



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

RAPPORT PRODUIT CONFORMÉMENT AUX OBLIGATIONS INUITES PRESCRITES PAR L'ARTICLE 32 DE L'ACCORD SUR LES REVENDICATIONS TERRITORIALES DU NUNAVUT, 1993

RAPPORT ANNUEL SUR L'ÉTAT DE LA CULTURE ET DE LA SOCIÉTÉ INUITES

07

08

Publié par
Nunavut Tunngavik Incorporated
Iqaluit, 2008
www.tunngavik.com

ISBN 978-0-9784035-2-2

Copyright
Nunavut Tunngavik Incorporated

Photo de couverture par Elisapee Ishulutak
Sheepa Ishulutak prépare des peaux de caribou
mort-né dans sa maison d'Iqaluit.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif	5
Introduction	7
Démographie du Nunavut	7
La géographie des soins de santé	7
Les soins de santé dans la société inuite	9
L'accord sur les revendications territoriales du Nunavut	9
L'état de la santé des Inuits	10
1) Habitation et infrastructure communautaire	10
2) Éducation et facteurs économiques	10
3) Sécurité alimentaire	11
4) Espérance de vie	12
5) Mortalité infantile et poids à la naissance	13
6) Pratiques d'hygiène de vie	13
7) Troubles de la santé	13
8) Maladies infectieuses	15
9) Santé mentale	16
10) Suicide	16
Gouverner et payer pour les soins de santé au Nunavut	18
1) Histoire récente des soins de santé	18
2) Transition du GTNO au GN	19
3) Le coût des soins de santé	19
4) Le prix des soins de santé : Le rôle du fédéral examiné de plus près	20
5) Services de santé non assurés	21
6) MAINC : L'accord de contribution sur les services hospitaliers et des médecins	22
7) Ressources humaines	22
Parachèvement du système : les organismes inuits et communautaires	26
1) Financement représentationnel inuit	26
2) Programmes fédéraux propres aux enjeux et propres aux autochtones	28
3) Organismes communautaires	29
La méthodologie des soins de santé au Nunavut	30
1) Soins de santé primaires	30
2) Promotion de la santé et prévention de la maladie.	31
3) Stratégie en santé publique	31
4) Coopération et participation publique	32
5) Soutenir la participation et l'appui des Inuits dans le secteur de la santé et du bien-être	33
Conclusion	36
Recommandations	37
Bibliographie	38

07

08

Rapport annuel
sur l'état de la culture et de la société inuites

Le résident d'Iqaluit Bobby Ma a participé aux jeux de la Journée du Nunavut, le 9 juillet 2008.



Photo gracieusement offerte par le MAINC – Bureau régional du Nunavut



LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

18 novembre 2008

L'Article 32 de l'Accord sur les revendications territoriales requiert l'établissement du Conseil de développement social du Nunavut. L'Article 32.3.4 exige que « *Le Conseil prépare un rapport annuel sur la situation de la culture et de la société*. inuit dans la région du Nunavut et le présente au leader du gouvernement territorial sur le territoire du Nunavut pour le déposer à l'Assemblée législative, ainsi qu'auprès du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien pour dépôt à la Chambre des Communes ».

En plus de ses obligations en vertu de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut, le Conseil, par l'intermédiaire de Nunavut Tunngavik Inc. se voue à améliorer la vie des Inuits du Nunavut, particulièrement en matière de société et de culture inuites.

Conformément à l'Article 32.3.4, et compte tenu de l'importance que les Inuits accordent aux enjeux sociaux et culturels, nous sommes heureux de présenter ce Rapport annuel sur l'état de la culture et de la société inuites, intitulé Le système de santé au Nunavut. Ce rapport annuel couvre l'exercice 2007-2008.

Sincèrement,
Le Conseil d'administration
Nunavut Tunngavik Incorporated
Conseil du développement social du Nunavut

Paul Kaludjak	président, Nunavut Tunngavik Inc.
James Eetoolook	Premier vice-président, Nunavut Tunngavik Inc.
Raymond Ningeocheak	Vice-président des finances, Nunavut Tunngavik Inc.
Thomasie Alikatuktuk	Président, Association inuite Qikiqtani
George Eckalook	Vice-président, Association inuite de Qikiqtani
Charlie Evalik	Président, Association inuite de Kitikmeot
Raymond Kayasark	Vice-président, Association inuite de Kitikmeot
Jose Kusugak	Président, Association inuite de Kivalliq
Johnny Ningeongan	Association inuite de Kivalliq
Bill Lyall	Membre d'office, Fiducie du Nunavut

07

08

Rapport annuel
sur l'état de la culture et de la société inuites

Kimmirut, Nunavut



Photo par Franco Buscemi

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'article 32 de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut (ARTN) exige que le Conseil du développement social du Nunavut* produise un *Rapport annuel sur l'état de la culture et de la société inuites*. Le rapport 2007/2008 passe en revue l'état de la santé et des soins de santé au Nunavut. Ce rapport couvre trois thèmes interreliés : la condition de la santé des Inuits, le financement et l'administration des soins de santé et le mode d'organisation et de prestation des soins de santé.

Les Inuits émergent d'une période où les priorités en santé et plusieurs aspects des pratiques et prestations des soins de la santé étaient établis par des non-Inuits. Les Inuits souhaitent améliorer le système médical traditionnel au Nunavut. Il n'embauche par des Inuits, n'utilise pas la langue inuite, d'emploie par des Inuits à un niveau représentatif et ne reconnaît pas adéquatement le savoir-faire des guérisseurs et pratiques de guérison inuits. Les services et programmes de santé mal adaptés et chroniquement sous-financés émanant du Sud du Canada et offerts principalement en anglais ne sont plus acceptables.

Par rapport au système médical, les Inuits doivent travailler de façon plus concertée et en faisant preuve de plus de collaboration avec le gouvernement du Nunavut (GN) et le gouvernement du Canada pour améliorer l'efficacité et l'efficacé du système, d'une façon plus conforme à la culture et à la société inuites. Cela suppose l'acceptation, l'intégration et le respect des méthodes de traitement traditionnelles ainsi que l'augmentation du niveau d'embauche d'Inuits dans le système de santé.

Les Inuits du Nunavut sont à la remorque des Canadiens dans plusieurs secteurs de la santé. Les facteurs déterminants en matière de santé, dont le niveau de scolarisation, l'habitation et le niveau de revenu, témoignent d'écart alarmants. Malheureusement, le GN n'a pas, actuellement, la capacité et les ressources requises pour entreprendre une démarche affirmée d'amélioration des résultats en matière de santé et il peine à s'acquitter de ses fonctions de base liées à la prestation des soins de santé.

Malgré ces embûches, il y a de l'espoir. Les gouvernements territorial et fédéral commencent à collaborer davantage avec les Inuits. Plusieurs contributions au système de santé géré par le GN, particulièrement dans le secteur de la santé communautaire, sont apportées par des organismes non gouvernementaux et des organismes inuits qui aident les Inuits à mener une vie plus saine et plus satisfaisante.

* Nunavut Tunngavik Inc., l'organisme inuit mandaté pour veiller à la mise en œuvre de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut, s'acquitte des responsabilités du Conseil de développement social du Nunavut.

Neuf années se sont écoulées depuis la fondation du Nunavut à la suite de la mise en œuvre de l'article 4 de l'ARTN. Comme territoire, le Nunavut n'est pas propriétaire de ses ressources naturelles et, compte tenu de son économie qui est la moins développée de tous les territoires et provinces au Canada, le Nunavut n'a pas d'autre source importante de revenus que les paiements de transfert fédéraux. Néanmoins, le Nunavut est confronté à la même croissance des coûts des soins de santé que toute autre province, ainsi qu'à d'importants coûts supplémentaires qui sont propres au Nunavut.

L'hôpital régional Qikiqtani à Iqaluit.



Photo par Franco Buscemi

La plupart des Canadiens du Sud tiennent pour acquis que les soins de santé équivalent à avoir accès à un médecin de famille et à un hôpital localement. La plupart des Inuits n'ont pas de médecin de famille et le Nunavut ne compte qu'un seul hôpital fonctionnel. Dans la plupart des cas, la prestation de soins de santé ne se fait pas au Nunavut mais en Ontario, au Manitoba, en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest. Pour mettre cette réalité en contexte, imaginez que vous vivez à Peterborough, en Ontario, mais que pour avoir accès aux services d'un médecin ou d'un hôpital, vous deviez vous rendre au Mexique.

C'est la situation à laquelle font face les Inuits lorsqu'ils doivent faire appel au système de santé. Pour commencer à résoudre ces problèmes, tous les intervenants du Nunavut doivent travailler ensemble et faire preuve d'une créativité et d'une efficacité exceptionnelles pour la prestation de programmes et services liés à la santé. Toutes les agences qui s'intéressent à la santé des Inuits ont un rôle à jouer et doivent le respecter.

La conclusion de ce rapport énonce quatre recommandations fondamentales :

1. Appuyer l'approche des soins de santé primaires (SSP). Les gouvernements (territorial et fédéral) et les Inuits doivent tenir compte de la gestion à long terme des coûts de la santé en poursuivant résolument une approche de soins de santé primaire centrée particulièrement les soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, renforcer la fonction de surveillance en santé publique, donner aux communautés la capacité d'agir, confier les fonctions liées aux soins de santé et à l'établissement des priorités aux communautés, ainsi que coordonner et intégrer les programmes et politiques qui sont actuellement fractionnés. Cela comprend la réorientation du système biomédical afin de permettre une focalisation sur le rapatriement des services hospitaliers et des médecins du Sud vers le Nunavut.
2. Les gouvernements territorial et fédéral doivent communiquer avec les Inuits et susciter leur participation à la création et à la prestation des soins de santé. Il s'agit là de l'exigence principale de l'article 32 de l'ARTN. Les Inuits ne sont pas uniquement des intervenants. La participation des Inuits à la création et à la méthode de prestation des soins de santé est une obligation juridique; elles sont également le fondement d'une approche avisée des soins de santé primaires.
3. Respecter les Inuits et les organismes communautaires dans le système et leur fournir un financement de base. On doit privilégier une collaboration productive entre les Inuits, le gouvernement et les agences non gouvernementales. Les organismes communautaires, qui ont un intérêt certain dans le bien-être de la collectivité, particulièrement les organismes inuits et les autres organismes communautaires sans but lucratif, doivent être dotés d'un financement adéquat et stable (pluriannuel).
4. Investir dans les ressources humaines. Les Inuits souhaitent avoir un système de santé qui respecte ses travailleurs et offre de la formation aux Inuits, dans le respect de l'article 23 de l'ARTN. Le gouvernement doit également s'attaquer aux problèmes de recrutement et de rétention du personnel, particulièrement les infirmières, en leur offrant une rémunération concurrentielle et des offres de formation et en améliorant les conditions de travail. Le gouvernement doit également engager 10 conseillers en santé communautaire.

Celestino Erkidjuk (à gauche), aîné d'Iqaluit et Mary Munick, employée de l'hôpital.



Photo par Franco Buscemi

INTRODUCTION

La santé est un sujet très vaste et ce rapport ne prétend pas passer en revue tous les aspects de la santé des Inuits ou tous les aspects du système de santé du Nunavut. Il focalise plutôt sur l'état actuel de la santé des Inuits, le fonctionnement et le financement du système de santé biomédical, et les méthodologies de soins. Dans ce rapport, on traitera d'enjeux particuliers tels que le coût des soins de santé, les infirmières, la santé publique, le bien-être de la collectivité et l'importance de la collaboration et de la mise à contributions des Inuits et des connaissances inuites.

Démographie du Nunavut

La population du Nunavut est de 29 325 personnes.¹ Quatre-vingt-cinq pour cent de la population sont des Inuits qui vivent dans 25 communautés d'une population moyenne de 1 179 personnes, réparties sur trois fuseaux horaires. La densité de la population du Nunavut est de 0,1 personne par kilomètre carré, comparativement à 3,5 pour l'ensemble du Canada. Soixante-quatre pour cent de la population inuite parlent la langue inuite à la maison.

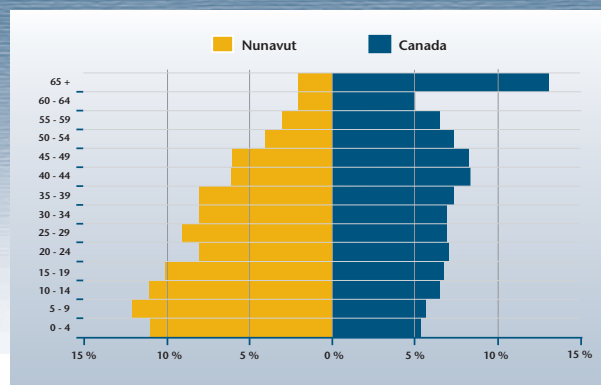
La population du Nunavut est jeune et croissante, l'âge médian étant de 20 ans, comparativement à 40 ans pour l'ensemble de la population canadienne. La population actuelle a presque doublé depuis 1981 (population : 15 600). La Figure 1 illustre la répartition des groupes d'âge, démontrant que la population du Nunavut est beaucoup plus jeune que les moyennes d'âge canadiennes.

Contrairement à la plupart des autres régions du Canada, qui sont confrontées à une réduction graduelle de la population des petites communautés rurales et des communautés éloignées, un examen des tendances démographiques sur une période de 20 ans indique que la plupart des communautés régionales, moyennes et petites, du Nunavut continuent de s'accroître.

La géographie des soins de santé

Les distances entre les communautés et les hôpitaux recours, dans le système de santé du Nunavut, sont les plus importantes au Canada, peut-être même dans le monde. Aucune autre province et aucun autre territoire ne doit compter sur autant d'hôpitaux extraprovinciaux, dans autant de provinces, que le Nunavut. Ceci ne relève pas d'un concept. Le Nunavut a hérité du réseau de santé le plus étendu géographiquement, du Nord au Sud, au Canada; malheureusement, le financement requis pour composer avec cette réalité et plusieurs autres, depuis la fondation du Nunavut, a été totalement inadéquat. Il est donc inéquitable de critiquer le GN pour les problèmes dont il a

Figure 1 Répartition de la population du Nunavut et du Canada



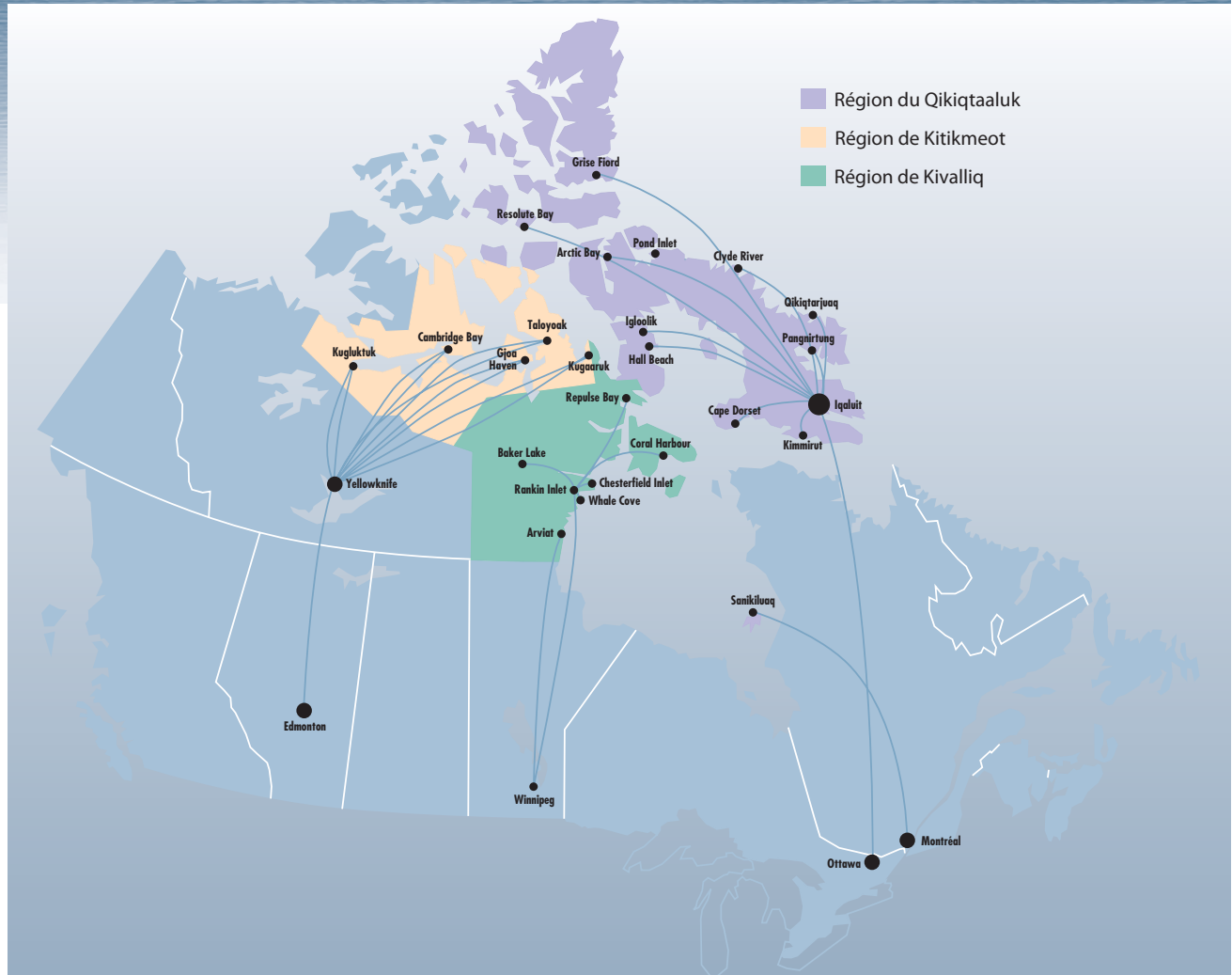
Source: Bureau de statistique du Nunavut, 2005. Statistics Canada, 2006.

Matthew Etooangat (à gauche) et Brian Veevee, résidents de Pangnirtung.



Photo par Billy Etooangat

Mouvement des patients référés par région du Nunavut, vers le Sud du Canada



Nunavut Tunngavik Inc.

hérité. En fait, une grande partie de ce qui est habituellement considéré comme un service de santé n'est accessible qu'à l'extérieur du territoire ou ne repose que sur des professionnels de l'extérieur qui viennent par avion sur le territoire. C'est pourquoi il est quelque peu inapproprié d'utiliser le nom de soins de santé du Nunavut. Aucune autre activité du gouvernement du Nunavut, que l'on pense à l'éducation ou à l'habitation, n'est tenue de payer pour la prestation d'une grande partie de ses services à l'extérieur du territoire.

Le système de santé du Nunavut s'est jusqu'à maintenant voué à la pratique de faire voyager patients et médecins sur de longues distances, depuis le début de la participation importante du gouvernement aux affaires des Inuits, il y a 60 ans. Une épidémie de

tuberculose, dans les années 1950, a contribué à l'établissement d'une dynamique d'évacuation médicale des Inuits vers les hôpitaux du Québec, de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta, dynamique de dépendance qui persiste encore aujourd'hui. Les principaux mouvements des travailleurs de la santé et des bénéficiaires au Nunavut ne se font pas d'Est en Ouest sur l'ensemble du territoire, et ne sont certainement pas centrés localement, mais plutôt captifs de trois canaux Nord-Sud : entre Qikiqtaaluk et Ottawa (auparavant Montréal), Kivalliq et Winnipeg, ainsi que Kitikmeot et Yellowknife et Edmonton. Les répercussions sur les coûts sont renversantes : plus de la moitié des subventions de 100 millions \$ destinées aux services de santé non assurés du Nunavut, entre 1996 et 2006, ont été consacrées aux frais

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

de transport. Force est d'y voir davantage une subvention à l'industrie aérienne qu'au système de santé.

