

Les Cahiers du CIÉRA



Les Cahiers du CIÉRA

Les Cahiers du CIÉRA publient les actes de colloques, de journées d'étude et de séminaires organisés par les chercheurs du CIÉRA, ainsi que leurs projets d'ouvrages collectifs et des contributions ponctuelles. La publication des *Cahiers du CIÉRA* est également ouverte aux membres des Premières nations, aux Inuit et aux Métis, ainsi qu'à tous les chercheurs intéressés aux questions autochtones.

www.ciera.ulaval.ca

© Éditions du CIÉRA
2011

Les Cahiers du CIÉRA
n°8
novembre 2011

Le bien-être et la santé autochtones

*Numéro réalisé sous la direction de
Aurélie Maire et Moustapha Faye*

Les Cahiers du CIÉRA

Direction

Martin Hébert, directeur du CIÉRA

Comité de rédaction, révision des textes francophones et mise en page

Aurélie Maire et Moustapha Faye

Maquette de couverture

Aurélie Maire

Illustration de couverture

Sonia Robertson

Tous les droits de reproduction sont réservés

Les droits d'auteur des illustrations reproduites dans ce numéro sont la propriété des illustrateurs

Correspondance

Comité de rédaction des *Cahiers du CIÉRA*

Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones

Pavillon De Koninck – Local 0450

1030, avenue des sciences humaines

Université Laval

Québec, Qc.

G1V 0A6

Tel : (418) 656-7596

ciera@ciera.ulaval.ca

www.ciera.ulaval.ca

ISSN 1919-6474

Illustration de la couverture

L'illustration présentée en page de couverture et à la page 19 de ce numéro est la photographie d'une création originale de Sonia Robertson, intitulée *Pansez l'arbre*. Cette œuvre a été réalisée en 2003, lors de l'événement *Boréal Art Nature*, organisé à l'Annonciation (Québec). Il s'agit d'une installation *in situ* effectuée sur quatre arbres et réalisée en feuilles d'érables cousues avec du fil blanc. La reproduction de cette œuvre a été généreusement offerte par l'artiste.

Titulaire d'un baccalauréat interdisciplinaire en art de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et diplômée en art thérapie à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), Sonia Robertson est une artiste pluridisciplinaire qui explore divers domaines (photographie, sculpture, performance, danse, musique, littérature). Son travail a été présenté au Québec et au Canada, en France et au Japon. Profondément engagée dans la dynamique culturelle autochtone, Sonia Robertson est par ailleurs la fondatrice de l'association du Parc-sacré/*Kanatokuliuetsh uapikun* qu'elle nous présente dans son texte du présent numéro.

Le comité de rédaction la remercie chaleureusement pour son offre généreuse d'utiliser la photographie de l'une de ses créations artistiques, dans le cadre de l'illustration de la couverture de ce numéro des *Cahiers du CIÉRA*.

Participations à quelques expositions

- 1992, *Perspectives autochtones contemporaines*, Ottawa : Musée Canadien des Civilisations.
- 2000, *Des Indiens d'Amérique au pays des Inu*, Tokyo : Galerie Ef.
- 2002, *Sonia Robertson : Dialogue entre elle et moi à propos de l'esprit des animaux*, Montréal : Centre des arts actuels Skol.
- 2008, *Au fil des jours : créations autochtones contemporaines*, Ottawa : Musée Canadien des Civilisations.

Quelques références

ACE, Barry et July PAPATIE, *Transition. Contemporary Canadian Indian and Inuit Art/L'art contemporain des Indiens et des Inuit du Canada*, Ottawa : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canada, 1997.

BOUCHARD, Jacqueline, 2003, « Le voyage de Sonia Robertson : un territoire pour une histoire », *Recherches amérindiennes au Québec*, 33(3) : 45-54.

CHARCE, Chloë, 2008, *Entre deux mondes. Métissage, identité et histoire : sur le traces de Sonia Robertson, Sylvie Paré et Rebecca Belmore ou les parcours artistiques de trois femmes autochtones, entre la mémoire et l'audace*, mémoire de maîtrise, Montréal : Université du Québec à Montréal.

GUAY, France, 1995, « La nature comme œuvre d'art : l'Arbre sacré », *Lubie*, 3(27) : 7.

Sommaire

Le bien-être et la santé autochtones

Présentation	3
Une vision globale de la santé <i>Sonia Robertson</i>	13
Faire de l'anthropologie médicale ici et ailleurs : un luxe <i>Moustapha Faye</i>	21
Sida et prise en charge en contexte rural : l'influence des mutuelles de santé dans l'accès aux soins chez les personnes vivant avec le VIH <i>Pierre Boris N'nde</i>	29
Réflexion critique sur la santé des autochtones <i>Bernard Roy et Anne-Marie Michaud</i>	59
La clinique Minowé : un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les autochtones de la Vallée-de-l'Or <i>Amélie Lainé et Mathieu-Joffre Lainé</i>	87
Pour le bien-être des patients inuit soignés en milieu urbain : récits autobiographiques et mémoires collectives autour des collections ethnographiques du Musée McCord <i>Marie-Pierre Gadoua</i>	95
Le mouvement Healing Our Spirit Worldwide <i>Marie-Pierre Renaud</i>	129
Notices biographiques	143
Note à l'intention des auteurs	147

Présentation

Ce huitième numéro des *Cahiers du CIÉRA* propose une réflexion pluridisciplinaire sur la thématique du bien-être et de la santé autochtones. La proposition de ce thème s'inscrit dans la continuité des discussions engagées lors du colloque annuel du Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones (CIÉRA) et de l'Association étudiante autochtone (AÉA) de l'Université Laval intitulé *Initiatives, succès et avancées autochtones* qui s'est tenu les 14 et 15 avril 2011. La première session de ce colloque étant dédiée au domaine de la santé au sein des milieux autochtones, nous avons souhaité poursuivre cette discussion. L'idée de cette publication s'est ainsi élaborée à partir des réflexions engagées sur ce thème entre les participants du colloque, les organisateurs de l'événement et les étudiants du CIÉRA. Cette initiative vise à enrichir la réflexion propre au domaine du bien-être et de la santé, dans une perspective autochtone et non-autochtone. Les textes des auteurs de ce numéro présentent des projets d'initiatives et de recherches en cours qui rendent compte des perceptions socio-culturelles de la santé dans des milieux autochtones internationaux.

Du point de vue des sciences sociales, les perceptions de la maladie et du domaine de la santé relèvent de constructions sociales et culturelles influencées par des traditions ethno-médicales plurielles. Tremblay exprimait ainsi :

Toutes les civilisations du monde ont élaboré des conceptions de la maladie, ont développé des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psychosomatiques et socio-culturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des spécialistes, application des thérapeutiques, constituent autant d'éléments du système médical qui sont influencés par les visions du monde, les systèmes de pensée et les modes de vie. (Tremblay 1982 : 7)

Jusqu'au XVI^e siècle en Occident, le traitement des maladies relevait du domaine exclusif de l'Église. La question de la relation du corps et de l'âme à Dieu nourrit non seulement la pensée philosophique (Merleau-Ponty 2002), mais fonde également la tradition médicale qui repose sur le principe cartésien de la séparation organique du corps et de l'âme. Comme le souligne Foucault, la dissection des cadavres s'effectue alors sous l'autorité des institutions religieuses (1963 : 125). Dans le domaine des sciences sociales, les premiers écrits ethnographiques consacrés aux questions de la santé et de la médecine envisagent la maladie en étroite relation avec les systèmes magico-religieuses de croyances des sociétés

étudiées (Rivers 1924 ; Rasmussen 1929 ; Evans-Pritchard 1937). Certaines recherches consacrées aux pratiques médicales s'orientent vers une dimension « fonctionnaliste » avec Hallowell (1941) et Ackerknecht (1946). Ce dernier constate par exemple que dans les sociétés non-occidentales, « la médecine magico-religieuse fournit, aux moindres frais, les services qui sont rendus dans la nôtre par les tribunaux, la police, les maîtres d'école, les prêtres ou les soldats » (cité *in* Walsler et Koelbing 1971 : 168). Selon Fainzang, la maladie comme objet d'étude de l'anthropologie sociale relève ainsi de deux orientations : l'une cognitive, l'autre fonctionnaliste (2000 : 8) qui amorcent le développement de l'anthropologie médicale dans les années 1960 ou de « l'anthropologie de la maladie », pour reprendre l'expression d'Augé (1986). Pour ce dernier, l'étude de la maladie est envisagée comme un domaine de l'anthropologie sociale, puisque les pratiques relatives au traitement de la maladie sont indissociables d'un système symbolique articulé où l'intrication entre les conceptions du désordre biologique et du désordre social est étroite. L'ensemble de ces recherches vise à comprendre l'influence de la culture sur les rapports de l'être humain à la santé et à la maladie.

Dès les années 1970, les travaux de Devereux (1972, 1977), Foster et Anderson (1978), Kleinman (1980), Laplantine (1986, 1988) et Fainzang (1989), entre autres, explorent de nouvelles pistes de réflexion avec l'étude des liens entre la culture et la psychologie qui déterminent les systèmes médicaux au sein des sociétés non-occidentales. La maladie est alors envisagée dans une perspective plus globale où elle résulte de l'intervention délibérée d'un être humain ou d'un agent non-humain (Foster 1976). Dans cette perspective, Murdoch (1980) élabore une théorie de la maladie qui distingue cinq types de causalité « naturelle » et treize types de causalité « surnaturelle ». Les questions propres au domaine de la santé et de la perception de la maladie placent l'individu et la notion de personne au centre des recherches récentes (Saillant et Gagnon 1999 ; Perrin 2010). Fainzang souligne ainsi : « Le but premier de l'anthropologie de la maladie est donc, non pas de concevoir des recherches finalisées sur une cible biomédicale, mais d'accéder par une autre porte à la connaissance de l'Homme en société » (2000 : 12).

Dans une perspective plus pragmatique, l'étude des représentations sociales de la santé et de la maladie, ainsi que les savoirs et les pratiques socio-médicales actuelles qui en résultent, permettent des actions thérapeutiques spécifiques et l'élaboration de soins médicaux mieux adaptés aux contextes socio-culturels autochtones. La vision holistique des cosmologies autochtones n'est pas anodine et mériterait davantage de considération dans le domaine médical occidental.

Petawabano, un ancien chef de Mistissini et signataire de la convention de la Baie-James et du Nord québécois rappelle que :

Les autochtones considèrent la santé comme un état de bien-être à la fois psychologique et social qu'engendre et entretient, chez l'individu comme le groupe dont il fait partie, une démarche globale fondée sur l'harmonie, le respect mutuel et la fidélité à des valeurs essentielles partagées. (St-Arnaud et Bélanger 2005 : 162)

Au sein des communautés des Premières nations, des Métis et des Inuit, les notions de santé et de maladie se réfèrent souvent à une vision globale où tout individu ne peut être dissocié de ce qui l'entoure, puisqu'il interagit constamment avec son environnement. Le témoignage d'Akisu Joamie, un aîné inuit du Nunavut, souligne cette différence de perception entre les autochtones et les non-autochtones :

En fait, la santé est moins conçue comme une affaire personnelle, comme c'est souvent le cas dans les sociétés occidentales, qu'une participation à l'harmonie générale. La personne est tout à la fois inscrite dans un espace-temps et intégrée à un environnement social, si bien que ces diverses expériences sont loin d'appartenir uniquement à l'ordre du réel. (Therrien et Laugrand 2001 : 3)

L'importance d'un juste équilibre entre le monde des êtres vivants (humains et animaux), celui des défunts et celui des entités invisibles ou des esprits semble ainsi déterminer la bonne santé des individus et de la communauté :

Les aînés [inuit] ont souligné que seul un esprit fort peut garantir un corps résistant et que la santé est à mettre en rapport étroit avec la diversité des expériences humaines incluant la qualité des relations interpersonnelles, la qualité des relations à l'environnement et au gibier, la qualité des relations aux défunts et aux esprits. Concernant ce dernier point, il a été rappelé que les rêves étaient, et encore essentiels au bien-être. (*Ibid.* : 2-3)

Si la vision de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) élaborée en 1946 semble bien loin de ces préoccupations, il n'en demeure pas moins que des initiatives autochtones internationales se mettent en place en vue d'élaborer des stratégies d'actions socio-médicales mieux adaptées à leurs besoins. De nombreux exemples pourraient être cités, parmi lesquels : l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies, l'International Indigenous Council créé en 2002, le mouvement international Healing Our Spirit Worldwide dont le premier

rassemblement eut lieu à Edmonton en 1992, ou encore l'association du Parc-sacré/*Kanatukuliuetsh uapikun* fondée en 2001 dans le but de sauvegarder des savoirs ancestraux autochtones liées à la santé naturelle et à la guérison par les plantes qui développe des partenariats avec d'autres communautés autochtones de l'Équateur. Les initiatives canadiennes se multiplient également, avec notamment la création de l'Organisation nationale de la Santé autochtone, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), ou encore la Fondation autochtone de guérison. De même, de nombreuses initiatives se développent en Afrique. Par exemple, l'organisation non-gouvernementale Prometra International étend ses actions depuis 1996 au sein de 17 pays africains, dans les Caraïbes, en Europe et aux États-Unis. Il s'agit autant d'un organisme de recherche culturelle, de pratiques médicales et de diffusion scientifique, que d'un instrument panafricain d'intégration et de relations internationales à travers la revalorisation des médecines traditionnelles, des religions anciennes, des savoirs endogènes. Toutes ces institutions prennent en compte les besoins des communautés autochtones et proposent des solutions qui amènent les autorités à repenser les moyens mis en œuvre dans le domaine de la santé autochtone. Mona Belleau, présidente de l'Association étudiante autochtone de l'Université Laval (AÉA) en 2006-2007, rappelle néanmoins que le rapport de l'individu à la société diffère fondamentalement dans les cultures autochtones et non-autochtones :

Les valeurs qui fondent notre culture nous apprennent plutôt à penser au bien-être communautaire avant de penser à notre propre bien-être, alors que les sociétés occidentales, la mondialisation et le libéralisme économique nous imposent plutôt l'individualisme. (citée in Gagné et Jérôme 2009 : 9)

Le domaine de la santé et du bien-être, tant physique que psychique, représente aujourd'hui des enjeux sociaux majeurs dans les sociétés contemporaines autochtones et non-autochtones, au-delà des intérêts économiques et politiques qui y sont parfois associés. Ceci dit, la prise en compte des spécificités socio-culturelles dans la sphère médicale rompt radicalement avec l'approche de la biomédecine, comme l'expliquent Saillant et Gagnon : « On considère habituellement la biomédecine comme le royaume du traitement, de la technique du corps-machine, c'est-à-dire du *cure*, royaume auquel il manquerait l'humain, la globalité et le lien social, c'est-à-dire le *care* » (1999 : 6). Leurs travaux montrent comment les prescriptions des spécialistes de la santé restent déterminées par les industries pharmaceutiques et l'économie de marché mondiale. L'approche

médicamenteuse n'est effectivement pas neutre, puisqu'elle s'insère dans une logique d'idéologie liée à des enjeux culturels, économiques et politiques.

Les contributions des auteurs à cette huitième édition des *Cahiers du CIÉRA* illustrent la complexité de ces approches médicales et les réflexions pluridisciplinaires engagées sur le thème de la santé au sein des communautés autochtones. Dans une perspective critique et parfois engagée, cette publication offre un espace de discussion sur le thème de la santé et des initiatives médico-sociales menées en milieux autochtones, que ce soit du point de vue des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux ou des anthropologues. Les thèmes ainsi abordés par les auteurs de ce numéro explorent des représentations socio-culturelles de la santé, de la maladie et de la guérison selon différents contextes autochtones, que ce soit en Afrique, en Amérique du Nord ou dans les îles du Pacifique. À travers cette diversité géographique s'affrontent et se répondent des idéologies et des conceptions de ce qu'est la santé et le bien-être.

Le premier texte de ce numéro proposé par Sonia Robertson, fondatrice de l'association du Parc-sacré/*Kanatokuliuetsh uapikun* à Mashteuiatsh et diplômée en art thérapie, aborde la question de la perception de la santé, dans une perspective globale. Son texte offre ainsi un regard critique sur une conception de la santé fragmentaire qui, selon ses termes : « semble vouloir tout découper en sections en oubliant que les choses sont en rapport les unes aux autres » (dans la présente édition page 15). Elle oppose cette perspective occidentale à une approche amérindienne de la santé qu'elle met en relation avec celle des traditions orientales et indigènes du reste du monde. Elle définit ainsi une vision globale de la santé dans une perspective ontologique, considérant l'être humain « dans son ensemble, en relation avec ce qui l'entoure » (*Ibid.*).

Ce regard critique de Sonia Robertson fait écho à la perspective développée par le texte de Moustapha Faye, qui démontre la logique économique et non-humaniste de la médecine occidentale au Sénégal. L'auteur explore les liens entre les pratiques de l'anthropologie et du travail social, à partir de sa propre expérience dans les deux domaines. Dans son texte, la problématique de l'anthropologie médicale critique est posée à travers les enjeux économiques de la biomédecine selon le contexte autochtone sénégalais où la santé semble être réduite à une valeur marchande. Selon lui, les politiques publiques de santé s'insèrent dans une logique néo-libérale de privatisation qui néglige l'accessibilité des soins aux populations vulnérables. L'auteur dénonce également l'absence de politiques sociales telles que

la protection sociale et la sécurité sociale qui pourraient pourtant faciliter l'accès aux soins.

Le texte de Pierre Boris N'nde poursuit cette réflexion, en explorant la question de la prise en charge socio-médicale des personnes vivant avec le VIH en milieu rural autochtone camerounais. L'auteur s'intéresse au regard de la société camerounaise sur les personnes vivant avec le sida. En s'appuyant sur l'analyse de données collectées *in situ*, il traite des impacts sociaux inhérents au diagnostic du VIH et au suivi des traitements antirétroviraux. Son propos démontre l'importance des systèmes de mutuelles de santé pour l'accès aux soins, aux traitements et à la prise en charge des personnes vivants avec le sida. Selon l'auteur, ces mutuelles offrent à ses bénéficiaires des services de soins individuels qui respectent à la fois le secret médical et la dignité des personnes.

En ce qui concerne l'état de santé des populations autochtones du Canada l'article co-écrit par Bernard Roy et Anne-Marie Michaud dénonce une situation préoccupante. Leur propos pose un regard critique sur les services de santé offerts aux communautés autochtones par les gouvernements canadiens fédéral et provincial qui tentent de répondre aux besoins des populations. L'approche comparative adoptée par les auteurs entre la situation socio-médicale des autochtones et des non-autochtones québécois révèle un constat alarmant quant aux besoins dans le domaine de la santé autochtone.

Comme une réponse au texte précédent, Amélie Lainé et Mathieu-Joffre Lainé, respectivement coordonnatrice des programmes et agent de recherche au Regroupement des Centres d'Amitié autochtones du Québec témoignent de la réussite d'une initiative de partenariat entre le Centre de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtones de Val-d'Or, destinée aux autochtones de la Vallée-de-l'Or (Québec). La contribution de ces auteurs offre ainsi l'exemple concret d'un projet mené avec succès auprès des communautés autochtones de cette région, visant en l'élaboration d'un nouveau modèle de services de santé et de services sociaux : la clinique Minowé. Ce texte rend compte des enjeux sous-jacents à la mise en place de cette clinique et de ses programmes de santé, tout en discutant de leurs impacts sur les populations autochtones de la municipalité régionale du comté de la Vallée-de-l'Or.

Dans la perspective des projets collaboratifs, Marie-Pierre Gadoua présente un programme de recherche mené en collaboration avec le Module du Nord

québécois, l'Institut culturel Avataq et le Musée McCord de Montréal, auquel sont invités à participer des Inuit de passage à Montréal, pour des raisons médicales. Son travail engage une réflexion interdisciplinaire sur les interactions entre les objets de la culture matérielle inuit et les processus de remémoration individuels et collectifs, dans le cadre d'ateliers organisés avec des aînés du Nunavik, au Musée McCord de Montréal. Les résultats de ce projet qu'elle présente offrent de nouvelles perspectives de recherches quant aux impacts positifs de ces ateliers sur le bien-être des participants.

Le dernier texte de ce numéro proposé par Marie-Pierre Renaud, brosse un portrait du mouvement international Healing Our Spirit Worldwide (HOSW) qui réunit tous les quatre ans, des autochtones du monde entier pour discuter des enjeux socio-culturels liés à la santé et au bien-être, et au processus de résilience, d'affirmation identitaire et d'autodétermination. Son texte propose une réflexion anthropologique sur le déroulement du plus récent événement, organisé à Honolulu en septembre 2010. Elle expose ainsi les observations de sa recherche *in situ*, les données qu'elle a collectées ainsi que leurs analyses préliminaires. Ce texte témoigne de la mobilisation croissante des autochtones à l'échelle internationale qui œuvrent en commun pour une reconnaissance de leurs droits.

Cette huitième édition des *Cahiers du CIÉRA* marque le passage à une cinquième année de parution de la revue. Nous tenons à remercier tout particulièrement Frédéric Laugrand, directeur du CIÉRA de 2005 à 2010, qui en a initié la publication en 2008, en confiant le travail d'édition aux étudiantes et aux étudiants du CIÉRA. Nous remercions également Martin Hébert, directeur du CIÉRA depuis 2010 pour la confiance qu'il a accordée aux co-éditeurs de ce numéro. Nous adressons nos remerciements les plus chaleureux à tous les auteurs de cette édition, pour la qualité de leur travail de rédaction et les discussions engagées, mais aussi pour leur disponibilité sans faille. Cette publication doit beaucoup à la participation de Sonia Robertson qui nous a généreusement offert d'utiliser la photographie d'une de ses œuvres, pour la réalisation de la couverture.

Nous souhaitons également remercier toutes les lectrices et tous les lecteurs de ce huitième numéro des *Cahiers du CIÉRA* et des précédentes éditions, pour leur curiosité intellectuelle et leur désir de partager des connaissances au sujet des sociétés autochtones du Québec et d'ailleurs.

Aurélie Maire et Moustapha Faye

Références

ACKERKNECHT, Erwin Heinz, 1946, « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 19 : 467-497.

AUGÉ, Marc, 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26(97-98) : 81-90.

DEVEREUX, Georges, 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris : Flammarion.

_____, 1977, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Gallimard.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan, 1937, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford : Clarendon Press.

FAINZANG, Sylvie, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste*, Paris : Cahiers de l'Homme-EHESS.

_____, 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologies comparées*, 1 : 6-18.

FOSTER, George M., 1976, « Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems », *American Anthropologist*, 78(4) : 773-782.

FOSTER, George et Barbara ANDERSON, 1978, *Medical Anthropology*, New York : Wiley.

FOUCAULT, Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France.

GAGNÉ, Natacha et Laurent JÉRÔME (Dir.), 2009, *Jeunesses autochtones. Affirmation, innovation et résistance dans les mondes contemporains*, Québec : Presses de l'Université Laval et Presses de l'Université de Rennes.

HALLOWELL Alfred Irving, 1941, « The Social Function of Anxiety in a Primitive Society », *American Sociological Review*, 6 : 869-881.

KLEINMAN, Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley : University of California Press.

LAPLANTINE, François, 1986, *L'anthropologie de la maladie*, Paris : Payot.

_____, 1988, *L'ethnopsychiatrie, que sais-je ?*, Paris : Presses Universitaires de France.

MERLEAU-PONTY, Maurice, 2002, *L'union de l'âme et du corps chez Malebranche, Biran et Bergson*, Paris : Librairie Philosophique J. Vrin.

MURDOCH, George F., 1980, *Theory of Illness: a World Survey*, Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.

PERRIN, Michel, 2010, *Voir les yeux fermés. Arts, chamanismes et thérapies*, Paris : Seuil.

RASMUSSEN, Knud, 1929, « Intellectual Culture of the Iglulik Eskimos », *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, VII(1), Copenhagen : Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag.

RIVERS, William Halse, 1924, *Medicine, Magic and Religion*, Londres : Kegan Paul.

SAILLANT, Francine et Éric GAGNON, 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins », *Anthropologie et Sociétés*, 23(2) : 5-14

ST-ARNAUD, Pierre et Pierre BÉLANGER, 2005, « Co-création d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec : appréciation clinique d'une approche émergente et culturellement adaptée », *Drogues, Santé et Société*, 4(2) : 141-176.

THERRIEN, Michèle et Frédéric LAUGRAND (Dir.), 2001, *Interviews d'Aînés Inuit. Bien-être Physique et Psychique. Volume 5*, Iqaluit : Nunavut Arctic College.

TREMBLAY, Marc-Adélar, 1982, « L'anthropologie de la santé en tant que représentation », in Fernand Dumont et Yves Martin (Dir.), *Imaginaire social et représentations collectives*, Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 253-273.

WALSER, H. H. et H. M. KOELBING (Dir.), 1971, *Medicine and Ethnology: Selected Essays [by] Erwin H. Ackerknecht*, Baltimore : Johns Hopkins Press.

Une vision globale de la santé

Sonia Robertson

Fondatrice de l'association du Parc-sacré/*Kanatokuliuetsh uapikun*
Mashteuiatsh

Lorsque j'étais enfant, je questionnais mon rapport au monde. Observant mon environnement et l'influence des choses les unes par rapport aux autres, je contemplais en silence. Je restais à l'écoute des réactions. Si je souriais, les gens me souriaient. Je compris ainsi que toute chose est en relation de façon globale. J'examinais aussi mon corps, ses réactions lorsque j'étais triste ou heureuse. Si j'étais contrariée, j'avais parfois mal au ventre ou à la tête. Pourtant, je me sentais si loin de mon corps lors des visites chez le médecin. L'approche clinique de ce dernier me laissait croire que je ne connaissais rien de mes malaises ni de mon corps, que lui seul semblait le connaître. Pourtant, ce corps est mien et moi seule peut ressentir ce qui s'y passe. J'avais l'impression qu'il réagissait à mon mental et à mes émotions. Lorsque je disais au médecin : « je crois que mon mal de ventre est dû à ma peur du feu », il riait et semblait me trouver peu scientifique... Alors que moi, j'avais l'impression qu'il ne comprenait rien du « tout ». Heureusement que j'avais suffisamment confiance en mon ressenti et en mes croyances issues de ma culture pour ne pas lui remettre mon pouvoir, en le laissant décider de ce qui est bon ou non pour moi.

L'Arbre sacré

Pendant que du côté occidental, on semble vouloir tout découper en sections en oubliant que les choses sont en rapport les unes aux autres, l'approche amérindienne de la santé, tout comme celle des traditions orientales et indigènes du reste du monde, tient compte de l'être humain dans son ensemble, en lien avec ce qui l'entoure.

Vous avez remarqué que toute chose faite par un Indien est dans un cercle. Il en est ainsi parce que le pouvoir de l'Univers agit selon des cercles et que toute

chose tend à être ronde. Dans l'ancien temps, lorsque nous étions un peuple fort et heureux, tout notre pouvoir venait du cercle sacré de la nation, et tant qu'il ne fut pas brisé, notre peuple a prospéré. L'Arbre florissant était le centre vivant du cercle, et le cercle des quatre quartiers le nourrissait. L'Est donnait la paix et la lumière, le Sud donnait la chaleur, l'Ouest donnait la pluie et le Nord, par ses vents froids et puissants donnait force et endurance. Cette connaissance nous vient de l'outre-monde avec notre religion. Tout ce que fait le pouvoir de l'Univers se fait dans un cercle. Le ciel est rond et j'ai entendu dire que la terre est ronde comme une balle et que toutes les étoiles le sont aussi. Le vent au sommet de sa fureur tourbillonne. Les oiseaux font leur nid en cercle parce qu'ils ont la même religion que nous. Le soleil s'élève et redescend dans un cercle, la lune fait de même, et tous deux sont ronds.

