la santé. Il n'en reste pas moins que, sur le plan du développement des services de santé, la première nation Peguis constitue un bon exemple de communauté déterminée à atteindre son autonomie et qui a saisi toutes les occasions de reprendre le contrôle tant du processus de prestation des soins de santé que des conditions qui influent sur la santé de la collectivité.

## Notes

Cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration d'un certain nombre de membres de la communauté Peguis. Je tiens plus particulièrement à remercier le chef Louis Stevenson qui m'a autorisée à mener à bien cette étude et aux anciens qui m'ont prodigué des conseils au début du travail sur le terrain. J'adresse aussi des remerciements spéciaux à tout le personnel des Services de santé Peguis (SSP) qui a toléré ma présence et le million de questions que j'ai pu poser en quatre mois — et plus particulièrement Cecilia Stevenson, directrice des SSP, qui m'a encouragée à poursuivre le travail et qui a consacré de nombreuses heures à répondre à mes questions. Christine Cochrane, qui a fait office d'adjointe à la recherche communautaire, s'est révélée une source d'information fort précieuse et elle m'a grandement aidée à comprendre les rouages de la communauté. Enfin, je tiens à remercier Nora Cochrane pour son hospitalité. Grâce à elle, mon séjour à Peguis restera un souvenir heureux à jamais gravé dans ma mémoire.

## Références

### *Documents inédits*

#### **Archives nationales du Canada, Groupe d'archives (GA) # 29, Santé et Bien-être social -- Dossiers de la région du Manitoba**

Bird, Dr J., 1929, lettre au Dr. E.L. Stone, Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, 1<sup>er</sup> février 1929, GA 29, Vol. 2930, 851-1-X200, pt. 1a.

Canada, 1897, note de service de H. Reed, Surintendant général adjoint des affaires indiennes au Surintendant général du Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, 29 mars 1897, GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1904, Rapport du Commissaire adjoint des Indiens, Winnipeg, au Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, 23 juillet 1904, GA 29, Vol. 2775, 822-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1917, diverses notes de service, Ministères des Affaires indiennes - dossiers de la Région du Manitoba, GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1919, lettre de T.H. Carter, agent des Indiens à la Fisher River Agency, au Secrétaire des Affaires indiennes, Ottawa, 29 avril 1919, GA 29, Vol. 2930, 851-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1920, lettre de W. Graham, Commissaire, Ministère des Affaires indiennes, à J.D. McLean, Sous-ministre adjoint et Secrétaire, Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, 6 avril, 1920. GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1925, lettre du Rev. Stevens, Fisher River Indian Mission, à Duncan Scott, Sous-ministre des Affaires indiennes, Ottawa, 2 juillet 1925, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1931, note de service de Duncan Scott, Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, à l'Hon. Thomas G. Murphy, 30 juillet 1931, GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1932, lettre de Duncan Scott, Ministère des Affaires indiennes, Ottawa, au Dr Percy E. Moore, 18 février 1932, GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1942, note de service de W.L. Falconer, Sous-surintendant adjoint, Services médicaux, Ottawa, à [nom illisible], 2 juillet 1942, GA 29, Vol. 2775, 822-1-X200, pt. 1a.

\_\_\_\_\_, 1964a, "Memorandum to Cabinet. Reconstruction of Fisher River Indian Hospital", présenté par l'Hon. J. LaMarsh, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 10 août 1964, GA 29, Int# 127, Vol. 2607, 800-1-X298, pt. 1.

\_\_\_\_\_, 1964c, note de service de O.J. Rath, Surintendant régional Services médicaux, région du centre, au Directeur des Services médicaux, Ottawa, 14 avril 1964, GA 29, Vol. 2606, 800-1-X200.