Les soins de santé dans la société inuite

Les Inuits ont des traditions médicales et de guérison pour composer avec divers problèmes de santé, et une vaste base de connaissances pour préserver la santé et le bien-être des communautés inuites. Bien que le savoir médical cité par les aînés est vaste,² « Le savoir médical se rapporte à bien d'autres aspects que les seules techniques de guérison. Il se rapporte également...au corps, vue dans sa relation avec l'environnement social... En fait, la santé est moins vue comme un personnel, comme c'est le cas dans les sociétés occidentales...parce que chaque personne est en lien avec un plus vaste environnement physique, animal et social. »³

Compte tenu de cette tradition en matière de soins santé chez les Inuits, ces derniers souhaitent incorporer les pratiques traditionnelles et la sagesse des aînés à la plupart des aspects des soins de santé d'aujourd'hui, particulièrement en matière de conditions très personnelles telles que la naissance et la santé mentale.⁴ L'approche inuite de la guérison reflète une approche holistique de la santé et une préoccupation pour l'équilibre entre les approches négatives et positives de la santé (maladie vs bien-être). « Les Inuits s'intéressent à la recherche sur...les concepts de bien-être et d'indicateurs de bien-être. »⁵ Ainsi, il est impératif que le système de santé du Nunavut et ses résultats chez les Inuits soient interprétés à travers un œil inuit pour garantir le développement de priorités pertinentes et utiles.

L'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut

Le Nunavut revêt un caractère unique parmi les provinces et territoires canadiens. Il a été établi pour respecter une obligation prescrite par l'ARTN⁶ et 85 pour cent de sa population sont des bénéficiaires de l'ARTN.

L'ARTN a fait l'objet de négociations menées sur une période de 20 ans afin de faire valoir les droits et aspirations des Inuits et de freiner la fragmentation de la société inuite ainsi que son état de dépendance qui a résulté de l'introduction de maladies européennes, des missionnaires et des commerçants, ainsi que de la mise en œuvre ratée et souvent tragique de politiques du gouvernement canadien, dont la relocalisation, l'éducation en résidence et le peuplement forcé. Les Inuits ont accepté l'instauration d'un gouvernement public pour le territoire du Nunavut dans la mesure où les valeurs sociétales et culturelles seraient au centre de toutes ses actions. L'article 32 est une des dispositions de l'ARTN qui étaient destinées à accomplir ce dessein.

L'article 32 exige que le gouvernement du Canada et le GN « donnent aux Inuits la possibilité de participer à l'élaboration des politiques sociales et culturelles ainsi qu'à la conception des programmes et services sociaux et culturels, y compris de leurs mécanismes d'exécution, dans la région du Nunavut; et s'efforcent de tenir compte des buts et objectifs visés par les Inuits lorsqu'ils mettent en place de telles politiques, programmes et services sociaux et culturels dans la région du Nunavut. »⁷ Aucun autre gouvernement, au Canada, n'est tenu par la loi de consulter* la majorité de sa population autochtone sur ces faits et gestes.

L'article 23 de l'ARTN est une autre disposition clé qui exige d'accroître à un niveau représentatif le nombre d'Inuits qui occupent un emploi au gouvernement dans la région du Nunavut, à tous les niveaux et dans tous les groupes professionnels. Les Inuits ont compris que le pouvoir au gouvernement repose autant sur la bureaucratie que sur la législature. Conséquemment, bien que la plupart des professionnels de la santé et autres employés du ministère de la Santé et des Services sociaux du GN soient non-Inuits, le GN est tenu de veiller à ce que ces postes soient comblés à un niveau représentatif par des Inuits.⁸

Alors que les Inuits travaillent à créer un système de santé qui reflète la société inuite, des outils tels que l'ARTN, la structure du gouvernement public et la force ainsi que le potentiel de toutes les communautés et de tous les organismes inuits doivent être compris et utilisés. Le potentiel du système de santé du Nunavut sera ultimement guidé par l'ingénuité des personnes qui le gouvernement et le gèrent, et par la volonté de tous les intervenants de fusionner le savoir inuit avec les systèmes de santé du Sud.

Miriam Aglukkaq (à gauche) et Winnie Owingayuk ont participé à une conférence d'aînés à Iqaluit.



Photo par Maggie Qappik

* La participation est un niveau plus élevé d'implication que la consultation. Voir la présentation au Groupe de travail sur le contrat de mise en œuvre du Nunavut par Doug Wallace, directeur du Contentieux et de la Loi constitutionnelle, ministère de la Justice, gouvernement du Nunavut, Iqaluit (Fév., 2002).

L'ÉTAT DE LA SANTÉ DES INUITS

Au cours des 50 dernières années, les conditions de vie des Inuits ont subi de changements plus rapides que celles de toute autre population au Canada. En 2001, Statistique Canada notait que « L'adaptation à ces nouvelles conditions n'a pas toujours été couronnée de succès. Des indicateurs montrent un niveau de chômage plus élevé, des revenus inférieurs, une santé plus faible et un plus grand nombre de problèmes sociaux » chez les Inuits que chez les Canadiens du Sud.⁹ Les résultats du Sondage sur les conditions de vie dans l'Arctique (SLiCA) publié l'année dernière présentaient, toutefois, une image moins triste que celle qu'appréhendait Statistique Canada. Le sondage SLiCA a découvert que « Les liens familiaux, le soutien social solidaire et les activités traditionnelles » sont encore très importants pour les Inuits et que le bien-être n'est pas uniquement relié à l'emploi salarié, mais également à la disponibilité de la nourriture du terroir et au sentiment d'implication et de contrôle sur les questions politiques.¹⁰ Le sondage SLiCA rapportait également que « Malgré des efforts historiques des gouvernements nationaux pour assimiler les autochtones et les inciter à abandonner leurs traditions ancestrales pour adopter le travail salarié, neuf Inuits sur 10 continuent de penser que les activités traditionnelles sont importantes pour leur identité »¹¹ Un Inuit sur deux jugeait sa santé « Très bonne ».¹²

Pour les Inuits, la bonne santé est beaucoup plus que l'absence de la maladie. Les facteurs déterminants de bonne santé, chez les Inuits, revêtent plusieurs dimensions et mettent en cause des interactions complexes entre les facteurs conventionnels, tels que la biologie, le revenu, l'habitation, l'éducation, l'environnement et d'autres facteurs propres aux Inuits qui ne sont pas actuellement pris en compte adéquatement, dont l'autodétermination, la culture et la proximité intergénérationnelle. Bien que les facteurs déterminants de la santé soient significativement différents chez les Inuits et chez les autres Canadiens, les facteurs généraux déterminants de la santé traités dans cette section demeurent précieux pour évaluer la situation actuelle par rapport au reste du Canada.

1) Habitation et infrastructure communautaire

Statistique Canada déclarait que « Les Inuits vivent dans les conditions de promiscuité les plus importantes au Canada »¹³ Près de quatre Inuits sur 10, au Nunavut, vivent dans une promiscuité intense, 13 fois plus élevée que dans le cas des autres Canadiens. Les habitations inuites sont près de quatre fois plus susceptibles d'exiger des réparations importantes. L'habitation inadéquate et en promiscuité intense peut être reliée au taux élevé de violence¹⁴ et de maladies respiratoires dans les communautés inuites. Les taux de tuberculose chez les Inuits du Nunavut sont 70 fois supérieurs à ceux de la moyenne canadienne.¹⁵ Des recherches récentes ont démontré

que « les nourrissons inuits ont le taux déclaré le plus élevé d'admission à l'hôpital à cause des infections des voies respiratoires inférieures au monde. » Ce taux est attribué en partie à la promiscuité et à la mauvaise aération des habitations.¹⁶

2) Éducation et facteurs économiques

Un bon rapport salaire-emploi, la stabilité économique et un environnement de travail sain sont associés à une bonne santé. Il est donc significatif que dans le cas des personnes âgées de 20 à 54 ans au Nunavut, le recensement de 2006 rapportait un taux de chômage de 20,8 pour cent et un taux de chômage, chez les non-autochtones, de 3,9 pour cent.¹⁷

Le revenu est un facteur déterminant important de la santé; toutefois, à ce jour, aucune étude sur la santé n'a fait état de l'écart entre ethnies le plus important qui soit, soit celui de la richesse et de la pauvreté, dans une même juridiction au Canada. L'écart le plus important entre deux groupes ethniques d'une province ou d'un territoire est celui qui distingue les Inuits et les non-Inuits au Nunavut, où les données de Statistique Canada de 2001 révèlent que le revenu moyen des Inuits était de 13 090 \$ alors que le revenu moyen des non-Inuits était de 50 128 \$, un écart de 37 038 \$.¹⁹

Celestino Erkidjuk, aîné d'Iqaluit.



Photo par Franco Buscemi

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

Pour qu'une éducation formelle soit valable, elle doit être sensée et pertinente pour les étudiants et les parents. Elle doit permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances et aptitudes de base nécessaires pour vivre en société, leur permettre de participer à leur communauté et augmenter leurs possibilités d'emploi. Avec un taux de diplomation de 25 pour cent, le système d'éducation institutionnelle du Nunavut compte parmi les plus inefficaces au Canada.²⁰ Le taux moyen de diplomation des autochtones au Canada est de 54 pour cent et, comme le notait Thomas Berger, « Seulement 25 % des enfants inuits obtiennent un diplôme d'études secondaires, et il est clair que ces diplômés ne suivent pas tous des études postsecondaires. »²¹ En 2006, 30 pour cent des Inuits du territoire (âgés de 25 à 64 ans) avaient terminé une formation postsecondaire, d'une façon ou d'une autre. Quelque 10 pour cent d'entre eux avaient terminé un programme de métiers, 18 pour cent avaient obtenu un diplôme collégial, alors que trois pour cent avaient terminé un cours universitaire.

Selon Berger : « À mon avis, l'échec du système scolaire est principalement attribuable au fait que le système d'éducation n'a pas été conçu pour des personnes parlant la langue inuktitut. Il s'agit d'un système qui n'a de bilingue que le nom, et qui produit de jeunes adultes qui, dans une grande proportion, ne peuvent fonctionner

adéquatement ni en anglais (parce qu'ils n'acquièrent jamais une solide maîtrise du contenu du programme de langue anglaise) ni en langue inuktitut (parce qu'ils n'apprennent qu'une version rudimentaire de leur première langue avant de passer à l'apprentissage de la langue anglaise). On a constaté certaines améliorations dans le taux de réussite scolaire des Inuits au cours des dernières années. Il n'y a toutefois aucune courbe constante d'amélioration. En fait, il y a un danger de rechute, un danger que la langue inuktitut continue de perdre du terrain et que le sentiment de perte s'intensifie au Nunavut. »²²

3) Sécurité alimentaire

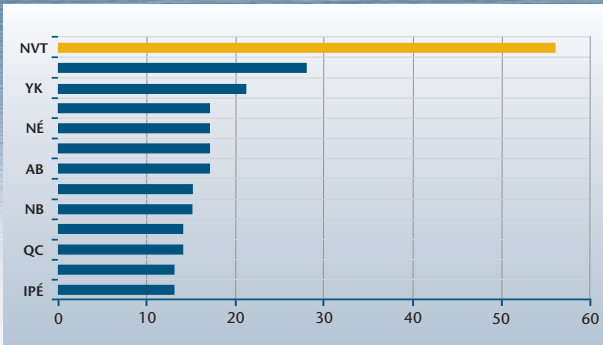
Bien que la nourriture traditionnelle inuite, dont le caribou, le phoque, la baleine, le char, l'oie et le ptarmigan, constitue une partie importante de l'alimentation, le coût élevé de l'équipement de chasse et les changements propres à l'économie du Nord ont contribué à limiter la disponibilité de la nourriture traditionnelle comparativement au passé. Le coût élevé des aliments achetés en magasin et leur faible disponibilité constituent un problème important dans le Nord, alors

Un patient inuit subit un examen pendant que sa famille attend.



Photo gracieusement offerte par la collection/bibliothèque de Santé Canada et les Archives nationales du Canada

Figure 2 Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant l'insécurité alimentaire.



Source: Statistique Canada, 2005. Rapports sur la santé – Insécurité alimentaire Vol. 16 No. 3.

que quelque 49 pour cent des foyers du Nunavut déclarent avoir eu, souvent ou à l'occasion, une quantité insuffisante de nourriture au cours de l'année précédente. La moyenne canadienne, en comparaison, est de sept pour cent.²³ Statistique Canada révèle que l'insécurité alimentaire au Nunavut est de loin la plus importante au Canada, son taux atteignant près du quadruple de celui de l'ensemble du Canada (Figure 2).²⁴

De plus en plus, les Inuits consomment des aliments associés aux habitudes alimentaires du Sud, alors que les effets pervers de cette alimentation, qui est responsable des taux élevés de diabète et d'obésité dans le Sud, ne font que commencer à se manifester au Nunavut. Les traces de gras trans, habituellement associé à la malbouffe, sont maintenant deux fois plus élevés chez les Inuits comparativement aux Canadiens du Sud.²⁵

Le plus important appui à la consommation, par les Inuits, d'aliments achetés en magasin est le Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, mis sur pied par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC). Quelque 60 pour cent des dépenses du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste sont faites auprès des épicerie de la région du Nunavut pour leur rembourser une partie des coûts de fret aérien lié à l'acheminement de produits nutritifs sur le territoire. À titre d'exemple, le coût hebdomadaire d'un panier de produits alimentaires pour une famille de quatre personnes à Cambridge Bay est de 317 \$. Sans les subventions du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, pour réduire le coût des aliments, un Inuit sans travail devrait dépenser « Bien au-delà de 100 % » de ses prestations d'assurance sociale pour régler le seul coût des aliments, « ce qui ne laisse aucune marge de manœuvre pour les autres nécessités de la vie et confronte la population à la faim. »²⁶

Disponibilité, acquisition et consommation de la nourriture du terroir

La nourriture du terroir joue un rôle positif pour la culture et la santé des Inuits : l'alimentation traditionnelle inuite fournit d'importants nutriments reconnus pour protéger contre les infections respiratoires et les maladies cardiaques, et qui peuvent également atténuer les facteurs de risque associés au diabète. »²⁷ La nourriture du terroir a « Une portée fondamentale dans la vie des Inuits, de leurs foyers et des communautés, revêtant une importance nutritionnelle, physique, culturelle, spirituelle et économique. »²⁸ Les taux de consommation de nourriture du terroir varient considérablement; les études du Qik-iqtani Inuit²⁹ démontrent que les hommes inuits (âgés de 13 à 60 ans) consomment une plus grande quantité de nourriture du que les femmes inuites, bien que les jeunes filles inuites consomment plus de nourriture du terroir que les garçons inuits, et que les femmes inuites de plus de 60 ans consomment légèrement plus de nourriture du terroir que les hommes de ce groupe d'âges.

4) Espérance de vie

Les rapports annuels sur des indicateurs comparables de l'état de santé continuent de fournir un portrait d'ensemble troublant de la situation au Nunavut. Un des indicateurs clés de l'état de la santé est l'espérance de vie, qui permet d'avoir une image de l'état de santé global de la population ainsi que de la qualité des soins de santé qui lui sont offerts en cas de maladie. Une population en santé qui a accès à des soins de santé de qualité aura une espérance de vie probablement plus longue. Au Nunavut, l'espérance de vie des Nunavummiut à la naissance est inférieure de 11 ans à celle des autres Canadiens. Les Canadiens peuvent prévoir, en moyenne, vivre

Le Nunavut a le taux de grossesses le plus élevé au Canada.



Photo par Franco Buscemi

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

79,5 ans, alors que cette espérance de vie est de 64 à 67 ans chez les Inuits. Les Inuits ont l'espérance de vie la plus basse parmi les groupes autochtones.³⁰ En 2001, l'espérance de vie, au Nunavut, était équivalente à celle qui prévalait au Canada en 1946.³¹

5) Mortalité infantile et poids à la naissance

Le Nunavut affiche le taux de grossesses le plus élevé au pays, près du double de la moyenne canadienne et, en 2000, le taux de grossesses juvéniles y était de 161,3 par 1 000 naissances, comparativement à la moyenne nationale de 38,2, ou quatre fois la moyenne canadienne.³²

La mortalité infantile est depuis longtemps reconnue comme une mesure la santé infantile. En 2001, le taux de mortalité infantile au Nunavut était de 15,6 par 1 000 naissances vivantes, soit trois fois plus élevé qu'au Canada. Toutefois, le taux de décès infantiles au Nunavut connaît un déclin constant depuis 1991, première année où il fut pris en compte. On présume que ce déclin reflète l'augmentation des soins en bas âge et prénataux d'obstétrique pendant le travail et l'accouchement, ainsi que des soins postnataux et l'éducation des mères. Toutefois, le taux de naissances prématurées est 18 pour cent demeure presque trois fois supérieur à la moyenne nationale.³³

Les naissances prématurées représentent environ 75 à 85 % de tous les décès périnataux au Canada. Le statut économique précaire est un autre facteur associé aux taux élevés de mortalité infantile.

Associé au contexte économique, le faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes, mais plus de 500 grammes) est un indicateur de l'état général de santé des nouveau-nés et un facteur déterminant clé de la mortalité et de la morbidité infantiles. Les nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance sont plus susceptibles de décéder au cours de la première année de vie. Le risque qu'ils souffrent de certaines invalidités, comme la déficience mentale, les problèmes visuels et respiratoires ainsi que les difficultés d'apprentissage, est également plus élevé.

Le faible poids à la naissance est associé à des facteurs sociaux, dont l'exposition à la fumée secondaire. En 2001, neuf pour cent des nouveau-nés au Nunavut avaient un faible poids à la naissance, soit un taux trois fois supérieur à la moyenne nationale.

Pour les parents inuits, on déplore l'absence générale de programmes de parentage appropriés culturellement. Une documentation photocopiee d'autres juridictions constitue habituellement le seul matériel offert aux familles, la production d'une documentation proprement inuite créée localement n'étant pas à la portée des ressources de la plupart des centres. Il n'existe aucun programme de parentage culturellement approprié offert dans l'ensemble du territoire.

Les problèmes de santé relatifs aux femmes enceintes sont liés à l'alimentation, au tabagisme et aux toxicomanies, à la violence physique aux traumatismes, ainsi qu'aux problèmes affectifs et familiaux.³⁴ Bien que le pourcentage exact d'enfants et d'adultes atteints de l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) n'est pas connue, l'ETCAF est un problème de santé et social croissant.³⁵

Plus troublant encore, parce qu'il reflète un malaise profond qui affecte la société du Nunavut, est le fait qu'un des problèmes les plus générateurs de stress affectant les femmes inuites, à tous les âges de fertilité, est celui de la violence et des traumatismes.³⁶

6) Pratiques d'hygiène de vie

Un rapport de la GRC³⁷ de 2001 laisse entendre que 30 pour cent des femmes enceintes du Nunavut consommeraient des quantités importantes d'alcool pendant leur grossesse, et qu'un taux extrêmement élevé de 85 pour cent de leurs enfants présenteraient des symptômes de l'ETCAF.³⁸ De plus, sept femmes inuites enceintes sur 10 fument quotidiennement.³⁹

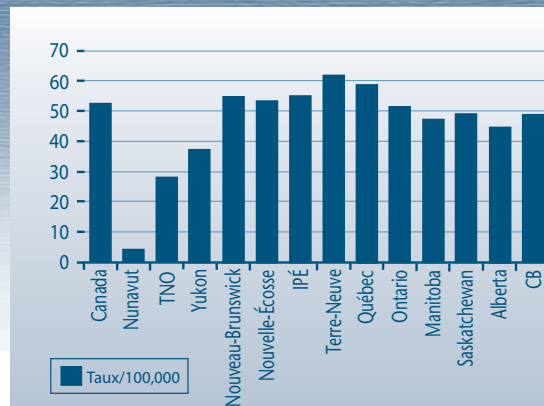
Dans son rapport de 2005 sur la grossesse juvénile, la Pauktuutit Inuit Women's Association affirme que plus de 45 pour cent des répondantes déclarent que la toxicomanie est une des principales raisons pour lesquelles les adolescentes inuites deviennent enceintes.⁴⁰ On rapporte des taux de prise de boisson massive quatre fois supérieures à celui des autres régions du Canada.