Même les saisons forment un grand cercle dans leurs changements et reviennent toujours là où elles étaient. La vie de l'homme est dans un cercle de l'enfance jusqu'à l'enfance, et ainsi en est-il pour chaque chose où l'énergie se meut. Nos tipis étaient ronds comme des nids d'oiseaux et toujours disposés en cercle, le cercle de la nation, le nid de nombreux nids où le grand esprit nous destinait à couvrir nos enfants. (Black Elk-McLuhan 1974 : 48)

Pour nous les autochtones, l'être humain, comme toutes choses en ce monde, est perçu comme un cercle. Il est constitué de quatre aspects en relation les uns aux autres : le mental, l'émotionnel, le spirituel et le physique. Ces aspects sont indissociables et forment un tout. « On pourra dire qu'une personne a fait un apprentissage complet et harmonieux seulement si les quatre dimensions de son être ont pris part au processus. » (Collectif 1983 : IV- 7).

En 1982, suite à un colloque à Lethbridge en Alberta, auquel participaient des aînés, des professionnels et des chefs spirituels, est né le projet de développement des quatre mondes. Ce projet s'est inspiré de la « légende de l'Arbre sacré » et il porte son nom. Cette légende raconte que le Créateur a planté un arbre pour tous sous lequel on peut se rassembler pour trouver paix et force. Inspiré également des enseignements du cercle et de la roue de médecine, il est un outil majeur pour les communautés autochtones. Il comprend les notions de base de la spiritualité amérindienne pour se guérir, toutes axées sur les notions d'unité et de cercle.

Médecine nouvelle

Quelques médecins ont une approche semblable, mais ils ne sont pas bien vus de l'ensemble et certains, comme le docteur Hamer, furent même rayés de l'ordre des médecins. Cet oncologue allemand avait une bonne réputation dans le milieu

de la médecine. Suite à la mort brutale de leur fils, lui et sa femme ont développé chacun un cancer dont ils se sont guéris. Ainsi, avec ses patients, il s'est mis à faire des rapprochements entre les types de cancer et les chocs émotionnels mal vécus. Son approche prend en considération tous les aspects du corps humain. Hamer est le père de la médecine nouvelle. Il a ainsi fait la preuve de la relation entre le cancer et les chocs émotionnels mal vécus. Selon Jean-Jacques Crèvecoeur (2008 : seconde partie), 92 % des patients d'Hamer sont toujours en vie cinq ans après le diagnostic du cancer, contre à peine 30 % pour les patients de la médecine moderne. Hamer a pris conscience de l'influence de l'aspect émotionnel sur le corps et a travaillé sur cet aspect en aidant ses patients à mieux accepter les chocs vécus et à changer leurs perceptions de l'événement. Les gens qui vivent un choc émotionnel ne développent pas systématiquement un cancer, c'est plutôt dans la façon de le vivre, dans l'acceptation de l'événement, dans la perception que l'on en a. Mais on sait aussi qu'il y a d'autres causes du cancer, comme l'exposition du corps à des matières dangereuses (métaux lourds, tabac, etc.).

Médecine traditionnelle autochtone

Chez nous, nous avons des outils pour travailler le changement de perception. L'Arbre sacré qui a pour grand principe l'unité, en plus de nous enseigner à considérer tous les aspects de l'être dans sa globalité, nous montre à voir les choses dans son ensemble avec ses côtés négatifs et positifs, et à voir ainsi au-delà de l'événement l'enseignement qui s'y cache. Lorsque notre vision s'obstrue, nous faisons appel à l'aigle pour voir les choses d'en haut et en globalité, en volant haut avec lui. Aussi, pour permettre de voir le côté positif des choses, avec le calumet et/ou le tabac, on adresse la prière comme un remerciement plutôt qu'une demande, ce qui permet d'apprécier ce que l'on a, plutôt que d'être axé sur ce que l'on n'a pas. C'est ce que le Dalaï Lama appelle la gratitude. Dans son livre intitulé « L'art du bonheur », il parle de la mise en pratique de cette notion pour une bonne santé et l'atteinte du bonheur (Dalaï Lama 1999).

On retrouve aussi la *meteshan* (*sweet lodge*) comme moyen de se guérir. Ce rituel consiste à faire pénétrer des pierres chauffées dans une petite tente. Il est accompagné de prières et de chants. Selon Shimer, dans son livre « Médecine naturelle amérindienne », les effets bénéfiques de la chaleur étaient bien connus des amérindiens (Shimer 2006). « Donne-moi une fièvre et je pourrai guérir n'importe quelle maladie » disait Hippocrate (*Ibid.* : 28) conscient que la chaleur tue les microbes et les bactéries du corps. L'ayant expérimenté aussi avec mes enfants alors qu'on me conseillait de faire baisser leur fièvre, je la laissais monter

le plus haut possible en contrôlant pour ne pas avoir de convulsions et le lendemain, plus de trace de maladie. Je ne pouvais même pas identifier le problème. La tente suante travaille à tous les niveaux de l'être : au niveau physique avec la sudation comme on l'a vu, au niveau émotionnel par l'expression, au niveau spirituel par la prière et au niveau mental par le lâcher prise. On utilise aussi les cercles de guérison où chacun a la possibilité de s'exprimer au « je » en se connectant avec son ressenti. La cérémonie de pleine lune permet aussi de travailler dans le même sens. Cette cérémonie est un moyen pour les femmes de prendre du temps pour soi. Le créateur nous a donné sept moyens naturels de se guérir : parler, rire, pleurer, danser, crier, suer et trembler. Ces procédés sont utilisés à travers nos rituels et cérémonies. Je chemine dans la voie spirituelle autochtone depuis 1993.

Médecine moderne

La médecine moderne est axée sur la maladie. Elle agit sur le symptôme sans tenir compte de la provenance de ce dernier. On se présente chez le médecin avec un mal de ventre, on nous donnera une prescription de médicaments contre ce mal qui calmera la douleur. Si par contre, la douleur est causée par le stress, le mal de ventre risque de réapparaître ; le problème est alors loin d'être résolu.

Dans le cas d'une infection par exemple, la médecine moderne a recours à un antibiotique qui détruira les bactéries responsables de la maladie. Dans une vision à court terme la solution semble tout à fait censée. Mais à long terme, il s'agit là d'une bataille perdue puisque chaque jour l'organisme est exposé à des milliards de bactéries. Les antibiotiques pourtant indispensables pour lutter contre certaines infections, ne constituent en fait qu'une défense temporaire. Ils n'aident pas le corps à renforcer ses propres défenses et à résister à de futures infections. (Shimer 2006 : 8)

Les antibiotiques vont même jusqu'à affaiblir les défenses du corps, de même que la plupart des médicaments chimiques et vont créer une dépendance et/ou des effets secondaires. « Les guérisseurs amérindiens avaient une toute autre approche de la guérison. Selon eux, les meilleurs remèdes étaient ceux qui redonnaient au corps la capacité de se soigner lui-même. » (*Ibid.* : 8).

Plantes médicinales

Mes enfants n'ont pas été vaccinés et l'un d'eux n'a eu recours aux antibiotiques qu'une seule fois. Je les ai soignés avec les plantes, ils sont en pleine

santé et ont d'excellents résultats à l'école. Les plantes sont mes meilleures alliées. Agissant en douceur mais en profondeur, elles permettent de renforcer l'immunité. Mon père s'est toujours soigné avec les plantes et c'est un homme fort qui vient de combattre un cancer à 85 ans. Ma grand-mère était guérisseuse, mais je ne l'ai pas connue. En 2001, j'ai fondé l'association du Parc-sacré/*Kanatukuliuetsh uapikun*, dans le but de promouvoir la santé par les plantes et les moyens naturels traditionnels, et aussi de sauvegarder les savoirs traditionnels de nos aînés liés à ces pratiques. L'association du Parc-sacré a réalisé des sorties en forêt avec des jeunes et des aînés, afin d'assurer la transmission des savoirs. Elle a formé et initié des jeunes aux plantes et à leur culture, elle a également constitué une base de données de plus d'une centaine de plantes.

De plus, on sait que plusieurs médicaments sont dérivés des principes actifs des plantes que l'on a isolés, synthétisés et reproduits chimiquement. Ainsi, son utilisation permet d'avoir davantage de force de frappe pour agir sur les maladies. La plante, pour sa part, fut créée par le *Tshe Manitou*, le Créateur, elle est donc considérée comme parfaite et entière. En plus des principes actifs qu'elle contient, on retrouve un ensemble d'ingrédients qui agissent entre eux, ce qui rend la plante plus assimilable par le corps. Les plantes comme les animaux et les pierres sont des entités vivantes avec lesquelles on peut communiquer et ainsi s'allier pour notre propre guérison, ce que l'on ne peut faire avec une pilule.

Art thérapie

En 2011, j'ai complété un micro-programme en art thérapie, où j'ai découvert une approche formidable et très proche de nos valeurs autochtones. L'art thérapie est utilisé en psychologie, mais aussi pour le traitement des douleurs chroniques. En trois ou quatre séances, l'art thérapeute peut diminuer une douleur chronique de 80 %. Comme mentionné dans le livre de Johanne Hamel (2007), l'art thérapie agit au niveau du cerveau précambrien, en interpellant le langage des images plutôt que celui des mots. Les symboles et les images sont utilisés à la fois pour exprimer le malaise et pour transmettre un message de guérison au cerveau pour apporter un changement.

Toutes ces médecines ont permis de maintenir mes ancêtres en bonne santé jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, l'homme se croit supérieur à toute vie. Sous divers chapeaux et à différents moments, il tente de dominer la nature. Il serait enfin temps de comprendre que la santé se trouve dans l'équilibre et l'harmonie de toute chose et de tout système, de nos cellules jusqu'à l'univers, en passant par la terre.

De nos jours, on n’enseigne plus au médecin les grands principes fondamentaux et millénaires de la médecine. Il serait temps de se rappeler d’où l’on vient et que l’on est des humains, constitués de corps certes, mais aussi d’une âme.

Références

BLACK ELK McLUHAN, T. C., 1974, *Pieds nus sur la terre sacrée*, Paris : Denoël.

COLLECTIF, 1983, *L’Arbre sacré, consultation d’aînés et de sages d’Alberta, projet de développement Alberta*, texte inédit.

CRÈVECOEUR, Jean-Jacques, 2008, *Seul contre tous. La vie et l’œuvre du Docteur R. G. Hamer*, Documentaire DVD, Namur : Autonomie et Développements et Montréal Jacquanou Sem Productions.

DALAÏ LAMA, 1999, *L’art du bonheur*, Paris : Robert Lafont.

HAMEL, Johanne, 2007, *L’art-thérapie somatique*, Montréal : Québecor.

SHIMER, Porter, 2006, *Médecine naturelle amérindienne*, Canada : Éditions de l’Homme.

MOTS-CLÉS

Art thérapie – médecine autochtone – spiritualité autochtone – médecine holistique



**Sonia Robertson, 2003, *Pansez l'arbre* (détail),
feuilles d'érables cousues avec du fil blanc,
L'Annonciation, Québec.
© Sonia Robertson**

Faire de l'anthropologie médicale ici et ailleurs : un luxe

Moustapha FAYE

Étudiant au doctorat

Département d'anthropologie

Université Laval

Membre du CIÉRA

L'objet de cet article est d'interroger mon parcours de formation professionnelle en travail social au Sénégal, pour comprendre le choix de poursuivre des études doctorales en anthropologie médicale à l'Université Laval, après une maîtrise à l'Institut des hautes études internationales et du développement à l'Université de Genève, en Suisse. J'ai toujours nourri un intérêt scientifique pour les sciences sociales, et tout particulièrement, pour l'anthropologie et la sociologie. J'aborderai ici, en premier lieu, mon programme de baccalauréat en travail social au Sénégal, en essayant de montrer les implications avec l'anthropologie sans n'avoir suivi aucun cours dans cette discipline. En deuxième lieu et avant de conclure ce texte, j'essayerai de documenter les liens entre l'anthropologie et le travail social, à partir de mon expérience de cinq années de travail social au centre hospitalier et universitaire Aristide Ledantec de Dakar, au Sénégal.

Le travail social au Sénégal : un terrain anthropologique

Les sciences sociales et la santé occupent une place dominante dans mon cursus de formation professionnelle et universitaire. Dans ce texte, je me réfère au programme de baccalauréat en travail social du département des sciences sociales de l'École nationale de développement sanitaire et social à Dakar. Les modules de cette formation sont essentiellement centrés sur la sociologie, la psychologie sociale, la psychologie de l'enfant, les sciences de la communication, les sciences économiques et sociales, les sciences administratives, la santé publique et la méthodologie d'intervention en travail social. Ces modules font objet de cours théoriques, d'ateliers et de présentations orales. Cette phase théorique de la

formation a été suivie par des stages professionnels. En première et deuxième année de travail social, j'ai effectué trois stages : un stage dit « de monographie » au quartier Yoff-Layène à Dakar et deux stages institutionnels aux centres hospitalier et universitaire Aristide Ledantec et Fann, respectivement aux services de cardiologie et de psychiatrie. Il faut mentionner également que j'ai travaillé comme travailleur social diplômé¹, de mars 2002 à octobre 2005, au service de chirurgie générale du centre hospitalier et universitaire Aristide Ledantec. Un stage de monographie consiste à identifier, décrire et analyser toutes les structures publiques ou privées, les organisations associatives formelles ou informelles du quartier. Il s'agit d'un travail descriptif qui peut ressembler à un plan de développement local. Ce travail permet de dresser une cartographie d'un quartier selon les dimensions historique, culturelle, religieuse, environnementale, économique, politique et sociale.

Il me semble très pertinent de revenir sur le déroulement de certaines pratiques locales observées dans le quartier de Yoff où l'influence de la confrérie² des Layènes³ est une variable pour comprendre les comportements et les attitudes des populations autochtones. Je me souviens des salutations d'usage : elles pouvaient durer un quart d'heures et les populations autochtones prononçaient à voix basse le nom du marabout⁴ fondateur de la confrérie : *laye.... layelaye makhtar*⁵. Ces salutations ont un sens dans l'imaginaire des autochtones lébous et semblent traduire un sentiment de paix, de fraternité et de respect. Cependant, l'évocation du nom du marabout en guise de salutation semble reproduire les rapports d'allégeance ou de soumission. Ces liens de soumission entre les populations autochtones et les marabouts au Sénégal ont été documentés. À titre d'exemple, Mignon mentionne ainsi :

Depuis l'islamisation du peuple lébou, les villages ont leur *serigne*, maître et marabout qui administre la conduite de la communauté layène selon les préceptes de l'Islam, qui ne sont pas toujours en conformité avec la loi sénégalaise, comme pour la gestion des terres, par exemple. (Mignon 1986 : 156)

Les marabouts remplissent également des fonctions sociales au sein de la société, ils présidaient les mariages, les baptêmes et les cérémonies funéraires. En effet, la tentative de définir la notion de « marabout » dans le processus d'islamisation au Sénégal s'impose. Pour éclairer cette notion, je m'appuie sur les travaux de Diop (1985). Selon lui, il semble que la société wolof ait distingué deux catégories de marabouts en fonction de la nature de leurs relations avec le pouvoir :

les *sërin fakk-taal* et les *sërin làmb*. La première catégorie correspond à des marabouts qui n'avaient aucune relation avec le pouvoir politique. Il s'agissait des maîtres d'école coranique chargés de transmettre les connaissances religieuses à des élèves et des disciples (*ndongo* et *taalibé*). Leurs enseignements portaient sur la récitation du coran, la grammaire, l'exégèse, la théologie et le droit. Ces marabouts occupaient quelquefois le titre de chef de communauté. Les marabouts *sërin fakk-taal* étaient redoutés et intouchables. Ces marabouts intervenaient également dans la dimension magico-religieuse :

Dans ce domaine, ces marabouts assuraient la protection des autorités politiques, travaillant pour la réalisation de leurs vœux, la conjuration du mauvais sort. Il s'agissait, principalement, de les maintenir au pouvoir, d'assurer leur victoire sur leurs ennemis, de leur donner en résumé, la santé et la puissance. (Diop 1985 : 238)

Ces deux catégories de marabouts recouvrent d'autres configurations au sein de la société wolof. Néanmoins, ces mêmes types de rapports persistent de nos jours, entre le pouvoir maraboutique et le pouvoir politique au Sénégal. Ils se manifestent sous forme de « don et contre-don », selon le concept développé par Mauss (2007 [1923-1924]). Toute la conquête du pouvoir politique est définie en fonction des liens ou des relations avec ces marabouts qui, au-delà de leurs pouvoirs magico-religieux, drainent des fidèles ou des disciples (*talibés*) qui peuvent être de potentiels électeurs lors des joutes électorales.

En ce qui concerne la seconde catégorie de marabouts dénommés *sërin làmb*, il s'agit de chefs coutumiers étroitement liés au pouvoir païen. Ayant des fonctions politiques, les *sërin làmb* se considéraient comme des chefs politico-administratifs d'une localité. Les termes locaux *jaaraf* ou *kàngam* traduisent le titre de « chef coutumier ». Ces chefs ne pouvaient pas acquérir ce titre par une légitimité, mais plutôt par une légalité offerte par les souverains suite à leur acte d'allégeance et aux services rendus à la cour. Il nous semble pertinent d'évoquer également la fonction de guérisseur ou de tradi-praticien chez certains marabouts, pour nous introduire au cœur du débat de l'anthropologie médicale au Sénégal.

L'étude de Fassin intitulée : « Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar » (1992) évoque la notion de marabout qui s'apparente plus à celle définie, en premier lieu, par le sociologue Diop que nous venons d'évoquer (1985 : 238). Le médecin et anthropologue Fassin traite également des notions de marabout et de guérisseur. Selon lui, la notion de savoir

est centrale pour désigner le marabout ou le guérisseur dans la société wolof. D'ailleurs, il précise : « Pour désigner celui qu'ils consultent en cas de maladie ou de malheur, les wolofs utilisent un terme générique : *borom xamxam*, l'homme de savoir. » (Fassin 1992 : 65).

Anthropologie médicale au Sénégal

J'aborde cette partie consacrée à l'anthropologie médicale au Sénégal, à partir de mon expérience *in situ* en travail social hospitalier. De 2002 à 2005, j'ai été recruté comme travailleur social au service social du centre hospitalier universitaire Aristide Ledantec de Dakar. Cette expérience professionnelle m'a ainsi incité à engager une réflexion sur la fonction et le rôle du service social au sein d'une structure médicale indigène.

La politique des réformes hospitalières qui consiste à octroyer une autonomie de gestion financière aux hôpitaux du Sénégal se place au centre de la problématique. Une telle politique a accentué l'inaccessibilité des soins de santé par les populations autochtones vulnérables. La logique du profit coïncidant avec la fin de l'État providence est venue aggraver les maux des populations déjà fragilisées dans leurs conditions de vie précaires, par la dégradation de leur santé et la pauvreté grandissante. Ces populations laissées à elles-mêmes ne bénéficient pas de l'appui d'une politique de protection sociale et de sécurité sociale. Le service social hospitalier sans subvention de l'État reste, de ce fait, le dernier recours institutionnel pour faciliter un accès équitable des soins par les populations démunies. Par conséquent, les moyens limités de son fonctionnement le décrédibilisent aux yeux des populations autochtones qui n'ont plus confiance en un système de santé ne répondant pas à leurs besoins.

En adoptant la politique des réformes hospitalières en 1998, l'État du Sénégal semble oublier la dimension sociale et culturelle de la santé. J'avais l'habitude de dire aux collègues médecins sénégalais avant de poser un diagnostic de traitement, de bien prendre en compte cette dimension sociale de la santé. Parce que la santé est avant tout une problématique sociale, elle concerne une personne, un groupe, une famille, une communauté voire une société, comme l'a montré Fassin (1992). Pourtant, les pratiques médicales hospitalières conçoivent le corps humain comme un objet d'étude associé à des enjeux économiques et politiques. En fait, un dicton populaire souvent prononcé, à tort ou à raison, par les spécialistes de la biomédecine le démontre : « la santé n'a pas de prix, mais un coût ». Ce discours réducteur de la santé favorise le recouvrement des coûts soutenus par les

programmes d'ajustement structurel sous l'influence des politiques néo-libérales. Les structures sanitaires publiques sont ainsi transformées en centres de soins payants. Le secteur de la santé ne fait plus l'objet d'une priorité nationale. De ce fait, le domaine médical souffre d'un personnel insuffisant et sans qualification, d'un matériel et d'infrastructures vétustes. Par ailleurs, certaines élites locales ou certaines personnes aisées ne font plus confiance au système de santé. Pour consulter un médecin, des personnes à revenus modestes vont dans les cliniques privées ou à l'étranger.

Conclusion

La nécessité de repenser le système de santé au Sénégal constitue un enjeu politique incontournable. De même, introduire dans les programmes de formation universitaire et dans les formations professionnelles en santé, un enseignement de l'anthropologie médicale me semble pertinent. Mon expérience professionnelle en travail social hospitalier et communautaire m'a permis d'appréhender certains aspects de la complexité humaine face à une maladie ou un problème de santé. Par ailleurs, je crois que la biomédecine ne peut pas constituer l'ultime recours pour l'accès aux soins de santé au Sénégal. Les traditions ethno-médicales sénégalaises peuvent également constituer des solutions alternatives pour les communautés. À ce titre, les spécialistes de la biomédecine et les tradi-praticiens ou les guérisseurs peuvent développer des programmes de collaboration visant à documenter les approches thérapeutiques respectives. Ceci pourrait ainsi permettre de mieux répondre aux besoins de santé des populations autochtones

Références

BARRY, Boubacar, 1972, *Le royaume du Waalo*, Paris : Édition François Maspero.

DIOP, Abdoulaye Bara, 1985, *La société Wolof. Tradition et changement*, Paris : Karthala.

FASSIN, Didier, 1992, *Pouvoir et Maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris : Presses Universitaires de France.

MAUSS, Marcel, 2007 [1923-24], *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris : Presses Universitaires de France.

MIGNON, Jean- Marie, 1986, « Contrôle social et gestion urbaine à Dakar », *Tiers Monde*, 27(105) : 151-16.

MOTS-CLÉS

Sénégal – programme de formation – anthropologie médicale autochtone – biomédecine – marabout – guérisseur

¹ Je donne une précision de ce qualificatif pour évoquer le poste de caissier que j'ai occupé suite aux politiques de réformes hospitalières initiées par l'État du Sénégal en 1998 pour une autonomie de gestion et une centralisation des recettes au niveau des institutions de santé. Précisons qu'avant la mise en œuvre de ces politiques, la gestion financière des structures de santé est gérée par des médecins praticiens dans les hôpitaux ou dans les centres de santé et par des infirmiers chefs dans les postes de santé. J'ai travaillé pendant 14 mois dans cet hôpital comme collecteur (caissier) avant d'occuper le poste de travailleur social. Cette expérience de collecteur m'a beaucoup aidé à comprendre le système de santé du Sénégal, à comprendre aussi les enjeux de pouvoirs et de savoirs liés à la biomédecine dans le contexte africain, et tout particulièrement sénégalais. J'étais à un niveau très bas de l'échelle sociale pour appréhender les difficultés des populations qui utilisent les services offerts par cette structure hospitalière.

² Au Sénégal, le système religieux islamique est structuré autour des confréries layène, mouride, tijane et khadre. C'est à partir de ce mode d'organisation religieuse que l'islam s'est diffusé dans le pays.

³ Les Layènes représentent une communauté autochtone d'ethnie léboue qui vit de pêche et de cultures dans les villages traditionnels de Yoff, Ouakam, Ngor, Bargny, etc.

⁴ On distingue deux catégories de marabouts selon les écrits du sociologue Abdoulaye Bara Diop. Cette distinction est basée sur la nature des relations entre les marabouts et le pouvoir politique colonial. Ainsi, selon Abdoulaye Bara : « il y avait les *sërin fakh-taal* et les *sërin làmb*. Les *sërin fakh-taal* étaient des marabouts à fonctions essentiellement religieuses, n'ayant pas de rapports politiques avec le pouvoir. Le terme les désignant renvoie à leur rôle principal qui est celui d'un maître d'école (*boroom daara*) chargé de transmettre les connaissances religieuses à des élèves et disciples (*ndongo, taalibe*) : récitation du coran, grammaire, exégèse, théologie, droit. » (Diop 1985 : 236).

⁵ Il s'agit du nom commun du marabout Seydina Limamou Laye (1843-1909), fondateur de la confrérie qui a commencé à prêcher dans son Yoff natal en 1883. Il se considérait avec son fils, Issa Rohou Laye, comme les réincarnations noires et africaines des prophètes Mohammed et Issa (Jésus).



Achievez le numéro en ligne
et abonnez-vous!
www.anf.ulaval.ca/anthropologieetsocietes

ABONNEMENT 2011

	Canada	Étranger	
Étudiant	36 \$	66 \$	CAN
Régulier	60 \$	80 \$	CAN
Institution sans agence	116 \$	166 \$	CAN
Institution avec agence	110 \$	130 \$	CAN

Prochains numéros

De l'observation participante à l'observation de la participation
La transformation de l'anthropologue par le terrain

MédiaMorphoses : la télévision, quel vecteur de changements?