- \_\_\_\_\_, sans date b, "Report on Fisher River Indian Hospital (Fire Trap)", présenté par E. Appleton, Surveillant à l'entretien, zone du Manitoba, GA 29, Int# 127, Vol. 2607, 800-1-X298, pt. 1.
- \_\_\_\_\_, 1967, "Report on the Fisher River Indian Hospital", [nom de l'auteur illisible], 31 octobre 1967, GA 29, Int# 127, Vol. 2607, 800-1-X298, pt. 1.
- \_\_\_\_\_, 1968, lettre du Dr M.J. DeKoven, Directeur de zone Manitoba, DGSM, au Dr. J.B. Morrison, sous-ministre de la Santé, Province du Manitoba, 7 mars 1968. GA 29, Int# 111, Vol. 2776, 822-1-X200, pt. 4.
- \_\_\_\_\_, 1978a, note de service de G.B. Campbell, Directeur régional, DGSM-Région du Manitoba, au Directeur général, Gestion de programme, DGSM, Ottawa, 16 février 1978, GA 29, Vol. 2933, 851-1-X200, pt. 10.
- \_\_\_\_\_, 1978b, note de service de G.B. Campbell, Directeur régional, DGSM-Région du Manitoba, au Directeur général intérimaire, Gestion de programme, DGSM, Ottawa, 17 novembre 1978, GA 29, Vol. 2933, 851-1-X200, pt. 10.
- Copping, Dr J.D., 1976, "Notes on Historical Development - Percy E. Moore Hospital." note de service versée aux les dossiers, 30 août 1976. GA 29, Int# 127, Vol. 2621, 800-2-X298, pt. 2.
- Man., 1975, communiqués de presse, Gouvernement du Manitoba. "Urges Federal Commitment to Native Health Programs", 17 janvier 1975, GA 29, Int# 133, Vol. 2932, 851-1-X200, pt. 7a.
- Man., 1976a, lettre du Premier Ministre Edward Schreyer, Gouvernement du Manitoba, au Très Hon. Pierre E. Trudeau, Premier Ministre du Canada, Ottawa, 15 mars 1976, GA 29, Int# 133, Vol. 2932, 851-1-X200, pt. 8a.
- MIB, 1979b, "Press Release", Manitoba Indian Brotherhood, 23 janvier 1979, GA 29, Int# 64, Vol. 2933, 851-1-X200, pt. 10.
- Ross, Dr E.L., 1940, "Notes relative to the Official Opening of the Indian Hospital at the Fisher River Agency, samedi 6 juillet 1940", Sanitorium Board of Manitoba, GA 29, Int# 127, Vol. 2607, 800-1-X298, pt. 1.

### **Archives des Services de santé de Peguis (SSP)**

- Assembly of Manitoba Chiefs (AMC), 1991, "Certified Resolution. Non-Insured Health Benefits", AMC Indian Act Review and Health Conference, Winnipeg, 14 février 1991.
- Canada, 1986a, "Document de travail sur le transfert de la responsabilité des services de santé aux Indiens en vue de consultation avec les Indiens", 26 mars 1986, Ottawa, DGSM, Santé et Bien-être social Canada.

Canadian Executive Services Overseas, 1983, "Report of the C.E.S.O. Study of Alternative Uses for Percy E. Moore Hospital Complex", rédigé par C.W. Miller, Winnipeg, mai 1983.

DGSM, sans date, "1979 Indian Health Policy Interpretation", Direction générale des services médicaux, Région du Manitoba, Dept. File I.A.1.

\_\_\_\_\_, 1985, lettre de C. Johnson, Directeur, Zone Sud, DGSM - Région du Manitoba, à Kathy Bird, SSP, 22 mai 1985.

\_\_\_\_\_, 1988, "Medical Services Branch Strategic Plan, 1988", rédigé par Planification et examen, DGSM, Winnipeg.

\_\_\_\_\_, 1991, note de service de G.N. Faulkner, Sous-ministre adjoint, DGSM, Ottawa, à tous les directeurs régionaux, DGSM, 5 avril 1991.

\_\_\_\_\_, 1992, lettre de Keith Dale, directeur régional par intérim, DGSM - Région du Manitoba, à Cecilia Stevenson, SSP, 9 décembre 1992.

Peguis First Nation, 1987, "Proposal for research and development funding on the transfer of health resources to the control of Peguis First Nation", septembre 1987.

\_\_\_\_\_, 1988/89, "Peguis health transfer program—quarterly reports."

\_\_\_\_\_, 1990, "Peguis community health plan and reports."

\_\_\_\_\_, 1991, "Peguis First Nation--Health Services Transfer Agreement", 26 juillet 1991.

\_\_\_\_\_, 1992, "Peguis mental health proposal."

\_\_\_\_\_, 1980-1993. Procès-verbaux des réunions du personnel des SSP; rapports mensuels des RSC et des infirmières.

### **Archives provinciales du Manitoba, Winnipeg**

Canada, sans date a, "List of doctors, by location, authorized to serve Indians, 1912-1924", Ministères des Affaires indiennes et du Nord canadien, Vol. 2.