Troubles de la santé

Attaques cardiaques et accidents vasculaires cérébraux

En 2001, le taux d'infarctus du myocarde (attaque cardiaque) était de plus 14 fois celui du Canada; l'alimentation traditionnelle inuite peut jouer un rôle dans l'amélioration la santé cardiovasculaire des Inuits. Toutefois, bien que le taux de mortalité liée à cette maladie soit en

Figure 3 Taux de décès causés par une crise cardiaque



Source : Nunavut Report on Comparable Indicators (2004) Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Nunavut.

déclin constant au Canada, la tendance est à la hausse au Nunavut.⁴¹ Par ailleurs, le taux de mortalité par accident vasculaire cérébral au Nunavut est inférieur à celui du reste du Canada.

Les conseils sur l'art de vivre sont un aspect important de la promotion de la santé des adultes, mais les programmes de promotion de la santé et de prévention sont insuffisants dans plusieurs communautés. Une augmentation des activités de promotion est requise pour améliorer la santé des adultes et ceci requiert plus de personnel.⁴²

Cancer

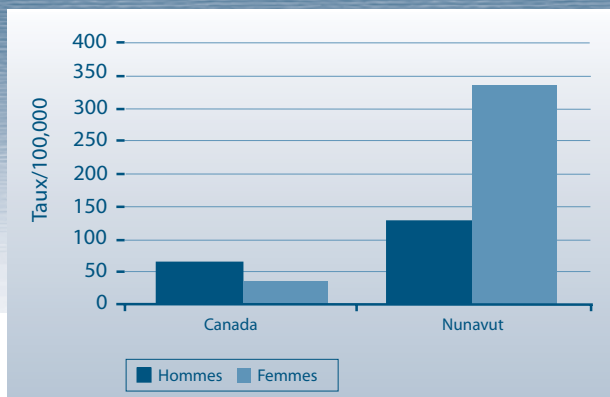
L'incidence du cancer de l'œsophage est moins élevée chez les Inuits qu'elle ne l'est chez les Canadiens à l'échelle nationale, sauf pour certains types : « Le cancer du nasopharynx, de la glande salivaire et de l'œsophage », parfois appelé « cancer des Inuits ».⁴³ Au Nunavut, le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes est beaucoup plus élevé que chez les hommes et près de 10 fois plus élevé que chez les femmes à l'échelle nationale.

Les taux de mortalité par cancer du poumon au Canada augmentent sans cesse depuis 1996 et semblent être en croissance au Nunavut. Le principal facteur de risque de développer un cancer du poumon, ainsi que d'autres maladies pulmonaires et cardiaques, et d'effets dommageables sur le fœtus, est le tabagisme.

Les taux de tabagismes sont près du double de ceux qui se rapportent au reste de la population canadienne, soit 77,9 pour cent comparativement à 32,4 pour cent. La consommation de marijuana atteint des proportions endémiques dans tous les groupes d'âge au Nunavut.⁴⁴

On évalue à 65 pour cent de la population les Nunavummiut qui fument quotidiennement, soit un taux plus élevé que partout ailleurs au Canada.

Figure 4 Mortalité par cancer du poumon



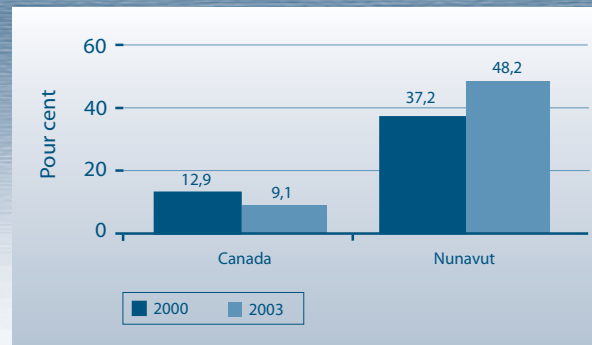
Source : Nunavut Report on Comparable Indicators (2004) Ministère de la Santé et des Services sociaux, GN.

Le taux de mortalité par cancer du sein semble plus bas au Nunavut que dans toute province ou tout autre territoire au Canada.⁴⁵

La mammographie est offerte à Iqaluit, mais uniquement aux femmes ayant un état pathologique, et elle n'est pas actuellement utilisée dans le cadre d'un programme général de dépistage à cause du manque de personnel. La chimiothérapie est offerte à Rankin Inlet, mais, au moment de la rédaction de ce rapport, non à Iqaluit.

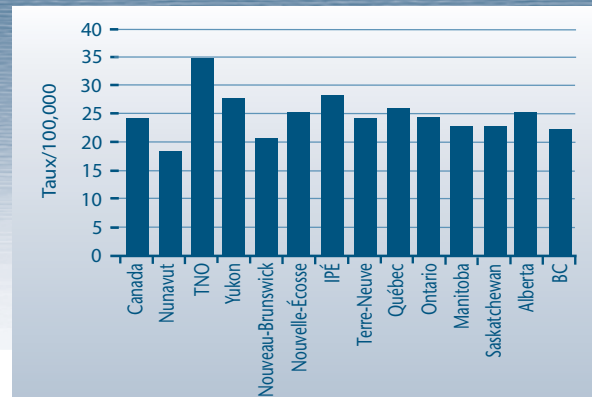
Plusieurs communautés sont dotées de cliniques pour femmes qui affichent un bon taux de fréquentation, mais ce ne sont pas toutes les femmes qui subissent le test de Papanicolaou à intervalle régulier.⁴⁶

Figure 5 Pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans qui fument quotidiennement



Source : Nunavut Report on Comparable Indicators (2004) Ministère de la Santé et des Services sociaux, GN.

Figure 6a Mortalité par cancer du sein



Source : Nunavut Report on Comparable Indicators (2004) Ministère de la Santé et des Services sociaux, GN.

Diabète et obésité

L'incidence du diabète au Nunavut a été relativement stable, affichant une moyenne de 41 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. En 2001/02, on évaluait à 1,72 pour cent de la population du Nunavut le nombre de cas de diabète de type 2 (4,5 pour cent des non-Inuits et 0,9 pour cent des Inuits).⁴⁷ Alors que 83 pour cent des Canadiens souffrant de diabète sont âgés de 60 ans et plus, au Nunavut, 49 pour cent de la population est âgée de moins de 60 ans⁴⁸ comparativement à 4,8 pour cent nationalement. « Toutefois, la prévalence relativement faible du diabète, comparativement à celle d'autres groupes autochtones, offre une occasion de prévention d'une endémie chez les Inuits canadiens. »⁴⁹

Les personnes souffrant de surpoids, d'obésité et qui sont inactives physiquement sont plus susceptibles de développer le diabète. Concomitamment à l'émergence au Canada d'une situation épidémique de diabète au cours de la dernière moitié du 20^e siècle, on a constaté une augmentation de la prévalence de l'obésité.⁵⁰

En 2003, plus de 28 pour cent des Nunavummiut souffraient de surpoids et 20 pour cent étaient obèses. Près de 60 pour cent des résidents du Nunavut étaient physiquement inactifs. Les taux les plus faibles d'activité physique visaient les personnes âgées de 45 ans et plus. Le tabagisme est considéré comme un facteur de risque de complications de l'état diabétique.⁵¹

8) Maladies infectieuses

Depuis le premier contact avec les Européens, la santé des Inuits a été ravagée par les maladies infectieuses : varicelle, typhoïde, influenza furent les premiers fléaux. Au 20^e siècle, ce fut la tuberculose, les oreillons et la polio.⁵²

Les maladies infectieuses qui préoccupent principalement les Inuits d'aujourd'hui sont les infections respiratoires. Les épidémies d'influenza et de pneumonie sont moins sévères, mais affectent égale-

ment les adultes du Nunavut.⁵³ D'autres maladies contagieuses comme la méningite et la gastroentérite sont également une source de préoccupation.

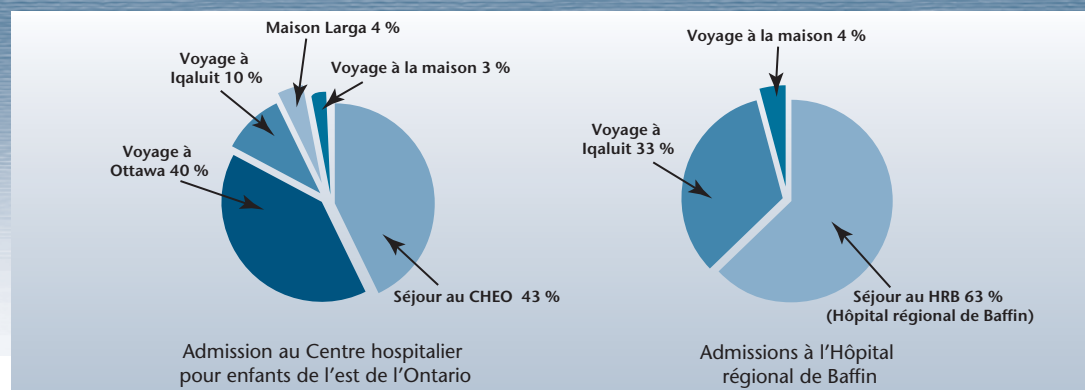
En 2007, on a assisté au Nunavut à une épidémie de bactéries résistantes aux antibiotiques (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline ou met-r) et causant des infections cutanées et des champignons. Cette super bactérie se trouve dans les foyers à grande promiscuité où plusieurs personnes partagent le même lit.⁵⁴ La grande promiscuité est très fréquente au Nunavut, où 1 200 personnes se trouvent sur des listes d'attente de logement social.⁵⁵

Infections respiratoires

Les infections des voies respiratoires sont un problème grave et répandu chez les enfants en bas âge. Au cours d'une période de sondage, près du tiers de tous les enfants de moins de six mois avaient été admis à l'hôpital régional de Baffin (aujourd'hui l'hôpital régional Qikiqtani) pour le traitement d'infections des voies respiratoires inférieures (IVRI), telles la bronchiolite.⁵⁶ En 2000-2004, une étude similaire à Kitikmeot relevait un taux d'hospitalisation deux fois supérieur à celui de Baffin. Soixante pour cent de tous les bébés de moins d'un an, à Kitikmeot, étaient susceptibles d'être hospitalisés pour des IVRI, soit un taux 10 fois supérieur à celui de toute la population canadienne.⁵⁷

Une recherche récente menée dans la région de Qikiqtaaluk⁵⁸ semble indiquer que « le tabagisme au cours de la grossesse a augmenté le risque d'admission (d'enfants en bas âge) pour IVRI de près du quadruple ». La même étude révélait que « l'allaitement est très efficace pour protéger les nourrissons contre les IVRI. » L'occurrence des IVRI était également plus fréquent chez les enfants en bas âge des petites communautés situées à l'extérieur d'Iqaluit et dans les familles vivant en grande promiscuité. L'étude notait : « Il est très remarquable que tous les enfants » qui devaient être placés aux soins intensifs ou transportés par avion vers le Sud provenaient de plus petites commu-

Figure 6b Ventilation des coûts liés au traitement de maladies respiratoires chez les enfants inuits.



Pg 42 du International Journal of Circumpolar Health 64:1, 2005 Creery, David et al, « Costs associated with infant bronchiolitis in the Qikiqtaaluk region of Nunavut », International Journal of Circumpolar Health 64:1 2005.

Une autre étude récente (Figure 6B) compilait les coûts du transport, de l'hospitalisation et de l'hébergement de la famille pour les enfants ayant obtenu un diagnostic de bronchiolite ou de pneumonie virale dans la région de Qikiqtaaluk, admis dans des hôpitaux d'Iqaluit ou d'Ottawa, entre avril 1999 et mars 2002.⁵⁹

Tuberculose

Bien que les taux aient été en décroissance continue au cours des trois dernières années, le taux d'incidence de la tuberculose au Nunavut demeure 70 fois supérieur à la moyenne canadienne. Il est difficile de mettre fin à la propagation de la tuberculose, qui « demeure un problème grave » susceptible de causer « un état pathologique prolongé et grave et même être fatal s'il est non traité. »⁶⁰

Infections transmises sexuellement

Le Nunavut affiche le plus haut taux de chlamydia infection au Canada.⁶¹ En 2000, 17 fois plus de femmes et près de 18 fois plus d'hommes avaient obtenu un diagnostic de chlamydia au Nunavut que dans l'ensemble du Canada.⁶²

Le groupe d'âges de 15 à 24 ans est celui où le risque de contracter la chlamydia est le plus élevé. Au Nunavut, les femmes sont plus de deux fois susceptibles de contracter la chlamydia que les hommes.⁶³ Dans l'ensemble, la chlamydia semble être en progression depuis 1991.

Le Nunavut affiche également les plus hauts taux de gonorrhée au Canada.⁶⁴ Les taux d'infection par la syphilis et l'hépatite virale B ne sont pas connus. Les taux élevés d'infections transmises sexuellement témoignent du besoin d'éducation sexuelle.

9) Santé mentale

À l'atelier sur la Stratégie en santé mentale de Cambridge Bay, tenu en 1999, les Inuits ont défini la santé mentale comme « l'estime de soi et la dignité personnelle découlant de l'harmonie entre le bien-être physique, affectif, mental et spirituel, et l'identité culturelle. »⁶⁵

La médecine traditionnelle tend à évaluer la santé mentale en mesurant le nombre de personnes qui recherchent des traitements pour troubles psychologiques. Cette mesure est moins utile au Nunavut puisque de nombreuses personnes ne sont pas à la recherche de traitements et parce que l'interprétation des symptômes de détresse psychologique peut être conditionnée par la culture.⁶⁶ Une étude récente sur la santé mentale des Inuits émettait l'avertissement que « les mesures de la détresse psychologique n'ont pas été adaptées à la culture inuite. »⁶⁷

La santé mentale n'est pas la seule absence de troubles mentaux, et se définit plutôt par la présence d'un bien-être affectif et cognitif. Cette dernière définition est plus conforme à la compréhension inuite, qui ne fait pas de distinction entre la santé mentale et la santé physique ou le bien-être général.⁶⁸ Une étude sur la prestation des

soins de santé concluait que « tant que les valeurs, approches et perspectives inuites ne seront pas incorporées à la prestation des services de santé et sociaux, il est difficile d'imaginer un système qui améliorera la santé et le bien-être des Inuits et des communautés inuites. »⁶⁹ NTI n'est au courant d'aucun effort du gouvernement territorial d'intégrer l'Inuit Qaujimaqatungit dans la politique de santé mentale du Nunavut ou dans l'établissement des programmes; le GN n'a également pas entièrement mis en œuvre sa Stratégie de santé mentale actuelle.

10) Suicide

Dans le Sud du Canada, 90 pour cent des suicides sont associés à la maladie mentale individuelle, mais au Nunavut, ce rapport de causalité ne s'applique pas. La plupart des suicides inuits ne sont pas associés aux troubles mentaux, selon une recherche menée par les docteurs Samuel Law⁷⁰ et Miles Hutton, qui rapportait que « les problèmes psychologies, au Nunavut, semblent profondément reliés aux changements interpersonnels, socioéconomiques et sociétaux; des services de santé mentale communautaires doivent traiter l'ensemble des enjeux psychosociaux, au-delà du seul modèle médical. »⁷¹

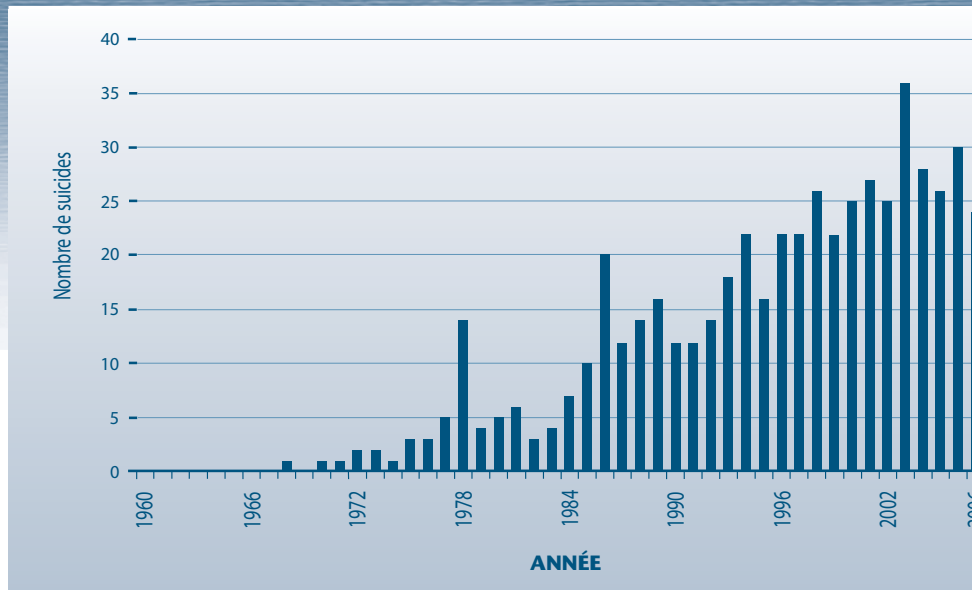
Le taux de suicide très élevé n'est pas le résultat de taux élevés de maladie mentale, selon la définition traditionnelle. Le taux de suicide chez les hommes inuits de 19 à 24 ans est quelque 50 fois supérieur à celui des hommes canadiens de cette fourchette d'âges, mais rien ne démontre que les jeunes hommes inuits du Nunavut souffrent de maladies mentales dans une proportion de 50 fois le taux qu'affichent leurs pairs du Sud.

Les travaux du chercheur Jack Hicks, du Nunavut, laissent entendre que « les facteurs déterminants sociaux », en particulier, les « expériences traumatisantes de l'enfance » et d'autres formes de traumatismes de l'enfance sont la principale raison pour laquelle les jeunes Nunavummiuts envisagent de se suicider.⁷²

Les taux de suicide au Nunavut étaient très bas dans les années 1950 et 1960, à raison d'un seul suicide dans les années 1960.⁷³ C'est dans le Nord de l'Alaska, à la fin des années 1960, que les jeunes Inuits commencèrent à s'enlever la vie. Les taux de suicide chez les jeunes du Groenland au augmenté de façon importante à la fin des années 1970 et au début des années 1980, puis au Nunavut à la fin des années 1980 et 1990. Le docteur Hicks note que cet ordre (d'abord l'Alaska, puis le Groenland, puis le Nunavut) est le même selon lequel les Inuits vivant dans ces régions avaient vécu le processus de « colonisation active au niveau communautaire », dont le déplacement forcé dans des communautés organisées, l'exposition des enfants à un système d'éducation étranger, et la transformation des chasseurs adultes en chômeurs non rémunérés.⁷⁴ Kirmayer décrit ce phénomène comme « de petites sociétés indigènes », d'Inuits, « qui étaient enveloppées et transformées par le pouvoir colonisateur...où le sens de la valeur individuelle et collective [était] miné...et où les gens se sentaient comme des réfugiés dans leur propre territoire. »⁷⁵

De 1999 à 2003, le taux de suicide au Nunavut était 11 fois supérieur à celui du reste du Canada. Quarante-trois pour cent des suicides au

Figure 7 Nombre de suicides d'Inuit au Nunavut de 1960 à 2007.



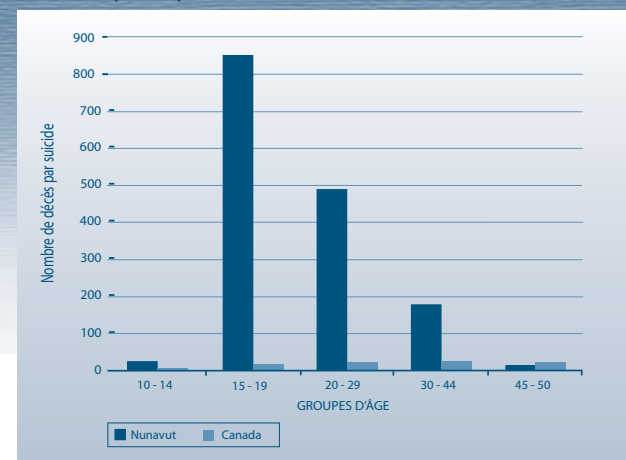
Hicks, J. (prochain, 2009).