**CYBERESPACE
ET ANTHROPOLOGIE**

Transmission des savoirs et des savoir-faire
Volume 35, numéros 1-2 (2011)

**Présentation : Cyberespace et anthropologie
Transmission des savoirs et des savoir-faire**
Joseph J. Lévy et Evelyne Lasserre

Internet, savoirs et savoir-faire
De quelques perspectives anthropologiques
Joseph J. Lévy et Evelyne Lasserre

Pour en finir avec l'ethnographie du virtuel!
Des enjeux méthodologiques de l'enquête de terrain en ligne
Madeleine Pastinelli

Les braconniers de la Toile
Les relations aînés-cadets à l'ère de l'Internet
Béatrice Steiner

« Doqonité » et Internet
Une lecture critique de l'essentialisation des identités
Denise D. Barros, Agni A. Bahl et Paula Morgado

**L'exercice des parentés et la transmission des savoirs
relationnels. Recherche exploratoire sur les sites de réseaux
sociaux des Inuit des Îles Becher (Nunavut)**
Florence Dupré

**Construction des savoirs et du risque relatifs
aux médicaments oplourmés**
Christine Thoër et Stéphanie Aumont

Dynamiques ludiques : dialectique intrinsèque du virtuel au réel
Evelyne Lasserre, Axel Guixou et Jérôme Goffette

ENTREVUE

**Peuples des eaux, gens des îles. L'Océanie : un portail
Internet.** Entretien avec Pierre Maranda (anthropologue,
Université Laval)
Joseph J. Lévy

Les ressources anthropologiques dans les cyberunivers
Un aperçu
Florence Dupré, Rachel Walliser et Joseph J. Lévy

« Œuvres frontières » de l'art numérique
Des actes de co-création interdisciplinaire
Jean-Paul Fourntraux

**Le domaine artistique contemporain de l'Arctique canadien
dans l'environnement numérique. Réflexion sur les notions de
droit d'auteur et de propriété intellectuelle (note de recherche)**
Aurèle Maire

HORS THÈME

**Les nouvelles figures du pouvoir dans le Rif central
du Maroc**
Khalid Mouna

Sida et prise en charge en contexte rural¹ : l'influence des mutuelles de santé dans l'accès aux soins chez les personnes vivant avec le VIH

Pierre Boris N'nde

Étudiant au doctorat

Département d'anthropologie

Université Laval

Dans le domaine de la santé, plusieurs autres disciplines interviennent aux côtés de la médecine, dans le but d'un rétablissement global et total des personnes malades ou infectées par quelques pathologies. Les stratégies employées par les acteurs présents restent cependant discutées. Ces interventions suscitent des questionnements divers, tant du point de vue de la pratique, que des processus qui prennent en compte les repères locaux, surtout lorsqu'on se trouve en milieu autochtone. S'il y a une maladie parmi tant d'autres pandémies qui est ravageuse dans certaines régions et qui fait couler beaucoup d'encre et de salive, c'est bien le sida, qui est encore plus problématique dans le continent africain. Les nombreuses recherches pluridisciplinaires investies dans ce domaine d'étude témoignent de l'ampleur de la question. En milieu rural ou autochtone camerounais, le phénomène est beaucoup plus impressionnant². On ne pourrait ne pas saluer les stratégies novatrices qui ont été mises en place pour améliorer le statut psychologique³ et social des personnes infectées, parallèlement aux activités médicales. En effet, comme le stipule le rapport mondial de l'ONUSIDA sur l'épidémie de sida : « Dans 33 pays, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009. Parmi ces pays, 22 se trouvent en Afrique subsaharienne » (ONUSIDA 2010 : 8). Dans cette région, où l'on continue d'enregistrer la majeure partie des nouvelles infections, on estime à 1,8 million le nombre de personnes contaminées en 2009, ce qui est beaucoup moins que le nombre estimé de 2,2 millions de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne en 2001. Cette tendance traduit la combinaison de différents facteurs, notamment l'impact des efforts de prévention et l'évolution naturelle des épidémies de VIH.

Le sida suscite ainsi pour les chercheurs et les professionnels de la santé un intérêt toujours renouvelé et fait l'objet de fantasmes les plus exacerbés. Il faut comprendre par-là que le sida fait l'objet depuis plusieurs années du déploiement des organisations non-gouvernementales (ONG) et des préoccupations tant nationales qu'internationales en termes de soutien, de financement et de renforcement des initiatives en faveur de la lutte contre la pandémie. Cette lutte contre le sida mobilise ainsi de nombreuses organisations qui se donnent pour mission d'y contribuer significativement et de s'établir comme les thuriféraires des spécialistes en matière de santé. Le sida crée une sorte d'urgence, car tout en se propageant en grande partie par voie sexuelle, il touche des tranches très jeunes de la population.

Dans le cas particulier du Cameroun, l'entrée dans la génitalité active se fait généralement à l'âge de 15-16 ans, mais les grossesses ne sont pas rares à l'âge de 13 ans. Une fille sur deux a déjà un enfant à l'âge de 20 ans. Sept individus sur dix ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans. Dans les provinces septentrionales du Cameroun, à 13 ans, une fille est souvent mariée [...]. (Abéga 2007 : 11)

S'il est admis que le sida est parfois une source de conflit pour les individus vivant avec le VIH, il faut reconnaître qu'il construit autour de ces mêmes individus un univers social de violences et de contre-violences qui ont une influence sur le suivi médical des patients. La considération sociale de la pathologie⁴, étant donné qu'elle diffère et évolue en fonction des repères symboliques des groupes sociaux, tient compte du caractère incurable de la maladie⁵ jusqu'ici admis par les experts et génère une forte impulsion à la catégorisation et à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Le sida semble ainsi contribuer à un processus de violence sociale à l'égard des personnes infectées, puisque l'idée d'une maladie incurable nourrit des tabous et associe les personnes infectées à une catégorie « à part ». L'isolement créé très souvent par le groupe dans lequel vit la personne infectée est un fait qui tire son sens des attributs intrinsèques à la maladie d'une part, et d'autre part, des attributs sociaux construits autour de la maladie.

L'intérêt pour les spécialistes des sciences sociales à ce niveau devient énorme, tant d'un point de vue théorique, que d'une contribution participative aux côtés des thérapeutes. La variété des représentations devant cette pandémie fait naître de nombreuses thématiques qui ont déjà été abordées par une panoplie d'auteurs (Abéga 2005, 2007 ; Vidal 2000, 2004 ; Eboko, Bourdier et Broqua

2011). Les manifestations sociales du sida nourrissent des savoirs prolifiques selon divers points de vues : la religion, les questions de genre, la sexualité, le travail, l'entreprise, la ville, etc. En nous intéressant à l'aspect participatif, c'est-à-dire au processus par lequel les organisations internationales ou non contribuent au bien-être de la population infectée, nous souhaitons examiner la dynamique des rapports entre les acteurs qui travaillent pour les organisations investies dans la lutte contre le sida et les personnes infectées.

Contexte épidémiologique du sida au Cameroun

Le Cameroun est encore considéré comme un pays à prévalence intermédiaire. Selon les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS 2005), le Cameroun est toujours, à la fin de l'année 2004, dans un contexte d'épidémie généralisée d'une séroprévalence⁶ du VIH dans la population sexuellement active (15-49 ans), avec une moyenne de 5,5 % dont 6,8 % pour les femmes et 4,1 % chez les hommes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida⁷ (PVVIH et PVVS) était estimé à 453 000 dont un peu plus de 80 000 (environ 20 %) nécessiteraient la mise sous antirétroviraux (ARV) et un suivi biologique adéquat. Selon les données du Comité national de lutte contre le sida (CNLS 2010), seulement 18 % (soit 21 000 individus) des personnes nécessitant cette prise en charge sont suivies dans les 24 centres de traitement agréés (CTA) et les 40 unités de prise en charge actuellement fonctionnelles dans l'ensemble du pays. La conformité (c'est-à-dire la compliance) au traitement, selon une étude réalisée à l'hôpital central de Yaoundé en 2005, se situe entre 60 et 70 % (Motto Ndoumbè, Ahawo Komi et Eppel 2007). Enfin, selon certaines personnes vivant avec le VIH/sida et selon le personnel soignant interrogé, le véritable problème de la prise en charge des PVVS reste le coût important, ceci malgré les efforts soutenus du gouvernement pour les réduire (*Ibid.*). Il faut rappeler avant tout que le traitement antirétroviral est gratuit depuis 2007 et que le souci, tant des médecins que des personnes infectées, reste les coûts annexes et inhérents à la maladie.

Ainsi, en s'insérant dans les politiques de développement telles que définies par les bailleurs de fonds⁸, l'État camerounais s'active à développer des mesures de croissance dans le secteur de la santé en général. Ainsi, pendant que le développement constitue le cheval de bataille des gouvernements, d'autres acteurs sont également impliqués, parmi lesquels les organisations non-gouvernementales telles que : l'Alternative Santé (AS), CARE, le Catholic Relief Service ou l'Institut de Recherche et des Études de comportements (IRESCO). Il serait judicieux d'étudier la place de la coopération internationale dans la même opération. Tel est

par exemple le cas avec la coopération germano-camerounaise à travers le programme GTZ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* ou la Coopération technique allemande)⁹, une organisation internationale qui œuvre dans le but d'appuyer la société civile.

Au Cameroun, la GTZ fait partie des organisations qui consacrent plusieurs volets de leurs activités aux personnes vivant avec le VIH/sida. C'est un organisme de coopération internationale qui œuvre dans plusieurs domaines, entre autres celui de l'environnement, du développement rural et de la santé. Le site Internet officiel de l'institution nous renseigne : il s'agit d'une organisation fédérale allemande de coopération internationale pour le développement durable qui est représentée sur tous les continents de la planète (GIZ/GTZ 2011). Cet organisme propose des solutions d'avenir pour le développement politique, économique, écologique et social dans un monde globalisé. Dans des conditions parfois difficiles, la GTZ soutient des processus complexes de changements et de réformes, son objectif étant d'améliorer durablement les conditions de vie des populations dans les pays partenaires. Elle fut créée en 1975 en qualité d'entreprise de droit privé par le ministère fédéral allemand de la Coopération économique au développement (BMZ). Son siège à Eschborn ne limite pas sa présence intercontinentale qui s'étend à ce jour à plus de 120 pays dans le monde et parmi lesquels compte le Cameroun.

Des nombreux programmes qui structurent cet organisme, le Programme germano-camerounais de santé/sida (PGCSS) et plus précisément son volet Micro-Assurance et Mutuelles de Santé (MAMS), programme soutenu par l'Agence de coopération technique allemande (GTZ) vient en appui au gouvernement camerounais dans l'extension de la protection sociale. Il s'agit de favoriser le suivi et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. En effet, ce programme entend couvrir prioritairement les régions rurales qui sont statistiquement les plus concernées par le sida, non seulement en procurant un meilleur suivi des personnes infectées à travers des conseils, mais aussi en attribuant à côté de l'aspect hautement financier qui concerne la prise en charge et la gestion des traitements un encadrement affectif, psychologique pour rétablir une santé globale (physique, mentale, psychologique et sociale) des individus concernés – ceci constitue notre principal centre d'intérêt. Il est représenté par de nombreux acteurs et chercheurs qui œuvrent dans l'application des procédés mis en place par le groupe à l'issue de recherches pilotes. Les travaux menés à ce niveau se font précisément dans des localités rurales où le lien familial et culturel est concentré.

Notre travail tend à s'intéresser directement à la population en tant qu'ensemble social pour qui s'appliquent les politiques de santé. Il s'agit des principaux bénéficiaires, des mutualistes, des gestionnaires de mutuelles, des patients associés aux formations sanitaires du district et de la province, du personnel de santé, des partenaires liés aux structures de dialogue. Étant donné qu'en général, les ménages supportent eux-mêmes les dépenses de santé sans faire recours à un quelconque organisme, l'idée de la mutuelle vient dans l'optique de solidariser le risque (nous parlons d'un risque éventuel d'interruption d'un quelconque traitement en raison d'une incapacité financière pouvant causer des dommages sur la santé). Le présent travail contribue également à réfléchir aux possibilités d'amélioration des performances de ces structures, dans le but de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des malades. À ce niveau, une contribution d'ordre anthropologique, en mettant l'accent sur le rapport des populations rurales avec la maladie et le corpus social, participera à l'ensemble des théories élaborées sur les notions de corps et de maladie. On pourrait à cet effet citer les travaux, entre autres, d'Éric De Rosny (1981, 1992, 1996) sur les Nganga et les médecines traditionnelles africaines ; ceux de Laplantine (1976, 1978, 1986) sur la médecine dans les campagnes, les représentations de la maladie et l'ethnopsychiatrie ; ceux de Fassin (Fassin et Jaffré 1992 ; Fassin 1996, 2000) en anthropologie médicale en lien avec les inégalités sociales dans le domaine de la santé ; ou encore ceux de Vidal (1998, 2002) sur le sida et ses représentations sociales. Cette contribution aidera également à positionner une telle réflexion dans le cadre de la socio-anthropologie du changement social telle que pensée par Olivier De Sardan (1995), c'est-à-dire : une sorte de « recherche-action ». Nous parlons d'une activité qui permettrait justement de donner des instruments pratiques visant à l'amélioration des techniques de soutien auprès des personnes infectées.

Cette réflexion pourrait donc être une contribution à l'activité des institutions d'appui à la société civile, en l'occurrence la GTZ, dans la mesure où elle pourrait participer à l'orientation et à l'appui des dites mutuelles et des différentes associations. Pour ce qui est du sida, l'accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud constitue une priorité sanitaire mondiale. Comme le précise le rapport de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), une des stratégies adoptées consiste à utiliser des combinaisons d'antirétroviraux génériques à doses fixes qui associent trois médicaments de deux classes différentes dans un même comprimé (IRD et Guillaume 2004). Cette forme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH constituait déjà en 2004 l'une des préoccupations de l'Organisation mondiale de la

Santé (OMS 2006, 2007), visant à permettre à trois millions de personnes vivant avec le VIH d'accéder aux traitements antirétroviraux d'ici à 2005. En raison de leur coût inférieur à celui des trithérapies des médicaments brevetés, ces formes combinées génériques offrent la possibilité de soigner un nombre plus élevé de personnes infectées par le VIH. Dès lors, l'une des préoccupations et l'un des objectifs des mutuelles de santé est de favoriser, à travers les nombreux défis que relèvent les institutions spécialisées, l'accès aux traitements. Selon Marie Guillaume,

Un essai a été réalisé en 2003 à la faveur d'un projet pilote d'accès aux médicaments antirétroviraux initié à Yaoundé, la capitale du Cameroun. [...] Au terme de six mois de traitement, la charge virale de 80 % des patients était indétectable (inférieure à 400 copies/ml). Le taux de lymphocytes T CD4 avait augmenté de 83 cellules/ μ l, signe d'une restauration immunitaire satisfaisante. Le traitement appliqué s'est ainsi révélé plus efficace que les trithérapies conventionnelles. D'après le témoignage des patients, les prises de médicaments ont été respectées dans 99 % des cas. (IRD et Guillaume 2004 : n. p.)

Cependant, les mêmes résultats ne sont pas observables dans les localités rurales où les mutuelles viennent ici renforcer les capacités des hôpitaux. Elle poursuit :

Cette très bonne compliance^[10] au traitement a été confirmée par la mesure régulière des concentrations sanguines de chacun des trois antirétroviraux. [...] Parallèlement, l'analyse de plusieurs comprimés de chacune des sept boîtes de médicaments génériques distribuées aux patients à l'essai, a permis de vérifier que ces comprimés contenaient effectivement les principes actifs pour lesquels ils étaient commercialisés, dans les doses attendues¹¹.

Ces résultats démontrent que la trithérapie à doses fixes étudiée est à la fois efficace, bien tolérée et de qualité. Ils apportent des arguments en faveur de son utilisation comme traitement de première intention^[12] dans les pays en développement. (*Ibid.* : n. p.)

Dans le domaine du suivi sanitaire, chaque acteur a une spécialité et une fonction bien précise. Ceci signifie donc qu'en réalité, tout a été mis ou du moins l'essentiel, à la disposition des populations bénéficiaires pour garantir leur suivi. En réfléchissant sur les rapports que les environnements sanitaires entretiennent avec les patients, Chatué¹³ estime que,

[...] à trop retarder les choses dans les considérations sanitaires [les

interventions], on ne s'apercevra pas qu'une dangereuse corrélation s'établit au fil du temps entre les sentiments de précarité, d'impuissance et d'insignifiance de la vie propre et la facilité à mépriser voire à supprimer celle d'autrui. (Chatué 2006 : 186)

C'est en ce sens que l'éthique de solidarité que promeut la mutuelle voudrait garantir de meilleures conditions de suivi pour les personnes vivant avec le VIH. C'est aussi pour cela que l'objectif des systèmes de micro-assurance et des mutuelles de santé au Cameroun élaborés par GTZ vise à contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité, grâce à la prise en charge des PVVIH (Motto Ndoumbè, Ahawo Komi et Eppel 2007). C'est dans ce cadre que l'on dira, d'une façon générale, que les organes de la société civile sont des intermédiaires, des organisations libres des contextes nationaux. En effet, elles sont des « portes d'entrée » vers d'autres processus sociaux à divers égards plus importants. Elles sont ce qu'Olivier De Sardan considère comme des espaces organisés où se confrontent des enjeux intérieur et extérieur, avec les partenaires de son « environnement » (1995 : 21).

Du point de vue du comportement de la population devant les initiatives du Programme germano-camerounais de santé/sida, on observe certaines irrégularités. En 2007, une étude menée par la GTZ dans les localités de Sa'a, Tiko, Manjo, Kumbo et Wum, auprès de cinq mutuelles couvrant 33 000 bénéficiaires, révèle qu'il y a 1 000 personnes vivant avec le sida (PVVS) déclarées sur un total de 2 000 attendues, selon le taux de prévalence appliqué à la population cible (GTZ 2008). Par ailleurs, seulement 39 % des personnes approchées par les « patients-experts » (PE)¹⁴ sont membres d'une mutuelle de santé. Pourtant, étant donné la gratuité de cette initiative, l'équipe mise en place pour assurer le suivi et les précautions de confidentialité entreprises, les PVVIH sont assurées, mais toutes les personnes vivant avec le sida n'y adhèrent pas. En outre, 53 % de PVVS utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels, alors qu'une publicité est faite sur les risques des rapports non-protégés et le bien-fondé des préservatifs. Selon ces données, 47 % des individus s'exposent au risque d'une infection et à la propagation de la maladie. À ce niveau, les mutuelles n'ont pas d'influence sur cette partie de la population. Plus loin, il est précisé que 76 % de PVVS sont sous traitement antirétroviraux, ce qui veut dire qu'une partie d'environ 24 % reste sans soin, alors que le traitement sous ARV est gratuit. Mentionnons également les réticences des PVVS et de leur famille à adhérer aux mutuelles de santé, la persistance de la non-observance des traitements, la crainte de rejoindre le groupe des PVVS et l'éloignement des centres d'approvisionnement des ARV (*Ibid.*).

D'autre part, comme le mentionnent Vinard et ses collaborateurs (Diop, Vinard et Taverner 2006 ; Vinard, Diop et Taverner 2007), les dépenses occasionnées par les patients autour des éléments supplémentaires (hospitalisations, consultations, traitement des maladies opportunistes) constituent souvent un obstacle à l'accès aux soins. La principale difficulté liée à la mise en place d'une gratuité complète des soins ne provient pas vraiment d'un besoin de financement, mais plutôt du mode de gestion de cette prise en charge et de son impact dans les systèmes de financement en place.

Bart Criel et Maria Pia Waelkens, dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire qui visait à mieux cerner les raisons du faible taux d'adhésion aux initiatives de mutualisation des risques de maladies en Afrique subsaharienne et à explorer les stratégies pour y remédier, constatent que les systèmes de mutualisation des risques de maladies reçoivent actuellement beaucoup d'attention de la part de la communauté internationale (Criel et Waelkens 2004). La majorité des initiatives voient le jour grâce à un appui externe important. Plusieurs sont, surtout en Afrique de l'Est, entièrement conçues et mises en place par des organisations internationales ou par le ministère de la Santé. Le cas qui nous incombe où la coopération germano-camerounaise joue le rôle d'appui en tant qu'agence d'exécution des programmes de coopération de la GTZ est identique.

Dès lors, nous pouvons élaborer les constats suivants : d'une part, les couvertures des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne restent faibles. Pourtant, un réel problème d'accès aux soins existe et les systèmes mutualistes constituent – en théorie – une solution pour augmenter l'accès financier aux soins, pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande. D'autre part, le phénomène des mutuelles de santé reste très largement piloté par des organisations externes. Les initiatives qui émanent de groupements locaux restent rares, alors que les communautés africaines ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide (Criel et Waelkens 2004). Faudrait-il penser, d'autre part, que le partage des risques, la solidarité et les relations entre les membres, d'une manière générale, peuvent contribuer fortement à la prise en charge du VIH ?

À partir de nos expériences de recherche dans ce domaine, nous pourrions définir une typologie des comportements des personnes face aux mutuelles de santé. D'après une observation préliminaire effectuée dans les localités considérées, on verrait ainsi :

- des personnes qui adhèrent pour bénéficier du soutien des patients-experts,
- des personnes qui adhèrent aux mutuelles pour se sentir moins seules (ayant compris le bien-fondé des mutuelles, elles trouvent que cela leur est profitable),
- des personnes qui ignorent complètement le concept de mutuelle et son existence,
- des personnes qui savent ce que cela signifie, mais qui n'y adhèrent pas par manque de proximité ou encore à cause du manque d'informations supplémentaires et parfois par manque de conviction (ce sont des personnes qui adhèreraient aux mutuelles si elles y voyaient un bénéfice quel qu'il soit),
- des personnes instables et très mobiles qui pensent ne pas avoir de temps pour une telle participation et qui sont très discrètes au regard de leur situation sanitaire,
- des personnes qui ont plutôt une conception de la prise en charge du VIH en terme de guérison complète : elles adhèreraient aux mutuelles si cela contribuait à trouver des modes de guérison définitifs (celles-ci ne voient pas à quoi servirait toute initiative concernant le sida, si elle ne peut servir finalement et effectivement à guérir).

Il est dès lors important de comprendre le processus d'adhésion à la mutuelle. Tout d'abord, tout le monde peut y adhérer, étant donné que chacun est susceptible d'être malade un jour. Mais seulement, on va retrouver des mutuelles où il y a un fort taux d'adhésion d'un type de malade, c'est le cas des malades du sida. La mutuelle, puisqu'elle intervient pour solidariser le risque, vient également donner un soutien social, psychologique et même favoriser des études et des travaux en vue d'une intervention pour améliorer la prise en charge de la maladie de manière globale. La mutuelle est un cadre social d'échanges et de prise en charge contrôlée. Elle est aussi un espace ouvert de discussion et de prise de parole qui est souvent « interdite » ailleurs, dans le reste de la société¹⁵. Le vécu des patients s'y relate généralement mieux qu'ailleurs où la peur et la présence intimidante et antipathique des autres se révèlent être des contraintes à l'épanouissement total des PVVS.

Contexte rural autochtone camerounais

Nous nous attardons dans la circonscription de Manjo¹⁶ : il s'agit d'une localité située dans le département du Mounjo (région du Littoral) qui s'étend vers l'ouest du Cameroun. Elle s'est légèrement urbanisée, mais reste très homogène sur le plan ethnique et connaît très peu d'installations d'autres ethnies. Les tribus majoritaires et les plus compactes sont les Mbô (considérés comme les autochtones de la région) auxquels se mêlent quelques groupes Bamilékés. L'agriculture est

l'activité par excellence, quelques petits commerces permanents et sporadiques s'établissent le long des axes routiers. La population de Manjo étant réduite par rapport aux autres localités rurales (on parle d'environ 37 661 habitants)¹⁷, la familiarité et la proximité s'installe rapidement entre les habitants. L'hôpital de district qui est installé non loin du lieu des principales activités, accueille en son sein une mutuelle de santé (MAMS).

Attardons-nous quelque peu sur l'aspect associatif de ce sous-département du programme (PGCSS)¹⁸, en laissant de côté sa variante « micro-assurance » qui est un soutien tout de même important étant donné qu'elle vient palier aux difficultés financières des populations infectées qui sont très souvent sans revenus conséquents pour les traitements¹⁹. En effet, les personnes à sérologie positive dépistées sont aussitôt orientées vers les mutuelles, où elles peuvent bénéficier de conseils, de suivis et d'avantages liés à la mutuelle²⁰. Ce qui n'exclut pas les « perdus de vue », c'est-à-dire les personnes déclarées séropositives qui abandonnent les mutuelles. Il s'agit non seulement de gérer les difficultés financières (car on est en face d'une population pauvre qui vit essentiellement du travail du sol), mais aussi d'aider les individus à ne pas rompre ou à s'accommoder avec l'environnement social qui devient ou pourrait devenir hostile (stigmatisation, ragots ou commérages du voisinage, exclusion sociale : il faut signaler ici que le sida reste tabou surtout en contexte rural ou autochtone). Ces mutuelles travaillent en étroite collaboration avec le médecin-chef de l'hôpital dont les conseils et les idées s'avèrent d'une importance capitale. Il devient judicieux de se demander concrètement et de façon pratique comment les unités de prises en charge (UPEC) et les MAMS qui agissent comme des cadres de soutien des spécialistes de la santé s'organisent-elles pour assurer le suivi psychologique et le bien-être social des personnes concernées ?

Dans la présente réflexion, nous voulons montrer que le vécu de la maladie par une catégorie de personnes est singulier et, en ce qui concerne les populations rurales (du Mounjo), que ce vécu de la maladie se démarque totalement des autres groupes observables, notamment en milieu urbain camerounais. Il est également question de définir la nature des contributions qui s'avèrent nécessaires dans le contexte d'une prise en charge pour une meilleure gestion de la maladie. Les dynamiques qui s'organisent autour de la gestion des personnes vivant avec le VIH/sida tiennent compte des pratiques de stigmatisation locales, du rapport à un univers cosmologique et spirituel, et surtout de l'environnement culturel et familial qu'il convient de décrire. Il s'agit ainsi de mieux comprendre les difficultés qui se posent, ainsi que les mesures actuellement adoptées par la GTZ par les sous-

organisations affiliées.

Les précédents travaux que nous avons effectués sur la contribution à la détermination des effets de la prise en charge des PVVIH par les mutuelles de santé se sont attardés sur des données chiffrées provenant d'indices cliniques (GTZ 2008). Or, s'il est vrai que cela permet de mesurer l'état d'avancement global des personnes concernées par l'étude, de tels résultats ne donnent pas d'idées novatrices pour le soutien des personnes infectées qui reste pourtant une mission essentielle. Dans ce document, nous soutenons que la contribution significative de la prise en charge sociale des personnes infectées ne peut se faire sans une appréciation qualitative des mouvements, des interactions et des perceptions inhérentes aux individus concernés. Si la recherche-action²¹ est privilégiée dans ce domaine, il n'en demeure pas moins que les résultats quantitatifs qui sont produits à l'issue des recherches ne donnent qu'une idée tronquée de la réalité et ne permettent pas d'agir de façon optimale pour l'amélioration du cadre de vie des personnes vivant avec le VIH/sida.

Nous observons donc deux grands moments : les variables cliniques et épidémiologiques sur lesquelles de nombreuses études se sont focalisées, ainsi que les stratégies pratiques associées ou adaptées aux récits de vie. Ceci constitue le développement qui nous permettra de répondre à la question que nous avons posée plus haut, celle de comprendre comment les acteurs interviennent sur le terrain avec l'aide des médecins, dans le but de résoudre des problèmes sociaux. Mais avant tout, il serait important de voir les rapports que la population infectée de Manjo entretient avec l'univers qui est le sien.

Le sida et le regard « des autres »

Nous considérons le sida, non plus seulement comme une maladie, mais comme un phénomène social unique et toujours tabou. Il est unique parce que les individus ne maîtrisent pas toujours les informations qui le concernent. Il est unique également parce qu'à travers le temps et depuis sa découverte, il nourrit les passions et cause plus de ravages sur le plan social des relations des personnes infectées avec leur entourage que sur le plan physiologique²². Nous parlons des modes de contagion, de traitement, de suivi de la maladie. Celui qui est infecté par le VIH est généralement stigmatisé et dans la communauté de Manjo, il est perçu comme un « cadavre ambulante », quelqu'un que le spectre de la mort est susceptible de hanter à chaque seconde²³. Le sida fait parler de lui à ce moment-là par l'incurabilité qui lui est très souvent associée ; mais bien plus encore, les

victimes sont en quelque sorte « coupables » du mal qui les anime. Les perceptions sociales font des PVVS les victimes de leurs propres forfaits et méfaits. Dans une telle communauté, de taille relativement réduite, où presque tous les habitants se connaissent, il n'est pas évident de passer inaperçu. La communauté agit désormais comme une sanction sociale²⁴.