### **Autres sources**

Assemblée des premières nations, 1988, *Rapport spécial : Conférence nationale sur le transfert des programmes de santé pour les Indiens*, Ottawa, mars 1988.

Canada, 1964b, *Rapport*, Commission royale sur les services de santé, Ottawa: Chambre des communes.

\_\_\_\_\_, 1979, *Document et discussion sur la santé des Indiens*, Ottawa: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada.

- \_\_\_\_\_, 1983, *Procès-verbaux du Comité spécial sur l'autonomie politique des Indiens du Canada*, Ottawa : Ministères des Approvisionnements et Services.
- \_\_\_\_\_, 1986, *Bulletin sur le transfert des programmes de santé*, Ottawa: Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada.
- \_\_\_\_\_, 1987, *Guide sur le transfert des programmes de santé*, Ottawa: Direction du transfert des programmes et de l'élaboration des politiques, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada.
- \_\_\_\_\_, 1991, *L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada - 1990*, Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services.
- Carter, S., 1990, *Lost Harvests: Prairie Indian Reserve Farmers and Government Policy*, Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Cohen, Benita, 1994, *The Development of Health Services in Peguis First Nation: A Descriptive Case Study*, thèse de maîtrise, Université du Manitoba.
- Culhane Speck, D., 1989, *The Indian health transfer policy: A step in the right direction or revenge of the hidden agenda?* *Native Studies Review* 5(1):187-213.
- Czuboka, M.P., 1960, *St. Peter's: A Historical study with anthropological observations on the Christian aborigines of Red River (1811-1976)*, thèse de maîtrise, Université du Manitoba.
- First Nations Confederacy, Brotherhood of Indian Nations, and Manitoba Keewatinowi Okimakanak, 1985, *Indian Mental Health Research: Final Report*, août 1985.
- Fontaine, P., 1991, *Health for First Nations in the 1990s*, *Manitoba Medicine* 61:21-22.
- Gagnon, Y., 1989, *Physicians' attitudes toward collaboration with traditional healers*, *Native Studies Review* 5(1): 175-186.
- Garro, L.C., 1988, *Resort to folk healers in a Manitoba Ojibwa community*, *Arctic Medical Research* 47 (Suppl. 1): 317-320.
- Garro, L., J. Roulette et R.G. Whitmore, 1986, *Community control of health care delivery: The Sandy Bay experience*, *Canadian Journal of Public Health* 77(juillet/août): 281-284.
- GraGraham-Cumming, G., 1967, *Health of the original Canadians, 1867-1967*, *Medical Services Journal* 23(2):115-66.
- Gregory, D., 1989, *Traditional Indian healers in northern Manitoba: An emerging relationship with the health care system*, *Native Studies Review* 5(1): 163-173.
- Hallowell, A.I., 1936, *The Passing of the Midewiwin in the Lake Winnipeg Region*, *American Anthropologist* 38(1): 32-51.

- Hawthorn, H.B. (dir.), 1966, *Étude sur les Indiens contemporains du Canada : besoins et mesures d'ordre économique, politique et éducatif*, Ottawa: Direction générale des affaires indiennes.
- Manitoba Indian Brotherhood, 1971, *Wahbung: Our Tomorrows*.
- Marshall, C. et G. Rossman, 1989, *Designing Qualitative Research*, Newbury Park: Sage Publications.
- Mental Health Working Group, 1983, *Mental health services, Manitoba: A review and recommendations*, septembre 1983
- O'Neil, J., 1986, The politics of health in the fourth world: A northern Canadian example, *Human Organization* 45(2):119-28.
- \_\_\_\_\_, 1993, «Compte rendu du rapporteur», dans, *Sur le chemin de la guérison : Rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*, Commission royale sur les peuples autochtones.
- Steinbring, J.H., 1981, *Saulteaux of Lake Winnipeg. Handbook of North American Indians: Volume 6; Subarctic*, sous la direction de June Helm, 244-255, Washington, D.C: Smithsonian Institution.
- Strauss, A. et J. Corbin, 1990, *Basics of Qualitative Research*, Newbury Park: Sage Publications.
- Thompson, A.E., 1973, *Chief Peguis and his Descendents*, Winnipeg: Peguis Publishers Limited.
- Thompson, G., 1993, *Mental Health, the Essential Thread*, Alberta Department of Health.
- Titley, E.B., 1986, *A Narrow Vision*, Vancouver: University of British Columbia Press.
- Tyler, Wright et Daniel Ltd., 1983, *The Illegal Surrender of St. Peter's Reserve*, Winnipeg: Treaty and Aboriginal Rights Research Centre of Manitoba.
- Van Der Goes Ladd, G., 1986, *Shall We Gather at the River?* Toronto: United Church of Canada.
- Whitmore, R., B. Postl et L. Garro, 1988, Strategies for involving native people in the operation and control of health services, *Arctic Medical Research* 47 (Suppl.1): 350-53.
- Yin, R., 1989, *Case Study Research: Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Volume 5, Newbury Park: Sage Publications.
- York, G., 1990, *The Dispossessed: Life and Death in Native Canada*, London: Vintage U.K.
- Young, D. et L. Smith, 1992, *The Involvement of Canadian Native Communities in their Health Care Programs: A Review of the Literature since the 1970s*, Edmonton: Canadian Circumpolar Institute and the Centre for the Cross-Cultural Study of Health and Healing.
- Young, T.K., 1984, Indian health services in Canada: A sociohistorical perspective, *Social Science and Medicine* 18(3): 257-64.