Nunavut étaient le fait de jeunes personnes de moins de 20 ans.⁷⁶ Trois quarts des suicides étaient commis par des jeunes de moins de 25 ans.⁷⁷

Malheureusement, au Nunavut, les protocoles de réaction au suicide, en soins infirmiers, créés par le gouvernement territorial en 2001, ne furent pas distribués avant 2007; les protocoles similaires de réaction au suicide pour les écoles, créés en 2003, n'ont pas circulé avant 2007⁷⁸, et ne peuvent être utilisés aujourd'hui.

Devant cette tragédie, les ARI, les groupes inuits et d'autres agences ont développé des programmes sur le terrain, des ateliers sur la résilience et des ressources pour la prévention du suicide; on doit noter les approches développées par le National Inuit Youth Council et son cadre de prévention, l'Inuit Youth Suicide Prevention Framework⁷⁹, ainsi que les ateliers sur la résilience et le bien-être communautaire développés par nos aînés.

Figure 8 Taux de décès par suicide, hommes inuits au Nunavut (1999 à 2003) et tous les hommes au Canada (1999)



Hicks, J. (prochain, 2009).

GOVERNER ET PAYER POUR LES SOINS DE SANTÉ AU NUNAVUT

Le gouvernement fédéral est le principal agent de financement de presque tous les soins de santé au Nunavut. Que les fonds soient destinés au bien-être communautaire à Cambridge Bay ou au nouvel hôpital de Rankin Inlet, la plupart du financement du vaste spectre des soins de santé au Nunavut provient d'Ottawa.

La partie du système de santé relevant du GN est presque entièrement financée par cinq sources fédérales : Formule de financement des territoires, le Transfert canadien en matière de santé,⁸⁰ le programme des services de santé non assurés, et les ententes avec le MAINC. Le GN offre les soins de santé principalement par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux. Aucun autre ministère compte autant de personnel professionnel et technique varié, des hôpitaux aux campagnes contre le tabagisme. Il est sans contredit le plus coûteux : les soins de santé accaparent plus du quart du budget du Nunavut, et leur part augmentera avec le temps, à cause de facteurs indépendants du contrôle du GN.

Les organismes inuits, les hameaux, les organismes non gouvernementaux et les œuvres de bienfaisance participent tous au système de santé en offrant des programmes de santé et de bien-être aux niveaux communautaire et régional, grâce à un financement dont la majorité provient d'Ottawa, habituellement de Santé Canada, mais parfois d'autres agences telles que le MAINC, Patrimoine Canada ou Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC).

Les groupes inuits et les hameaux doivent conclure ensemble de multiples ententes simplement pour exister, ce qui se traduit par la rédaction interminable de propositions et par une comptabilité distincte pour chaque compte de financement; certains groupes doivent également combler le financement en recueillant des fonds auprès de l'ARTN par l'intermédiaire des Associations régionales inuites (ARI) pour pouvoir exister.

Les principales différences entre ces deux niveaux de programmes de santé à financement fédéral sont que les groupes inuits, hameaux et œuvres de bienfaisance sont traités comme des partenaires de troisième niveau, et ne sont habituellement pas considérés par le GN comme des partenaires égaux au moment de l'établissement de la planification stratégique ou des priorités. Comme il est traité comme un égal par Ottawa, le GN croit erronément qu'il a la capacité de signer unilatéralement des ententes pluriannuelles de financement de la santé au nom des Inuits et ne se sent pas tenu d'agir solidairement avec les autres intervenants en santé au Nunavut.

Pour bien comprendre la structure actuelle, il faut passer en revue l'évolution de la prestation gouvernementale des soins de santé au Nunavut.

1) Histoire récente des soins de santé

L'expérience récente des Inuits à l'égard du système médical dérivé du Canada a souvent été douloureuse et culturellement perturbatrice, car le gouvernement fédéral a essayé d'éviter de porter la responsabilité de la santé des Inuits et tenté de faire dériver vers les provinces,⁸¹ les églises ou la Compagnie de la Baie d'Hudson⁸² les coûts des soins de santé des Inuits. À l'origine, la plupart des soins de santé étaient offerts par les églises, Ottawa ayant constaté que cette approche était moins coûteuse et approuvant l'effort de ces dernières à « évangéliser les Inuits... les soins médicaux et les changements culturels étant souvent vus par les soignants eurocanadiens comme étant interreliés. »⁸³

Le précurseur de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) du gouvernement fédéral a officiellement pris la responsabilité de la prestation des services de santé à tous les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest en 1954. De 1954 à 1982, le contrôle des soins de santé aux Inuits demeurait entre les mains d'Ottawa, « dans les mains de la bureaucratie urbaine du Sud... ce qui était inexplicable pour les intérêts communautaires. »⁸⁴ Au cours de cette période, Ottawa établissait une structure à trois avenues pour la circulation des soins de santé des Inuits, du Nord au Sud, structure qui domine la prestation et le coût des

Un médecin offre une aiguille à Gjoa Haven, 1959.



Photo gracieusement offerte par la collection/bibliothèque de Santé Canada et les Archives nationales du Canada



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

soins de santé au Nunavut à ce jour. Les patients et les médecins doivent se déplacer par avion entre Baffin et les hôpitaux d'Ottawa (auparavant de Montréal), entre Kivalliq et les hôpitaux de Winnipeg, et entre Kitikmeot et les hôpitaux de Yellowknife et d'Edmonton. L'ancien ministre de la Santé du Nunavut affirmait que « dans notre budget de santé, un dollar sur huit sert à payer le carburant des avions. »⁸⁵

En décembre 1982, après des pourparlers avec le gouvernement fédéral, Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) (puis Inuit Tapirisat du Canada) et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO), la responsabilité de l'Hôpital général de la baie Frobisher, à Iqaluit, fut transférée au GTNO afin d'être administrée par un conseil de santé local. La responsabilité du reste des services fédéraux de santé, à l'exception des SSNA et de l'entente de services entre le MAINC relatives aux services médicaux et hospitaliers, fut transférée au GTNO le 1^{er} avril 1988.⁸⁶

2) Transition du GTNO au GN

En 1980, le GTNO a établi trois conseils régionaux de la santé et des services sociaux pour offrir des programmes et services de base. Une des responsabilités des conseils était d'offrir aux communautés la possibilité de présenter leur point de vue dans les processus d'établissement des priorités et de prises de décisions.

Avant leur établissement au Nunavut, le rôle des conseils était évalué par le Comité de mise en œuvre du Nunavut (CMON) dans la perspective de leur abolition au moment de la création du Nunavut. À cette époque, Nunavut Tunngavik Inc. (NTI), le GTNO et Ottawa se sont tous opposés à cette idée, en émettant la mise en garde que « ...la proposition d'éliminer les conseils ne tient pas compte du rôle important des conseils pour faciliter la contribution directe des communautés dans la prestation des programmes.⁸⁷ Le GTNO a également soulevé que l'abolition des conseils était contraire à l'esprit des réformes déjà entreprises pour retirer le département de la prestation des programmes afin d'inclure ce champ d'action dans les rôles ministériels. Il n'existait aucun précédent démontrant qu'une bureaucratie centralisée était le mécanisme le plus pertinent pour répondre aux besoins locaux uniques en matière de santé.

Néanmoins, peu après l'établissement du Nunavut, en 1999, le GN a aboli les conseils et transféré leurs responsabilités au ministère de la Santé et des Services sociaux, à Iqaluit. Il en a résulté qu'une grande partie de la coordination des programmes de santé publique fut perdue, les gestionnaires d'expérience et le personnel ayant été dirigés vers de nouveaux postes ou quitté le territoire. Les conséquences, qui ont été graves, sont énoncées dans le rapport Moloughney⁸⁸ sur le système de santé du Nunavut : « Des transitions de cette importance représentent également un risque de perte de la mémoire organisationnelle, sans compter que les processus requièrent un effort plus grand de reconstruction. En faisant la rétrospective du système de santé actuel du Nunavut, c'est...ce résultat qui s'est produit. Une grande partie des forces vives du système qui existait s'est estompée avec le temps.⁸⁹

La perte de la mémoire et de la capacité organisationnelles se poursuit, neuf sous-ministres ayant quitté le ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 1999.

3) Le coût des soins de santé

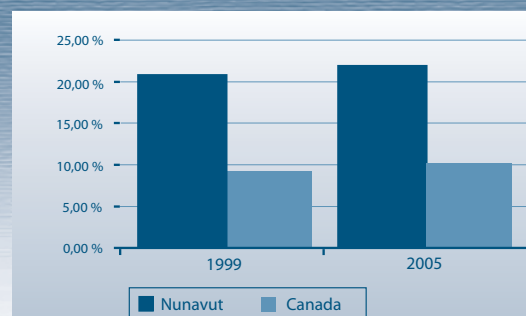
Les provinces et territoires sont confrontés à une demande croissante de services de soins de santé, ainsi qu'à des enjeux démographiques, de nouvelles technologies, et à l'augmentation du coût des produits pharmaceutiques.

En plus des augmentations de coûts auxquelles les provinces et territoires font face, le Nunavut est confronté à des coûts additionnels liés à sa taille, à une population réduite mais très disséminée, et à sa dépendance traditionnelle à l'égard des hôpitaux du Sud et du transport aérien. Les revenus du Nunavut dépendent du gouvernement dans une proportion de 91 pour cent. Un rapport du ministère des Finances du GN démontre que les services de santé du Nunavut ne pourront être maintenus sans nouveau financement fédéral.⁹⁰

En moyenne, les provinces canadiennes dépensent 2 850 \$⁹¹ annuellement par personne en soins de santé. En 2005/2006, le Nunavut a dépensé 219 693 000 \$ en soins de santé, soit une moyenne de 7 454 \$ par personne.⁹² Cela représente 21 pour cent du produit intérieur brut (PIB), proportion qui a atteint 26,7 pour cent du PIB en 2007. En moyenne, le Canada dépense 10 pour cent de son PIB en soins de santé.

La mesure par rapport au PIB est importante car elle traduit la viabilité du système de santé publique et son impact sur l'économie globale. Il en va de même du pourcentage du budget qu'un gouvernement consacre aux soins de santé. Plus les ressources utilisées par les soins de santé sont importantes, moins il en reste pour les autres postes budgétaires. En 2005/2006, alors que le GN dépensait 25 pour cent du budget en soins de santé, l'Ontario ne consacrait à ce poste que 13 pour cent de son budget, tout en offrant des soins de santé d'un niveau supérieur par rapport au Nunavut.

Figure 9 Dépenses en soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut



Source: Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS, 2008.

La Figure 10 illustre le coût par personne, dans chaque province et territoire, de la prestation des soins de santé de base selon les normes canadiennes. Il est évident que le Nord et le Nunavut, en particulier, portent un fardeau disproportionné et ne peuvent néanmoins pas offrir le même niveau de services de base en soins de santé que celui qui est offert aux autres Canadiens.

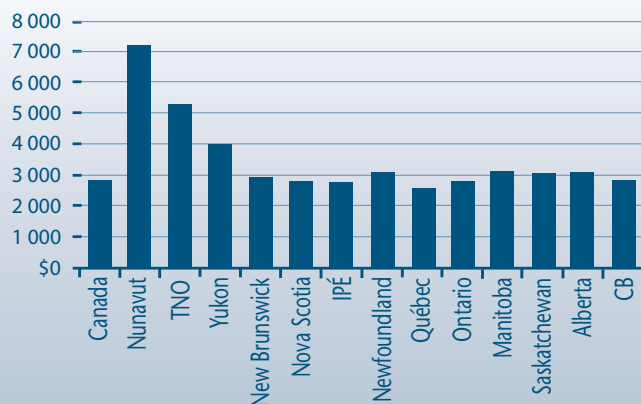
En 2005, près de 14 pour cent des dépenses totales en soins de santé au Canada se rapportaient aux médicaments. Cette proportion a augmenté avec le temps. Au Nunavut, en contraste, seulement 5 pour cent du budget total fut consacré aux médicaments.

4) Le prix des soins de santé : Le rôle du fédéral examiné de plus près

Les provinces et territoires sont responsables de la prestation des services de santé, guidés par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement du Canada fournit des ressources financières au GN, principalement par l'intermédiaire de la formule de financement des territoires.

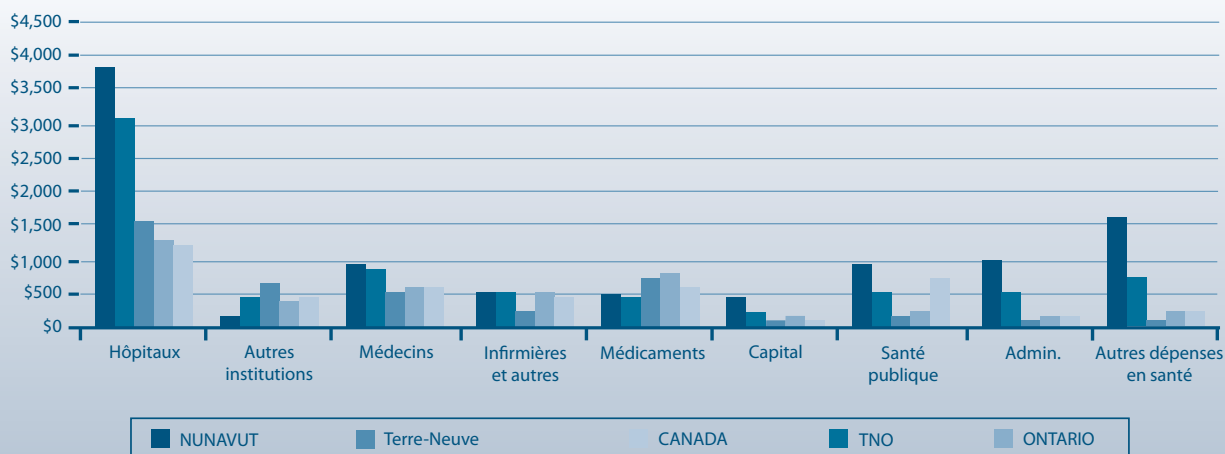
Contrairement aux autres juridictions canadiennes, le Nunavut compose avec les étapes initiales du développement et continue de dépendre étroitement des transferts du gouvernement du Canada.

Figure 10 Dépenses totales (par personne) en soins de santé, par utilisation des fonds, régions choisies 2005-06



Source: Dépenses en soins de santé par personne par prov./terr., 2005 à 2006

Figure 11 Dépenses totales (par personne) en soins de santé, par utilisation des fonds, régions choisies 2005



Source: Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS, 2008.



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

La formule de financement des territoires est une condition essentielle pour offrir aux territoires certitude, souplesse et imputabilité. Des montants moins importants sont transférés par l'intermédiaire des Transferts canadiens en matière de santé et des Transferts canadiens en matière de programmes sociaux.⁹⁴ La formule de financement des territoires est limitée à une croissance de 3,5 pour cent par année, quelle que soit la courbe de croissance de la population du territoire. Comme la croissance de la population du Nunavut, la plus rapide au Canada, utilise une grande partie de cette augmentation annuelle de la formule de financement, le GN seul ne peut pas garantir qu'il aura suffisamment de revenus pour offrir les services publics essentiels à sa population.⁹⁵ Le niveau actuel du financement de la formule de financement des territoires est à peine suffisante pour offrir les services publics de base attendus de n'importe quel gouvernement au Canada, mais inadéquats pour améliorer ou bonifier de façon significative l'infrastructure essentielle du Nunavut, ou pour composer avec la pression des coûts.

Une province peut prélever des taxes provinciales, mais les ressources fiscales du Nunavut sont relativement insignifiantes comparativement à ses dépenses. Une augmentation d'un pour cent des revenus de l'Ontario ou du Québec exigerait généralement une augmentation de trois pour cent de l'impôt de base. Pour produire une augmentation des revenus d'un pour cent au Nunavut, l'impôt de base devrait être augmenté de 30 pour cent.⁹⁶

5) Services de santé non assurés

Les services en soins de santé offerts par le GN sont principalement les soins hospitaliers et les soins de santé primaires, tels que les services des médecins et d'autres professionnels de la santé. Toutefois, il existe un certain nombre de biens et services liés à la santé qui ne sont pas fournis par le GN. Pour aider les Inuits à atteindre un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, le programme des SSNA du Canada couvre une gamme limitée de biens et services qui ne sont pas offerts par le GN. Ceux-ci comprennent une gamme précise de médicaments, soins dentaires, soins de la vue, fournitures et équipements médicaux, services-conseils d'intervention en situation de crise et transport à des fins médicales pour les Inuits admissibles.

Au Nunavut, le programme des SSNA est administré par le GN, sans apport des Inuits. Dans le futur, les Inuits du Nunavut peuvent souhaiter administrer le programme des SSNA, selon l'esprit inuit Nunatsiavut. Les dépenses du programme ont en fait baissé, passant de 37 millions \$ en 2004 à 30,5 millions en 2007. Toutefois, une proportion renversante de 50 pour cent du programme des SSNA est consacrée aux voyages médicaux.

Au cours de la période de 1995/96 à 2005/06, le total des dépenses liées au programme des SSNA a augmenté plus rapidement dans les Territoires du Nord-Ouest (TNO)/Nunavut (94 pour cent) que dans toute autre région.

Tableau 1 Principaux transferts fédéraux pour tous les services publics au gouvernement du Nunavut

(\$ millions)		2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
Transferts en santé et services sociaux	Fonds	18	22	22	24
Transferts en santé du Canada	Taxe	7	8	8	8
	Total	25	30	31	33
Transferts en services sociaux du Canada	Fonds	10	10	10	9
	Taxe	4	5	5	5
	Total	14	15	15	14
Transferts pour la réforme de la santé		1,4			
Transferts 2004 pour la réduction du temps d'attente		0,6	0,6	1,1	1,1
Total des transferts en santé et services sociaux		40	45	47	48
Formule de financement des territoires		756	812	839	893
Total des transferts de fonds		785	845	872	927
Total des transferts		796	857	885	941

Source: Transferts fédéraux aux provinces et territoires, Gouvernement du Canada, Ministère des Finances.

Tableau 2 Dépenses SSNA annuelles (millions \$) par région et par service 1995/96 à 2005/06

Région	Transport	Pharmacie	Soins dent	Autre soins de santé	Vision
Atlantique	18,3	59,9	15,8	0,7	5,3
Québec	28,6	50,8	17,5	1,2	1,8
Ontario	25,4	48,3	21,2	1,5	3,6
Manitoba	41,8	39,2	13,4	3,8	1,9
Saskatchewan	25,5	49,4	19,5	2,0	3,6
Alberta	24,7	41,2	16,6	3,7	3,8
CB	15,5	45,5	20,5	1,4	2,8
Nunavut	51,2	17,0	28,2	0,0	3,6
TNO	32,4	38,7	25,3	0,0	3,6
Yukon	26,8	46,6	23,7	0,0	2,9

Source: Adapté du Rapport annuel du programme des SSNA 2005/2006, Santé Canada.

6) MAINC : L'accord de contribution sur les services hospitaliers et des médecins

L'Accord de contribution sur les services hospitaliers et des médecins du MAINC paie au gouvernement du Nunavut 18,8 millions \$ pour contribuer au coût des services de santé qu'il offre aux Inuits. Le programme a été créé à la suite d'une décision du cabinet, en 1959, en vertu de laquelle « Le gouvernement fédéral continuera de soutenir l'ensemble des coûts des soins hospitaliers aux Indiens et aux Esquimaux. »⁹⁷ En 2001, Ottawa et le GN ont proposé à NTI que ce programme soit converti pour devenir une partie du financement générale du gouvernement public du Nunavut par l'intermédiaire de la formule de financement des territoires. Cette même année, NTI a informé les deux gouvernements que les Inuits étaient en désaccord avec la conversion d'un programme destiné aux autochtones en un programme de financement général du gouvernement public, en affirmant que les Inuits avaient un droit de regard et d'approbation du financement gouvernemental en santé qui leur est destiné. NTI a fait cette demande en vertu de l'article 32 de l'ARTN, ainsi que de l'article 2.7.3, qui stipule que « L'accord n'a pas pour effet : (b) de porter atteinte à la capacité des Inuits de participer aux programmes gouvernementaux destinés aux Inuits ou aux peuples autochtones en général, selon le cas. »

En date de 2008, aucun des gouvernements n'a réagi aux inquiétudes exprimées par NTI en 2001. Toutefois, une évaluation fédérale récente de l'Accord de contribution sur les services hospitaliers et des médecins reconnaît qu'il y a une « opposition autochtone » à leur plan, mais réitérait l'intention du gouvernement d'éventuellement convertir le programme au financement public à titre de geste de « reconnaissance de la confiance du Canada dans les gouvernements

territoriaux à titre de gouvernements publics responsables dans la fédération canadienne. »⁹⁸ Le gouvernement fédéral présente le GN comme « l'intervenant clé » pour ce programme. Il n'y a aucune mention faite de la notion de responsabilité à l'égard des Inuits.⁹⁹

7) Ressources humaines

La plupart des communautés inuites sont desservies par des centres de santé communautaires où les demandes de traitements éclipsent les programmes de prévention en permanence. Conséquemment, plusieurs infirmières en santé communautaire s'estiment incapables de quitter la clinique pour offrir des activités de promotion de la santé dans la communauté.¹⁰⁰

Les médecins sont disponibles dans les centres régionaux plus importants et font des visites planifiées dans les communautés. Les services spécialisés ne sont souvent offerts que dans les centres du Sud. Cela signifie que la plupart des patients doivent voyager sur de grandes distances pour accéder à ces services.