Il arrive donc que des personnes infectées voient les excellents rapports qu'elles entretenaient avec leurs amis, leurs voisins ou même les membres de leurs familles se détériorer. Parce que ces derniers ignorent non seulement tout des processus de la maladie, mais aussi parce qu'ils ont peur de se faire contaminer. Il arrive que les membres de l'entourage des personnes malades reçoivent quelques fois des informations confidentielles au sujet des patients. Cette pratique fait souvent suite à l'inconséquence du personnel sanitaire qui ne mesure peut-être pas l'importance du secret médical ou également aux dispositifs techniques (les pavillons, les bâtiments, les espaces et le personnel sanitaire) mis en place dans l'hôpital et réservés uniquement au traitement ou au dépistage du sida. Ces lieux peuvent être aisément identifiés comme des espaces pour personnes infectées et par conséquent, permettre de reconnaître toute personne qui côtoie lesdits endroits. Ces dernières deviennent par la suite exposées aux sanctions sociales précédemment évoquées. Tout cela a non seulement un impact sur les personnes vivant avec le VIH, mais a également une influence sur leur traitement et le comportement de leur entourage. Car la déstabilisation psychologique, émotionnelle et sociale engendre un refus de soi et très souvent, par conséquent, une irrégularité ou un abandon du traitement (Ndonko 2008). En général, l'hostilité de l'entourage influe négativement sur les PVVS qui ont désormais du mal à affronter leurs proches et à vivre leur état, à s'accepter telles qu'elles sont (la culpabilité ici jouant un rôle majeur). C'est aussi le regard des « autres » qui motive les PVVS à opter parfois pour des choix qu'elles croient plus rapides et plus efficaces. On rencontre des cas qui fréquentent des praticiens traditionnels ou des marabouts qui s'érigent parfois en détenteurs d'un savoir inouï ayant des résultats plus probants que ceux qu'on rencontre dans les hôpitaux. Tant il est vrai que les pratiques traditionnelles sont affirmées et se révèlent importantes pour le rétablissement global du corps, elles le sont moins ou pas du tout en matière de VIH (les cas auxquels nous avons fait face ont généralement conduit à une fin tragique pour les PVVS ayant suivi les médications traditionnelles chez les marabouts).

Ainsi, on peut comprendre pourquoi ce qui dépasse la science occidentale²⁵ interpelle certains à recourir à un univers de pratiques qu'ils croient les leurs ou qu'on leur demande d'adopter. Il en est de même pour ce qui concerne l'adhésion

aux nouvelles religiosités²⁶. Les nouvelles églises qui voient le jour de façon spontanée très souvent profitent de l'état d'angoisse des PVVS pour s'ériger en faiseuses de miracles. Les PVVS interrompent ainsi leur traitement pour rechercher une guérison miraculeuse auprès du dieu proclamé par ces églises. Les conséquences sont généralement catastrophiques pour ceux qui interrompent leur traitement, car non seulement on n'observe aucune guérison, mais ces derniers ne sont plus admissibles aux trithérapies appuyées par les MAMS. Voilà pourquoi les mutuelles ont mis en place des stratégies pour renforcer l'équilibre social et psycho-affectif des personnes vivant avec le sida.

Les femmes et le sida

La violence et la domination sont au cœur des rapports que les femmes entretiennent d'une part avec la maladie, d'autre part avec le foyer, la famille (prise au sens large dépassant la famille nucléaire) ou les amis. Béat-Songué (1989) et Abéga nous faisaient déjà remarquer que la vulnérabilité sexuelle des femmes est manifeste au Cameroun :

La violence est plus sourde, moins manifeste, elle est cependant là. Elle est celle des pratiques administratives, elle est le fait des agents de l'État, elle est aussi celle des lois qui n'évoluent pas assez vite pour prendre en compte les mutations qui interviennent au sein de la société, elle est encore celle d'un système qui a concentré le pouvoir de l'argent et le pouvoir politique entre les mains d'une élite urbaine, et appauvri le plus grand nombre, notamment les masses rurales qui ont perdu le contrôle sur la sexualité des jeunes, et surtout des jeunes femmes. Elle est enfin celle d'un système bloqué qui code dans le langage de la sorcellerie les évolutions qui semblent remettre en question l'ordre établi, même quand celui-ci est manifeste d'une crise économique et des valeurs. (Abéga 2007 : 23-24)

Au cours d'une série d'entretiens menés sur le vécu de la maladie avec les femmes infectées de la région, on a pu noter les faits suivants :

Patiente A

L'une des patientes que nous avons rencontrées, très motivée à l'idée de nous parler, nous avoue qu'elle est sur le point de se marier. Nous l'interrogeons sur le comportement de son mari quand il a appris son statut sérologique. Elle nous répond alors qu'il n'en a pas connaissance. Ils ont eu tout de même des rapports sexuels réguliers non-protégés. Elle affirme que son mari ne voyait plus le besoin d'utiliser un préservatif étant donné qu'ils allaient se marier. Elle était inquiète

quant à la réaction de son mari, si jamais il apprenait son statut. Elle restait convaincue que cela aurait compromis son mariage et qu'il n'aurait plus voulu d'elle. Elle se serait retrouvée toute seule et « tout le monde aurait su plus tard ».

En général, les femmes sont intimidées et mises en garde (même de façon implicite) sur les moindres erreurs qu'elles pourraient commettre. Les éventuelles représailles pourraient s'exprimer par l'annulation du mariage programmé et probablement, par l'annonce de son état de santé dans le reste de son entourage familial et même amical.

Patiente B

Une jeune femme et mère se présente à nous au cours de nos entretiens. Elle semble triste et très calme. Elle a du mal à répondre aux questions. Elle aurait souhaité que son mari soit là. Mais seulement, il se trouve en ville, à Douala. Elle parvient à répondre après qu'on lui ait dit plusieurs fois qu'elle n'avait rien à craindre. Elle nous révèle qu'elle vit en famille avec sa belle-mère et que personne, à part son mari, n'a connaissance de son statut. Son mari semble très exigeant en ce qui concerne cette information qu'il tient à garder secrète. Cette femme déclare être dépressive, mélancolique et régulièrement triste. Elle dit craindre surtout les réactions de son mari. Elle n'arrive pas à gérer sa condition qui apparemment reste liée à celle de son mari. Par l'intermédiaire d'un questionnement rétrospectif, on comprend que c'est son mari qui lui aurait transmis la maladie par voie sexuelle. Elle ne vit désormais plus qu'à la maison et ne veut plus sortir de chez elle, tant elle a l'impression d'être pointée du doigt, d'être la risée de tout le monde. Elle est angoissée.

Patiente C

Cette patiente vit avec le sida tout en étant une patiente-experte en même temps, c'est-à-dire qu'elle s'occupe des mutualistes et donne des conseils. Elle est beaucoup plus crédible auprès des PVVS, car elle-même vit la maladie et peut aisément établir une proximité ou une relation de confiance avec les personnes malades (à travers le statut de séropositif qu'ils partagent en commun). Elle est également pointée du doigt par son entourage. Tout le monde étant au courant de son statut, elle a ainsi de la peine, par exemple, à se faire servir dans les lieux publics où les habitants et les voisins chuchotent à son passage. Cela est devenu encore plus marquant lorsqu'on nous voyait cheminer avec elle. On aurait pu croire que les habitants compatissaient pour nous, en se disant que certainement, nous n'étions pas au courant du statut sérologique de la dame et que nous courrions un

grave danger. Cette femme dit être consciente de tout cela, mais semble plus forte que les autres et même très habituée à la situation. Elle arrive d'ailleurs à témoigner régulièrement à la radio et dans les émissions télévisées, dans un but de sensibilisation. Son cercle d'amis est néanmoins devenu extrêmement réduit. Son mari est lui aussi infecté et reste presque son seul soutien. Elle se sent épiée, contrôlée et reste angoissée malgré ce calme apparent. Elle nous raconte par la suite toutes les injustices, les injures et les méchancetés qu'elle a subies de la part de certains commerçants ou de certains proches.

Il est toujours plus évident pour les hommes d'échapper à la sanction sociale grâce à leur plus grande autonomie et leur mobilité relativement considérable. Très souvent, en déménageant, les femmes suivent leurs maris, à moins que le rythme de la famille ne les surpasse. Elles ont moins d'autonomie. Voilà pourquoi nous avons voulu nous attarder sur cet aspect, mais aussi sur le rôle que la violence joue dans un contexte comme celui-là. Cette violence est symbolique, mais surtout sociale. Elle procède par sanction et exclusion. Ayant généralement une activité prépondérante au niveau du foyer, les femmes ont des tendances à la stabilité. Les travaux qu'elles exercent (agriculture, commerce) leur permettent de se rapprocher entre elles. Les activités économiques (le plus souvent informelles) sont également des espaces de rencontres et d'échanges (commerces de détail, réunions, tontines...). Les cercles de mobilité des femmes sont beaucoup plus développés que ceux des hommes. Pendant qu'elles peuvent se rendre aux champs, au marché, à la tontine, à l'école pour les enfants, à la rivière pour la lessive ou l'approvisionnement en eau, les hommes fréquentent généralement des lieux tels que le travail, la maison ou font quelques visites. Non seulement la culture locale assigne aux femmes la responsabilité de veiller sur le foyer et la famille, mais elles sont aussi enclines à davantage de visibilité à travers leur mobilité. Voilà pourquoi la stigmatisation et le rejet social que connaissent les PVVS a plus d'impact psychologique chez les femmes. Les femmes n'ont dès lors, pas vraiment d'échappatoire. À ce moment-là, quel est le rôle que jouent les mutuelles pour cerner les enjeux sociaux ?

Nous soutenons la thèse d'une adhésion et d'une participation des personnes infectées aux processus des mutuelles, non plus seulement pour soigner ou équilibrer une situation physiologique ou biologique, mais aussi pour rétablir leur situation sociale de départ. En effet, nos travaux montrent que les mutuelles de santé n'interviennent plus seulement pour aider les patients à bien suivre les médicaments, mais les aident également à maintenir des rapports sociaux avec le voisinage, l'entourage, la famille, etc. La communauté étant relativement restreinte,

la pire maladie ne semble plus être le sida en lui-même, mais la fracture du lien social qui unit les personnes infectées au reste de la communauté à laquelle elles appartiennent. Ceux ou celles qui pleurent lors des entretiens, qui sont angoissé(e)s, stressé(e)s, ne le sont pas en premier lieu pour leurs conditions, mais pour ce qu'ils subissent de la part de leurs familles, de leurs amis ou tout simplement des personnes qui partagent leur quotidien. Les mutuelles deviennent à ce sujet un instrument de solidarité qui se construit non pas par les mutuelles elles-mêmes, mais par le sens que leur donnent les patients qui y adhèrent.

Comment les mutuelles travaillent-elles pour réussir à soutenir les médecins dans leurs tâches ? Comment peut-on arriver à un suivi qui n'est plus purement médical, mais qui vient justement aider les individus à se soigner d'une façon plus globale ? Ce questionnement est au centre de notre analyse. Nous observons à ce sujet des variables cliniques sur lesquelles il est possible de déterminer les influences des mutuelles en procédant par une simple comparaison entre les personnes infectées mutualistes et les personnes infectées non-mutualistes, pour voir finalement, le degré d'amélioration de la condition sanitaire. D'un autre côté, les actions concrètes que mènent les mutuelles nous permettent aussi d'évaluer leur rôle.

Les variables cliniques et épidémiologiques : leurs effets sur les PVVIH

L'intérêt ici est de relever l'importance de l'adhésion aux mutuelles de santé et surtout l'avantage que les personnes vivant avec le VIH ayant intégré les mutuelles ont par rapport aux non-mutualistes. Le constat que nous élaborons est le suivant : étant donné que les mutuelles de santé sont d'un secours significatif dans l'encadrement des patients, il existe donc un écart dans la qualité de vie (tant physiologique que psychosociale) entre les mutualistes et les non-mutualistes, les premiers étant mieux « équilibrés » que les seconds. Les caractéristiques somatiques étant prises comme critères d'évaluations de la qualité de vie, on peut remarquer que les maladies opportunistes interviennent comme facteurs déterminants. Les maladies opportunistes les plus récurrentes sont : la toux, les infections de la peau ou encore le mal à l'estomac. Mais à cela s'ajoutent certaines autres infections comme la fièvre, la diarrhée, la pneumonie ou l'anémie. On peut également inclure dans la liste, les nausées, les démangeaisons, les fatigues, les vertiges, les bouffées de chaleur, les boutons sur les parties génitales, le mal de dos et de côtes, les démangeaisons vaginales.

En ce qui concerne l'état physique des PVVIH, il s'agit ici des paramètres

d'évaluation des aptitudes de ces derniers à se maintenir dans un certain état d'un point de vue apparent. Cela est relatif à la constitution corporelle ou charnelle de la personne. Des critères d'observation de la physionomie tenant compte des activités et du revenu ont été élaborés pour mesurer les dispositions physiques des PVVIH. Les paramètres d'autonomie liés à l'activité professionnelle, au revenu et au statut social se révèlent également déterminants. Le statut social tient compte des relations sociales que les PVVIH entretiennent avec la population voisine, puisque les rapports avec le voisinage sont fonction de l'ignorance du statut sérologique des personnes concernées. Plus l'entourage social des PVVIH ignore leur statut séropositif, plus les relations paraissent stables. Dans le cas contraire, l'environnement familial et amical se dégrade très souvent. Certaines personnes malades n'acceptent aucun soutien et connaissent notamment des déceptions, un manque de confiance, une perte de repères. Beaucoup d'entre elles se renferment et ne partagent pas leur statut sérologique. D'après les témoignages, cette situation aurait un impact notable sur leur état physiologique et émotionnel. Elles connaissent un certain stress, une perte de contrôle sur leur capacité à s'autogérer et une baisse d'appréciation de l'existence.

D'une manière générale, la présence de la mutuelle sous certaines variantes aurait des influences considérables. Mais il faut noter qu'elle est encore approximative dans les domaines liés notamment à l'observance du traitement²⁷. Il est établi entre autres par nos observations, que les personnes vivant avec le VIH ont certaines craintes dans leur environnement familial et ont de la difficulté à suivre leur traitement (Motto Ndoumbè, Ahawo Komi et Eppel 2007). Elles s'arrangent de sorte que personne ne puisse être au courant de leur sérologie. Comme nous l'avons dit plus haut, le fait d'adhérer à la mutuelle représente une forme de « danger » pour les PVVIH, parce que lié à la stigmatisation. L'hôpital de district de Manjo met à la disposition des patients deux locaux qui servent de bureau de la mutuelle et de bureau des patients experts. Mais la réelle fonction de ces locaux reste un secret pour le reste du public. La non-maîtrise de l'information entraîne un intérêt pour la population des espaces réservés aux mutuelles. Il faut aussi dire que la taille de la ville et de la population (qui est petite) ne favorise pas la mutualisation. D'autre part, se tenir loin de la mutuelle, c'est en quelque sorte échapper aux ragots et protéger ses relations amicales ou familiales.

La mutuelle ne crée donc pas systématiquement un cadre sécuritaire pour les personnes infectées. Se situant dans l'enceinte d'un hôpital, elles contribuent ainsi à révéler parfois l'identité ou le statut sérologique des individus qui fréquentent les bâtiments réservés aux activités de la mutuelle. Des suggestions ont été émises par

plusieurs chercheurs en faveur d'une conservation de l'anonymat des personnes qui côtoient les locaux des mutuelles. Des permutations régulières de salles de rencontre pourraient par exemple être envisagées, pour que les locaux ne soient pas toujours associés aux mêmes bénéficiaires de la mutuelle : les personnes seraient ainsi moins remarquées.

Aide à l'observance des traitements antirétroviraux (ARV)

Dans le cadre de ces activités, des séminaires de formation et de sensibilisation sont organisés par les mutuelles, non seulement pour encourager les PVVS à suivre et respecter leur processus de traitement, mais surtout pour informer leurs proches sur la nécessité de soutenir les personnes malades et les aider dans la lutte contre le VIH. Ces séminaires se fondent sur les résultats d'une étude pilote menée par les chercheurs consultants de la GTZ au courant de l'année 2007 dans plusieurs localités du Cameroun – selon lesquelles 50 000 personnes sont actuellement sous traitement ARV au Cameroun (Motto Ndoumbè, Ahawo Komi et Eppel 2007). Il arrive que certains de ces patients oublient de prendre leur traitement à l'heure, sautent les prises ou l'interrompent tout simplement. Or, de tels comportements sont susceptibles de causer un échec thérapeutique du traitement et favoriser l'apparition des souches résistantes du virus aux antirétroviraux. Cette situation pourrait également provoquer un déséquilibre psychique et psychologique des patients, voire une certaine morbidité chez les personnes atteintes par le VIH, créant de ce fait des doutes quant à l'efficacité des ARV. Compte tenu de ce contexte particulier, les séminaires destinés aux malades visent à renseigner les particuliers sur les effets positifs d'un traitement rigoureusement suivi, selon les protocoles médicaux appropriés, pour une meilleure observance des traitements antirétroviraux. L'un des principaux objectifs de ces séminaires vise donc à diffuser les informations relatives au traitement du VIH et à contribuer à l'amélioration de la santé de la population locale.

Mobiliser des moyens de communication (radio, télévision et presse) permet d'ailleurs de sensibiliser les personnes infectées et leur entourage, non seulement à titre préventif, mais aussi pour une meilleure observance des traitements. À cela s'ajoutent d'autres objectifs plus spécifiques :

- sensibiliser les personnes disposées à passer un test de dépistage ou qui seront éligibles au traitement et les patients sous traitement sur l'efficacité des traitements ARV,
- amener les personnes sous traitement à renforcer leur observance des traitements ARV en prenant correctement les médicaments prescrits (tout en

respectant un horaire précis, étant donné que les heures de prises de médicaments se révèlent effectivement déterminantes quant à l'efficacité des traitements ARV),

- sensibiliser l'entourage des patients sur l'efficacité des ARV,
- sensibiliser le grand public sur l'importance de son rôle dans l'accompagnement des patients sous ARV,
- démystifier la prise des ARV et favoriser une plus grande acceptation des personnes vivant avec le VIH au sein de la société.

Des spots publicitaires interviennent également : ils sont diffusés par les médias en français, en pidgin²⁸ et en ffuldè²⁹ (qui sont parmi les langues les plus répandues au Cameroun) par l'intermédiaire de la production et de la diffusion d'émissions radiodiffusées, télévisuelles et la publication d'articles de presse concernant les ARV et l'observance des traitements.

Des conseils et des initiatives

En ce qui concerne l'entourage, les politiques de conseils (*counseling*) recommandent fortement aux PVVIH d'informer leurs proches de leur état sérologique, pour pouvoir bénéficier de leur contribution et de leur compréhension tout au long du traitement. L'idéal pour les PVVIH est de préparer leurs proches, de leur parler de leur statut sérologique afin qu'ils les soutiennent dans le traitement. Les activités des charlatans/guérisseurs (généralement appelés praticiens traditionnels ou tradi-praticiens) ne sont généralement pas sans risque pour ces derniers. En promettant la guérison en contrepartie de fortes sommes d'argent, ils s'invitent dans l'univers de la guérison et s'investissent comme une solution alternative et efficace. Voilà pourquoi Monteillet précise que :

Dans des circonstances plus graves, lorsque la maladie prend des formes dramatiques et épidémiques, lorsque la santé, la richesse et toutes les formes de réussite sociale sont mises en cause, on passe à un autre niveau d'intervention où la thérapie doit solliciter d'autres puissances. Le rétablissement de l'équilibre peut être obtenu au moyen de rites secrets, opérés par les *ngengan*³⁰ et destinés à mobiliser les puissances du monde de la sorcellerie, ou recherché au moyen des rites majeurs, publics, dont les acteurs sont les membres de la collectivité et où la place des ancêtres est plus grande [...]. (Monteillet 2006 : 27)

Les guérisseurs ou les charlatans font miroiter une guérison et créent généralement des ruptures de traitement médical chez les PVVIH et dans la plupart des cas, la mort des patients. Tout en considérant le rôle important que ces derniers peuvent jouer dans les rapports que les individus entretiennent avec leurs corps³¹, le

sida n'est pas une pathologie qu'ils peuvent guérir. L'on recommande aux PVVIH de se rendre à l'hôpital où des médicaments efficaces existent et sont donnés gratuitement à la majorité des patients.

La gestion de la confidentialité, l'observance et le counseling

Les politiques de soutien et de développement sanitaire local rencontrent de réelles difficultés en ce qui concerne le contrôle et le suivi des informations liées aux patients. Une confidentialité inadéquate (informations personnelles des patients divulguées ou mal protégées) entraîne la curiosité de l'entourage qui est très souvent porteur de « jugements sévères » à l'encontre des PVVIH. Les impacts vont se ressentir notamment en termes : d'irrégularités dans le suivi des patients (l'observance du traitement : la médication, le traitement peut ne plus être suivi régulièrement par manque d'approvisionnement, les patients évitent les centres hospitaliers d'approvisionnement et les bureaux des mutuelles où ils peuvent être repérés), de frustrations des malades, de discriminations de l'entourage à cause du manque de protection du statut sérologique des individus. Tout cela conduit le plus souvent au dénombrement sans cesse croissant des personnes malades « perdues de vue » : il s'agit de personnes qui ne désirent plus approcher les centres hospitaliers ou les centres de mutuelles et qu'il est désormais difficile de retrouver. Cette situation représente un très grand dommage pour leur santé et pour celle des personnes de leur entourage : pour elles-mêmes parce qu'un manque à l'observance est un danger pour leur médication ; et pour leur entourage, parce qu'il reste exposé au risque de contagion. Le terme qui ressort du processus de la confidentialité est le « secret », c'est-à-dire que les informations qui concernent les PVVS doivent être protégées et doivent rester un droit fondamental de l'homme, dans la mesure où le secret divulgué peut avoir des conséquences désastreuses, notamment : la perte de confiance en la formation sanitaire, le découragement, la dépression, la frustration, l'aggravation de l'état sanitaire, le suicide. On peut noter également d'autres conséquences comme le stress permanent, une mauvaise observance, le divorce ou la séparation des conjoints, le refus de soi, le rejet de toute entreprise, la honte, le retrait ou le refus du traitement.

L'aide à l'observance

Il s'agit ici des méthodes de soutien aux personnes, dans le suivi de la prise des médicaments. Cela est lié à la régularité et à toutes les difficultés qui l'entourent. Le rôle du patient-expert est important puisqu'il partage l'expertise personnelle et organise des aides psychosociales à domicile. Il peut procéder au soutien et à la sensibilisation par des témoignages. Les moyens de sensibilisation

sont également adéquats : il doit par exemple collecter des données (observance et utilisation systématique du préservatif) grâce à une fiche de suivi et à un rapport. Le témoignage des patients-experts au sujet de leurs propres expériences est un facteur stimulant et encourageant pour les personnes vivant avec le VIH. On définit ici le témoignage comme la déclaration de ce qu'on a vu, entendu, perçu, vécu, servant à l'établissement de la vérité de l'existence du VIH. Ainsi, les lieux où l'on peut témoigner sont d'une importance capitale dans la gestion de la confidentialité. Cependant, il est important de parler des qualités d'un bon témoignage. Il doit être : vrai, naturel, précis, concis, logique et cohérent, convainquant, persuasif, adapté. Il est important d'exprimer les sentiments et les émotions, et de laisser la place aux questions comme aux réponses. Il faut que le témoignage porte un message et donne des conseils. La structure du témoignage s'élabore comme suit : déclaration de son identité (nom, prénom, âge...), le lieu de résidence, le statut matrimonial, la profession, les attitudes face au VIH/sida (les perceptions que les patients-experts avaient avant d'avoir contracté la maladie), le dépistage (quelle année, pourquoi), les réactions après le dépistage, l'état de santé à l'heure du témoignage, les informations de l'entourage sur son statut (qui sait ?) et les conseils à l'attention du public auquel ils s'adressent.

Dialogue contrôlé sur le counseling

Il s'agit ici de parler des attitudes qui doivent régir le processus de *counseling*. Parler de *counseling*, c'est discuter des conseils et des entretiens qui concernent le VIH/sida, voir si l'individu qui réalise un *counseling* est apte à subir le test de dépistage ou pas. Il s'agit ici des questions de procédures.

Au cours d'un *counseling*, les personnes présentes (à savoir, le patient-expert et le patient qui vient pour faire un test de dépistage) s'installent dans un local qui n'attirera pas l'attention. Personne n'est censé avoir connaissance de l'activité qui s'y déroule. Le *counseling* n'a pas pour objectif de convaincre les personnes de faire un test de dépistage ou de suivre un traitement ARV. Il s'agit plutôt d'une négociation pour trouver un terrain d'entente avec les personnes vivant avec le VIH. La technique de *counseling* appropriée suggère une distance réduite entre le conseiller et le patient afin d'établir un rapport de proximité. En gros, le *counseling* n'est pas une séance au cours de laquelle on inculque des connaissances, mais davantage un lieu où l'on écoute les personnes pour les comprendre. La séance de *counseling* est faite avant le test de dépistage comme pour préparer les individus au processus qui pourrait être déclenché. Il est effectué également après le test pour mettre en place le processus de prise en charge et de traitement.

Conclusion

Au terme de cette réflexion, on est en mesure de dire que la collaboration entre les mutuelles de santé, les unités médicales et les patients connaît de nombreuses dynamiques qui s'améliorent à travers sa propre introspection ou remise en question. Cette collaboration connaît aussi des réticences ou des difficultés dans le suivi des personnes vivant avec le VIH/sida concernées. Le problème qui a jalonné notre développement nous a conduit vers le partenariat des mutuelles de santé avec les médecins et les personnes infectées autour de la question du sida. De cette coopération est né un questionnement ontologique des mutuelles : celui d'évaluer leur capacité à exercer une influence sur l'état des personnes infectées. Il en découle donc que les mutuelles de santé sont un atout considérable dans le soutien des individus face à la pandémie du sida. Elles se déploient davantage en milieu autochtone où les rapports des individus au corps et à la maladie se manifestent de façon particulière ; ce qui nécessite une compréhension antérieure des logiques locales pour orienter des actions efficaces. Si la maladie revêt un sens particulier en milieu autochtone, elle garde son essence.

Cependant, les méthodes d'interventions devront être planifiées selon la compréhension du local. La variante « sensibilisation » des mutuelles, entreprise pour la prévention, rencontrerait elle aussi des défis qui sont ceux de la gestion du corps. La question qui se pose actuellement est de savoir s'il faut augmenter le volume du discours trilogique : l'utilisation du préservatif, la fidélité ou l'abstinence pour atteindre davantage les sensibilités de la population cible. Nous croyons que, de la même manière qu'une connaissance des logiques locales aide actuellement pour la prise en charge de la maladie, il est très important de saisir les méandres culturels du discours, des perceptions et de la compréhension du corps, et de sa gestion pour initier une réelle action préventive. Ainsi, la collaboration participative des mutuelles dans la lutte contre le sida ne se fera pas seulement dans le cadre du traitement, mais aussi dans la dynamique anticipative pour désormais prévenir les infections à VIH.