- 
1. Dans ce document, les termes «autochtones», «premières nations» et peuples «indigènes» sont utilisés indifféremment. Le terme «Indiens» est jugé péjoratif par certains. Néanmoins, bon nombre d'autochtones utilisent ce terme et nous n'avons nullement essayé de modifier les citations qui figurent dans le présent rapport. Nous avons par ailleurs utilisé le terme «Indiens» dans les renvois à des documents où ce terme est utilisé ou lorsqu'il est question d'organismes ou de politiques dont le nom comporte ce terme.
  2. On trouvera plus d'information au sujet de la politique fédérale actuelle en matière d'entente de transfert à la Partie V.
  4. Les citations qui figurent dans le texte sont parfois suivies du nom de leur auteur entre parenthèses, et parfois non. Lorsqu'aucun nom paraît, on doit présumer ou que la personne n'avait pas donné l'autorisation de citer son nom ou que le fait de mentionner son nom aurait permis d'identifier d'autres personnes qui, elles, avaient opté pour l'anonymat. Parfois aussi, nous avons décidé de taire le nom de personnes ayant pourtant autorisé la mention de leur nom — habituellement à cause du caractère potentiellement délicat de la question abordée ou parce qu'il fallait protéger la personne concernée pour quelque raison. Enfin, lorsque plus d'un informateur est cité, leurs observations sont séparées par le symbole ●.
  5. Chiffres fournis par le bureau du conseil de bande Peguis.
  6. Steinbring note que, parfois, le degré de mélange rend difficile le classement d'une bande comme Cri ou Saulteux, les personnes concernées n'étant elles-mêmes pas tout à fait certaines de l'appellation anglaise appropriée (p. 245). C'est ce qui semble être le cas à Peguis aujourd'hui. L'une des personnes à qui nous avons parlé soutenait mordicus que les gens installés sur le site actuel de Peguis étaient des Saulteux. Par contre, plusieurs anciens nés à St. Peter et déplacés dans la nouvelle réserve nous ont affirmé que leurs parents et grands-parents parlaient cri. En dernière instance, il appartiendra aux habitants de Peguis de régler cette question d'identité culturelle. Entre-temps, les grands panneaux installés aux entrées sud de la Réserve accueillent les visiteurs «au pays des peuples Ojibwa et Cri».
  7. Les circonstances entourant cet événement historique sont analysées en détail dans un document de 500 pages (Tyler et coll., 1983). La plupart des informations qui suivent sur cette cession et ses conséquences proviennent de cette source.
  8. Information fournie par le Bureau du conseil de bande Peguis.
  9. Pour une analyse détaillée sur Louis Stevenson et son administration (souvent controversée), voir York, 1990, p. 235-246, et un article biographique paru dans le *Winnipeg Free Press*, le 19 octobre 1986, p. 9.
  10. Le terme «officiels» est utilisé ici pour désigner les services médicaux offerts par des praticiens non autochtones dans le cadre du système médical occidental, bureaucratique (ou système biomédical). L'emploi de ce terme ne signifie en rien que ce système était supérieur au système traditionnel autochtone — qui, dans les sociétés autochtones, était tout aussi organisé et «officiel».