Le résultat net est souvent un retard, une non-disponibilité ou une prestation inférieure aux normes en matière de détection des maladies, de services d'urgence, de suivi, de réhabilitation, de soins palliatifs et de soutien social aux patients. Peu de ces services sont en résonance avec la culture inuite ou offerts en langue inuite.

Infirmières

Les infirmières sont l'ossature du système de santé du Nunavut. Elles constituent le plus important groupe de professionnels et, comme groupe, elles sont à la tâche 24 heures sur 24, sept jours sur sept. En 2000, 16 pour cent des enfants inuits ont eu un contact avec un

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

médecin alors que 52 pour cent ont eu contact avec une infirmière. Dans le cas des autres enfants du Canada, 67 pour cent ont eu un contact avec un médecin, alors que 20 pour cent ont vu une infirmière.

On compte environ 380 infirmières autorisées au Nunavut,¹⁰¹ mais la plupart sont des travailleuses occasionnelles, des agences, ou encore inactives. Depuis l'ouverture des hôpitaux à Rankin Inlet, à Cambridge Bay et à Iqaluit, environ 220 infirmières sont requises au Nunavut. Toutefois, en date d'octobre 2008, seules 118 infirmières travaillent à temps plein au GN, et moins de 15 d'entre elles sont inuites.¹⁰² En outre, 25 autres infirmières travaillaient sous contrat à court terme pour des agences privées. Conséquemment, les installations de Rankin Inlet et de Cambridge Bay ne peuvent que jouer le rôle d'installations de santé, et non celui d'hôpitaux, et le nouvel hôpital régional Qikiqtani d'Iqaluit n'utilise actuellement que 50 pour cent de sa capacité.

La difficulté de recruter et de retenir des infirmières au Nunavut est un problème important pour le système des soins de santé. Avec les 111 infirmières employées, sur les 200 nécessaires, les infirmières ont une surcharge de travail critique. Des circonstances aussi stressantes exigent une gestion supérieure du personnel, une enveloppe de rémunération concurrentielle, des occasions de développement professionnel, des efforts pour garantir un milieu de travail sécuritaire, de bonnes conditions d'hébergement et d'autres incitatifs. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas réagi de cette façon. Ainsi, au cours de la plus grande partie de 2007, les infirmières ont démissionné ou ont eu recours à des actions syndicales importantes pour attirer l'attention du ministère.

Les problèmes du Nunavut sont aggravés par une pénurie générale d'infirmières au Canada.¹⁰³ Il y a 10 provinces, toutes plus riches et plus puissantes que le Nunavut, qui se font concurrence pour obtenir une partie des effectifs d'infirmières en diminution. Au Nunavut, il y a un roulement continu d'infirmières et une dépendance constante du GN à l'égard du personnel de relève puisé à même les infirmières occasionnelles et contractuelles envoyées par les agences du Sud. Les faibles niveaux de dotation en personnel au Nunavut et la grande dépendance à l'égard des infirmières d'agences ont des conséquences négatives non mesurée mais prévisibles sur les soins aux patients du Nunavut. Il en résulte également un fardeau supplémentaire pour les infirmières permanentes du GN, qui sont obligées d'orienter et de parer les nouvelles infirmières des agences.

En 2006, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (AIATNO/NU) a publié son deuxième *Sondage sur le recrutement et le maintien des effectifs infirmiers*.¹⁰⁴

Ce sondage a démontré qu'une partie du problème de recrutement du GN lui est attribuable. Selon le sondage AIATNO/NU, il y a « une insatisfaction générale à l'égard des processus en ressources humaines et une évidence anecdotique démontre un niveau d'insatisfaction à l'égard des processus de ressources humaines, notamment le retard des retours d'appel, jusqu'au manque de respect et à une information inappropriée ou non claire.¹⁰⁵

À titre d'exemple, cinq infirmières diplômées du programme de sciences infirmières du Nunavut, qui ont obtenu un permis de pratique comme infirmières diplômées en 2006, on dû attendre plusieurs mois avant d'être recrutées.

Les représentants en santé communautaire

Dans les années 1960, plusieurs communautés comptaient des « non-professionnelles de la santé inuites », paraprofessionnelles ayant obtenu « six semaines de formation intensive en médecine de base » qui avaient la responsabilité « du diagnostic de base et du processus médical », dans les plus petites communautés, mais dont le rôle a disparu lorsque sont arrivées les infirmières du Sud pour les remplacer dans les postes de soins infirmiers, dans les années 1970.¹⁰⁶ Dans les années 1970, les postes de représentants en santé communautaire (RSC) ont été créés. John O'Neil, un médecin de Gjoa Haven à cette époque, souhaitait que la formation des RSC « soit étendue pour y inclure d'autres fonctions paramédicales dont la consultation psychologique, le diagnostic et les traitements physiques préliminaires. »¹⁰⁷

Bien que les recommandations n'aient pas été mises en œuvre, le rôle de RSC demeure central dans la prestation des soins de santé communautaires. Les RSC sont des diplômés ayant suivi un cours de neuf

Adla Newkinga travaille à l'hôpital régional Qikiqtani d'Iqaluit.



Photo par Franco Buscemi

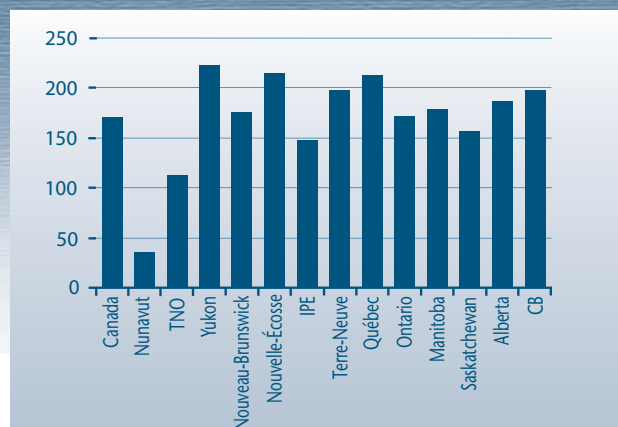
mois. Ce sont des inuits qui proviennent des communautés où ils travaillent. En date de juin 2008, près de la moitié des postes de RSC offerts au Nunavut étaient vacants.

Le rôle de RSC comprend potentiellement la prestation des programmes de santé communautaire, mais cet aspect du rôle n'est pas utilisé dans les communautés. En fait, le soutien régional et territorial aux programmes de santé publics est constitué d'un peu plus de soutien à l'immunisation et aux épidémies de maladies contagieuses. La plupart des infirmières estiment que cet appui est insuffisant et affirment que « l'aspect de la prévention en santé publique est ce pour quoi nous manquons de temps et de personnel. Nous atteignons les objectifs d'immunisation, mais nous pourrions faire beaucoup plus. »¹⁰⁸

Un RSC en poste, qui est dûment formé et enthousiaste, pourrait soulager d'une grande partie du fardeau de la santé communautaire les infirmières qui travaillent sous une pression énorme pour offrir les services cliniques. Inévitablement, les RSC sont appelés à aider les infirmières dans la prestation des traitements, ce qui leur laisse peu de temps chaque semaine pour s'acquitter de leur fonction en matière de soins de santé primaires.¹⁰⁹ Dans certains cas, les RSC sont également appelés à accomplir des tâches d'accueil et de traduction. Ils reçoivent peu d'appui ou d'instructions des bureaux régionaux.¹¹⁰

NTI estime que le rôle du RSC devrait être étendu selon les recommandations du docteur O'Neil. Des études antérieures en santé des Inuits ont exprimé le besoin d'accentuer la formation en soins paramédicaux. Un rapport préparé pour la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) recommandait que « les carrières en soins paramédicaux soient mises en valeur auprès des jeunes afin de leur permettre de maintenir et de renforcer leurs liens culturels et sociaux tout en gagnant leur vie en occupant un poste respecté par leurs communautés. »¹¹¹

Figure 12 Médecins par 100 000 personnes, 2006



Source : Base de données nationales sur les médecins, ICIS

Médecins

En date de septembre 2008, Rankin Inlet, dont la population est de 2 350 personnes, ne comptait aucun médecin permanent à temps plein depuis un an. Par conséquent, l'hôpital de 10 lits de Rankin, ouvert en 2005, est largement inutilisé.¹¹² Au Nunavut, il n'y a aujourd'hui que deux communautés où les patients voient un médecin pour les soins primaires, soient Iqaluit et Pond Inlet, cette dernière communauté ayant été choisie par le médecin par préférence personnelle. Dans les autres communautés, les patients sont vus par un médecin pour suivi médical uniquement sur recommandation d'une infirmière.

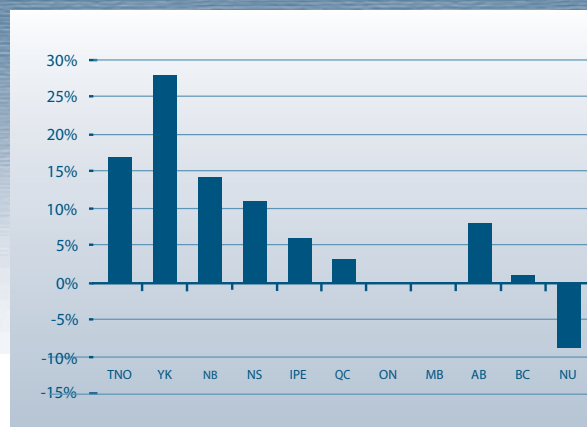
En 2006, on comptait 35 médecins par 100 000 personnes au Nunavut, comparativement à 172 par 100 000 personnes dans le reste du Canada.¹¹³ La Figure 13 démontre que, contrairement aux autres provinces et territoires, le Nunavut a souffert d'un net déclin du nombre de médecins de 2002 à 2006. Le Nunavut, comme le reste du Canada, est confronté à des défis de recrutement et de maintien des effectifs de médecins, mais les défis du Nunavut sont tout à fait exceptionnels.

Les médecins du GN ne desservent que la région de Baffin. La région de Kivalliq est desservie par l'unité médicale du Nord de l'Université du Manitoba, ainsi que, en vertu d'une entente avec l'hôpital Stanton de Yellowknife, par les services de médecins dans la région de Kitikmeot.

Dentistes et assistants dentaires

Certains facteurs propres au Nunavut limitent la nature et la fréquence des soins dentaires. Ces facteurs comprennent des maladies dentaires répandues, l'isolation géographique, la trop faible

Figure 13 Augmentation du nombre de médecins familiaux, 2002-2006



Source : Base de données nationales sur les médecins, ICIS

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

population des communautés pour justifier les services d'un dentiste à temps plein, et des différences philosophiques en pratique dentaire (traitement par opposition à prévention).¹¹⁴

Bien que tous les Inuits aient droit à des prestations pour soins dentaires par l'intermédiaire des SSNA, seuls 45 pour cent de ceux qui résident au Nunavut visitent leur dentiste chaque année.¹¹⁵ Au cours de la dernière décennie, parmi toutes les régions, le Nunavut a connu l'augmentation la plus importante des soins dentaires, dont les coûts

atteignent aujourd'hui 6,9 millions \$. En outre, le Nunavut affiche le plus haut taux de dépenses en soins dentaires par personne au Canada, soit 273 \$ par personne.

Le territoire affiche un manque chronique de personnel en soins dentaires, tous postes confondus. Il n'y a aucun dentiste ou assistant dentaire permanent financé par le gouvernement vivant et travaillant au Nunavut, situation qu'on ne prévoit pas voir changer dans un avenir prévisible. La plupart des postes en thérapie dentaire sont actuellement vacants, ce qui crée un besoin extrêmement élevé dans la communauté. À l'heure actuelle, il n'y a aucune occasion d'éducation offerte sur le territoire dans aucun des aspects de la santé dentaire. De plus, le personnel doit être formé à l'extérieur du Nunavut.

Selon un article paru dans la publication *International Journal of Circumpolar Health*, le système de soins dentaires actuel au Nunavut est un chaos. En vertu des SSNA, les soins dentaires sont financés publiquement au Nunavut. Par conséquent, les gouvernements du Nunavut et fédéral devraient être préoccupés par cette responsabilité et établir des étalons pour mesurer les résultats et surveiller régulièrement la santé dentaire des résidents.¹¹⁶

Les enfants inuits, à titre d'exemple, affichent des taux de prévalence épidémiques de 50 pour cent à 100 pour cent (groupe d'âges de quatre à sept ans) en vertu desquels de 40 à 70 pour cent des 20 dents de lait sont affectées par des caries. Moins d'un tiers des enfants en bas âge et d'âge préscolaire vont chez le dentiste une fois chaque année.¹¹⁷ Les représentants de la santé ont estimé que jusqu'à la moitié de tous les enfants du Nunavut souffrent de caries dentaires qui pourraient être prévenues. 592 enfants ont obtenu une approbation de voyage pour services dentaires en 2004/05.

Les enfants d'Iqaluit ont participé à des jeux à l'occasion de la Journée du Nunavut.



Photo gracieusement offerte par le MAINC – Bureau régional du Nunavut

Tableau 3 Coût des traitements dentaires (extractions) chez les enfants 2004-05 (voyage, hébergement et anesthésie non compris)

	Nbre d'enfants	Coût de base	Total
Région de Baffin	177	1 400 \$	247 800 \$
+ Iqaluit	54	1 400 \$	75 000 \$
Région de Kivalliq	163	1 400 \$	228 200 \$
Région de Kitikmeot	198	1 400 \$	277 200 \$
Total			828 200 \$

Source : Profil de la communauté : Éducation et planification de carrière, MSSS, Août 2005, inédit

PARACHÈVEMENT DU SYSTÈME : LES ORGANISMES INUITS ET COMMUNAUTAIRES

Le document *Vers un ressourcement* de la CRPA invitait les intervenants à intégrer les programmes de santé et à mettre les ressources en commun afin d'éclaircir le salmigondis des programmes financés à court terme et à « intégrer et coordonner les services distincts. » (Recommandation 3.3.8)¹¹⁸ Malheureusement, la coordination demandée par la CRPA en 1996 ne s'est pas encore matérialisée au Nunavut.

Il existe plusieurs fonctions de coordination des programmes de bien-être et de santé assurées par des groupes inuits et communautaires qui font partie du système global de santé du Nunavut, ce que le gouvernement tend à mal comprendre ou à ignorer. Des exemples en sont les fonds dévolus à la planification stratégique multilatérale, la représentativité de la participation des autochtones, les programmes sur le terrain menés par des organismes inuits, les programmes de guérison menés par des organismes communautaires, ou les programmes fédéraux propres aux inuits et qui sont menés par les municipalités; ces activités complètent et appuient toutes le système administré par le GN, mais ne sont pas toujours reconnues comme en faisant partie.

Plusieurs de ces programmes et projets sont livrés dans le cadre d'ententes d'un an émanant de dizaines de projets fédéraux à échéance fixe. Les organismes de bien-être inuits et communautaires présentent leurs demandes directement à l'agence fédérale qui fournit le financement (p. ex. : les projets de la Fondation autochtone de guérison (FAG), ou par l'intermédiaire d'un ministère du GN ou d'un organisme inuit qui a accepté d'administrer le financement pour le gouvernement fédéral (tels les nombreux programmes de santé propres aux Inuits financés par Santé Canada, mais administrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du GN).

En outre, certaines sociétés privées trouvent du financement de façon moins ordonnée, glanant les sources potentielles de financement du système fédéral qui sont compatibles avec le mandat de la société.

Dans le Nord, ce modèle de financement crée un certain nombre d'obstacles au succès. Il arrive souvent que les organismes communautaires qui demandent et obtiennent du financement n'ont pas la capacité de s'acquitter des exigences bureaucratiques liées au financement. Les programmes, même s'ils sont populaires et productifs pour les clients, sont mis de côté s'ils ne produisent pas des résultats à court terme. Malheureusement, il en résulte que certains programmes, dont ceux de la réduction du tabagisme, de l'ETCAF ou de la sensibilisation et de la prévention des infections transmises sexuellement sont « disponibles pour la communauté un an et manquent à l'appel l'année suivante ».¹¹⁹

Cette section traite de trois modèles différents qui sont souvent utilisés pour faire participer les Inuits aux soins de santé, mais ne relèvent pas exclusivement du GN.

1) Financement représentationnel inuit

Le gouvernement fédéral reconnaît son obligation de consulter les Inuits en fournissant des fonds pour les organismes devant assurer une représentation inuite dans le cadre de certains enjeux et projets. Au niveau national, ITK a reçu 3,4 millions \$ du gouvernement fédéral au cours de l'exercice 2007-2008 pour représenter les Inuits canadiens dans certaines causes reliées à la santé. Le premier sommet inuit de la santé, tenu les 16 et 17 janvier 2008, à Kuujuaq, au Québec, est un testament de l'efficacité de la représentation inuite nationale pour assurer la reconnaissance et l'intégration de la perspective dans la prise de décision fédérale.

Au Nunavut, NTI reçoit du financement fédéral par l'intermédiaire d'ententes annuelles ou pluriannuelles de participation afin d'aider à établir les priorités fédérales en matière de santé, d'améliorer les résultats en matière de santé et d'administrer les projets de santé fédéraux. En 2008/09, NTI a signé des ententes de contribution de plus de 2 millions \$ de Santé Canada pour participer au Fonds de transition pour la santé des Autochtones, au *Aboriginal Human Health Resources Initiative*, au projet de recherche inuit sur l'Organisation de la santé des autochtones.

Le financement de la coordination et du travail de représentation des Inuits démontre que le gouvernement est bien conscient que l'imposition unilatérale de solutions pour régler les problèmes propres aux Inuits n'est pas couronnée de succès. Un financement de cette nature est également important parce qu'il prouve que le gouvernement fédéral (particulièrement Santé Canada) comprend qu'il a l'obligation de faire participer les Inuits au processus critique de réflexion préalable à l'action.

Un excellent exemple de ce type de financement est le projet tripartite mené par NTI, le GN et de la DGSPNI de Santé Canada. Appelé *Projet d'intégration de la santé*, ce projet prévoit intégrer les programmes de promotion de la santé et ceux de prévention de la maladie au Nunavut.

La partie de ce projet pancanadien qui se rapporte au Nunavut a été la première collaboration tripartite en santé directement dirigée et coordonnée par un organisme inuit du Nunavut, ce qui a permis de le livrer selon une perspective inuite. Le rapport qui en a émané, déposé en juin 2006, appelé *Piliriqatigiinnngniq – Working Together for the Common Good*,¹²⁰ focalisait sur l'amélioration de la collaboration avec chaque secteur et agence ayant un impact sur les facteurs déterminants de la santé chez les Inuits. Il présente un plan quinquennal



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

d'intégration des programmes de promotion de la santé et de la prévention en matière de soins dentaires, de santé mentale, de traitement des toxicomanies, des soins en maternité et de santé des enfants au Nunavut.