Références

ABÉGA, Séverin Cécile, 2005, *Introduction à l'anthropologie sociale et culturelle*, Yaoundé : Afrédit.

_____, 2007, *Les violences sexuelles et l'État au Cameroun*,

Paris : Karthala.

BÉAT-SONGUÉ, Paulette, 1989, *Sida et prostitution*, Paris : L'Harmattan.

CHATUÉ, Jacques, 2006, « À quand les états généraux de la santé au Cameroun ? », *Terroirs*, 1-2 : 157-168.

CNLS, Comité National de Lutte Contre le Sida, 2010, *République du Cameroun. Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida. Plan Stratégique National De Lutte Contre Le VIH/Sida 2006-2010*, consulté sur Internet, <http://www.cnls.org/public/web/spip.php?rubrique7>, le 13 novembre 2011.

CRIEL, Bart et Maria Pia WAELKENS, 2004, *Les Mutuelles de santé en Afrique subsaharienne, état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Washington : International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.

DE ROSNY, Éric, 1981, *Les yeux de ma chèvre*, Paris : Plon.

_____, 1992, *L'Afrique des guérisons*, Paris : Karthala.

_____, 1996, *La nuit, les yeux ouverts*, Paris : Éditions du Seuil.

_____, 2002, *Ici ou là en Afrique ; récits et péripéties*, Paris : L'Harmattan.

DIOP, Karim, Philippe VINARD et Bernard TAVERNE, 2006, *Faisabilité économique de la gratuité complète de la prise en charge médicale des patients VIH dans les pays à faible revenu : le cas du Sénégal*, Dakar : Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA-Institut de Recherche et de Développement.

DURKHEIM, Émile, 1988, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : Flammarion.

EBOKO, Fred, Frédéric BOURDIER et C. BROQUA, (Dir.), 2011, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Montpellier : IRD.

EDS, 2005, *La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Sénégal de 2005 (EDS-IV)*, consulté sur Internet, <http://crdhvision.com/spip.php?article13>, le 11 novembre 2011.

FASSIN, Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris : Presses Universitaires de France.

_____, 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris : Karthala.

FASSIN, Didier et Yannick JAFFRÉ, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris : Presses Universitaires de France.

GIZ/GTZ, 2011, *Cameron*, consulté sur Internet, <http://www.gtz.de/en/weltweit/afrika/584.htm>, le 17 octobre 2011.

GTZ, 2008, *Document de synthèse des activités d'appui et du suivi biologique des personnes vivant avec le VIH/sida par les systèmes de micro-finance et mutuelles de santé*, Yaoundé : GTZ.

IRD et Marie GUILLAUME, 2004 *Sida : une trithérapie générique en un comprimé unique testée avec succès au Cameroun*, consulté sur Internet, <http://www.ird.fr/la-mediatheque/fiches-d-actualite-scientifique/205-sida-une-trithérapie-generique-en-un-comprime-unique-testee-avec-succes-au-cameroun>, le 17 octobre 2011.

LAPLANTINE, François, 1976, *La Médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris : J.-P. Delarge.

_____, 1978, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*, Paris : J.-P. Delarge.

_____, 1986, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris : Payot.

MONTEILLET, Nicolas, 2006, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, Paris : L'Harmattan.

MOTTO NDOUMBÈ, Jules-Salomon., Mokpokpo Alain AHAWO KOMI et Gerd EPPPEL, 2007, « Document du Programme germano-camerounais de santé/sida

(PGCSS), volet micro-assurance et mutuelles de santé » in GTZ, *Recensement et étude des connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les districts de santé couverts par les mutuelles pilotes appuyées par la GTZ au Cameroun*, Yaoundé : GTZ, n. p.

MUTUALITÉ FRANÇAISE, 2011, *VIH : une découverte américaine ouvre une nouvelle piste pour un vaccin*, consulté sur Internet, <http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/vih-une-decouverte-americaine-ouvre-une-nouvelle-piste-pour-un-vaccin?boxDisplayTitle=>, le 12 octobre 2011.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : Karthala.

OMS, 2006, *Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé – rapport sur la santé dans le monde 2006*, consulté sur Internet, <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, le 11 novembre 2011.

_____, 2007, *Document d'évaluation de l'approche Atteindre Chaque District*, Yaoundé : OMS/Cameroun.

ONUSIDA, 2010, *Rapport mondial. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, consulté sur Internet, http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf, le 11 novembre 2011.

VIDAL, Laurent, 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris : Presses Universitaires de France.

_____, 2004, *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Paris : Karthala.

VINARD, Philippe, Karim DIOP et Bernard TAVERNE, 2007, *Comment financer la gratuité ? Le cas de la prise en charge médicale complète des personnes vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar : Comité National de Lutte contre le VIH/sida, Alter Santé internationale et Développement.

Sources Internet

ACDI-American Computer Development Inc, www.acdi.com, consulté le 17 octobre 2011.

Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) : <http://crdhvision.com/spip.php?rubrique3>, consulté le 11 novembre 2011.

Welcome to Sante.com : <http://www.sante.com>, consulté le 12 octobre 2011.

Médecins.com : <http://www.médecins.com>, consulté le 12 octobre 2011.

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) : <http://www.gtz.de/en/weltweit/afrika/584.htm>, consulté le 17 octobre 2011.

Santé Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php>, consulté le 17 octobre 2011.

MOTS-CLÉS

Cameroun – mutuelle de santé – sida – prise en charge – représentations – violences sociales – autochtones

¹ Au Cameroun, l'adjectif « rural » est régulièrement employé à la place du terme « autochtone ».

² Le texte que nous développons s'inspire des travaux de terrains réalisés dans la localité de Manjo au cours d'un travail consultatif pour le compte de l'agence GTZ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* ou Coopération technique allemande). L'étude principale qui a jalonné une bonne partie de l'activité s'organisait principalement autour du sujet intitulé : « Contribution à la détermination des effets de la prise en charge des PVVIH par les mutuelles de santé sur l'espérance de vie ajustée à la santé des personnes infectées ».

³ Nous entendons par statut psychologique, l'ensemble des dispositions mentales et psychiques qui sont influencées chez l'individu dans son rapport à la maladie et détermine ses dispositions au suivi du traitement.

⁴ Cette expression renvoie aux logiques et à l'entendement populaire de la maladie.

⁵ On ne peut cependant nier les dernières découvertes du vaccin contre le sida, un vaccin qui agirait sur un ensemble de 17 souches virales. Mais les informations à ce sujet ne disent pas encore l'effectivité et la disponibilité du vaccin en question (Mutualité française 2011).

⁶ Il s'agit ici du nombre de personnes dans une population donnée qui répond positivement à des tests sériques (techniques de détection d'anticorps). La séroprévalence s'établit sous forme de pourcentage des cas ramenés à une population de 100 000 individus.

⁷ Nous voulons faire la distinction entre les malades du sida (PVVS) et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le sida est considéré comme la phase grave et tardive de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). En l'absence de tout traitement pour atténuer la progression et l'action du virus, le sida se déclare plus ou moins rapidement : on parle scientifiquement de sida, lorsque le nombre de lymphocytes descend au-dessous de 200 (l'être humain a normalement dans le sang entre 800 et 1 000 lymphocytes T4 par millimètre cube). Toutes les personnes infectées par le VIH ne sont pas automatiquement malades du sida ; par contre, porteuses du virus, elles sont susceptibles de le transmettre.

⁸ Le gouvernement camerounais bénéficie en effet des subventions et des fonds d'aide de la part de la Banque Mondiale ou d'autres organisations encore pour la lutte contre le sida. Il formule de ce fait des politiques en accord avec les propositions ou directives de ces organisations.

⁹ Voir le site Internet officiel de la *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* : <http://www.gtz.de/en/weltweit/afrika/584.htm>, consulté le 17 octobre 2011.

¹⁰ Ce concept utilisé d'une manière prosaïque par les chercheurs en santé traduit tout simplement le respect des procédures conformes au traitement prescrit. [note de Pierre Boris N'nde]

¹¹ 96 % de la dose attendue pour la névirapine, 89 % pour la stavudine et 99 % pour la lamivudine. [note de Marie Guillaume]

¹² On parle ici d'un traitement qui est fourni par un médecin à un malade n'ayant reçu aucun traitement antérieur pour soigner l'infection dont il est question (note de l'auteur).

¹³ Jacques Chatué est philosophe et spécialiste en épistémologie. Il s'est intéressé d'un point de vue éthique aux rapports entre les établissements sanitaires et les malades, la souffrance du corps et les enjeux éthiques des interventions en santé.

¹⁴ Les patients-experts (PE) sont des personnes infectées qui vivent avec le VIH et qui ont été formées pour contribuer au soutien et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. En effet, elles sont aptes aux activités de conseils (*counseling*) pré et post-test de dépistage et de suivi personnalisé des individus. Elles sont aussi à même de susciter davantage de confiance de la part des malades dépistés dans la mesure où ils ont en commun l'infection au VIH.

¹⁵ À cause de la stigmatisation, des stéréotypes ou préjugés sur les PPVS.

¹⁶ L'intérêt pour cette localité est tout à fait circonstanciel. Manjo s'est prêté à nos observations. Cette localité est fortement homogène sur le plan ethnique, comportemental et aussi parce que les mutuelles et le soutien de la GTZ s'y déploient de manière prononcée.

¹⁷ On peut retrouver les informations sur le site Internet : <http://population.mongabay.com/population/cameroon/2228499/manjo>, consulté le 17 octobre 2011.

¹⁸ Les Micro-Assurances et Mutuelles de Santé (MAMS) sont un sous-programme du Programme germano-camerounais santé/sida (PGCSS).

¹⁹ Mettre de côté la variante « micro-assurance » vise surtout un but pratique parce que la micro-assurance ne nous fournit pas les éléments de réponse à la problématique, car traitant uniquement des questions financières. Il est question pour nous de travailler sur le volet social et de voir l'articulation des mutuelles sur le plan des relations humaines.

²⁰ Non seulement pour faciliter leurs rapports avec leur nouvelle condition sanitaire (sur le plan psychologique), mais aussi pour leur permettre d'avoir accès aux soutiens.

²¹ Il s'agit d'activités scientifiques menées sur la question des mutuelles et dont les résultats servent de base pratique pour impulser et améliorer la prise en charge.

²² Étant donné que l'état de santé des personnes infectées se dégrade du fait qu'elles sont abattues psychologiquement, abandonnées, fuies, exclues et même pourchassées dans certaines régions.

²³ D'après nos propres observations.

²⁴ La communauté ici est l'élément de contrainte extérieure qui particularise et caractérise le bien-être en tant que fait social, si on se réfère théoriquement à la sociologie durkheimienne. Voir Émile Durkheim au sujet des faits sociaux : « ils consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui. [...] Est fait social toute manière de faire, figée ou non, susceptible d'exercer une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles » (1988 : 97-107). Le sida devient à ce moment une « déviance », un manquement à l'ordre normal des choses et est de ce fait réprimé par la société.

²⁵ Nous parlons d'un univers de connaissances occidentales, tout simplement parce que venant de l'Occident et tendant à s'opposer aux pratiques traditionnelles et locales que certains qualifient de « pseudo-scientifiques ».

²⁶ Généralement on les nomme « églises réveillées » ou en anglais *born again*. Elles se distinguent des églises conventionnelles (catholiques ou protestantes), et se manifestent par un enthousiasme profond, insistent entre autres sur les séances de guérison ou même l'accomplissement de miracles.

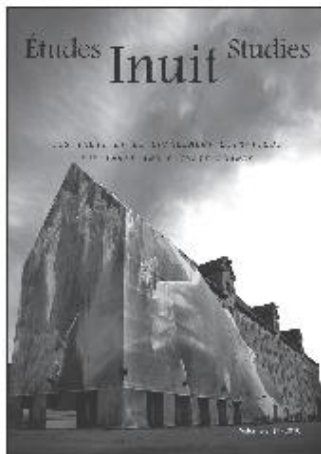
²⁷ Ceci renvoie à la régularité des prises des médicaments antirétroviraux. Plus on respecte les prises, mieux on se porte et moins on est enclin à subir des interventions ou des réévaluations des prescriptions.

²⁸ Langue anglaise argotisée. Elle est généralement propre aux personnes sous-scolarisées.

²⁹ Le Fulfulde est le véhiculaire des provinces du Nord du pays. La langue est importante dans la mesure où elle concerne les ressortissants du Nord qui ont migré dans les localités du grand Sud.

³⁰ *Ngengan* signifie « guérisseur traditionnel » dans le pays des Yezum au Sud du Cameroun.

³¹ On peut voir à ce sujet toute la littérature qui est faite sur l'anthropologie de la santé et les rapports que la médecine des hôpitaux entretient avec la médecine traditionnelle (Laplantine 1976, 1978 ; De Rosny 1981, 2002).



Les Inuit et le changement climatique / The Inuit and climate change

Anticipation, climate change, and movement in Greenland (Mark Nutall)
 Inuit perceptions of climate change in East Greenland (Casper Iliq)

Yup'ik perspectives on climate change: "The world is following its people" (Ann Hwang-Riedner)

The religion of nature: Evangelical perspectives on the environment (Fridtjof Langrand, Jerich Costas)

Climate change, oil and gas development, and Inupiat whaling in northwest Alaska (Nobuhiko Kishigami)

Co-management institutions, knowledge, and learning: Adapting to change in the Arctic (Pillest Bierke, Derik Armitage)

The tip of the iceberg: Ice as a non-human actor in the climate change debate (Lill Rastad Ijeme)

Should we turn the tent? Inuit women and climate change (Martha Dowley, Shari Gearheart, Nore Johnson, Jocelyne Iliastetter)

À décrire / To be reviewed

- Pauline O'Rourke, *Arctic Identities: Inuit and the Making of a Nation* (2009)
- David G. Forde, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- John W. Krupar, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- David G. Forde, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- Pauline O'Rourke, *Arctic Identities: Inuit and the Making of a Nation* (2009)
- David G. Forde, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- John W. Krupar, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- David G. Forde, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)
- Pauline O'Rourke, *Arctic Identities: Inuit and the Making of a Nation* (2009)
- David G. Forde, *Inuit and the Arctic: A History of the Arctic Region* (2009)

Études/Inuit/Studies, une revue scientifique bi-annuelle, est publiée depuis 1977. La revue se consacre à l'étude des sociétés inuit traditionnelles et contemporaines du Groenland à la Sibérie, dans la perspective très large des sciences humaines (ethnologie, politique, droit, archéologie, linguistique, histoire, etc.). La revue s'est constituée au fil des ans comme le pivot d'un vaste réseau de communication scientifique, ouvert à toutes les disciplines et à tous les horizons scientifiques. Outre les articles, on y retrouve des réflexions, des recensions, informations scientifiques et revues annuelles de thèses de doctorat et articles parus dans d'autres revues.

Études/Inuit/Studies, a biannual scholarly journal, is published since 1977. The Journal is devoted to the study of Inuit societies, either traditional or contemporary, in the general perspective of social sciences and humanities (ethnology, politics, archaeology, linguistics, history, etc.). The Journal has grown to become a major crossroads of information on northern endeavors. As well as a number of articles, each volume contains book reviews, a list of scientific events, and annual reviews of recent dissertations and articles published in other journals.

Tarifs d'abonnement (2010-2011) / Subscription rates (2010-2011)

	Canada	à l'étranger / abroad	(2 ans / 2 years)
Institutions:	200\$ Can.	200\$ US / Euros	390\$ Can./ US / Euros
Particuliers / Individuals:	50\$ Can.	50\$ US / Euros	95\$ Can./ US / Euros
Étudiants / Students:	30\$ Can.	30\$ US / Euros	55\$ Can./ US / Euros

Anciens numéros / Back issues

Numéro simple / Single issue	10\$ Can.	10\$ US / Euros
Numéro double / Double issue	(voir notre site internet / see our web site)	
Série complète* / Complete collection **	450\$ Can.	450\$ US / Euros

* Excluant / ** Excluding vols: 1(1), 2(1), 3(1), 3(2), 3(b.a.), 4(1-2), 5(1), 5(2), 5(b.a.), 8(b.a.), 9(2), 10(1-2), 16(1-2), 20(2), 22(1), 22(2), 23(1-2), 24(1), 24(2), et / and 25(1-2) qui sont épuisés / out of print.

Les prix incluent les frais de poste / Prices include postage
 Faire chèque ou mandat à l'ordre de: / Make your check or money order payable to:

Études/Inuit/Studies
 Université Laval, Pavillon Charles-De Kozminsk, 1030 ave des Sciences-Humaines, Québec, QC, Canada G1V 0A6
 Tél: (418) 656-2353, FAX: (418) 656-3023, courrier électronique / e-mail: etudes.inuit.studies@fs.ulaval.ca
 site internet / web site: <http://www.fs.ulaval.ca/etudes-inuit-studies>

Réflexion critique sur la santé des autochtones¹

Bernard Roy²

Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Anne-Marie Michaud

Étudiante à la maîtrise
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

En juin 2001, la vérificatrice générale du Canada, Sheila Fraser, dressait un portrait plutôt sombre des efforts gouvernementaux pour améliorer l'état de santé des Premières nations (La Presse canadienne 2011). Lors de son allocution de départ, Madame Fraser affirma que le gouvernement canadien a échoué à mettre en place des mesures pour améliorer la qualité de vie des membres des Premières nations. Des éléments comme l'éducation, la protection des enfants, l'accès à l'eau potable et à un logement décent étaient, selon elle, largement en-deçà des normes canadiennes, allant même jusqu'à se détériorer dans certains cas.

Comment se fait-il qu'en ce début de XXI^e siècle persiste encore une telle disparité de santé entre les Canadiens et les membres des Premières nations ? Quelles mesures sont prises pour pallier à cette situation ? Ces mesures atteignent-elles leur but ? Quelle approche utiliser si ces mesures n'ont pas donné les résultats escomptés ? Voilà bien des questions qui nous interpellent. Dans le présent article, nous chercherons à apporter quelques éléments de réflexion critique en regard de certaines pistes proposées et appliquées pour palier à ces inacceptables disparités.

Pour appuyer notre propos, dans un premier temps, nous dresserons un portrait sommaire de l'état de santé des Premières nations du Canada. Dans un deuxième temps, nous porterons un regard critique sur une des solutions

privéligiées par les milieux de la santé pour améliorer le profil épidémiologique des Premières nations : l'augmentation des ressources et des services de soins de santé. Notre propos sera supporté par un exercice de comparaison de l'offre de services de soins de santé des communautés innues et macaquaines de Natashquan (voir à la section 2 pour des précisions sur ces communautés). En guise de conclusion, nous proposerons d'investir des sentiers peu empruntés.

L'état de santé des Premières nations

D'entrée de jeu, nous estimons important de préciser que les données relatives à la santé des autochtones du Canada présentent plusieurs limites³. De ce fait, toutes comparaisons entre nations et diverses communautés s'avèrent fragiles et l'utilisation maximale des données est compromise. Prenant cela en considération, nous avons opté pour la présentation d'un portrait général de la santé des membres des Premières nations du Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada estime que les Canadiens et les Canadiennes comptent parmi les gens les plus en santé au monde (Agence de la santé publique du Canada 2005). Malgré cela, l'état de santé des autochtones du Canada est largement en-deçà de celui des Canadiens en général, et va, en plusieurs lieux, en se détériorant. Et cela, malgré l'investissement, au cours des dernières décennies, de centaines de millions de dollars dans l'offre de soins de santé et de programmes de promotion et de prévention.

De manière générale, l'espérance de vie des Premières nations demeure toujours de six à sept ans en-deçà de celle des Canadiens (Durie 2004 ; Garriguet 2008). Les principales causes de décès seraient les troubles circulatoires (plus présents chez les gens âgés) et les blessures (plus présentes chez les jeunes hommes). Les types de blessures recensés sont de natures diverses, avec une forte prévalence pour les accidents de la route et pour les suicides (Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee 2007).

Les taux de suicide recensés chez les Premières nations sont alarmants, étant six fois plus élevés que la moyenne nationale canadienne (Chandler et Lalonde 1998). Au cours des deux dernières décennies, les taux de suicide chez les Premières nations ont été constamment supérieurs à la moyenne canadienne. « En 2000, le taux de suicide des Premières nations était de 24 par 100 000 habitants, ce qui représentait deux fois plus que le taux général canadien se situant à 12 par 100 000 habitants » (Kirmayer *et al.* 2007 : 16). Kirmayer et ses collaborateurs font

toutefois une mise en garde :

Malgré cette tendance générale indiquant des taux de suicide élevés, il est important de bien souligner qu'il y a d'énormes variations du taux de suicide chez les groupes autochtones en Amérique du Nord – même parmi les collectivités d'une même région ou les collectivités appartenant à une même nation ou à un même groupe culturel. (Kirmayer *et al.* 2007 : 19)

La situation serait particulièrement dramatique pour les jeunes femmes autochtones qui se suicideraient dans une proportion trois fois plus grande que leurs homologues canadiennes (Association des femmes autochtones du Canada 2004).

L'embonpoint et l'obésité concerneraient aujourd'hui près de 70 % des membres des Premières nations (Centre des Premières nations 2005 ; CSSSPNQL 2006), touchant particulièrement les femmes âgées entre 19 et 30 ans (Garriguet 2008), ainsi que les enfants, dont 48,7 % souffrent d'obésité (Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee 2007). Par ailleurs, les données tendent à démontrer que les femmes et les hommes vivant au sein des réserves sont davantage concernés par ces problématiques de santé (Bobet 1991 ; Santé Canada 2000 ; Roy 2002 ; Ferreira et Lang 2006). Ces problèmes, souvent associés au processus d'acculturation, ne sont, en fait, apparus que très récemment dans le profil épidémiologique des Premières nations. On estime qu'avant la Seconde Guerre mondiale, le diabète de type 2 était pratiquement inconnu chez les autochtones (Roy 1999, 2002 ; Légaré 2004 ; Waldram, Herring et Young 2006). Les travaux réalisés chez les Cris ainsi que chez les Innus démontrent que le diabète de type 2 est apparu dans le profil épidémiologique de ces populations seulement au début des années 1980. À l'instar de la mise en garde de Chandler et de ses collaborateurs concernant la prévalence du suicide (Chandler *et al.* 2010), nous mettons en garde le lecteur contre toute tentative de généralisation des problématiques de l'obésité et du diabète de type 2. S'il est incontestable que les taux de prévalence de ces deux problématiques de santé sont généralement élevés chez les autochtones, ceux-ci ne traversent pas également toutes les nations et toutes les communautés⁴.

Pour ce qui est de la manière dont les autochtones perçoivent leur santé, ils seraient deux fois plus susceptibles que les Canadiens en général de dire que leur état de santé est « passable » ou « mauvais », à revenu égal (Agence de la santé publique du Canada 2005).

Nombreux sont les membres des Premières nations qui, en ce début de XXI^e siècle, vivent toujours dans des conditions de vie (revenu, logement, éducation) bien en dessous de celles auxquelles l'on est en droit de s'attendre dans un pays comme le Canada. L'Indicateur du développement humain des Nations Unies, une mesure de santé prenant en compte l'espérance de vie, le niveau de scolarité et d'alphabétisation, situait les peuples des Premières nations du Canada, au début du XXI^e siècle, au 63^e rang mondial sur 177 (Inuit Tapiriit Kanatami 2004). Tjepkema et ses collaborateurs (2009) expliquent que des indicateurs socio-économiques tels que le revenu, le niveau de scolarité et la profession exercée expliqueraient les deux-tiers de la surmortalité des hommes et 30 % de celle des femmes (en considérant les amérindiens et Métis du Canada). Les autochtones seraient davantage susceptibles de vivre dans la pauvreté, de souffrir de malnutrition et de vivre dans des logements surpeuplés et insalubres que les Canadiens en général (Conseil canadien de la santé 2011). Sur le plan du revenu, environ la moitié de la population autochtone a un revenu annuel moyen de moins de 10 000 \$ (Ontario Federation of Indian Friendship Centres 2004 ; Centre des Premières nations 2005) et en 1995, près de la moitié des populations des Premières nations du Canada vivait en situation de pauvreté, comparativement au quart chez les Canadiens (Lee 2000). D'ailleurs, notons que l'insécurité alimentaire⁵ serait le lot de pratiquement le quart des autochtones (Syme 2004). Cet état de fait serait d'une part, attribuable aux faibles revenus et d'autre part, aux coûts élevés de transport des aliments dans les communautés plus éloignées (Syme 2004 ; Chan *et al.* 2006). Les conditions de logement de nombreux autochtones sont caractérisées par un surpeuplement et par un piètre état des habitations (Kendall 2001 ; Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee 2007). Cette situation contribuerait à la création d'environnements défavorables au développement des enfants (Durie 2004), notamment en favorisant des taux élevés de problèmes respiratoires et d'autres maladies infectieuses (Agence de la santé publique du Canada 2011). Pour ce qui est de l'éducation, la proportion des autochtones n'ayant pas terminé leur éducation secondaire était, au début du XX^e siècle, le triple de celle des Canadiens (Kendall 2001).

Cela étant, nous estimons, à l'instar de Reading (2009), qu'il est essentiel de reconnaître que les facteurs déterminants la santé des communautés autochtones prennent racine dans leurs conditions de vie, façonnées par des forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques⁶.

L'augmentation des ressources comme solution proposée sur le terrain : la solution ?

Parmi les 12 déterminants de la santé⁷ reconnus par l'Agence de la santé publique du Canada, nous comptons l'accessibilité aux services de santé. En septembre 2006, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador rendait public le rapport d'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations du Québec (CSSSPNQL 2006). Constatant la dégradation de l'état de santé des Premières nations, elle estimait que l'isolement des communautés, l'âge, le statut socio-économique, ainsi que l'accès aux services de soins de santé expliquaient en bonne partie la dégradation de l'état de santé des Premières nations. Un fort lien y était établi entre la dégradation de l'état de santé des Premières nations et le niveau d'accessibilité au système de santé. Aussi, ce rapport recommandait que soient investies davantage de ressources, afin que tous les membres des Premières nations aient un accès équitable aux services de santé ; et ce, quels que soient la taille et l'isolement de la communauté. Notons que l'argument de la rareté des ressources professionnelles et le manque de soins de santé est fréquemment utilisé pour expliquer le piètre état de santé des membres des Premières nations et pour réclamer un accroissement de l'offre de services de soins de santé.

Dans les pages du rapport de la CSSSPNQL, nous pouvions lire que « plus de 46,5 % de la population des Premières nations affirme avoir connu un ou plusieurs obstacles, pour recevoir des soins de santé au cours des douze mois précédant l'enquête » (CSSSPNQL 2006 : 126). Chez les aînés, 59,1 % d'entre eux déclaraient avoir rencontré un ou plusieurs obstacles pour accéder aux soins de santé (*Ibid.*). Il semblerait donc qu'une forte proportion des membres des Premières nations du Québec estimait bénéficier d'une moins bonne accessibilité aux soins de santé que l'ensemble des citoyens du Canada et du Québec.

Analyse d'un cas : les services de santé dans les communautés innues et macaquaines de Natashquan

Qu'en est-il dans les faits ? Afin d'apporter des éléments de réflexion critique à ces perceptions et à ces recommandations, nous avons jugé pertinent de comparer les services de santé offerts aux Innus de Nutakuan (Pointe-Parent) et aux Macaquains de Natashquan⁸. Ce choix de comparer ces deux milieux repose principalement sur le fait qu'un des auteurs fréquente la Côte-Nord et plus particulièrement la Moyenne et la Basse-Côte-Nord depuis plus de 25 ans⁹.