- 
11. Il semble, selon les données dont nous disposons, que le Dr Percy E. Moore a été le seul médecin engagé par le gouvernement fédéral pour travailler dans la région au cours de cette période (*Interlake Spectator*, s.d.). Selon nos informateurs, il était apprécié par la population qu'il desservait. Le Dr Moore a continué d'être le médecin attitré de la région des lacs jusqu'en 1938, soit jusqu'à sa nomination au poste d'adjoint du surintendant des services médicaux du gouvernement fédéral, le Dr E.L. Stone. Quand le Dr Stone a repris ses fonctions dans l'armée en 1939, le Dr Moore a été nommé surintendant intérimaire pour la durée de la guerre. Finalement, il a été nommé surintendant des Services de santé aux Indiens en 1945, au sein du tout nouveau ministère de la Santé et du Bien-être social. Il est demeuré à ce poste jusqu'à sa retraite, en 1965. Nous devons au Dr Moore la création d'une chaîne d'environ 16 hôpitaux et postes infirmiers répartis dans le nord canadien (Graham-Cumming, 1967).
  12. Fait intéressant, tous les anciens utilisent ce terme, *weh'kes*, qui est le nom cri de la racine de gingembre. Cette constatation donne du crédit à la théorie selon laquelle la population de St. Peter était mixte, composée de Saulteaux et de Cri, et selon laquelle également bon nombre des personnes qui ont quitté St. Peter pour aller s'installer à Peguis étaient d'ascendance cri.
  13. Ce terme est largement utilisé dans la documentation; les personnes que nous avons interrogées à Peguis l'utilisaient aussi.
  14. La Manitoba Hospital Commission a, en fait, accepté d'assumer le tiers des dépenses en immobilisations du nouvel établissement, parce que celui-ci devait desservir une population non autochtone qui n'était pas assez importante pour justifier la création d'un hôpital destiné à la desservir exclusivement (Canada, 1964a).
  15. Le Comité consultatif laïque de Fisher River, créé par la DGSM pour discuter de la fermeture du vieil HFR et de l'ouverture du nouvel hôpital, s'est réuni régulièrement entre 1969 et 1973. Pour plus de détail sur cette période, on consultera Cohen (1994) où on trouvera de l'information fondée sur les procès-verbaux des réunions; ces documents sont conservés aux Archives nationales RG 29, vol. 2607-08, 800-1-X298.
  16. Pour plus d'information sur les circonstances qui ont entouré la fin du contrat conclu avec l'*Interlake Medical Clinic Group*, on consultera Cohen (1994).
  17. Le Dr MacDonald reconnaît qu'il y a place pour de l'amélioration dans l'accueil réservé aux nouveaux médecins. On pourrait, selon elle, faire en sorte que chaque médecin soit jumelé à un parrain ou à une famille de la collectivité. Ainsi, les médecins seraient mieux renseignés sur la population des réserves qu'ils desservent. Toutefois, le Dr MacDonald est aussi d'avis que les collectivités elles mêmes pourraient se charger d'accueillir les nouveaux médecins à leur arrivée dans leur nouvel environnement.
  18. Les termes infirmière de santé communautaire (ISC) et infirmière de santé publique (ISP) sont employés indifféremment dans tout le reste du texte.
  19. Sauf indication contraire, les références faites à divers documents du centre de santé (p. ex. les notes, les rapports mensuels des infirmières, etc.) sont puisées dans le matériel trouvé dans les archives des Services de santé de Peguis (SSP).

- 
20. Lorsque le centre de santé a été réinstallé en 1987, il a été officiellement désigné sous le nom de Services de santé de Peguis (SSP). Les deux appellations sont utilisées de manière interchangeable dans le reste du texte.
21. Voir plus loin pour une analyse plus poussée des services de santé non assurés.
22. *Dans le reste du texte, le terme «transfert» désignera le transfert des services de santé.*
23. En théorie, l'accord de transfert des programmes de santé de Peguis était l'un des quatre premiers à être conclus au Manitoba — le premier étant celui de Pukatawagan (autrefois Mathias Colomb), suivi par celui de Sandy Bay. Le conseil de bande des Moskégons a signé un accord à peu près à la même époque que celui de Peguis.
24. Nota : Le financement du PESMPN a pris fin en mars 1994.