NTI, le GN et Santé Canada conviennent solidairement que la mise en œuvre des constatations du rapport mènera au développement de programmes de santé plus efficaces pour les Inuits. Pour garantir la continuité et la mise en œuvre des recommandations du rapport, NTI a commencé un processus destiné à étendre et à formaliser le partenariat existant et à créer le Comité de partenariat tripartite de la santé du Nunavut (CPTSN). Ce comité est composé de représentants de NTI, du BN, de Santé Canada et des ARI qui s'engagent à travailler en partenariat pour examiner des façons d'améliorer la conception, la prestation et le développement des programmes et services de santé au Nunavut afin qu'ils répondent mieux aux besoins des Inuits.

Au cours de 2006 et 2007, NTI a également poursuivi les occasions de financement par l'intermédiaire, du Fonds de transition pour la

santé des autochtones afin d'appuyer davantage le travail du CPTSN et de superviser la mise en œuvre des recommandations du rapport. Avec l'appui de Santé Canada, NTI a conclu un accord de contribution de 2,3 millions \$ aux fins du Projet pour le bien-être communautaire du Nunavut, lequel mettra en œuvre la stratégie de bien-être de la communauté du rapport.

Le Projet pour le bien-être communautaire est un exemple d'effort de collaboration destiné à améliorer la santé des Inuits et l'état du système de santé en utilisant des occasions et atouts propres aux Inuits. Si le rôle de NTI dans la gouvernance de ce processus a été reconnu par les gouvernements et divers autres intervenants et organismes, la responsabilité d'établir les priorités, d'incorporer et de livrer un changement significatif des programmes et services de santé existants demeure entre les mains des responsables des politiques fédérales et territoriales ainsi que des agents de mise en œuvre.

Figure 14 Allocations de financement fédéral des programmes de santé pour le Nunavut 2007/2008

Allocations	Agence de la santé publique du Canada	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (GN)	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
Fonds VIH/SIDA	111,925 \$		
Hépatite C	61,227 \$		
Fonds pour la santé de la population	44,882 \$		
Stratégie canadienne du diabète	97,462 \$		
Mode de vie sain	25,883 \$		
Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté		755,358 \$	
Grandir ensemble/Pour des collectivités en bonne santé		3,461,936 \$	
Soins à domicile et en milieu communautaire		5,269,739 \$	
Initiative sur le diabète chez les autochtones		1,235,782 \$	
Prévention nationale du suicides chez les autochtones		504,951 \$	
Stratégie pharmaceutique - Initiative pour les initiatives communautaires			70,000 \$
Stratégie de contrôle du tabagisme			116,372 \$
Programmes pour adultes	341,379 \$	11,227,766 \$	
Programme d'action communautaire pour les enfants	735,180 \$		
Programme canadien de nutrition prénatale	737,190 \$	1,191,440 \$	
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale	45,513 \$	578,804 \$	
Programme d'aide préscolaire aux autochtones	1,234,000 \$		
Total des enfants	2,751,883 \$	1,770,244 \$	
Grand total	3,093,262 \$	12,998,010 \$	186,372 \$
Total général des investissements	16,277,644 \$		

Santé Canada. Septembre, 2008.

2) Programmes fédéraux propres aux enjeux et propres aux autochtones

Le gouvernement fédéral dépense des millions de dollars annuellement au Nunavut pour des priorités relatives à des enjeux précis en santé, dont la maternité et la santé de l'enfant, ou la santé mentale et le traitement des toxicomanies, par l'intermédiaire d'accords de contribution de tiers entre les ministères fédéraux et les agents de mise en oeuvre au Nunavut.

Il existe 21 programmes fédéraux en santé offerts au Nunavut.

De toute évidence, des sommes importantes sont allouées au Nunavut pour des priorités en soins de santé qui ne sont pas énoncées par le GN. Par conséquent, il serait constructif pour le GN d'établir une relation tripartite avec les Inuits et Ottawa pour garantir que les fonds soient bien coordonnés et utilisés.

La Fondation autochtone de guérison (FAG) est un exemple de financement fédéral qui répond bien aux besoins de la communauté. À ce jour, la FAG a déboursé 1 345 subventions d'une valeur de 406 millions \$ au Canada. Au Nunavut, la FAG est un organisme subventionneur clé, fournissant presque 12 millions \$ sur une période de quatre ans à 12 projets de bien-être communautaire dont la société Tukisigiavik à Iqaluit, la société Ilisaqsvik à Clyde River, le projet de bien-être communautaire Pigiavik à Chesterfield Inlet, le comité

Tableau 4 Programmes fédéraux de santé communautaire au Nunavut

Programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

- Initiative sur le diabète chez les autochtones
- Programme canadien de nutrition prénatale
- Santé maternelle et infantile
- SSNA
- Grandir ensemble
- ETCAF
- Stratégie de prévention du suicide de National Aboriginal Youth
- Pour des communautés en bonne santé
- Programme de soutien à la santé de Résolution des questions des pensionnats indiens Canada
- Toxicomanies et programmes subventionnés par la communauté

Programmes de l'Agence de la santé publique du Canada

- Aboriginal Health Start Program
- Stratégie canadienne du diabète
- Healthy Living
- Programme d'action communautaire sur le SIDA
- Programme d'action communautaire pour les enfants
- Hépatite C Community Based-Programs
- Programme canadien de nutrition prénatale
- ETCAF
- Le Fonds pour la santé de la population

Programmes de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

- Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
- Stratégie nationale antidrogue

Programmes du MAINC

- Hospital and Physicians Services Contribution Agreement d'une valeur de 18,8 millions \$ par année
- Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, d'une valeur de 23,7 millions \$ en 2006, qui subventionne le transport aérien de nourriture au Nunavut.¹²¹

Santé Canada. Août, 2008.

SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

Salugat à Pond Inlet, et des programmes de bien-être communautaire à Kugluktuk et Cambridge Bay. La FAG ne subventionne pas la totalité du budget de ces projets, mais ces communautés et bien d'autres reposent sur le financement de la FAG comme soutien central autour duquel elles peuvent asseoir le reste de leurs campagnes de financement. Les Inuits craignent que la fermeture de la FAG en 2010 ne signifie la fin de leurs programmes les plus réussis de guérison en harmonie avec la culture au niveau communautaire.

Ilisaqsivik est également un parfait exemple pour illustrer que les organismes communautaires ne sont pas adéquatement respectés par le système biomédical de santé. Ilisaqsivik reçoit des fonds de Santé Canada, du GN (ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Culture, de la Langue, des Aînés et de la Jeunesse, et de l'Éducation) ainsi que d'organismes inuits. Malheureusement, aucun gouvernement ou organisme ne s'engage à fournir un financement principal à Ilisaqsivik, même s'il s'agit d'un des modèles les plus réussis de guérison inuite au Nunavut.

3) Organismes communautaires

Les gouvernements fédéral et territorial agissent selon une position de force et de sécurité. Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux du GN obtiennent un financement principal important et souple, qui couvre leur structure administrative ainsi que les programmes et services qu'ils offrent. Les quelques organismes de bien-être communautaire du Nunavut n'ont pas un tel luxe, qui survivent tant bien que mal. Leurs dépenses sont réparties sur de multiples accords de contribution d'un an ou propres à certains événements, négociés auprès de trois paliers gouvernementaux. Cette insécurité financière ne handicape pas ces groupes communautaires, ce qui témoigne de leur engagement et de leur ingéniosité.

Tel que mentionné précédemment, on compte au Nunavut au moins 12 projets en santé et bien-être qui sont offerts par des hameaux, groupes communautaires ou organismes inuits au niveau local, selon les besoins de la communauté. Ils comprennent des programmes de bien-être administrés par les hameaux de Cape Dorset, Pangnirtung, Pond Inlet, Kugluktuk, et Cambridge Bay, ainsi que par la société Tukisigiarvik à Iqaluit, la société Ilisaqsivik Society à Clyde River, et le projet de bien-être communautaire Pigiariak à Chesterfield Inlet.

La société Ilisaqsivik Society de Clyde River est un organisme communautaire qui constitue un excellent exemple de programmes de guérison et de bien-être offerts conformément à la culture et aux valeurs inuites. « Toute la programmation d'Ilisaqsivik appuie le développement et le bien-être communautaires d'une façon respectueuse des enseignements et apprentissages inuits, et responsable à l'égard de la communauté.¹²² Ilisaqsivik a également développé un important projet de Valeurs sociétales inuites qui aspire à impliquer et responsabiliser les aînés afin qu'ils apportent leur participation et leurs conseils aux organisations qui s'occupent des problèmes sociaux dans la communauté.

Des femmes inuits de petites communautés voyagent à Iqaluit pour accoucher à l'hôpital régional Qikiqtani.



Photo par Franco Buscemi

LA MÉTHODOLOGIE DES SOINS DE SANTÉ AU NUNAVUT

Certaines différences philosophiques au sein de la communauté des soins de santé au Canada, ainsi qu'internationalement, quant au mode d'applications des rares ressources destinées aux soins de santé. Ces différences s'expriment lorsqu'il faut décider s'il faut retirer les ressources rares et limitées des traitements et soins chroniques pour les injecter dans la prévention et la promotion de la santé, en réduisant ainsi, éventuellement, la demande de traitements et de soins chroniques. L'approche des soins de santé primaires (SSP) focalise sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Comparativement à assurer le fonctionnement d'un hôpital et à transporter des personnes par avion sur des centaines de milles pour des traitements, la prévention est peu chère. Il est donc sensé pour le Nunavut d'investir ses ressources dans la prévention, mais un transfert des ressources hors du modèle de traitement actuel emportera avec lui le soutien, l'engagement et l'action revendicatrice du gouvernement territorial, des organismes inuits et des communautés.

1) Soins de santé primaires

L'approche des SSP place la communauté, plutôt que les infirmières, les médecins et autres travailleurs de la santé, au centre, et n'exclut pas les méthodes de guérison traditionnelles.¹²³ L'approche des SSP est la plus holistique et, du fait même, la plus compatible avec la vision inuite du monde. Santé Canada définit l'approche des SSP comme « ...une approche de la santé et une gamme de services qui s'étend au-delà des services traditionnels en soins de santé. Elle comprend tous les services qui jouent un rôle dans la santé, dont le revenu, l'habitation, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires sont l'élément de la santé de base qui focalise sur les services en soins de santé, y compris, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement de la maladie et des blessures. »¹²⁴

Les présentateurs de la Journée du Nunavut, Paul Irngaut (à gauche) et Madeleine Allakariallak (à droite), présentent Enuapik Sagiatsuq, aîné d'Iqaluit.



Photo gracieusement offerte par le MAINC – Bureau régional du Nunavut



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

Au Nunavut, plusieurs facteurs sont responsables du fait que les gens ont un mauvais état de santé et requièrent des traitements. Certains de ces facteurs sont sociaux, comme le traumatisme résultant du pensionnat à l'école, des agressions physiques ou verbales ou des toxicomanies. Certains autres sont économiques, dont la pauvreté, le coût élevé de la vie, les mauvaises conditions d'habitation. Ces facteurs peuvent être changés, mais il faut une coordination entre les divers organismes pendant une période de temps importante avant que des changements positifs ne surviennent.

Il est beaucoup plus efficace, du point de vue des soins de santé, que les problèmes soient pris en charge en collaboration. C'est le point de vue exprimé par l'Organisation mondiale de la santé, qui défendait initialement l'approche des SSP, en 1978. C'est aujourd'hui la politique du gouvernement du Canada.

Cinq principes régissent les SSP :

- La coopération entre les secteurs.
- L'accessibilité.
- La participation de la population.
- La promotion de la santé.
- Une utilisation adéquate de la technologie.

2) Promotion de la santé et prévention de la maladie

Les premiers ministres canadiens ont signifié que « les efforts liés à la santé publique, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, sont critiques pour obtenir de meilleurs résultats pour les Canadiens et assurer une viabilité à long terme du régime public d'assurance-maladie, en réduisant la pression sur le système de santé publique. »¹²⁵

La plupart des mesures de l'état de santé, au Nunavut, étant substantiellement sous la moyenne canadienne et qu'une proportion énorme de 25 pour cent du budget de la santé du Nunavut est dépensée pour le transport des patients vers les hôpitaux d'Iqaluit, de Yellowknife et du Sud pour des traitements, la prévention devrait être une priorité au Nunavut, mais si on se fonde sur le financement pour en juger, il n'en est rien. En 2007/2008, la partie du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux du GN consacrée à la santé a fait l'objet de coupes.¹²⁶

Néanmoins, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît l'importance de la promotion de la santé et de la prévention en développant une *Stratégie en santé publique*.¹²⁷ Malheureusement, selon le rapport Moloughney, il y aura des obstacles importants à franchir dans la mise en œuvre de cette *Stratégie en santé publique*. « Le système de santé publique du Nunavut demeure fragmenté, manque de coordination, le personnel est surchargé et manque d'appui, et la fonction de base de collecte d'information et de suivi sur la santé de la population n'est pas opérationnelle.¹²⁸

Le suivi de la santé de la population est essentiel pour développer des politiques adéquates en santé publique. Treize provinces et territoires, ainsi que le gouvernement fédéral, ont accepté de faire le suivi d'un ensemble de 67 indicateurs en santé portant sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité du service, afin de permettre la tenue de comparaisons annuelles entre, par exemple, l'état de santé des Nunavummiut et celui de la population des autres provinces et territoires.

Malheureusement, la pénurie de personnel n'a permis de produire qu'un seul de ces rapports annuels en 2004. Il est impossible pour les travailleurs de première ligne en santé et pour les cadres supérieurs de prendre des décisions intelligentes et documentées au sujet de la santé publique sans avoir accès à de l'information sur l'état et les tendances de la santé de la population. « Le premier système d'information sur la santé publique qui a été établi a été conçu pour faire le suivi et réagir aux tendances en matière de maladies transmissibles. Ce système a été inopérant au Nunavut depuis quelques années. Le manque de personnel en saisie des données, sur le territoire, a entraîné un arrêt de la surveillance des maladies infectieuses. »¹²⁹

3) Stratégie en santé publique

La *Stratégie en santé publique* définit cinq fonctions centrales en santé publique, qui serviront également de pierres angulaires d'une approche en SSP :

- Évaluation de la santé de la population.
- Surveillance de la santé.
- Promotion de la santé.
- Prévention des maladies et des blessures.
- Protection de la santé.

La stratégie reconnaît que plusieurs organismes contribuent à la santé publique et elle fonde son approche sur la collaboration et le partenariat avec les autres ministères et secteurs non gouvernementaux. Il est malheureux que la stratégie n'ait pas été développée en collaboration. Elle est plutôt fondée principalement sur un rapport préparé par un spécialiste-conseil de Vancouver¹³⁰ et pratiquement aucune consultation n'a été menée auprès d'autres organismes ou communautés pendant son développement. Elle a également été développée isolément d'un effort tripartite connexe mené par NTI, le GN et le gouvernement fédéral pour développer le Projet d'intégration en santé énoncé dans *Piliriqatigiinnngniq*.¹³¹

Le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît qu'il ne peut pas résoudre tous les problèmes du Nunavut sur-le-champ, ni bientôt.¹³² Ainsi, la stratégie est un plan quinquennal qui, tout en maintenant les cinq fonctions centrales en santé publique, focalisera sur deux grands secteurs qui ont un impact profond sur la santé de la population du Nunavut.

Enfants et familles en santé

- Augmenter l'incidence des naissances en santé.
- Augmenter le nombre d'enfants conformes aux normes de santé relatives aux différentes étapes de leur croissance.
- Améliorer la sécurité alimentaire pour toutes les familles.
- Réduire le nombre de personnes vivant de la violence mentale, physique, affective ou sexuelle.
- Réduire l'incidence des comportements risqués chez les jeunes.

Réduction des toxicomanies

- Réduction du tabagisme.
- Minimalisation de l'abus d'alcool ou d'autres drogues.
- Augmentation de la capacité des communautés à réduire les habitudes de vie malsaines.

Alors que la population du Nunavut est à la remorque du reste du pays dans des secteurs importants de la santé, et que son système de santé est beaucoup moins développé et moins apte à traiter ces problèmes, comparativement à celui des autres provinces et territoires, le système a certains atouts. Il réunit des travailleurs de première ligne enthousiastes et résolus à relever des défis.¹³³

Surtout, la population inuite a une conscience inhérente, par ses traditions et sa culture, des nombreux facteurs qui ont un impact sur la santé communautaire au Nunavut. Ainsi, les organismes inuits régionaux et communautaires offrent déjà des projets en santé et bien-être qui complètent le système biomédical et l'allègent d'un peu de pression.

4) Coopération et participation publique

Deux principes de SSP PHC, la collaboration entre les secteurs et la participation publique, sont mis de l'avant par ce rapport. Le concept des soins de santé doit être élargi afin d'y inclure la participation des guérisseurs inuits, et ce respect mérité mènerait à une collaboration accrue entre toutes les agences, les organismes inuits, les œuvres de bienfaisance, les hameaux et les ministères gouvernements qui jouent un rôle en matière de santé et de bien-être.

L'approche des SSP fonctionne mieux lorsque les administrateurs reconnaissent ouvertement les causes sociales, économiques et politiques sous-jacentes ou les facteurs déterminants de la santé-maladie, cherchent à impliquer les membres de la communauté dans leurs soins de santé, et investissent les travailleurs en bien-être ainsi que les membres de la communauté de pouvoir de contrôler les problèmes locaux en santé.

Les diverses agences fédérales et territoriales, dont celles en santé, en éducation, en justice, en établissement des politiques, en habitation, devraient collaborer entre elles et intégrer leurs efforts. Le secteur inuit, dont les conseils des aînés, les soins de sages-femmes et familiaux, ainsi que les programmes culturels et patrimoniaux, devraient également être impliqués dans la coordination, la planification et la prestation des SSP au Nunavut. La coopération entre ces secteurs serait une reconnaissance du lien entre la santé et le bien-être, et les politiques économiques et sociales, ainsi que les obligations liées à l'ARTN.

Ainsi, plusieurs organismes de l'extérieur du Nunavut souhaitent travailler avec son ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'améliorer la santé publique. La région Nord de la DGSPNI a un mandat clair de participer, alors que NTI, les ARI et ITK RIA ont un intérêt dévoué à l'égard de la santé publique. Pour un gouvernement comme le GN, cela est entravé par plusieurs problèmes qui ne relèvent pas de son contrôle, sans compter ses problèmes de financement, la clé de l'édification d'un système de santé est de travailler avec d'autres organismes et de bâtir à partir des atouts qui sont les siens.

Conséquemment, une faiblesse que partagent l'approche du Nunavut en SSP et la *Stratégie en santé publique* sont leur défaut de reconnaître les instances inuites régionales et communautaires, dont les organismes, les hameaux et les œuvres de bienfaisance locales, et de travailler avec elles de façon coordonnée. NTI et les ARI ont chacune des mandats propres de veiller à l'avancement des Inuits au Nunavut. En vertu de l'article 32 de l'ARTN, les gouvernements fédéral et territorial sont obligés d'impliquer ces organismes dans le développement de la politique sociale. Malheureusement, la *Stratégie en santé publique* ne fait aucune mention de ces organismes.