Nous avons fait le choix de comparer les services de santé offerts dans les communautés innues et macaquaines de Natashquan pour des raisons pratiques, de connaissances empiriques et d'ordre scientifique, de proximité et d'accessibilité. Nous en convenons, cet exercice comporte certaines limites, dont la difficulté de généraliser ces constats. Notre expérience nous pousse toutefois à penser, avec une relative certitude, que nous serions parvenus à des résultats comparables à ceux présentés dans ces pages, si nous avions choisi de porter notre regard sur d'autres communautés. Par exemple, cet exercice aurait tout aussi bien pu s'intéresser aux réalités de communautés innues et allochtones voisines telles celles de Pakuashipi et de St-Augustin, d'Ekuanitshit et de Mingan, d'Unamen Shipu et de La Romaine, de Pessamit et de Ragueneau, de Uashat mak Maniutenam et de Sept-Îles ou encore de Matimekush et de Schefferville. Dans tous les cas, nous émettons l'hypothèse que nous serions parvenus à des constats similaires.

Les données que nous avons colligées pour réaliser le présent travail sont toutes de l'ordre du public et n'ont nécessité aucune entrevue, à l'exception d'une entrevue téléphonique avec un membre de l'administration du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Minganie qui nous a fourni des informations appartenant au domaine du public.

Les services de santé à Natashquan

Les Innus de Nutakuan partagent de larges pans des profils de santé et socio-économiques que nous avons présentés dans les pages précédentes. Les Macaquains s'inscrivent dans un profil de santé de loin supérieur à celui des Innus. Par contre, nous devons en convenir, en comparaison avec la population québécoise, le profil de santé des nord-côtiers (dont les Macaquains) est en plusieurs points de moins bonne qualité.

Les communautés de Nutakuan (innue) et de Natashquan (macaquaine) sont situées à moins de dix kilomètres l'une de l'autre et chacune possède un poste de services de santé, communément appelé par les gens du milieu « dispensaire ». En cas d'urgence, Innus et Macaquains sont, depuis l'ouverture de la route 138 en 1996, transportés en ambulance vers Havre-Saint-Pierre, petite ville minière située à 160 kilomètres à l'ouest des deux communautés. Dans cette municipalité se trouve le CSSS de la Minganie qui offre des services de première ligne et d'urgence. Des services spécialisés y sont ponctuellement offerts.

En cas d'extrême urgence (mais cela est aujourd'hui assez rare), le transport des patients peut s'effectuer en avion puisque Natashquan et Havre-St-Pierre sont chacune dotées d'un aéroport apte à recevoir des avions à réaction comme l'avion ambulance du gouvernement du Québec. Lorsque la situation de santé le commande, Macaquains et Innus peuvent être référés vers le centre hospitalier de Sept-Îles. Celui-ci est toutefois situé à 380 kilomètres à l'ouest de Natashquan, soit à environ quatre heures de route.

Si, en principe, les membres des deux populations ont accès, en tant que personnes résidentes du Québec, à toutes les ressources du système de santé québécois, il en va tout autrement quant aux services et aux ressources de proximité disponibles dans chacune des communautés. Examinons la situation d'un peu plus près.

Le dispensaire macaquain

Le dispensaire macaquain de Natashquan est en fait un des sept points de services du CSSS de la Minganie situé à Havre-Saint-Pierre et est tributaire des politiques et budgets du gouvernement du Québec. Le premier dispensaire fut construit du côté ouest de la petite rivière Natashquan vers 1930. À la fin des années 1940 était érigé un nouveau dispensaire, cette fois, du côté Est de la rivière. En 2006, le point de services de Natashquan était toujours situé dans ce bâtiment érigé en 1940 qui fut, à quelques reprises, rénové (Frenette, Landry et Vigneault 2005). À l'été 2010, l'administration du CSSS de la Minganie prenait la décision d'abolir le poste de l'infirmière résidente à Natashquan et de diminuer substantiellement le nombre d'heures de services pour la population macaquaine. Grâce à une importante mobilisation citoyenne et des élus nord-côtiers, cette décision fut renversée¹⁰.

Ce dispensaire offre à la population macaquaine les services d'un(e) infirmier(ère) avec un ratio d'une infirmière pour environ 264 personnes. De plus, les Macaquains peuvent y consulter un médecin généraliste trois jours par mois et un dentiste deux jours aux deux mois. Toutefois, puisque le dispensaire de Natashquan n'est pas équipé avec du matériel de dentisterie, les Macaquains doivent, pour recevoir ces soins dentaires, utiliser leur moyen de transport pour se rendre au point de services d'Aguanish situé à 34 kilomètres à l'ouest de Natashquan. Les soins dentaires offerts aux Macaquains sont régis par les mêmes règles que ceux offerts à la population québécoise en général.

En dehors des heures de services régulières, les Macaquains doivent, en cas d'urgence perçue ou effective, téléphoner à une infirmière postée au CSSS de la Minganie à Havre-Saint-Pierre. Au téléphone, l'infirmière évalue si, oui ou non, l'appelant peut rencontrer l'infirmière de son village. En dehors des heures d'ouverture du CLSC de Natashquan, c'est donc l'évaluation de cette infirmière qui constitue la clef d'accès aux soins de santé et aux services de l'infirmière du village.

En principe, la population macaquaine peut obtenir à ce point de services tous les soins et services associés aux programmes généralement offerts dans un CLSC du Québec (vaccination, suivi de grossesse, etc.). Des informations, obtenues sur le terrain en 2007¹¹, nous permettent d'évaluer à un peu plus de sept le nombre moyen de consultations quotidiennes à ce point de service. Nous estimons à quelques 1 800 consultations annuelles le taux d'achalandage de ce point de services. Finalement, d'autres informations obtenues aux services des finances du CSSS de la Minganie permettaient d'estimer à environ 200 000 \$ par année le budget d'opération de ce point de services¹².

Le dispensaire innu

Le centre de santé innu de Nutakuan relève de l'administration du Conseil de bande et est tributaire des budgets et programmes fédéraux. Au milieu des années 1980, le dispensaire innu de Nutakuan fut rénové et agrandi. Vers la fin des années 1990, on entreprend la construction d'un nouvel immeuble qui abritera le nouveau centre de santé, inauguré au début des années 2000. Cet immeuble sera baptisé du nom de *Tshukuminu Kanani*¹³. Le Centre de Santé Tshukuminu Kanani (CSTK) est aujourd'hui un vaste bâtiment à l'architecture moderne qui sera substantiellement agrandi en 2012, afin de répondre aux normes du gouvernement fédéral. On trouve, dans ce lieu, une spacieuse salle d'attente, un poste de réception moderne, un local isolé et barré abritant les archives et les dossiers des bénéficiaires, des bureaux de services communautaires, une salle de réunion, une salle de dentisterie pourvue d'équipements modernes, un poste de soins infirmiers, quelques salles d'examen clinique dotées d'un matériel performant, une pharmacie bien pourvue et une salle de soins d'urgence et d'observation attenante à un garage capable d'accueillir une ambulance.

Au CSTK, cinq infirmières travaillent en permanence et cela, 12 mois par année, ce qui représente une infirmière pour environ 160 personnes. Il est important de mentionner que cette équipe d'infirmières peut compter sur des

intervenants communautaires, des travailleurs sociaux, une hygiéniste dentaire ainsi qu'une nutritionniste. Il peut arriver, à certaines périodes de l'année, que le dispensaire compte un nombre inférieur d'infirmières, en raison, entre autres, de la rareté des ressources infirmières. Les infirmières offrent à la population innue des soins de santé allant de la vaccination au suivi des personnes diabétiques, en passant par un service de consultations sans rendez-vous, des soins à domicile et un service de garde sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En l'absence d'un médecin, ce sont les infirmières qui évaluent les problèmes de santé des personnes qui consultent et qui offrent les soins et les traitements requis par leur condition. En tout temps, l'infirmière peut obtenir une consultation téléphonique avec un médecin du CSSS de la Minganie.

Le CSTK reçoit la visite d'un médecin, en provenance du CSSS de la Minganie, toutes les deux semaines. À chacune de ses visites, le médecin séjourne à Nutakuan de deux à trois jours, soit environ une semaine entière par mois. Le CSTK bénéficie d'une salle exclusivement réservée aux soins dentaires. Cette salle est dotée d'un équipement moderne ainsi que d'un appareil de radiologie. Un dentiste ainsi qu'une hygiéniste dentaire sont présents au CSTK deux semaines par mois. Les soins dentaires des Innus sont entièrement assurés. Lorsque leur état de santé l'exige, les Innus de Nutakuan sont référés vers les services de soins de santé dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Des informations obtenues à Nutakuan en 2007, permettaient d'estimer le nombre moyen de consultations quotidiennes au CSTK à plus de 30 avec des pointes dépassant parfois les 70 consultations. Nous estimons à plus de 7 800 le nombre de consultations enregistrées annuellement au CSTK. Des informations, disponibles sur le site Internet de Santé Canada (2011) révèlent qu'en 2010, le budget total du CSTK était de 3 290 680 \$, en hausse de 141 566 \$ par rapport à l'année précédente¹⁴.

Est-ce vraiment la solution ?

À la lumière de ces données, peut-on partager le constat d'iniquité en regard de l'accessibilité des Premières nations au système de soins de santé ? Si le constat du mauvais état de santé général des autochtones demeure incontestable et, à plusieurs égards, catastrophique, nous ne pouvons pas pour autant adhérer à l'idée que les services de santé offerts aux membres des Premières nations – du moins chez les Innus de Nutakuan – sont moins accessibles et de moins bonne qualité que ceux offerts aux Québécois ou Canadiens en général. Est-il donc justifiable

d'exiger que soient accrues les ressources financières, matérielles et humaines dans l'organisation des services de santé en milieu autochtone ?

Le village innu de Nutakuan, tout comme de nombreuses communautés autochtones du pays, possède des services de soins de santé comparables et même supérieurs à ceux disponibles pour un grand nombre de Canadiens. À l'instar d'O'Neil (1993), nous estimons que le système de santé primaire offert dans les régions nordiques du Québec, par exemple à Nutakuan, est l'un des meilleurs au monde (Roy 1999, 2002). Les dépenses en santé par habitant dans les Territoires-du-Nord-Ouest étaient, au début des années 1990, trois fois supérieures à la moyenne nationale canadienne. L'exercice comparatif que nous avons réalisé dans les pages précédentes nous porte à croire que les dépenses de santé par habitant chez les Innus sont nettement supérieures à celles investies chez les Macaquains et, croyons-nous, chez les Québécois en général.

À l'instar de John O'Neil, directeur du Centre des Premières nations du Manitoba pour la recherche en santé autochtone, nous estimons que dans les communautés nordiques canadiennes, les cliniques de santé primaire sont généralement modernes et bien équipées et le ratio « professionnel de la santé/bénéficiaires » est au-dessus des standards canadiens (O'Neil 1993). Il en va de même pour les Innus de Nutakuan. Nos travaux réalisés auprès de communautés innues, atikamekws et algonquines (Roy 1999, 2002, 2003, 2005b) permettent d'affirmer que de larges segments des populations autochtones ont intégré dans leurs savoirs de nombreux éléments issus des enseignements des professionnels de la santé concernant une saine alimentation ou encore des problématiques de santé telles que l'obésité, le diabète ou l'hypertension. Par ailleurs, les centres de santé des communautés sont régulièrement fréquentés par les femmes et les hommes de toutes catégories d'âge et les personnes souffrant de maladies chroniques sont relativement assidues à leurs rendez-vous¹⁵. Malgré ces hauts niveaux de connaissance et de fréquentation des services de soins de santé, l'état de santé global des populations autochtones fait du sur place ou pire encore, recule sur certains aspects.

À la lumière des informations précédemment présentées en regard des services offerts à Natashquan aux Macaquains et aux Innus, il nous apparaît impossible d'établir un lien entre la persistance d'un mauvais état de santé et l'accès à des services de soins de santé.

Politisons notre regard

Nombreuses sont les recherches qui tendent à démontrer qu'un plus grand accès aux services de santé ne constitue pas une carte maîtresse pour favoriser l'amélioration de l'état de santé des populations. En 1974, le rapport Lalonde (1974) produit par le gouvernement canadien, un gouvernement central d'un pays développé, capta l'attention à l'échelle internationale du fait qu'il était le tout premier à mettre en évidence l'importance d'investir dans le domaine de la santé des populations, au-delà des services de santé. Quelques années plus tard, en 1978, une importante conférence était organisée par deux organismes des Nations Unies : l'OMS et l'UNICEF. Lors de cette conférence, un constat de taille s'imposa aux experts internationaux présents. Ces derniers proposèrent de cesser d'investir dans un coûteux système de santé qui ne parvenait pas, après plus de 30 ans, à produire les résultats attendus dans les pays industrialisés (O'Neill *et al.* 2006). Plusieurs chercheurs ont critiqué et fait la démonstration que les impacts du système de santé sur l'amélioration de la santé des populations étaient très faibles. Il suffit de penser aux travaux d'Illich (1975), ainsi qu'à ceux de Cochrane (1977) pour se figurer les difficultés d'établir un lien entre le rationnement des services de santé et leur éventuel impact sur la santé (Fournier 2003). Récemment, Ginette Paquet écrivait :

Certains pays, comme les États-Unis par exemple, qui ont des médecins et des lits d'hôpitaux en grand nombre et qui dépensent donc beaucoup en soins de santé, ne possèdent pas nécessairement les meilleurs indicateurs de santé collective. (Paquet 2005 : 14)

Plutôt que d'être exclus du système de santé, nous estimons que les milieux autochtones sont surtout surmédicalisés et que leurs vies sont trop souvent et excessivement prises en charge par des professionnels. Tout comme nous l'affirmions dans nos précédents travaux (Roy 1999, 2002), aucune population du Canada n'est autant contrôlée, surveillée, voire « fichée » par les milieux de la santé que les populations autochtones du Québec et d'ailleurs au Canada. Cela, John O'Neil le constatait déjà en 1986. Ce chercheur du Centre for Aboriginal Health Research de l'Université du Manitoba estimait que dans les villages autochtones, les infirmières des dispensaires géraient la vie de ces milieux comme s'il s'agissait de départements d'hôpital, en ce sens que chacun des résidents d'un village se trouvait sous l'étroite surveillance d'infirmières et de médecins (O'Neil 1986). Selon le sociologue Jean-Jacques Simard, la prise en charge des services de santé par les autochtones eux-mêmes depuis la fin des années 1980 n'a pas changé grand-chose à cet état de fait (Simard 1991, 2003). Nous estimons que cette

surmédicalisation et cette professionnalisation contribuent largement à l'affaîssement de l'estime qu'ont les autochtones envers leur propre capacité à prendre soin d'eux-mêmes (Roy 1999, 2002). Les propos qu'Ivan Illich tenait en 1975 demeurent tout à fait d'actualité dans ce contexte :

La prise en charge institutionnelle de la population par le système médical enlève progressivement au citoyen la maîtrise de la salubrité, dans le travail et le loisir, la nourriture et le repos, la politique et le milieu, elle constitue un facteur essentiel de l'inadaptation croissante de l'homme à son environnement. (Illich 1975 : 48)

Ces propos décrivent encore aujourd'hui, et avec justesse, certains des constats que nous avons réalisés au cours des dernières années en milieu autochtone.

La vie sociale se résume à organiser et à subir des thérapeutiques médicales, psychiatriques, pédagogiques ou gériatriques. Revendiquer le traitement devient un devoir politique et le certificat médical un moyen puissant de contrôle social. (*Ibid.* : 82)

Si ce n'est pas l'exclusion des autochtones des services de soins de santé qui explique leur piètre état de santé, qu'est-ce que ce serait alors ? Cette question est légitime, d'autant plus que dans les milieux de la santé et de la politique, le fait de permettre à chacun d'accéder aux soins paraît tout à fait suffisant pour assurer davantage d'égalité en matière de santé (Fassin 1996). Pourtant, il n'en est rien. Plus que le système médical, c'est la structure sociale, à travers les conditions et les modes de vie, qui détermine l'inégalité devant la santé (*Ibid.* : 118).

Paquet ajoute que c'est la position sociale qui tend à déterminer la santé, plutôt que l'inverse. Elle estime qu'il est de plus en plus impérieux, pour comprendre les inégalités de santé, de prendre en compte des variables telles que le sentiment de contrôle et d'emprise sur sa destinée, ainsi que la position sociale (Paquet 2005). En accord avec McAll, nous croyons que :

Contrairement aux acteurs majoritaires de la société [ici les Canadiens ou les Québécois] qui font le cumul de droits et de bénéfices dans leurs trajectoires quotidiennes et peuvent prétendre à une pleine citoyenneté sur l'ensemble des territoires où ils se trouvent en relation avec d'autres, ceux qui sont mis en minorité, comme les Autochtones sur les différents territoires, ne font qu'accumuler l'exclusion. (McAll 1995 : 87)

Cette exclusion, qui n'est pas seulement une résultante de l'action du passé, est également alimentée par un discours culturaliste qui émane des milieux politiques tout comme de certains milieux de la recherche autochtone et non-autochtone, ainsi que dans les milieux de la santé. La multitude des programmes, outils d'enseignement et interventions culturellement adaptées en sont un exemple. Il serait d'ailleurs long et fastidieux de réaliser l'inventaire des budgets, des initiatives et des projets ayant permis, au cours des deux dernières décennies, de développer et d'appliquer dans tous les milieux autochtones des interventions en santé culturellement adaptées (Roy 2002, 2003, 2005a). D'ailleurs, racisme et culturalisme partagent plusieurs lieux communs, tout particulièrement cette totale dépolitisation des explications évoquées en regard des inégalités de santé touchant spécifiquement les populations autochtones. Peut-on simplement se contenter d'affirmer que le fait d'être autochtone constitue un facteur de risque pour, par exemple, souffrir un jour d'obésité et de diabète de type 2 ? De telles associations tendent à racialisier des problématiques de santé ou sociales qui ont davantage d'ancrage avec l'histoire politique, l'exclusion, la déqualification plutôt qu'avec de soi-disant attributs génétiques ou physiologiques. L'anthropologue brésilienne Mariana Leal Ferreira, dans le contexte de ses travaux chez les Yuroks en Californie aux États-Unis, a fait la démonstration que le discours concernant la prédisposition génétique au diabète des autochtones était désormais profondément intégrée dans la pensée autochtone, ce qui contribuait à l'émergence de discours fatalistes. Ainsi, chez les Yuroks, plusieurs estimaient que de par leur nature, inévitablement ils deviendraient, dans les années à venir, diabétiques et qu'il n'y avait strictement rien à faire contre cette programmation génétique (Ferreira 2005). Nous avons fait des constats similaires dans le contexte de notre travail et de nos travaux de recherche.

À l'instar de Fassin (1996) et de Cognet (2004), nous estimons qu'il est essentiel d'adopter un regard sur la santé relevant du politique. Si la culture constitue une réalité incontournable, celle-ci ne doit jamais être décontextualisée des conditions sociales, historiques et politiques dans lesquelles elle émerge, se construit, se transforme et se définit. Le discours culturaliste prive les autochtones de leur « aspiration à l'universel », de leur « droit aux différences » (Fassin 2001 ; Cognet 2007). Ainsi, l'accroissement des services de santé offerts en milieu autochtone, sous prétexte de particularisme culturel et même génétique, risque de favoriser l'exclusion des autochtones de la vie sociale et politique, mais ne contribuera certainement pas à un accroissement significatif de l'état de santé des femmes et des hommes de tous âges des Premières nations.

En guise de conclusion – autodétermination et santé

La santé est une affaire politique et économique dont la responsabilité se trouve entre les mains non seulement des gouvernements et des États, mais aussi des personnes, des familles et des communautés de base. (Bibeau et Fortin 2008 : 137)

Nous trouvons essentiel de nous arrêter ici pour quelques précisions. Notre propos ne consiste pas à considérer non-essentiels les soins de santé dispensés en milieu autochtone. Loin de là notre pensée. Par contre, nous estimons que les soins de santé ne sont pas une panacée et qu'ils ne peuvent agir sur les profondes racines politiques et historiques à l'origine des nombreuses problématiques de santé et de société qui perturbent le quotidien et l'avenir des femmes et des hommes, jeunes et moins jeunes des Premières nations. Nous partageons tout à fait l'affirmation de la politicologue Louise Blais lorsqu'elle dit qu'une « société qui fait de la santé son institution principale est une société malade » (Blais 2008 : 33).

À l'instar de Blais (*Ibid.*), nous estimons qu'il est clair que la pauvreté et l'exclusion dans laquelle les membres des Premières nations ont été poussés sont largement du ressort de la collectivité, de ses choix politiques et des pratiques de ses institutions. D'ailleurs, certains chercheurs considèrent l'autodétermination comme le plus important déterminant de la santé chez les peuples autochtones (Madden *et al.* 2005 ; Boyer 2006). L'autodétermination influencerait tous les autres déterminants, incluant l'éducation, le logement, la sécurité et les opportunités liées à la santé (Loppie Reading et Wien 2009).

Chandler et ses collaborateurs (1998, 2010) ont mené des études qui ont permis d'établir un lien entre le niveau d'autodétermination et les taux de suicide au sein des communautés des Premières nations en Colombie-Britannique. Parmi les groupes pris en compte par leurs travaux ces chercheurs ont constaté que les taux de suicide variaient considérablement d'une communauté à l'autre et ils associèrent ces variations à une foule de caractéristiques faisant partie de ce qu'ils ont nommé la « continuité culturelle ». La continuité culturelle est associée au degré de cohésion sociale et culturelle au sein d'une communauté. Selon Chandler et ses collaborateurs, la variation des taux de suicide dans les communautés serait liée aux titres fonciers, à l'autonomie gouvernementale (particulièrement l'implication des femmes), au contrôle de l'éducation, à la sécurité et aux aménagements culturels. De plus, le contrôle des politiques et des pratiques de programmes sociaux et de santé, le maintien des liens intergénérationnels à travers

les familles ainsi que l'engagement d'aînés dans la transmission aux plus jeunes, constitueraient des variables significatives (Chandler et Lalonde 1998 ; Loppie Reading et Wien 2009 ; Chandler *et al.* 2010).

Pour l'anthropologue Rémi Savard, le lien entre santé et politique ne fait aucun doute : l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des Premières nations implique le règlement de ce que les Canadiens et les Québécois nomment « le problème autochtone », et qui réfère au partage des richesses et du territoire (Savard 2010). Selon lui, il apparaît donc essentiel d'établir un dialogue entre les différentes nations afin de parvenir à une éventuelle entente. Pour lui, la Paix des Braves signée entre l'État québécois et les Cris constitue une avancée significative par rapport à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois, et est « une première au Canada » (Radio-Canada 2002). S'il y a eu une Paix des Braves, c'est parce que les bénéficiaires de la convention de la Baie-James étaient insatisfaits. La nouvelle négociation s'est réalisée dans un cadre idéologique différent de ce qui prévalait à l'époque des négociations pour la Convention de la Baie-James : on a dialogué et négocié entre peuples. Sur le plan symbolique, estime Savard, un pas significatif est franchi.

Les observations faites par le docteur Jean Désy abondent dans le même sens. Ce médecin, qui pratique auprès des autochtones depuis une trentaine d'années estime que sur le terrain, il est possible de constater certains effets de la Paix des Braves sur la santé des Cris. En effet, depuis quelques années, les Cris développeraient un nouveau sentiment d'appartenance au monde. Avec la Paix des Braves, estime-t-il,

les Cris ont eu les moyens d'habiter leur pays comme nomades à nouveau. Ils ont un accès à tout le pays. Ce qu'on découvre dans l'*Eeyou Istchee*, c'est que les Cris habitent leur pays comme des nomades. C'est une qualité extraordinaire dont il faut tenir compte. (Désy 2010)

Depuis une dizaine d'années, estime Jean Désy, les Cris vivent une situation de relative paix sociale. En parlant des difficultés sociales et des problèmes de santé prévalents chez d'autres communautés autochtones, comme dans le Nunavik, Jean Désy estime que lorsque l'État et « le Sud » accepteront les valeurs du Nord et les qualités premières de ces peuples dans le rapport qu'ils entretiennent au monde, ce sera là une voie qui mènera vers une santé plus grande. Il soutient que ce n'est pas en envoyant plus d'effectifs médicaux qu'ils seront davantage en santé. Même comme médecin, comme soignant, il estime qu'il y a des limites à trop offrir de

possibilités de soins. Nous concluons cet article par ces propos du Dr Jean Désy :

On aura moins besoin de soignants dans l'univers autochtone dans la mesure où les autochtones vont, eux-mêmes, et grâce à l'extérieur, accéder à une meilleure emprise sur leur univers intime et extérieur. Perdre sa capacité de se soigner soi-même par hyper-professionnalisation, c'est probablement une maladie contemporaine. Les groupes qui ont trop accès aux professionnels se démunissent de leur capacité à se soigner. Le jour où les soignants donnent le pouvoir à leurs patients, ils sentent que leurs patients vont bien mieux. (Désy 2010)

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, 2005, *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées*, Ottawa : Ministère de la Santé, Gouvernement du Canada.

_____ , 2011, *Document d'information – Améliorer la santé des autochtones du Canada*, consulté sur Internet, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/back/impro-fra.php>, le 9 août 2011.

ASSEMBLY OF FIRST NATIONS/FIRST NATIONS INFORMATION GOVERNANCE COMMITTEE, 2007, *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*, Ottawa : Assembly of First Nations.

ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA, 2004, *Document préliminaire sur la santé des femmes autochtones pour la séance de suivi sectoriel sur la santé de la Table ronde Canada-Autochtones*, Montréal : Association des Femmes autochtones du Canada.

BÉDARD, Annie, 2005, *Exploration du phénomène d'insécurité alimentaire chez des ménages à revenu moyen de la ville de Québec*, mémoire de maîtrise, Département des sciences des aliments et de nutrition, Québec : Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval.

BIBEAU, Gilles et Sylvie FORTIN, 2008, « Inégalités et souffrance sociale : une

approche anthropologique » in Katherine Frohlich, Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard (Dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, pp. 111-139.

BOBET, Éric, 1991, *Le diabète et les Premières nations*, Ottawa : Direction générale des soins médicaux, Santé Canada.

BLAIS, Louise, 2008, « Souffrance sociale, parole publique, espace politique » in Louise Blais, *Vivre à la marge*, Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 15-36.

BOYER, Yvonne, 2006, « Annexe 1 : Document de discussion pour le Dialogue autochtone – L'autodétermination en tant que déterminant social de la santé », in Rainscoast Ventures Ltd., *Dialogue autochtone. Groupe de référence canadien. Commission de l'OMS – Déterminants sociaux de la santé. Hôtel Delta, Vancouver, CB, 29 juin 2006. Compte-rendu*, consulté sur Internet, http://www.unbc.ca/assets/nccah/english/papers/aboriginaldialogueproceedings_french.pdf, le 2 octobre 2011.

CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS, 2005, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations.

CHAN, Hing Mam, Karen FEDLIUK, Sue HAMILTON, Laura ROSTAS, Amy CAUGHEY, Harriet KHNLEIN, Grace EGELAND et Eric LORING, 2006, « Food Security in Nunavut, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 65(5) : 416–431.

CHANDLER, Michael J. et Christopher E. LALONDE, 1998, « Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, 35 : 191–219.

CHANDLER, Michael J., Christopher LALONDE, Bryan W. SOKOL et Darcy HALLETT, 2010, *Le suicide chez les jeunes Autochtones et l'effondrement de la continuité personnelle et culturelle*, Québec : Presses de l'Université Laval.

COCHRANE, Archibald, 1977, *L'inflation médicale. Réflexion sur l'efficacité de la médecine*, Paris : Éditions Galilée.

COGNET, Marguerite, 2004, « La vulnérabilité des immigrants : analyse d'une construction sociale », in Francine Saillant, Michel Clément et Charles Gaucher (Dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Montréal : Nota bene, pp. 155-188.

_____, 2007, « Au nom de la culture : Réflexion sur un usage inflationniste de la culture dans la santé et les services sociaux », in Marguerite Cognet et Catherine Montgomery (Dir.), *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec : Presses de l'Université Laval.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, 2011, *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*, Toronto : Conseil canadien de la santé, consulté sur Internet, www.conseilcanadiendelasante.ca, le 2 septembre 2011.

CORIN, Ellen, Gilles BIBEAU, Jean-Claude MARTIN et Robert LAPLANTE, 1990, *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

CSSSPNQL, 2006, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002 : Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*, Wendake : CSSSPNQL.

DÉSY, Jean, 2010, entretien individuel réalisé le 12 avril 2010 par Bernard Roy, au Musée Huron-Wendat à Wendake pour le séminaire de 2^e cycle SAC 7009 « Santé des Autochtones – questions d'histoire et de pouvoir ».

DURIE, Mason, 2004, « Understanding Health and Illness: Research at the Interface Between Science and Indigenous Knowledge », *International Journal of Epidemiology*, 33 : 1138-1143.

FASSIN, Didier, 1996, *L'espace politique de la santé*, Paris : Presses Universitaires de France.

_____, 2001, « Le culturalisme pratique de la santé publique » in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, *Critique de la santé publique*, Paris : Éditions Balland, pp. 181-208.

FERREIRA, Mariana Leal, 2005, « Slipping Through Sky Holes : Yurok Body

Imagery in North California » in Mariana L. Ferreira et Gretchen C. Lang, *Indigenous Peoples and Diabetes*, Durham : Carolina Academic Press, pp. 73-104.

FERREIRA, Mariana L. et Gretchen C. LANG, 2006, *Indigenous Peoples and Diabetes. Community Empowerment and Wellness*, Durham : Carolina Academic Press.

FOURNIER, Pierre, 2003, « L'art et la science de la santé publique », in Michel Gérin, Pierre Gosselin, Sylvaine Cordier, Claude Viau, Philippe Quénel et Éric Dewailly (Dir.), *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*, Montréal : Edisem, pp. 39-57.

FRENETTE, Pierre, Bernard LANDRY et Gilles VIGNEAULT, 2005, *Le goût du large*, Montréal : Nouvelles Éditions de l'Arc.

GARRIGUET, Didier, 2008, « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé*, 19(1), Statistique Canada.

HAMELIN, Anne-Marie, Jean-Pierre HABICHT et Micheline BEAUDRY, 1999, « Symposium: Advances in Measuring Food Insecurity and Hunger in the US-Food Insecurity: Consequences for the Household and Broader Social Implications », *Journal of Nutrition*, 129(2) : 525-528.

HAMELIN, Anne-Marie et Céline MERCIER, 2003, « Sécurité alimentaire et autonomie sociale des jeunes - rapport sommaire », *Cahiers de nutrition publique*, 2(décembre) : 1-18.

ILLICH, Ivan, 1975, *Némésis Médicale. L'expropriation de la santé*, Paris : Éditions du Seuil.

INUIT TAPIIRIT KANATAMI (ITK), 2004, *Document d'information sur les possibilités économiques : aux fins de discussion à la Réunion sectorielle sur les possibilités économiques, qui aura lieu les 13 et 14 décembre 2004 à Ottawa*, Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami.

JAUVIN, Serge, 1993, *Aitnanu : la vie quotidienne d'Hélène et de William-Mathieu Mark*, Montréal : Éditions Libre Expression.

KENDALL, Joan, 2001, « Circles of Disadvantage: Aboriginal Poverty and

Underdevelopment in Canada », *The American Review of Canadian Studies*, 31(1-2) : 43-59.

KIRMAYER, Laurence J., Gregory M. BRASS, Tara HOLTON, Ken PAUL, Cori SIMPSON et Caroline TAIT, 2007, *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Ottawa : Fondation autochtone de guérison.

LA PRESSE CANADIENNE, 2011, « Rapport du Vérificateur général – Conditions de vie des autochtones : une décennie d'échecs », 10 juin 2011, consulté sur Internet, <http://www.ledevoir.com/politique/canada/325162/rapport-du-verificateur-general-conditions-de-vie-des-autochtones-une-decennie-d-echecs>, le 1^{er} juillet 2011.

LALONDE, Marc, 1974, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, Ottawa : Gouvernement du Canada.

LEE, Kevin, 2000, *Urban Poverty in Canada: a Statistical Profile*, Ottawa : Canadian Council on Social Development.

LÉGARÉ, Gilles, 2004, *Project of diabetes surveillance among the Cree of Eeyou Istchee*, Montréal : Cree Board of Health, Social Services of James Bay et Institut national de santé publique du Québec.

LOPPIE READING, Charlotte L. et Fred WIEN, 2009, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

McALL, Christopher, 1995, « Les murs de la cité : territoires d'exclusion et espaces de citoyenneté », *Lien social et politiques-RIAC*, 34 : 81-92.

MADDEN, Jason, John GRAHAM et Jake WILSON, 2005, *Exploring Options for Métis Governance in the 21st Century*, Ottawa : Institute on Governance (IOG).

MARCUS, George, 1995, « Ethnography in/of the World System: the Emergence of Multi-sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 24 : 95-117.

MIHESUAH, Devon Abbott et Angela Cavender WILSON, 2004, *Indigenizing the Academy: Transforming Scholarship and Empowering Communities*, Lincoln : University of Nebraska Press.

MYERS, Fortes, 2006, « We Are Not Alone: Anthropology in a World of Others », *Ethnos*, 71(2) : 233-264.

NARAYAN, Kirin, 1993, « How Native is a 'Native' Anthropologist? », *American Anthropologist*, 95(3) : 671-686.

O'NEIL, John D., 1986, « The Politics of Health in the Fourth World : a Northern Canadian Wxample », *Human Organization*, 45 : 119-128.

_____, 1993, « Political Considerations in Health-Related Participatory Research in Northern Canada » in Noel Dyck et James Burgess Waldram (Dir.), *Anthropology, Public Policy and Native Peoples in Canada*, Montreal : McGill-Queen's University Press, pp. 215-232.

O'NEILL, Michel., Ann PEDERSON, Sophie DUPÉRÉ et Irving ROOTMAN, 2006, « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger : bilan et perspectives » in Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Ann Pederson et Irving Rootman, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 3-21.

ONTARIO FEDERATION OF INDIAN FRIENDSHIP CENTRES, 2004, *Urban aboriginal child poverty background*, consulté sur Internet, <http://www.ofifc.org/ofifchome/page/notes.htm>, le 21 juillet 2008.

OMS, 1978, *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*, consulté sur Internet, http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html, le 2 octobre 2011.

PAQUET, Ginette, 2005, *Partir du bas de l'échelle*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

PAQUET, Mario, 2003, *Vivre une expérience de soins à domicile*, Québec : Presses de l'Université Laval.

RADIO-CANADA, 2002, *La Paix des Braves est signée*, consulté sur Internet, <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/nouvelles/200202/07/003-cris-entente-rb.asp>, le 28 août 2011.

READING, Jeff, 2009, *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie. Rapport présenté au Sous-comité sénatorial sur la santé de la population*, consulté sur Internet, <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixAJun09-f.pdf>, le 4 juin 2011.

ROY, Bernard, 1999, « Le diabète chez les Autochtones. Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine », *Recherches amérindiennes au Québec*, 29(3) : 3-18.

_____, 2000, *Le diabète dans les populations autochtones du Canada. Les faits. Santé Canada*, consulté sur Internet, http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/diabete/2001_evidence_faits-fra.pdf, le 22 septembre 2011.

_____, 2002, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*, Québec : Presses de l'Université Laval.

_____, 2004, « Vulnérabilité des autochtones ou regard tutélaire des milieux de la santé » in Françoise Saillant, Michel Clément et Charles Gaucher (Dir), *Vulnérabilité, identité et communauté*, Montréal : Nota Bene, pp. 189-229.

_____, 2005a, « Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers », *Drogues, Santé et Société*, 4(1) : 85-128.

_____, 2005b, « Diabetes and Identity: Changes in the Food Habits of the Innu. A Critical Look at Health Professionals' Interventions Regarding Diet » in Mariana Leal Ferreira et Gretchen C. Lang, *Indigenous Peoples and Diabetes. Community, Empowerment and Wellness*, Durham : Carolina Academic Press, pp. 167-186.

_____, 2007, « Altérité autochtone », in Marguerite Cognet et Catherine Montgomery (Dir.), *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 65-90.

SANTÉ CANADA, 2011, *Divulcation de subventions et contributions. Le conseil des Montagnais de Natashquan*, consulté sur Internet : <http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/dpfad/gcdisc.nsf/WEBbydetails/5E00F9C7109651A1852576F00065172B>

[?OpenDocument&lang=fra&](#), consulté le 18 octobre 2011.

SAVARD, Rémi, 2010, entretien individuel réalisé le 15 février 2010 par Bernard Roy à Montréal, pour le séminaire de 2^e cycle SAC 7009 « Santé des Autochtones – questions d’histoire et de pouvoir ».

SIMARD, Jean-Jacques, 1991, « Les structures contre la culture », *Liberté*, 33(4-5) : 119-131.

_____, 2003, *La réduction : l’autochtone inventé et les Amérindiens d’aujourd’hui*, Sillery : Éditions du Septentrion.

STATISTIQUE CANADA, 2010, *Profil des communautés de 2006 –Natashquan, Réserve indienne*, consulté sur Internet, <http://www.recensement2006.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2498806&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Natashquan&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&Custom=>, le 16 octobre 2011.

SYME, Leonard S., 2004, « Social Determinants of Health: the Community as an Empowered Partner », *Preventing Chronic Disease*, 1(1), consulté sur Internet, http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/pdf/03_0001.pdf : A02, le 16 octobre 2011.

TJEPKEMA, Michael, Russell WILKINS, Sacha SENÉCAL, Russell WILKINS, Sacha SÉNÉCAL et Éric GUIMOND, 2009, « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, 20(4), Statistique Canada.

WALDRAM, James B., Ann D. HERRING et Kue T. YOUNG., 2006, *Aboriginal Health in Canada*, Toronto : University of Toronto Press.

MOTS-CLÉS

Québec – Premières nations – autochtones – autodétermination – services de santé

¹ Étant donné que bien souvent « la politique des mots » renvoie « aux mots de la politique », il nous semble important de justifier ici certains choix que nous avons faits au niveau du vocabulaire. Comment nommer le plus justement possible le groupe d'individus ou les individus qui se reconnaissent comme des peuples qui habitaient les Amériques avant l'arrivée des Européens ? En accord avec les pratiques mêmes des milieux autochtones du Québec ou du Canada, nous aurions tendance à privilégier l'expression « peuples des Premières nations ». Cependant, vu la lourdeur d'une telle formule au niveau stylistique, nous utiliserons également le terme « autochtone ». Nous pourrions aussi utiliser les termes « Peuples premiers » et à l'occasion, « Premières nations ». Mais, de fait, à l'instar des propos de William-Mathieu Mark recueillis par le photographe-ethnographe Serge Jauvin, nous devrions idéalement associer tous ces gens dont nous parlons au peuple respectif auquel ils s'identifient : « Le premier nom que le Blanc nous donna décrivait un animal, ou plutôt un cheval. Ce nom était « Sauvage ». On nous appelle également « Indiens », et ce nom est encore utilisé aujourd'hui. Quant à moi, je n'aime pas qu'on m'appelle « Sauvage » ou « Indien ». Maintenant, depuis que nous avons été baptisés, on nous désigne sous le nom de « Montagnais ». C'est sans doute à cause des grosses montagnes qu'il y a à Sept-Îles ! Et, depuis quelque temps, il y en a d'autres qui nous appellent « Amérindiens ». Ils nous donnent tous ces noms selon leur volonté, sans jamais se soucier de notre vrai nom qui est « Innu ». Innu, c'est notre nom, et ce nom nous appartient. C'est le nom qui respecte notre façon de vivre. Et ce n'est pas le gouvernement qui nous a donné ce nom. » (William-Mathieu Mark in Jauvin 1993 : 9). Précisons, en dernier lieu, qu'en principe notre propos exclut, les Métis ainsi que les Inuits. Par contre, le lecteur doit savoir que les données concernant la santé des autochtones sont relativement hétéroclites (voir à cet effet, la note trois). Une dernière précision s'impose. Bien sûr, les autochtones sont également des Québécois et/ou des Canadiens. Toutefois, l'exercice que nous avons réalisé dans cet article sur invitation des *Cahiers du CIÉRA* nécessite l'établissement des comparaisons entre lesdits autochtones et ceux que nous nommerons les Québécois ou les Canadiens en général. Ce « en général » est effectivement très vaste et peut, à l'occasion, inclure des autochtones. Évidemment, à l'impossible, nul n'est tenu. Si la comparaison présente des risques, le refus de les réaliser en présente d'autres.

² Aborder toute problématique ou question concernant les autochtones, particulièrement si on le fait depuis une perspective critique, pose d'emblée la question de la légitimité. Qui suis-je pour parler ainsi de cet « autre » ? Cette question de la légitimité qui traverse les milieux de l'anthropologie depuis de nombreuses années, a fait couler beaucoup d'encre et a soulevé bien des débats et des passions (Narayan 1993 ; Marcus 1995 ; Myers 2006) sans oublier les travaux du sociologue québécois Jean-Jacques Simard (1991, 2003). Les travaux de Mihesuah et Wilson (2004) révèlent l'importance et l'ampleur de ces débats entourant la légitimité des non-autochtones à écrire sur l'autochtonie, dans un contexte historique de décolonisation. Mes travaux illustrent ma préoccupation à l'égard des effets parfois pervers des discours scientifiques sur l'identité autochtone et sur les perceptions que développent sur ces derniers les non-autochtones (Roy 1999, 2002, 2004, 2007). Bien que légitime, cette préoccupation ne doit toutefois pas mener tout droit à la censure ou à l'autocensure. Au

cours de mes années de pratique en tant qu'infirmier puis comme consultant et chercheur, j'ai pu collecter une quantité importante de données de première main. J'y ai appris que si les escarres de décubitus sont peu fréquentes en milieux autochtones, les plaies de vie le sont franchement plus et manifestement beaucoup plus difficiles à guérir que les plaies de lit (Paquet 2003). Bien sûr, la maladie n'est pas le seul apanage des peuples autochtones. Mais lorsque débuta, en 1986, mon parcours d'infirmier dans le village innu d'Unamen Shipu, j'ai rapidement été renversé par l'ampleur de certaines problématiques de santé qui frappaient de plein fouet des couches importantes de la population que je côtoyais. Ma vision romantique du monde autochtone fut rapidement confrontée et déstabilisée. Dès lors, je me suis engagé en anthropologie de la santé pour mieux soigner, étant inspiré, entre autres, par les travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990). C'est peu à peu développé chez moi une certaine aversion sinon une aversion certaine pour les postures culturalistes et relativistes qui tendent à enfermer les autochtones dans une tradition émanant d'un folklore construit de toutes pièces par des anthropologues de bibliothèques avides d'exotisme. Un culturalisme qui tend à exclure lesdits autochtones du monde et qui peut être aussi, sinon plus dangereux que certaines politiques d'assimilation.

³ Loppie Reading et Wien (2009) soulignent quelques limites aux données en santé publique autochtone. Tout d'abord, elles sont souvent fragmentées, les groupes autochtones n'étant pas tous inclus dans les sondages, et les systèmes de santé étant différents selon l'appartenance ethnique autochtone, la géographie (sur ou hors réserve) et la juridiction fédérale ou provinciale (Smylie 2006 cité *in* Loppie Reading et Wien 2009). Aussi, les différences de méthodologie entre les enquêtes (dues à la diversité des autorités qui en sont responsables) font en sorte que les données ne concordent pas toujours.

⁴ Dans certaines communautés le taux de prévalence du diabète de type 2 se rapproche du taux moyen des Québécois, alors que dans d'autres, les taux seront de beaucoup supérieurs.

⁵ Le concept d'insécurité alimentaire relève, entre autres, de la nutrition publique qui, contrairement au modèle biomédical, privilégie une approche de promotion de la santé dans la perspective de la « santé des populations ». Cette approche prend en compte le contexte sociétal et cherche à favoriser le regroupement des forces requises en vue de réaliser le potentiel qu'offre à la société une meilleure nutrition. Les fondements de la nutrition publique « reposent sur la reconnaissance du droit à la santé et du droit à l'alimentation, ainsi que sur la nécessité de réduire les inégalités sociales » (Hamelin et Mercier 2003). Selon Hamelin (Hamelin *et al.* 1999) l'insécurité alimentaire est un phénomène qui se caractérise en tout ou en partie par les variables suivantes : manque d'aliments, inadéquation des aliments et du régime, perspective d'accès préoccupante, manque de contrôle sur la situation alimentaire et besoin de le cacher ; perturbation socio-familiale, faim et détérioration de l'état physique et souffrance psychologique. L'insécurité alimentaire est un phénomène multidimensionnel qui peut se caractériser par plusieurs composantes pouvant être, qualitatives, quantitatives, psychologiques, physiques, sociales et familiales ou temporelles et dynamiques, illustrant le caractère multidimensionnel du phénomène (Bédard 2005).

⁶ Ce constat fut réalisé non seulement par la Commission royale sur les peuples autochtones, mais également par un grand nombre de chercheurs – et par les autochtones eux-mêmes – qui, de plus en plus, s’inscrivent dans une perspective post-colonialiste.

⁷ Le concept des déterminants de la santé se réfère à des facteurs qui auraient une incidence sur la santé des personnes et des collectivités. En 1974, Marc Lalonde rendait public un rapport ayant pour titre « Nouvelles perspectives sur la santé des Canadiens ». Ce rapport, très novateur pour l’époque, identifiait quatre grands déterminants de la santé (la biologie humaine, le système de santé, l’environnement et le mode de vie). En 1978, l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirmait que la réduction des inégalités de santé passait par la mise en place d’un système de soins protégeant tout le monde (Organisation mondiale de la Santé 1978). Quelques dix années plus tard, l’OMS via la Charte d’Ottawa rappelait que la santé ne pouvait se limiter à la qualité d’un système de soin. La promotion de la santé et la mise en œuvre de programme de prévention s’appuyant sur les déterminants de la santé devenaient, dès lors, une priorité (Agence de la santé publique du Canada 2001). Depuis, plusieurs déterminants se sont additionnés aux quatre déterminants du rapport Lalonde. Ainsi, aujourd’hui, onze déterminants sont reconnus par les instances de santé publique d’ici et d’ailleurs : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l’éducation et l’alphabétisme, l’emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d’adaptation personnelle, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture. Dans un rapport présenté au Sous-comité sénatorial sur la santé de la population, le chercheur Jeff Reading de l’Université de Victoria écrivait ceci : « Il a été établi il y a près de deux décennies que les facteurs qui déterminent la santé et le bien-être des communautés autochtones du Canada ont leurs origines dans les forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques qui agissent en amont sur la vie des Autochtones » (Reading 2009 : A-1).

⁸ Natashquan se trouve à 1 100 kilomètres à l’est de la ville de Québec et ce village se situe à la frontière de la Moyenne et de la Basse-Côte-Nord. On y trouve, au pourtour de la petite rivière Natashquan, une communauté de Macaquains de 264 personnes, tandis qu’à quelques sept kilomètres à l’Est de cette première communauté est établie, en bordure de la grande rivière Natashquan, une communauté de 810 Innus (Statistique Canada 2010). Les ancêtres des Macaquains originaires de familles de pêcheurs acadiens qui, fuyant l’exploitation des commerçants morues, arrivèrent des Îles-de-la-Madeleine il y a un peu plus de 150 ans. Les Innus qui furent nommés Montagnards ou Montagnais par les Européens jusqu’en 1990, appartiennent à la grande famille culturelle et linguistique des Algonquiens du subarctique que l’on retrouve dans la majeure partie des territoires du Québec, dans les forêts de l’Est du Canada. Outre les Innus, la famille algonquienne regroupe diverses autres nations. Nombreux de plus de 17 000, les Innus habitent le territoire appelé Nitassinan (le Labrador et l’Est-du-Québec). Ils sont établis dans 12 localités différentes.

⁹ Bernard Roy fréquente la Côte-Nord et plus particulièrement la Moyenne et la Basse-Côte-Nord depuis plus de 25 ans. Au fil des ans il a réalisé de nombreuses observations et

colligé une multitude de données. De 1986 à la fin des années 1990, il a travaillé comme infirmier auprès des Innus (également auprès des Cris, Attikameks et Inuit). Par la suite, il a agi, pendant près de dix ans, à titre de consultant en évaluation et planification de programmes de santé auprès de plusieurs communautés innus et atikamekw. En 2002, il achevait des études doctorales en anthropologie autour de la problématique du diabète chez les autochtones. Depuis, il maintient des liens avec les milieux autochtones comme professeur-chercheur, à l'occasion comme consultant et comme citoyen de Natashquan.

¹⁰ Cette décision impliquait également le village de Baie-Johan-Beetz.

¹¹ Gilles Vigneault chante : « C'est à Natashquan que le temps s'arrête. C'est à Natashquan que le temps m'attend. ». Nous référons à ces paroles pour rassurer le lecteur qui serait tenté de penser que depuis 2007 les choses ont probablement bien changées à Natashquan. Eh bien non... ! La population du village macaquain demeure bien fragile et en décroissance. Si un pan de la réalité a quelque peu changé, c'est l'accroissement de la volonté de l'administration du CSSS de la Minganie de diminuer les services de soins de santé de proximité offerts aux Macaquains.

¹² Les informations que nous avons obtenues auprès d'un administrateur du CSSS de la Minganie sont à l'effet que cette somme est associée au salaire de l'infirmière ainsi qu'au frais encourus par l'immobilisation.

¹³ Ce qui signifie « Grand-maman Caroline », une femme innue aujourd'hui décédée, reconnue pour ses qualités de soignante et de sage-femme.

¹⁴ Ce budget concerne tous les programmes dispensés par le centre de santé innu de Nutakuan ainsi que les sommes associées au transport des patients et à l'hébergement du personnel.

¹⁵ Cette assiduité est souvent contestée par les professionnels de la santé œuvrant dans les milieux autochtones. Il est vrai que, parfois, les personnes diabétiques ne se présentent pas un rendez-vous à une « clinique pour diabétique » dispensée par une infirmière du village. Par contre, un examen des dossiers médicaux permet de constater que cette même personne diabétique a parfois consulté plusieurs fois cette même infirmière au cours des jours précédents – cette dernière semblant alors porter attention aux seuls symptômes accusés par le patient et aucunement au fait que cette personne est diabétique. Une pratique en silo quoi !



40^e anniversaire

VOLUME XL, N^{os} 1-2, 2010



recherches amérindiennes au Québec
40^e anniversaire

Réli Savard
Le sens du ricit

DVD

Faites parvenir votre commande accompagnée d'un chèque à :

Recherches amérindiennes au Québec
6742, rue Saint-Denis
Montréal, Québec
H2S 2S2

(514) 277-6178 ou
reamqu@globetrotter.net

Ce numéro	38,73 \$ (TTC) +
Frais de port	5,00 \$ (Canada) 10,00 \$ (Étranger)

ABONNEMENT POUR UNE ANNÉE
3 numéros (taxes et port inclus)

Régulier	60 \$
(à l'étranger)	75 \$
Étudiant	45 \$
Institution	80 \$
(à l'étranger)	90 \$

www.recherches-amerindiennes.qc.ca

Réli Savard, le sens du ricit

PRÉSENTATION

Réli Savard, anthropologue du Québec
Sylvie Vincent et Pierre Beaucage

VIE ET ŒUVRE DE RÉLI SAVARD

Réli Savard, conteur conté
John Leavitt

Identité québécoise : l'angle mort.
Synthèse des textes de Réli Savard publiés dans les journaux
Sylvie Vincent

Du structuralisme à la parole citoyenne
Anne Panasuk

Lorsque Réli Savard rédigeait un « Livre blanc »
Pierre Trudel

Rira bien qui rira le dernier
Serge Bouchard

L'ethnographie allègre dans les pas du nomade moqueur
André Dudemaine

Bibliographie des œuvres de Réli Savard

DANS LE PROLONGEMENT DE SA PENSÉE

Les bonnes raisons de rire : l'humour chez les Nahuas de la Sierra Norte de Puebla (Mexique)
Pierre Beaucage

Les protecteurs sumaturels des migrants mexicains :
interprétation de trois récits
Alfonso Reynoso-Rábago, Cándido González-Pérez et Hugo Adrián Medrano-Hernández

La figure de l'étranger chez les Kaingangs du Brésil méridional
Robert R. Crépeau et Maude Désilets

La mémoire orale contemporaine des Metabenutins Uninis (Algonquins de Trois-Rivières)
Denys Delage et Claude Hubert

La « guerre du saumon » des années 1970-1980
Entrevue avec Pierre Lepage

NOTE DE RECHERCHE

Lévi-Strauss et Lacan autour de l'art et de l'acte : propositions
Yvan Simonis

ÀU FIL DU PARCOURS

Témoignages de Denis Savard, René Hirshon, Sylvie Losier, Constance Sirols, Jean-René Proulx, Marie-Anne Tremblay, Nekya Delanoé, Max Gros-Louis, Aurélien Gill, Brigitte André, Luc André, Joséphine Bacon, Arthur Lamothe, Thérèse Rock-Picard, Antoine Malec, Jean-Charles Piécho, Richard Kistabish, Richard Desjardins, Alain Arsenauff et Ken Rock, Claude Hubert, Charles-Api Bellefleur, Elizabeth Ashini, Ghislain Picard

RENCONTRES DANS QUATRE COMMUNAUTÉS

Photos prises par Réli Savard à Hluq̓it̓aq̓, Cambridge Bay, Unananshipit̓ et Pakut̓shipit̓

Ce numéro a été réalisé sous la direction de
Sylvie Vincent et Pierre Beaucage

DVD

Réli Savard, anthropologue du Québec
Entretien réalisé par Laurent Girouard

La clinique Minowé : un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les autochtones de la Vallée-de-l'Or

Amélie Lainé

Coordonnatrice des programmes
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Mathieu-Joffre Lainé

Agent de recherche
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Entre 1999 et 2006, 74 967 451 \$ ont été alloués à l'étude de la santé autochtone au Canada. Au Québec, entre 1986 et 2006, plus de 230 projets de recherche dans le domaine de la santé autochtone ont été financés par les grands organismes subventionnaires du pays¹. Bien que la majorité de ces projets porte sur les déterminants sociaux de la santé, ils ne perçoivent qu'une fraction des sommes allouées aux projets de recherche concernant les infrastructures du domaine de la santé. Les projets de recherche dans le domaine de la santé autochtone ont pour principal terrain des territoires conventionnés. En effet, les deux tiers des démarches visent les régions socio-sanitaires des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik². Moins de 10 % des recherches concernent des territoires non-conventionnés (Roy 2002 ; Greenwood 2006 ; Disan et Côté 2009). À elle seule, la recherche scientifique semble malheureusement incapable de résoudre les problèmes de santé dont souffrent les Premières nations :

Le fait que la très grande majorité des recherches en santé des Autochtones bénéficie de financements très modestes et que le soutien à la relève en dehors des pôles de recherche soit faible conduit à s'interroger sur les capacités réelles de la recherche à contribuer à l'amélioration de la santé des Autochtones (Disan et Côté 2009 : 42).