En quoi le gouvernement territorial et son système de santé font-ils défaut en ne reconnaissant pas le secteur communautaire et régional inuit de la santé et du bien-être? Comment une augmentation des stratégies inuites de guérison affecterait-elle le système biomédical? Un rapport a établi que « les principales raisons pour lesquelles les résidents de Baffin, Kitikmeot et Kivalliq font appel aux hôpitaux sont la grossesse (26 pour cent), les problèmes respiratoires (18 pour cent), les troubles du système digestif (10 pour cent), les blessures (9 pour cent), et les problèmes mentaux (7 pour cent). »¹³⁴ Deux des forces actuelles de la culture inuite, soient les sages-femmes et les conseils, peuvent contribuer à traiter les besoins de sages-femmes et les problèmes mentaux, ce qui constitue un argument solide pour augmenter le recours aux guérisseurs inuits, au seul chapitre des économies de coûts. Une expérience menée au Nunavik a démontré que les centres de maternité traditionnels réduisent de façon importante l'utilisation par les Inuits des hôpitaux et évacuations sanitaires tout en produisant de meilleurs résultats pour la santé des nourrissons et des mères.¹³⁵

5) Soutenir la participation et l'appui des Inuits dans le secteur de la santé et du bien-être

En vertu d'un principe de base en matière de soins de santé, les personnes et les communautés devraient avoir le droit et la responsabilité d'être des partenaires actifs dans les prises de décisions relatives à leur santé et à la santé de leur communauté. Ce principe s'applique particulièrement aux Inuits, dont plusieurs des problèmes de santé sont étroitement reliés à la pauvreté et à une histoire problématique en matière de lois et politiques du gouvernement canadien. Comme le souligne le rapport Moloughney, « la création du changement devra être appuyé par les principes et valeurs inuits qui tiennent compte de façon inhérente des nombreux facteurs qui influencent la santé [et] l'intérêt des autres provinces et territoires et des organismes non gouvernementaux à collaborer au Nunavut. »¹³⁶

C'est dans cet esprit que l'article 32 de l'ARTN a été négocié. « Sans pour autant restreindre les droits des Inuits ou les obligations du gouvernement, en dehors du champ d'application de l'Accord, les Inuits ont le droit, conformément aux dispositions du présent chapitre, de participer à l'élaboration des politiques sociales et culturelles ainsi qu'à la conception des programmes et services sociaux, y compris à leurs mécanismes d'exécution, dans la région du Nunavut. »

Ainsi, au Nunavut, la participation publique est non seulement un principe de base d'une approche saine des SSP, mais également une obligation légale. Malgré cela, la *Deuxième revue quinquennale de la mise en œuvre de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut*, menée par PricewaterhouseCoopers (PwC) en 2006 révélait que, « pendant le cours de notre revue, nous avons à plusieurs reprises entendu les bénéficiaires dire qu'ils estimaient que la mise en œuvre de l'ARTN accorderait aux Inuits la capacité d'établir leurs propres priorités, de développer leurs propres politiques, et de les mettre en œuvre d'une manière respectueuse de leur culture. Plusieurs personnes rencontrées et participants à nos groupes témoins ont affirmé de manière répétée que cela n'est pas arrivé. Ils ont indiqué que des règles étaient établies, et des processus, et qu'ils ne participaient pas dans les prises de décisions et n'étaient pas suffisamment consultés. En outre, trop souvent, nous avons entendu des Inuits dire qu'ils estimaient que leur opinion, et surtout l'opinion importante des aînés, n'étaient ni sollicitées, ni respectées. »¹³⁷

Plus récemment, PwC a fait une présentation au Comité sénatorial sur les peuples autochtones et a répété que le manque de participation des Inuits constituait un problème important. « J'estime que l'échec le plus important de la mise en œuvre est l'engagement insuffisant des Inuits dans la prise de décisions. Dans le cadre des groupes-témoins tenus dans les communautés, il s'est produit plusieurs fois que des Inuits étaient si irrités du point de se voir aussi réduits au silence et démoralisés qu'ils en ont pleuré. Un grand nombre de personnes ont affirmé que « nos aînés ne sont pas respectés », ajoutant « ces gens développent des politiques, mais ils ne nous demandent pas notre avis. »¹³⁸

Certains représentants du GN reconnaissent qu'il faut offrir des services de santé et de services sociaux qui soient culturellement appropriés et en résonance avec les besoins majoritairement inuite du Nunavut. Toutefois, la majorité des clients en soins de santé sont bilingues ou unilingues de langue inuktitut, ou des Inuits qui préfèrent obtenir les services en langue inuite, alors que la plus grande partie des professionnels en prestation des services (infirmières, médecins et personnel de première ligne) sont d'expression anglaise. Cette barrière linguistique peut souvent porter à une mésinformation ou une incompréhension entre praticiens et clients.

« Les différences culturelles et l'incapacité des praticiens de la santé de traiter adéquatement ces différences contribuent aux taux élevés de non-conformité, de réticence à visiter les installations de santé publiques, aux sentiments de manque de respect et d'aliénation. Lorsque des soins culturellement appropriés sont offerts, les patients réagissent mieux aux soins et cela peut avoir un impact important sur la santé des individus. »¹³⁹

Pour contourner cette difficulté, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit appuyer les projets communautaires bonifiés qui utilisent et intègrent la vision Inuit Qaujimajituqangit, la sagesse communautaire et les solutions locales. Il existe trois pratiques de guérison inuites éprouvées qui méritent une attention spéciale, car elles complètent le système biomédical et sont déjà offertes par les œuvres de bienfaisance, les organismes inuits et les hameaux (principalement avec appui fédéral) dans plusieurs communautés du Nunavut. Ces trois catégories, centrées sur le bien-être et la guérison des Inuits, ont été désignées par les aînés du Nunavut dans une série d'études¹⁴⁰ à titre de secteurs méritant la reconnaissance, le respect et la prestation de ressources gouvernementales.

Virginia Lloyd (à gauche), employée de Nunavut Tunngavik Inc. remet à Charlotte Zawadski le Prix du Leadership pour le programme de sciences infirmières du Nunavut.



Photo par Franco Buscemi

Les trois catégories de pratiques centrées sur la santé et le bien-être des Inuits sont :

- Services-conseils pour les Inuits
- Guérison et nutrition traditionnelles inuits (nourriture du terroir)
- Sages-femmes, soins à la mère et soins à la famille inuits

Consultation par des Inuits

La consultation par des Inuits comprend la thérapie, la résolution des litiges, le soutien affectif, la justice et l'éducation. « Il est difficile de séparer le rôle des aînés de celui des guérisseurs inuits et chaque communauté inuite au Canada compte des aînés qui sont des conseillers respectés et qui offrent ce qui peut être défini comme un service de guérison inuit. »¹⁴¹ Un bon exemple en est la société Ilisaqsvik qui offre des services-conseils à la communauté de Clyde River. Les « conseillers aînés d'Ilisaqsvik sont disponibles pour les personnes qui cherchent conseil et soutien, et qui s'intéressent aux méthodes traditionnelles inuites de conseil. »¹⁴² De plus, Ilisaqsvik gère le fonctionnement du programme de Valeurs sociétales inuites. « L'objectif du programme (de Valeurs sociétales inuites) est d'ouvrir la voie à la participation des aînés dans les organismes communautaires qui traitent de questions sociales, dont la garderie, l'école et la GRC. Ils aident ces organismes dans la résolution de problèmes, en se fondant sur les valeurs sociétales inuites. »¹⁴³

« Dans le cadre de discussions sur les pratiques traditionnelles en santé et sur les connaissances médicales, on pourrait s'attendre à ce que les aînés fournissent une liste des meilleures techniques de guérison des maladies...de l'approche à utiliser pour composer avec les furoncles, les infections, la fièvre, les infections oculaires, les rhumes, les fractures osseuses, la noyade, et ainsi de suite. Mais la perspective inuite est beaucoup plus large. En plus des techniques de soin des éraflures et blessures, et de guérison des maladies, les aînés ont discuté des façons de développer un esprit fort et un corps résistant. »¹⁴⁴

La principale ressource d'un aîné est la langue inuktitut. Selon Mariano Aupilardjuk, « notre langue inuktitut est très puissante. Les mots ont un pouvoir. Les mots inuktitut peuvent guérir. »¹⁴⁵ Le fait même d'être soigné dans notre langue est un remède en soi.¹⁴⁶ Les aînés expriment leur regret « que le savoir inuit ne soit pas davantage reconnu. La plupart des médecins, travailleurs sociaux et enseignants ne soupçonnent même pas l'existence du savoir des aînés. »¹⁴⁷

Guérison fondée sur le terroir et alimentation inuite traditionnelle (nourriture du terroir)

Les Inuits savent que le terroir même peut guérir une personne en la mettant en contact avec la nature. La récolte et « les voyages sur le territoire, pour les Inuits, ne sont pas des vacances ou une retraite, mais plutôt une activité essentielle à une bonne santé affective et mentale, ainsi qu'une avenue directe vers la santé. »¹⁴⁸ À cette fin, la région de Kivalliq organise annuellement un camp Pijunnaqsiniq où

les aînés et les jeunes se réunissent pendant une période allant jusqu'à deux semaines pour partager le savoir et les aptitudes traditionnelles à la survie, ainsi que les notions de développement de la conscience communautaire. L'association inuite Qikiqtani offre également un programme de camping traditionnel dans 13 communautés partout dans sa région.

La société Ilisaqsvik de Clyde River utilise des programmes de guérison fondée sur le terroir et qui réunissent plus de 60 participants dans des camps culturels de deux semaines. « Pour aider les résidents à se rendre sur le terroir et à renouer avec les activités et lieux traditionnels, trouvant la guérison par le partage de temps ensemble sur le terroir. Plusieurs de nos activités fondées sur le terroir comprennent la participation d'enfants et de jeunes qui apprennent les habiletés traditionnelles »¹⁴⁹, les activités offertes dans les camps comprennent la chasse, la cuisson, la mise en cache de la viande, la fabrication de poupées et de jouets, la couture et l'apprentissage de l'utilisation des plantes traditionnelles. Moosa Akavak, spécialiste-conseil au Centre correctionnel de Baffin, à Iqaluit, fait valoir l'importance de la nourriture inuite dans le processus de guérison. « Si j'amène des hommes à la chasse, je tiens à ce qu'ils mangent de la viande de phoque ou de caribou pendant quelques jours avant notre départ. Particulièrement la viande de phoque, parce qu'elle a un effet apaisant et contribue à la détente. Elle favorise la chaleur et la force pour vivre sur le terroir... Les Inuits sont au fait de ces vertus de la viande de phoque et de la nourriture traditionnelle. Cette nourriture est comme un remède. Sans elle, nous pouvons devenir très en colère et tendus. »¹⁵⁰

La population d'Iqaluit a tenu une fête traditionnelle à l'occasion de la Journée du Nunavut



Photo gracieusement offerte par le MAINC – Bureau régional du Nunavut



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

Services de sages-femmes inuites et soins de la famille

Traditionnellement, le rôle des sages-femmes était important pour la femme inuite. « Les sages-femmes traditionnelles avaient un statut particulier au sein des communautés inuites et étaient respectées et reconnues pour leurs aptitudes. »¹⁵¹ Le travail des sages-femmes continue de constituer un facteur important dans le Nunavut d'aujourd'hui. Un sondage récent a consulté 75 sages-femmes inuites traditionnelles pratiquant actuellement leur art et qui avaient apporté leur aide à un total de 516 naissances.¹⁵² La sage-femme et aînée inuite Illisapi Ootoova a laissé entendre que les services des sages-femmes devraient être rétablis afin de faire économiser au gouvernement les fonds qu'il dépense actuellement pour les évacuations non nécessaires par air et attribue plutôt ces fonds aux patients souffrant de cancer ainsi qu'aux autres cas ayant grand besoin de cette aide.¹⁵³ Compte tenu de cet accent mis sur le rétablissement de la pratique des sages-femmes inuites, il est inacceptable que des dispositions de la nouvelle loi sur la profession de sage-femme au Nunavut criminalisent les pratiques des sages-femmes inuites, abolissant le droit des Inuits à poursuivre cette tradition plutôt que d'accorder aux sages-femmes inuites reconnaissance et respect.

Les soins aux nouveau-nés constituent un des secteurs les plus critiques des soins de santé dans l'ensemble des provinces et territoires. « Des soins améliorés à la maternité et aux nouveau-nés sont un aspect important de l'édification de communautés en santé au Nunavut. Nous devons tous nous assurer que nos enfants obtiennent le meilleur départ possible dans la vie. »¹⁵⁴

Jusqu'au milieu des années 1970, 70 pour cent des accouchements étaient faits dans les communautés où les sages-femmes étaient très impliquées au chapitre de la naissance et des soins aux nouveau-nés.¹⁵⁵ Toutefois, la politique gouvernementale a été créée de façon à « contrer le recours à l'accouchement naturel, à la faveur des naissances dans les postes de soins infirmiers ou des évacuations d'urgence dans les hôpitaux du Sud pour l'accouchement, » parfois jusqu'à six semaines avant la date d'accouchement prévue.¹⁵⁶

Les femmes ainsi envoyées pour accoucher sont isolées de leur famille et de leur communauté, entourées d'étrangers et obligées de partager de l'espace avec d'autres patientes, y compris des personnes malades et atteintes de troubles psychologiques.¹⁵⁷ « J'ai travaillé dans un centre de santé pendant plusieurs années », dit Annie Buchan de Taloyoak. « Si la naissance se produit à la maison, les hommes participent alors à l'événement, et les hommes qui sont présents à l'accouchement de leur femme semblent améliorer leur relation. Ils font

preuve d'une plus grande sollicitude à l'égard de la mère et de l'enfant. Il est très positif que les hommes ou partenaires participent à la naissance, cela améliorant la sollicitude dans la communauté. »¹⁵⁸

Bref, les soins de maternité sont en crise au Nunavut.¹⁵⁹ Cette crise émane de la perte de la capacité locale et de la séparation de la mère de sa famille et de sa communauté pour lorsqu'elle doit donner naissance à un enfant. Il en résulte que les soins de maternité sont fragmentés et inconstants.

Le nombre d'évacuations obstétriques a connu une diminution remarquable à Rankin Inlet grâce au succès du centre des naissances établi là-bas. Mais, des résultats encore plus impressionnants ont été obtenus à l'unité de maternité Inuulitsivik, au Nunavik, à Puvirnituq et à la maternité Innisursivik à Salluit, montrant la voie à suivre au Nunavut. Les programmes du Nunavik démontrent qu'une baisse importante de 90 pour cent des transferts vers le Sud peuvent être obtenus grâce à leur modèle, soit celui de « sages-femmes aînées inuites, appuyées par des sages-femmes du Sud travaillant en rotation pour offrir de l'appui et de la formation. »¹⁶⁰

Un centre des naissances a été ouvert à Rankin Inlet en 1996, et un autre est prévu à Iqaluit. Un troisième est proposé pour Cambridge Bay. En 2005, un programme de sages-femmes a été mis sur pied au Collège de l'Arctique du Nunavut. Toutefois, en date de juin 2008, l'hôpital régional Qikiqtani d'Iqaluit n'autorise pas les sages-femmes instructrices ou les sages-femmes inuites à superviser les étudiantes en pratique de sage-femme dans leurs stages à l'hôpital. Elles doivent plutôt être supervisées par des médecins et infirmières, ce qui renforce le modèle médical, ce que le programme de formation de sages-femmes était destiné à éviter.

CONCLUSION

Ce rapport fait état de préoccupations importantes auxquelles est confrontée la population du Nunavut. C'est pourquoi un établissement judicieux des priorités et une affectation avisée des fonds disponibles à la prestation des soins de santé sont absolument essentiels pour garantir le bien-être des Inuits.

Un aspect clé de l'article 32 de l'ARTN est l'exigence que les Inuits participent à la création des programmes sociaux, y compris les méthodes de prestation. Les Inuits sont donc tenus de participer à la création et à la prestation de tous les programmes fédéraux et territoriaux de santé au Nunavut.

Ce rapport donne un aperçu de la vaste gamme de programmes de santé, de guérison et d'activités de bien-être en cours au Nunavut. Plusieurs de ces programmes fonctionnent isolément d'un plan cohérent; ils sont fragmentés et non coordonnés. Ce rapport démontre qu'il y a un système en œuvre, au-delà du système biomédical du GN, géré et financé par le gouvernement fédéral, influencé à divers degrés par les organismes représentatifs inuits, et livré par des Inuits et des organismes communautaires inuits qui ne sont pas traités comme des égaux dans la prestation des soins de santé.

Reily Barnes (à gauche) et Terrance Kango, enfants d'Iqaluit, partagent une collation santé.



Photo par Billie Barnes

Ce rapport fait également valoir que presque tous les fonds destinés à la santé au Nunavut, du bien-être communautaire à la formule de financement des territoires, émanent du gouvernement fédéral. Les parties fédérale et territoriale de ce système obtiennent un financement de base et considérées comme plus prioritaires que les composantes inuites et communautaires, lesquelles doivent lutter pour être reconnues et pour obtenir des ressources. Les programmes de bien-être et de guérison communautaires ont besoin d'un financement de base souple, à long terme, similaire à celui que reçoit le système de santé du GN, afin de pouvoir optimiser leur efficacité et de garantir leur viabilité.

Bien que la partie biomédicale du système obtienne un financement de base, ses fonds sont insuffisants pour payer pour un système qui est si largement disséminé et lourdement dépendant des hôpitaux et professionnels de la santé du Sud. Ce système biomédical si compliqué, fragmenté et logistiquement étiré n'est pas viable. Le gouvernement fédéral doit investir plus d'argent dans le système biomédical du Nunavut, lequel doit évoluer vers un authentique système centré sur le Nunavut.

À l'intérieur même du système de la santé se trouvent des personnes qui, dans chaque communauté, travaillent au bien de tous. Ces ressources humaines inestimables comprennent les RSC, les infirmières, les travailleurs en bien-être communautaire, les travailleurs en prévention des toxicomanies et en santé mentale, ainsi que les comités de santé des conseils de hameaux. Ces travailleurs dévoués doivent obtenir un appui adéquat. Ils doivent être adéquatement rémunérés et mieux formés, mais il doit y avoir plus d'Inuits formés pour occuper ces postes, comme le requiert l'article 23 de l'ARTC.

L'approche des SSP devrait guider l'évolution de tous les soins de santé au Nunavut. Cette approche permettra aux forces de notre culture et de notre société en matière de santé et de bien-être d'être dûment reconnues et respectées. Les Inuits et les communautés participeront à la prestation de nos soins de santé, établiront et géreront les priorités en santé, et se verront accorder les ressources et l'autonomie requises pour les mettre en pratique. L'administration et le fonctionnement du système de santé selon une approche plus holistique et inclusive démontreront que le gouvernement a confiance dans son peuple et dans ses traditions.



RECOMMANDATIONS

1) Appuyer l'approche des soins de santé primaires

- a. Focaliser sur les soins à la mère au nouveau-né.
- b. Rétablir et maintenir la surveillance de la santé publique.
- c. Produire un rapport des indicateurs comparables pour le Nunavut et le Canada en utilisant des statistiques qui distinguent les données sur les Inuits et les non-Inuits.
- d. Développer et utiliser des indicateurs de santé pertinents à la culture inuite.
- e. Offrir les services de santé en langue inuite.
- f. Établir des critères d'évaluation efficaces et fiables par rapport aux programmes de bien-être communautaires et à leur rôle dans la prévention du suicide.
- g. Développer une stratégie holistique unique de prévention du suicide.

2) Les gouvernements fédéral et territorial doivent communiquer avec les Inuits et les impliquer dans la création et la prestation des services de santé

- a. Confier l'administration du financement de la santé propre aux Inuits aux organisations inuites, ou instituer l'approbation inuite du financement des services de santé propres aux Inuits administrés par le GN.
- b. Selon l'Article 32.2.1 de l'ARTN, les gouvernements fédéral et territorial doivent offrir aux Inuits l'occasion de participer au développement des politiques sociales et culturelles, ainsi qu'à la création des programmes et services sociaux et culturels, y compris à leur mode de prestation.
- c. Le gouvernement doit produire un rapport annuel du nombre d'Inuits transportés par avion pour recevoir des services médicaux et dentaires, ainsi que des coûts associés; et également produire un rapport des coûts comparatifs du rapatriement des services hospitaliers et médicaux du Sud vers le Nunavut.
- d. Le GN devrait appuyer activement et développer les comités de santé communautaire.

3) Respecter les organismes communautaires et leur accorder un financement de base dans le cadre du système de santé

- a. Le gouvernement doit fournir du financement pluriannuel aux organismes Inuits et communautaires de guérison et de bien-être pour garantir la stabilité et la continuité de la dotation en personnel et de la prestation des programmes.
- b. Reconnaître et respecter le rôle continu des aînés, guérisseurs et sages-femmes inuits, en leur offrant une rémunération ainsi qu'en financement la formation de leurs apprentis.
- c. Le gouvernement doit reconnaître les trois pratiques de guérison traditionnelles inuites et les financer; les services-conseils inuits en bien-être, les sages-femmes et soins à la mère et à l'enfant inuits, ainsi que l'alimentation du terroir (nutrition) et les programmes sur le terrain
- d. Bâtir des centres de bien-être inuits.
- e. Publier des ressources pour les guérisseurs inuits

4) Améliorer les ressources humaines en soins de santé

- a. Offrir aux infirmières une rémunération et un forfait de formation concurrentiels et améliorer les conditions sur les lieux de travail ainsi que l'hébergement pour les infirmières. Veiller à ce que les infirmières du GN ne soient pas moins rémunérées que les infirmières d'agences.
- b. Embaucher 10 RSC pour combler les postes vacants.
- c. Offrir la formation des RSC en langue inuktitut et élargir la formation des RSC pour qu'elle comprenne les rôles paramédicaux, les services-conseils en psychologie, le diagnostic physique préliminaire et le traitement préliminaire.
- d. Offrir des programmes de formation des conseillers en langue inuktitut.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Canada. Statistique Canada. 2007. *2006 Recensement du Canada*. Ottawa : Statistique Canada.
- 2 Bennett, J. et S. Rowley, eds. 2004. *Uqalurait : An Oral History of Nunavut*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 209-220.
- 3 Ibid., 3.
- 4 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *Our Words Must Come Back To Us : Report of the Inungni Sapujijit Task Force on Suicide Prevention et Community Healing*. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 5 Instituts de recherche en santé du Canada. 2002. *Health Research Needs North of 60 : Northern Town Hall Meetings*, Septembre 2001, 12.
- 6 Canada. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Fédération Tungavik du Nunavut. 1993. *Agreement between the Inuit of the Nunavut settlement area et Her Majesty in Right of Canada, Nunavut Land Claims Agreement*. Ottawa : Publié sous l'autorité conjointe de Tunkavik et de l'Hon. T. Siddon, ministres des Affaires indiennes et du Nord canadien, Article 4.
- 7 Ibid., Article 32.2.1.
- 8 Ibid., Article 23.2.1.
- 9 Canada. Statistique Canada. 1998. *Survey on Living Conditions in the Arctic : Inuit peoples of Labrador, Nunavik, Nunavut et the Inuvik region : Feasibility Study Draft*. Division des sondages spéciaux. Octobre. Ottawa : Statistique Canada, 15.
- 10 Poppel, B., J. Kruse, G. Duhaime, et L. Abryutina. 2007. *Survey of Living Conditions in the Arctic : SLiCA Results*. Anchorage : Institute of Social et Economic Research, University of Alaska Anchorage, v.
- 11 National Science Foundation. 2007. Family Ties And Traditional Activities Keep Arctic Communities Vital, Survey Reveals. *Science Daily*. Mars 23. <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/03/070321130545.htm>
- 12 Poppel, B., J. Kruse, G. Duhaime, et L. Abryutina. 2007. *Survey of Living Conditions in the Arctic : SLiCA Results*. Anchorage : Institute of Social et Economic Research, University of Alaska Anchorage, v.
- 13 Canada. Statistique Canada. 2008. *Aboriginal Peoples in Canada in 2006*. Ottawa : Statistique Canada, 24.
- 14 Tester, F. 2006. *IGLUTAQ (in my room) : The Implications of Homelessness for Inuit, A Case Study of Housing et Homelessness in Kinngait, Nunavut Territory*. Avril. Préparé pour The Harvest Society.
- 15 Canadian Institute for Health Information. 2004. *Improving the Health of Canadians*. Canadian Population Health Initiative.
- 16 Kovesi, T., N. Gilbert, C. Stocco, D. Fugler, R. Dales, M. Guay et J. Miller. 2007. Indoor air quality et the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Journal de l'Association médicale canadienne* 177 : 155-160.
- 17 Canada. Statistique Canada, 2006 Données du recensement, Tableau 18. Ottawa : Statistique Canada.
- 19 Statistique Canada, données du sondage *Aboriginal Peoples Survey*, citées dans *Inuusiqaatiarniq : Annual report on the State of Inuit Culture et Society 2003-05*. Iqaluit : Department of Social et Cultural Development, Nunavut Tunngavik Inc., 14.
- 20 Canada. Statistique Canada. 2002. *2001 Recensement du Canada*. Ottawa : Statistique Canada.
- 21 Berger, T.R. 2006. *The Nunavut Project : Conciliator's Rapport final*. Mars 1. Ottawa : Rapport préparé pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien.
- 22 Ibid.
- 23 Chan, H.M., K. Fediuk, S. Hamilton, L. Rostas, A. Caughey, H. Kuhnlein, G. Egeland et E. Loring. 2006. Food Security in Nunavut, Canada : Barriers et Recommendations. *International Journal of Circumpolar Health* 65 :5, 417
- 24 Statistique Canada. 2005. Food Insecurity. *Health Reports* 16 :3. Ottawa : Statistique Canada.
- 25 CBC News. 2006. Trans fat levels high in North, scientist says. 14 décembre
- 26 Cundill, E. 2007. *The Food Mail Program : Effects on Inuit*. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami. Mars, 14.
- 27 Archibald, L. et R. Grey. 2004. *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami, 12
- 28 *Food Security in Nunavut*, 417.
- 29 Kuhnlein, H., L. Chan, G. Egeland, et O. Receveur. 2003. « Canadian Arctic Indigenous Peoples, Traditional Food Systems, and POPs. » Dans *Northern Lights Against POPs : Combating Toxic Threats in the Arctic*, ed. D. Downie et T. Fenge, 27. Montréal/Kingston : McGill-Queen's University Press.
- 30 Spicer, J. 2008. Inuit lifespan stagnates while Canada's rises. *Reuters*. 23 janvier.



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

- 31 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *Nunavut Report on Comparable Health Indicators*. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 32 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2002. *Report on Comparable Health Indicators for Nunavut et Canada*. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 33 Healey, G. et L. Meadows. 2007. Inuit Women's Health in Nunavut : a review of the Literature. *International Journal of Circumpolar Health* 66 :3, 204.
- 34 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *Nursing Perspectives on Public Health Programming in Nunavut*, Rapport compilé par A. Roberts et L. Gerber. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 35 New Economy Development Group. 2006. *Piliriqatigiinnngniq – Working Together for the Common Good*. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut Tunngavik Incorporated et Secrétariat du Nord de Santé Canada, 56.
- 36 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Proposal for a Coordinated expansion of Maternal/Newborn Health Services in Nunavut 2007-2017, Draft 5*. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 37 Gendarmerie royale du Canada. 2001. FAS and Law Enforcement. Présenté à l'assemblée annuelle Health and Enforcement in Partnership. 31 mai.
- 38 Nelson, O. 2003. FAS offender need special help, justice experts say. *Nunatsiaq News*. 28 mars. http://www.nunatsiaq.com/archives/nunavut030328/news/nunavut/30328_06.html
- 39 Canada. Statistique Canada. 2002. *2001 Aboriginal Peoples Survey*. Données inédites.
- 40 Archibald, L. 2004. *Teenage Pregnancy in Inuit Communities : Issues and Perspectives*. Pauktuutit Inuit Women's Association, 11.
- 41 Waldren, J.B., A. Herring, et T.K. Young. 2006. *Aboriginal Health in Canada : Historical, Cultural, et Epidemiological Perspectives, Second Edition*. Toronto : University of Toronto Press, 95.
- 42 *Nursing Perspectives*.
- 43 *Aboriginal Health in Canada*, Waldren/Herring/Young, 2006, 2nd ed, pg 91.
- 44 *Piliriqatigiinnngniq*.
- 45 *Nunavut Report on Comparable Indicators*.
- 46 *Nursing Perspectives*.
- 47 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Diabetes in Nunavut, 1997 – 2002*. Healey, S. et A. Qayyam, auteurs. Iqaluit : Gouvernement du Nunavut.
- 48 *Diabetes in Nunavut*, 9.
- 49 Elliott, L. et A. Macaulay. 2004. *Public Health Surveillance In the Inuit of Canada's Four Northern Inuit Regions : Currently Available Data et Recommendations for Enhanced Surveillance*. Préparé pour Inuit Tapiriit Kanatami. Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba, 21.
- 50 *Aboriginal Health in Canada*, 102.
- 51 *Nunavut Report on Comparable Indicators*
- 52 Sandiford Grygier, P. 1997. *A Long Way from Home : The Tuberculosis Epidemic among the Inuit*. Montréal/Kingston : McGill-Queens University Press.
- 53 *Public Health Surveillance*, 15.
- 54 CBC News. 2008. Superbug becoming major problem in North, health officials warn. 1^{er} août.
- 55 CBC News. 2008. 1,200 Nunavut residents waiting for public housing : auditor general. 23 mai.
- 56 Banerji, A., et al. 2001. Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164 (13), 1847-50.
- 57 CBC News. 2008. N.W.T. research suggests Inuit genetic link to respiratory infections. 30 janvier.
- 58 Banerji, A. 2008. *Risk factors for lower respiratory tract infections (LRTIs) hospital admission for LRTI among Canadian Inuit children*. Publication à venir.
- 59 Creery, David et al. 2005. Costs associated with infant bronchiolitis in the baffin region of Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health*. 64 :1, 42.
- 60 *Public Health Surveillance*, 15-16.
- 61 *Comparable Health Indicators for Nunavut et Canada*.
- 62 *ibid.*
- 63 *ibid.*
- 64 *ibid.*
- 65 Cité dans Stevenson, L. et Q. Ellsworth. 2004. *National Inuit youth suicide prevention framework*. Iqaluit : Inuit Tapiriit Kanatami/National Inuit Youth Council.
- 66 Kirmayer, L. J. 2007. Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Journal of Transcultural Psychiatry* 44(2), 232-257.
- 67 Kirmayer, L. et K. Paul. 2004. Mental health, Social Support et Community Wellness. *Nunavik Inuit Health Survey 2004 : Qanuip-pitaa? How are we?* Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 14.
- 68 *Inuit Women's Health in Nunavut*, 208.
- 69 Archibald, L. et R. Grey. 2004. *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami, 32.

- 70 CBC News. 2008. Nunavut residents commit suicide for different reasons : researcher. 9 janvier.
- 71 Law, S.F. et E.M. Hutton. 2007. Community Psychiatry in the Canadian Arctic — Reflections From A 1-year Continuous Consultation Series in Iqaluit, Nunavut. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 26 :2. Fall, 123 – 140.
- 72 Johal, Am. 2007. Native suicide surge rooted in colonial traumas. *Inter Press Service News Agency*. 7 janvier.
- 73 *ibid.*
- 74 Hicks, J. 2007. The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth. *Indigenous Affairs* 2007 :4, 30-37. www.iwgja.org/sw25098.asp
- 75 Native suicide surge rooted.
- 76 *National Inuit youth suicide prevention framework.*
- 77 Nunavut. Bureau de la Statistique. 2003. *Statistics on death by suicide in Nunavut 1975-2003*. Présentation Powerpoint. Janvier.
- 78 Thompson, J. 2007. Suicide response plans gather dust. *Nunatsiaq News*. 4 mai.
- 79 *National Inuit youth suicide prevention framework.*
- 80 Canada. Ministère des Finances. 2008. *Federal Transfers to Provinces et Territories*. Ottawa : Ministère des Finances.
- 81 Diubaldo, R. 1981. The Absurd Little Mouse : When Eskimos Became Indians. *Journal of Canadian Studies* 16/2, 34-40.
- 82 Duffy, R. Q. 1988. *The Road to Nunavut*. Kingston/Montréal : McGill-Queens University Press, chapitre Four.
- 83 *Aboriginal Health in Canada*, 198-9.
- 84 Coates, K. et W. Morrison, éditeurs. 1989. *Interpreting Canada's North*. Toronto : Copp Clark Pitman, 284.
- 85 Picco, E. 2002. *Gouvernement du Nunavut Presentation to the Commission on the Future of Health Care in Canada*. Romanow Commission : Iqaluit, Nunavut. 8 avril.
- 86 Canada. Santé Canada. 2005. *Ten Years of Health Transfer First Nation et Inuit Control*. Ottawa : Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/4_workload-tache-eng.php
- 87 Territoires du Nord-Ouest. 1996. *Government of the Northwest Territories Response to Footprint 2 : A Second Comprehensive Report of the Nunavut Implementation Commission*. 16-17 décembre.
- 88 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Defining et Strengthening the Public Health System in Nunavut*, Rapport final. Juillet. Préparé par B.W. Moloughney.
- 89 *Defining et Strengthening*, 24.
- 90 Provincial et Territorial Ministers of Health. 2000. *Understanding Canada's Health Care Costs*, Rapport final. 4 août.
- 91 Canadian Institute for Health Information. 2007. *National Healthcare Expenditure Trends 1975 – 2006 : Data Tables*. Analytic Reports.
- 92 Nunavut. Ministère des Finances et de l'Administration. 2007. *Gouvernement du Nunavut Main Estimates, 2007-08*. Iqaluit : Ministère des Finances et de l'Administration; et, Statistique Canada. 2007. *Recensement du Canada, 2006*. Ottawa : Statistique Canada.
- 93 National Healthcare Expenditure Trends .
- 94 *Federal Transfers to Provinces et Territories*.
- 95 The Council of the Federation. Advisory Panel on Fiscal Imbalance. 2006. *Reconciling the Irreconcilable : Addressing Canada's Fiscal Imbalance*. Ottawa : Council of the Federation Secretariat, 51.
- 96 *Reconciling the Irreconcilable*, 49.
- 97 Canada. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Program Overview for Grants to support the Government of the Northwest Territories et the Gouvernement du Nunavut for health care of Indians et Inuit*. Ottawa : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/rmaf/Anx9f_e.html
- 98 *Ibid.*
- 99 *Ibid.*
- 100 *Nursing Perspectives*.
- 101 Registered Nurses Association of the Northwest Territories et Nunavut. 2006. *Nurse Recruitment et Retention Survey 2005 Nunavut Survey Results Report*.
- 102 Gouvernement du Nunavut, Santé et services sociaux, correspondance par courriel, octobre 2008.
- 103 Mass, H., L. Brunke, S. Thorne et H.G. Parslow. 2006. Preparing the Next Generation of Senior Nursing Leaders in Canada : Perceptions of Role Competencies and Barriers from the Perspectives of Inhabitants and Aspirants. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 19(2), 75-91.
- 104 *Nurse Recruitment et Retention Survey*. http://www.nantnu.ca/Portals/0/Documents/2005_nunavut_surveyresults.pdf
- 105 *ibid.*
- 106 *Interpreting Canada's North*, 289.
- 107 O'Neil, J. 1979. Health care delivery in an Inuit settlement : a study of Conflict and congruence in Inuit adaptation to the cosmopolitan medical system. Thèse de doctorat. University of Saskatoon, 210.



SYSTÈME DE SANTÉ DU NUNAVUT

- 108 *Nursing Perspectives*.
- 109 *ibid.*
- 110 *Defining et Strengthening*, 43.
- 111 Archibald, Linda et Grey, Roda. *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, Inuit Tapiriit Kanatami, Ottawa, 2004, page 29.
- 112 CBC News. 2008. Doctors rotating shifts to relieve Rankin Inlet shortage. 22 juillet.
- 113 Site Web du Canadian Institute for Health Information. « Number of Physicians per 100,000 Population by Province/Territory, Canada, 2006. » http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/smdb_2006_fig6_e.html
- 114 Schroth, R.J. 2006. The State of Dental Health in the North. *International Journal of Circumpolar Health*. 65 :2, 98.
- 115 *ibid.*
- 116 *ibid.*, 100.
- 117 *ibid.*, 98.
- 118 Canada. Ministère de l'Approvisionnement et des Services. 1996. *Report of Royal Commission on Aboriginal Peoples, Vol. 3, Gathering Strength*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et des Services du Canada, 253.
- 119 *Piliriatigiinniq*, 21.
- 120 *Piliriatigiinniq*.
- 121 Cundill, E. 2007. *The Food Mail Program : Effects on Inuit*. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami.
- 122 Ilisaqsivik Society. 2007. *Notes pour la présentation PowerPoint Ilisaqsivik*.
- 123 Hammond, M. 2006. *Road to Competency : CHRs et the need for national, competency-based training and credible career paths for Inuit, Métis and First Nations health and wellness workers*. Kahnawake : National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization.
- 124 Canada. Santé Canada. 2006. *About Primary Health Care*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php>
- 125 Canada. Santé Canada. 2004. *First Ministers Meeting on the Future of Health Care : A Ten Year Plan to Strengthen Health Care*. <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- 126 *Main Estimates 2007-2008*.
- 127 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Developing Healthy Communities, A Public Health Strategy for Nunavut, 2008-2013* Iqaluit : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 128 *Defining et Strengthening*, vi.
- 129 *ibid.*, 59.
- 130 *Nunattini, Qanuiginnivut/Our Land, Our Health : A Draft Public Health Promotion Plan for Nunavut (2006-2011)*, Shroff Consulting.
- 131 *Piliriatigiinniq*.
- 132 Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Plan d'activités ministériel du Ministère de la Santé et des Services sociaux 2007-2008*.
- 133 *Developing Healthy Communities*, 25.
- 134 *Public Health Surveillance*, 10.
- 135 George, J. 2006. Nunavik women giving birth closer to home. *Nunatsiaq News*. 12 mai.
- 136 *Defining et Strengthening*, v.
- 137 Canada. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. 2006. *Second Independent Five Year Review of Implementation of the Nunavut Land Claims Agreement*. PricewaterhouseCoopers. 11 mai, 4.
- 138 PricewaterhouseCoopers. 2008. *Présentation au comité sénatorial sur les peuples autochtones*. 5 mars.
- 139 Downey, B. 2005. *Understanding the Context of Cultural Competency and Cultural Safety in the Recruitment, Retention, Training and Utilization of First Nations, Inuit and Metis in the Nursing Profession*. Présentation de l'Organisation nationale de la santé autochtone au congrès annuel de l'Association des infirmières autochtones du Canada. Sept.
- 140 Ootoova, I et al. 2001. *Interviewing Inuit Elders : Volume 5, Perspectives on Traditional Health*, Iqaluit : Collège de l'Arctique du Nunavut; Pauktuutit Inuit Women of Canada. 2004. *Inuit healing in contemporary Inuit society (Nuluaq Project)*; Korhonen, M. 2005. *Ikajurniq, Basic Counselling Skills : Inuit Voices, Modern Methods*. Organisation nationale de la santé autochtone.
- 141 *Inuit healing in contemporary Inuit society*.
- 142 *ibid.*
- 143 *Notes pour la présentation PowerPoint Ilisaqsivik*.
- 144 *Perspectives on Traditional Health*, 1.
- 145 *Inuit healing in contemporary Inuit society*.
- 146 *Evaluation of Models of Health Care*, 31.
- 147 *Perspectives on Traditional Health*, 4.
- 148 Minor, K. 1992. *Issumatuq : Learning from the Traditional Healing Wisdom of the Canadian Inuit*. Halifax : Fernwood Publishing, 83.
- 149 *Notes pour la présentation PowerPoint Ilisaqsivik*.
- 150 *Inuit healing in contemporary Inuit society*, 4.

- ¹⁵¹ Ross M. 1997. Aboriginal women's health : cultural values, belief, and practices. *Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. 17 :987-91.
- ¹⁵² Pauktuutit Inuit Women of Canada. *National Inuit Midwife Strategy*. http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/pauktuutit/MidwiferyPoster_e.pdf
- ¹⁵³ Perspectives on Traditional Health, 107.
- ¹⁵⁴ Aglukkaq, Hon. L. 2005. *Minister's Statement to the Legislative Assembly of Nunavut*. Iqaluit : Nunavut. Fall.
- ¹⁵⁵ *Interpreting Canada's North*, 289.
- ¹⁵⁶ Douglas, V. 2006. Childbirth among the Canadian Inuit. *International Journal of Circumpolar Health*. 65 :2, 122.
- ¹⁵⁷ *Piliriqatigiinnngniq*.
- ¹⁵⁸ Pauktuutit Inuit Women of Canada. 2008. *National Inuit GBA Health Indicators Conference*. Janvier.
- ¹⁵⁹ *Maternal/Newborn Health Services*.
- ¹⁶⁰ Nunavik women giving birth closer to home.