Faute de contribuer directement à l'amélioration de la santé des autochtones en milieu urbain notamment, la recherche sur les déterminants sociaux de la santé a

permis de démontrer que les problèmes de santé des populations autochtones ne relèvent pas du domaine biomédical, mais plutôt d'un contexte social, économique et politique particulier avec lequel les autochtones doivent composer (Dussault et Erasmus 1996 : 226-243). Environ 52 % de la population des Premières nations en âge de travailler est sans emploi et 60 % des adultes ont un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ (Gill 2007 : 57). Les populations autochtones du Québec présentent ainsi des caractéristiques et des problèmes de santé (obésité, alcoolisme, détresse psychologique, faible scolarité, tabagisme, diabète) comparables à ceux que présentent les autres populations défavorisées du pays. Les populations autochtones affichent des taux d'incidence et de mortalité élevés pour plusieurs types de cancers, des prévalences accrues de certaines maladies cardiovasculaires et le diabète atteint des proportions épidémiques (Stewart et Douglas Consulting 2007 ; Dannenbaum *et al.* 2008 ; Louchini et Beaupré 2009). Du reste, les prestataires de soins de santé et les chercheurs ont remarqué que les programmes courants de prévention et de traitement n'ont aucun succès auprès des populations autochtones (Dussault et Erasmus 1996 : 161-166). En dépit des barrières sociales et culturelles qui entravent très souvent la prestation des services de soins, l'état général de santé des populations autochtones est meilleur aujourd'hui qu'il y a dix ans, principalement en raison des améliorations apportées aux conditions de vie et à l'accessibilité des services de santé. En revanche, de graves disparités persistent toujours entre la population autochtone et le reste de la population canadienne (Romanow 2002 : 234). Les questions politiques, juridiques et juridictionnelles posent ici de pressantes difficultés :

On ne s'entend pas sur l'attribution des responsabilités constitutionnelles en ce qui concerne les soins de santé destinés aux autochtones, d'où l'éventail confus de programmes et de services fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que de services dispensés directement par certaines communautés autochtones. (*Ibid.* : 234)

Le gouvernement canadien est responsable du financement et de l'organisation des services destinés aux groupes autochtones. Or, la majorité de ces services ne permettent tout simplement « pas de résoudre les problèmes auxquels font face les autochtones en milieu urbain, même si leur nombre va croissant et que leurs problèmes de santé sont plus évidents » (*Ibid.* : 237). Or, rappelons que :

Les membres des Premières nations sont proportionnellement moins nombreux à vivre dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci. En 2006, approximativement 40 % vivaient dans les réserves alors que 60 % vivaient hors réserve. La proportion des membres des Premières nations vivant hors réserve a

légèrement augmenté par rapport à celle de 58 % observée en 1996. La grande majorité des membres des Premières nations vivant dans des réserves en 2006, soit 98 % de la population, avaient le statut d'Indiens [...] En 1996 comme en 2006, les données du recensement révèlent qu'environ les trois quarts (76 %) des membres des Premières nations vivant hors réserve habitaient dans les régions urbaines (Statistique Canada 2006 : 45-46)

En somme, les citoyens autochtones des villes du Québec ne bénéficient ni des résultats de la recherche scientifique dans le domaine de la santé et des services sociaux autochtones, ni des programmes de santé offerts par les différentes instances gouvernementales du pays. Cette situation a amené le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), le Centre de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSSVO), ainsi que le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) à développer un modèle d'innovation sociale de santé et de services sociaux destiné aux citoyens autochtones des villes de la province.

La clinique Minowé

Selon la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, les services de soins de santé destinés aux autochtones doivent reposer sur quatre principes : 1) l'équité, c'est-à-dire un accès équitable aux moyens permettant de bénéficier d'un état de santé comparable au reste de la population du pays ; 2) le holisme, c'est-à-dire la prise en considération de tous les aspects de la vie d'une personne dans son environnement global ; 3) la prise en charge, c'est-à-dire la possibilité pour les autochtones de choisir les modes de vie, les services institutionnels et les conditions environnementales susceptibles de favoriser leur santé et leur essor ; 4) la diversité, c'est-à-dire la prise en compte des cultures et de l'histoire des Premières nations, des Inuit et des Métis, qui garantit à ces peuples une place distincte au sein de la société canadienne et qui les différencie les uns des autres (Dussault et Erasmus 1996 : 161-243). Ces principes ont inspiré l'élaboration du projet de clinique Minowé (ce mot signifie « être en santé », en anishinabe).

Le projet de clinique Minowé vise à réduire les écarts en matière de santé entre les citoyens autochtones des villes du Québec et le reste de la population. Il s'agit ainsi d'apporter des solutions à des problématiques et des enjeux clairement et sciemment définis. Adapté aux réalités autochtones, le projet préconise une approche holistique prenant en considération l'ensemble des conditions qui contribuent au développement des individus, dans le but d'améliorer l'état de santé des citoyens autochtones. Rendu possible grâce à la contribution financière de

Santé Canada par le biais du Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA), ce projet s'inscrit dans un plan d'action provincial. Celui-ci est élaboré conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les Premières nations et les Inuit. Son principal objectif est de remédier aux disparités sociales entre la population québécoise et l'ensemble des Premières nations du Québec.

Comme les problèmes de santé des populations autochtones ne relèvent pas du domaine biomédical, mais plutôt d'un contexte social, économique et politique particulier, l'objectif du projet ne vise pas uniquement davantage de soins de santé, ou même de faciliter l'accès à ces soins, mais il propose également aux citoyens autochtones des villes des soins de santé culturellement adaptés et dont le financement et la structure organisationnelle permettent d'éviter les embuches politiques et juridictionnelles qui freinent ou nuisent souvent à la prestation de services. La création d'un modèle intégré de services de santé et de services sociaux en milieu urbain destiné aux autochtones est une réponse originale aux besoins exprimés par une population en pleine croissance : la clinique a été créée grâce au développement de nouvelles façons de collaborer, de faire et de penser. Réciproquement, la clinique Minowé a elle-même aussi contribué au développement de nouvelles façons de collaborer, de faire et de penser.

Entre décembre 2008 et août 2010, les directions générales du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), du Centre de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSSVO) et du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) ont entrepris les travaux de construction du modèle, en mettant à contribution les expertises de leurs équipes de direction, de gestionnaires et d'intervenants. Les travaux des partenaires du projet ont d'abord porté sur l'identification des zones de complémentarité de services existantes, celles qui restaient à consolider, ainsi que celles qui restent encore à développer. Ces sessions de travail ont également permis de créer un forum d'échange entre les partenaires, en ce qui concerne les réalités du terrain en matière de prestations de services de santé et de services sociaux destinées aux autochtones sur le territoire. Le CAAVD, le CSSSVO et le CJAT ont ainsi élaboré un modèle original de services qui les engage notamment à : 1) concevoir, selon leurs expertises respectives, une organisation de soins de santé et de services sociaux culturellement adaptés ; 2) mettre en place un mécanisme permanent afin de coordonner, d'adapter et de développer des services ; 3) élaborer et mettre en œuvre un plan d'action qui tient compte des ressources et de l'expertise des différents partenaires de la clinique ; 4) identifier un mode de financement récurrent, afin d'assurer la pérennité de la

clinique. Située dans les locaux du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, la clinique a été stratégiquement intégrée au réseau local de santé et de services sociaux de la municipalité régionale du comté de la Vallée-de-l'Or (MRCVO).

La clinique assure un continuum d'interventions de première ligne culturellement adapté et offre des soins et des services dans le cadre d'une approche holistique. Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, par exemple, a développé de nombreux programmes de promotion de la santé pour les autochtones en milieu urbain et des services de soutien psychosocial qui misent sur les actions, les savoirs et les expériences autochtones. Les services offerts par la clinique Minowé sont assurés par une équipe multidisciplinaire composée d'une infirmière, d'une intervenante psychosociale, d'une coordonnatrice administrative et d'une conseillère clinique. Cette équipe est appuyée par un comité de liaison et un comité stratégique composés de représentants du CAAVD, du CSSSVO et du CJAT. Le projet s'accompagne également d'une surveillance scientifique qui doit permettre d'élaborer un nouveau modèle d'action associant la compréhension des problèmes et l'intervention sur le terrain. Cette veille scientifique est assurée par les membres de l'Alliance de recherche ODENA³, dont le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) assure notamment la codirection. À travers une recherche scientifique engagée socialement, le projet renforce les capacités réelles de la recherche visant à améliorer la santé des citoyens autochtones des villes du Québec.

Un projet d'innovation sociale

Ce projet d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services de santé et des services sociaux en milieu urbain destiné aux autochtones de la municipalité régionale de comté de la Vallée-de-l'Or (MRCVO) témoigne de la volonté d'améliorer la santé des Premières nations, d'adapter le réseau local d'organisation de services aux réalités autochtones et de maximiser à long terme les impacts du projet du Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA) de Santé Canada. Issu d'un partenariat entre le Centre de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSSVO), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), le projet de clinique Minowé consiste ainsi en : (1) l'adaptation et la complémentarité des services en santé et des services sociaux en milieu urbain pour les autochtones de la MRC de la Vallée-de-l'Or et ; (2) l'exportation subséquente du modèle vers d'autres centres urbains où l'on retrouve un Centre d'amitié autochtone (le RCAAQ prévoit d'exporter ce modèle de prestation de services dans

le reste du réseau des Centres d'amitié autochtones de la province). Le projet témoigne également d'une volonté de travailler avec les gens dans le respect de chacun, de traiter les prestataires de service avec courtoisie, équité et compréhension, avec dignité et déférence, tout en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leur environnement social.

Références

DANNENBAUM, David, Keith DAWSON, Stewart B. HARRIS et Jay WORTMAN, 2008, « Type 2 Diabetes in Aboriginal Peoples », *Canadian Journal of Diabetes*, 31(1) : 187-191.

DISANT, Marie-Jeanne et Mathieu-Olivier CÔTÉ, 2009, *Bilan de la recherche en santé des Premières nations et des Inuit du Québec de 1986 à 2006*, Québec : CSSSPNQL/INSP.

DUSSAULT, René et Georges ERASMUS, 1996, *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones, t. 3*, Ottawa : La Commission.

GILL, Guylaine (Dir.), 2007, *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec, 2007-2017 : Remédier aux disparités... accélérer le changement*, Wendake : CSSSPQNL.

GREENWOOD, Margo, 2006, *Landscapes of Indigenous Health*, Prince George : National Collaborating Centres for Public Health/University of British Columbia.

LOUCHINI, Rabiâ et Michel BEAUPRÉ, 2009, *Cancer chez les autochtones du Québec vivant dans les réserves et les villages nordiques, de 1984 à 2004 : incidence et mortalité*, Québec : INSPQ.

ROMANOW, Roy J., 2002, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa : La Commission.

ROY, Bernard, 2002, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*, Québec : Presses de l'Université Laval.

STATISTIQUE CANADA, 2006, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations (Recensement de 2006)*, Ottawa : Statistique Canada.

STEWART, Paul et Douglas CONSULTING, 2005, *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : un cadre stratégique, vol. 2*, Ottawa : Agence de santé publique du Canada.

MOTS-CLÉS

Val-d'Or – ODENA– santé – autochtone – holistique

¹ Au Canada, les principales sources de financement de la recherche dans le domaine de la santé et services sociaux sont : 1) le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) ; 2) les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ; 3) le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) ; 4) le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) ; 5) le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) ; 6) Employabilité et partenariats sociaux (EPS). Au Québec, les principales sources de financement sont : 1) le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) ; 2) le Programme de subventions en santé publique (PSSP) ; 3) le Fonds pour la Formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) ; 4) le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ; 5) le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les IRSC et le PSSP financent près des trois-quarts des projets et octroient près des trois-quarts des montants en recherche en santé des autochtones (Disan et Côté 2009 : 21-22)

² Le Québec est divisé en 17 régions administratives et en 18 régions socio-sanitaires. La région administrative de la Mauricie et celle du Centre-du-Québec forment une seule région socio-sanitaire (Mauricie-Centre-du-Québec) ; la région administrative du Nord-du-Québec a quant à elle été divisée en trois régions socio-sanitaires : Nord-du-Québec, Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

³ L'Alliance ODENA est une initiative conjointe du réseau DIALOG - réseau stratégique de connaissances créé en 2001 et ancré à l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) - et du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). Financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (Programme des Alliances de recherche universités-communautés, 2009-2014), elle réunit des représentants de la société civile autochtone et des chercheurs universitaires engagés dans une démarche de co-construction des connaissances. L'Alliance vise à soutenir le développement social, économique, politique et culturel de la population autochtone des villes québécoises et à mettre en valeur l'action collective des différents Centres d'amitié autochtones du Québec.

Pour le bien-être des patients inuit soignés en milieu urbain : récits autobiographiques et mémoires collectives autour des collections ethnographiques du Musée McCord

Marie-Pierre Gadoua

Étudiante au doctorat

Département d'anthropologie

Université McGill

Les interactions entre la mémoire, la tradition orale, la culture matérielle et la personne sont multiples et complexes. Que ce soit en référence aux constructions et négociations identitaires, aux processus de remémoration et d'oubli ou à la formation et à la communication de récits, nous faisons face à une complexité de dynamiques qui allient et confondent le personnel et le collectif, le matériel et l'abstrait, le passé et le présent. Dans ce texte, j'explorerai quelques fils conducteurs de ces intrications, plus précisément par le biais d'une recherche effectuée auprès d'individus inuit dans un musée montréalais. Le cadre de ce travail se situe au Musée McCord d'histoire canadienne, où j'ai réuni des aînés inuit autour des collections ethnographiques de l'Arctique nord-américain, les invitant à partager savoirs et souvenirs que les objets leur évoquent. Une série d'observations sera proposée quant aux interactions entre la personne, l'objet, la mémoire et les narrations, dans le contexte de ces ateliers au Musée McCord. Sur un autre plan, quelques réflexions seront offertes quant à l'impact positif que ces interactions ont sur les individus, tant dans la nature et la construction de ces liens, que dans leur réaffirmation concrète en présence de pairs, et en collaboration avec des chercheurs, des conservateurs, des muséologues et des intervenants sociaux.

Ce projet est issu de ma recherche doctorale en archéologie et en anthropologie. J'étudie la culture matérielle des Inuit du Canada et plus précisément les interactions entre les hommes et les femmes inuit et leurs objets du quotidien. Je me penche sur ces relations dans deux cadres spatio-temporels spécifiques : dans le Haut-Arctique central canadien du XIII^e au XV^e siècle (durant

la période que les archéologues appellent « thuléenne ») et dans le milieu urbain et contemporain du Musée McCord à Montréal. Je me réfère aux traditions orales et savoirs ancestraux des Inuit contemporains afin d'éclairer mes analyses archéologiques des collections provenant de villages thuléens (ancêtres directs des Inuit) de l'île Somerset au Nunavut. Essentiellement, j'organise des discussions de groupe à Montréal avec des aînés inuit, autour d'objets anciens issus des collections ethnographiques arctiques du Musée McCord. Ces ateliers sont réalisés en collaboration avec l'Institut culturel Avataq et le Module du Nord québécois¹.

Les ateliers organisés au Musée McCord ont deux fonctions principales dans le cadre de ma recherche. Tout d'abord, mes analyses d'artefacts thuléens sont guidées par les savoirs traditionnels et technologiques des participants, ainsi que les environnements personnel et collectif dans lesquels cette culture matérielle s'inscrit. Par exemple, je suis en mesure de mieux comprendre les diverses technicités des outils et des équipements de chasse, leur fabrication et leurs utilisations, ainsi que leurs rôles précis dans la construction et l'affirmation de l'individualité comme de la collectivité, ou encore dans le développement des relations interpersonnelles et/ou intercommunautaires des Thuléens. Il est important de noter que d'après certaines études, les Thuléens et les Inuit possèdent des similitudes très étroites d'ordre biologique, historique et culturel (Mathiassen 1927 ; Savelle 2002 ; Savelle et Wenzel 2003 ; Hayes *et al.* 2005). Selon ces sources, il s'agirait d'un seul et même peuple qui aurait évolué avec le temps, en conservant plusieurs spécificités culturelles (traditions et modes de vie), tout en s'adaptant également au caractère changeant de leurs environnements sociaux, écologiques, économiques, politiques, etc. Par ailleurs et d'un point de vue méthodologique, il est en effet courant pour les archéologues qui étudient les Thuléens de se référer aux principes et modes de vie des Inuit contemporains et d'un passé récent, tout en gardant à l'esprit les contextes de changements et d'adaptations qui ont caractérisé leur histoire.

Notre méthode d'analyse des objets thuléens repose ainsi sur de nombreux écrits, rapports et ethnographies produits par des explorateurs, missionnaires et ethnologues du XVIII^e au XX^e siècle (notamment Boas 1888 ; Murdoch 1892 ; Nelson 1899 ; Stefansson 1919 ; Jenness 1922 ; Rasmussen 1929, 1930, 1931, 1932 ; Birket-Smith 1959 ; Spencer 1959). Les archéologues utilisent souvent ces notes de terrain qui décrivent les habitudes de vie des Inuit, leurs technologies, leurs modes d'habitations et leurs cosmologies (principes et pratiques chamaniques, diverses coutumes et tabous, par exemple), afin d'élaborer leurs hypothèses de recherche et guider leurs analyses. De plus, pour compléter ces

données, les archéologues se tournent également vers la tradition orale des Inuit contemporains, qui inclut leurs savoirs ancestraux (connaissances et expériences transmises oralement de génération en génération), leurs savoirs traditionnels (qui font partie des savoirs ancestraux, mais sont aussi les fruits d'une construction identitaire bien contemporaine – voir à cet effet Hobsbawm et Ranger 1983) et leurs savoirs écologiques. Bien que cette dernière notion soit parfois confondue avec celle des savoirs traditionnels et/ou ancestraux, il s'agit d'une catégorie de connaissances bien particulière, souvent formulée par les anthropologues selon des paradigmes d'écologie culturelle, et qui tend à être davantage perçue comme des « faits » relatifs aux animaux et aux autres éléments de la nature (Wenzel 2004 : 239).

Dans le cadre de ma recherche, j'étudie tout d'abord les histoires orales issues d'une banque de données proposées par l'Inullariit Elders Society d'Igloodik² qui contient plus de 500 entrevues avec des aînés inuit, portant sur divers aspects de leur vie et de leurs traditions avant leur sédentarisation dans des villages permanents (dans les années 1950) et tous les changements socio-culturels qui ont suivi (voir notamment Damas 2002). Plus précisément, je porte attention à la place et au rôle que tiennent les objets du quotidien dans les discours des aînés sur leurs relations familiales et communautaires, les relations avec les animaux, leurs apprentissages de la vie d'adulte, le chamanisme, les diverses prescriptions et tabous entourant la vie quotidienne, etc. J'observe comment les objets sont nommés et désignés au cours de la narration des locuteurs, ainsi que leur rôle dans ces mémoires et récits. Plus précisément, la recherche dans la banque de données s'effectue à partir de mots-clés qui sont mentionnés par les aînés. J'ai donc parcouru les 500 entrevues à travers les noms des objets qui sont au centre de mes analyses archéologiques (harpons, arcs et flèches, couteaux, équipement de couture, lampes à huile, amulettes, etc.). C'est pour compléter cette approche que j'organise des discussions de groupe au Musée McCord, où je pose alors un regard sur la façon dont les mémoires et récits « émergent » de ces mêmes catégories d'objets - contrairement aux archives d'histoire orale où j'observe comment les objets « émergent » des narrations. J'utilise donc une méthodologie qui contient deux volets complémentaires, en observant et en analysant les diverses façons dont les individus mettent en relation les mots et les objets, dans leurs discours narratifs.

Le second objectif de ces ateliers se situe sur un autre plan. Il s'agit d'effectuer une pratique académique selon certains principes fondamentaux de la recherche collaborative avec les descendants et groupes culturels associés aux collections ethnographiques et archéologiques (Liebmann et Rizvi 2008 ; Silliman

2009 ; Silliman et Ferguson 2010). La recherche collaborative vise à faire participer les groupes descendants et/ou traditionnellement liés aux sites et collections, de sorte qu'ils en bénéficient au niveau personnel, collectif, culturel, social, économique et politique. La participation à la recherche académique peut prendre plusieurs formes et se produire à divers niveaux et étapes de réalisation des projets (de la conception, à la réalisation et la publication/diffusion des résultats). Dans le cas de ma recherche, la collaboration est menée sur les plans de la réalisation (interprétation des artefacts thuléens) et de la diffusion. Sur un plan communautaire, les ateliers sont filmés, archivés et éventuellement diffusés par l'Institut culturel Avataq et le Musée McCord à l'aide d'expositions en salle et sur leur site Internet, ainsi qu'à travers leur centre de documentation pour les chercheurs et le grand public, dans le but de préserver et de promouvoir la culture et la langue inuit auprès des Inuit et du public.

Ce type d'engagement, bien que crucial pour la continuité et la survie des traditions inuit, vise principalement la communauté, la culture inuit dans sa forme collective. S'il semble que le bien-être individuel soit largement facilité par une valorisation qui passe par une identification à la collectivité ou à la culture inuit (dans un sens large), ma démarche de recherche collaborative vise, par ailleurs, à toucher directement des individus inuit qui ne sont pas déjà engagés dans des programmes de préservation et de promotion de leur culture. Des femmes et des hommes, habitant dans l'une des 14 communautés du Nunavik et étant en visite à Montréal pour des raisons médicales, sont ainsi invités à venir partager leurs savoirs liés aux objets de leurs ancêtres (conservés au Musée McCord) ; les informations collectées m'aideront à analyser les objets. C'est ainsi que ces « discussions de groupe » (ou entrevues de groupe) sont progressivement devenues des « ateliers », compte-tenu de l'importance des échanges entre les participants, mais également avec les objets issus des collections du musée, ainsi que les bienfaits que les participants semblaient en tirer. Je réalise maintenant que ces rencontres représentent davantage pour eux que la simple participation à la recherche d'une étudiante au doctorat en anthropologie. En bref, et j'élaborerai sur ces points suite à la présentation de ma méthodologie, les ateliers permettent aux participants de se souvenir et de partager leurs connaissances et leurs mémoires personnelle et collective. Ils renouent ainsi avec leur passé et leurs traditions, en renforçant leur sentiment d'appartenance à diverses collectivités, que se soit au niveau communautaire (village d'origine), régional (le Nunavik) ou national (les Inuit nord-américains, par exemple)³.

L'élaboration d'un partenariat

Je présente ici les différents acteurs qui jouent chacun un rôle crucial dans les ateliers, suivant l'ordre chronologique d'élaboration de ce projet de partenariat. Celui-ci repose ainsi sur un partenariat engagé au sein de deux institutions culturelles (l'Institut culturel Avataq et le Musée McCord), d'un organisme gouvernemental (le Module du Nord québécois) et d'une université (l'Université McGill).

La première étape de l'élaboration du projet a consisté à définir une collection d'objets inuit anciens, ainsi qu'un lieu où effectuer les entrevues avec des informateurs inuit. Mon premier choix s'est arrêté sur le Musée McCord d'histoire canadienne⁴ à Montréal. Cette institution possède une collection de plus d'un million d'objets, parmi lesquels des photographies et des documents d'archives, dont 16 000 sont de nature ethnologique et archéologique issus des Premières nations et des Inuit du Canada. La collection de l'Arctique nord-américain compte plus de 1 600 objets et représente un échantillon de la culture matérielle inuit idéale pour mes entrevues, puisqu'elle contient plusieurs exemples des catégories d'artéfacts qui font l'objet de mes analyses (équipement de chasse, de traitement des peaux et de couture, outils domestiques, ornements et objets personnels et amulettes). Le Musée McCord est par ailleurs engagé, et depuis longtemps, dans une collaboration soutenue avec les Premières nations et les Inuit du Canada, tant dans ses projets de recherche et d'éducation que dans la réalisation de ses expositions. Leur contribution/participation à mon projet d'atelier se situe donc parfaitement dans ce mandat de collaboration.

Le second partenaire à se joindre à notre projet représente une aide logistique majeure : il s'agit de l'Institut culturel Avataq. Cet organisme inuit sans but lucratif se consacre, depuis 1980, à la protection et à la promotion de la langue et de la culture des Nunavimmiut (habitants du Nunavik). Mandaté par le conseil biennuel des aînés inuit du Nunavik, l'Institut comporte divers secteurs d'activités : archéologie, comités culturels locaux, recherche, bibliothèque et archives, muséologie, publications et promotion du nunavimmiutitut, c'est-à-dire l'inuktitut (langue inuit) du Nunavik. L'Institut culturel Avataq est également le dépositaire officiel des archives du Nunavik. Sa maison mère se situe à Inukjuak (Nunavik) et son centre administratif est à Montréal. J'ai approché cet institut tout d'abord pour des raisons d'aide financière et logistique (recrutement des participants et service d'interprètes, principalement). Pour des raisons analogues à celles du Musée

McCord, l'Institut s'est joint à mon projet car son mandat s'inscrit directement dans la préservation et la promotion de la langue et de la culture inuit. Mes recherches participent ainsi à un projet mené au sein de l'Institut intitulé : *Sivulitta inuusirilaurtangit atuutilaurtanigillu* ou *Le temps et l'espace chez les Inuit du Nunavik* (projet ARUC 2008-2013, dirigé par Daniel Gendron)⁵.

Le troisième et dernier organisme partenaire du projet est le Module du Nord québécois⁶. Le Module est une organisation gouvernementale formée d'infirmières, d'intervenants sociaux et d'interprètes prenant en charge les Inuit du Nunavik qui reçoivent des soins médicaux à Montréal. Leurs programmes sociaux visent à soutenir ces visiteurs face au choc culturel et aux difficultés de communication qu'ils vivent à Montréal, ainsi qu'au sentiment de solitude et d'ennui que ce séjour loin de leurs proches et de leur environnement familial peut entraîner. L'idée d'approcher le Module fut tout d'abord motivée par le besoin de participants pour les entrevues. Les résidences du Module hébergent en moyenne autour de 100 à 200 individus du Nunavik et ce, en tout temps. Une partie de ces derniers sont des aînés en visite médicale pour des tests de contrôle ou divers traitements qui leur permettent de prendre part à des activités telles que mes ateliers. Le recrutement s'effectue à l'aide d'affiches que j'ai réalisées avec une graphiste de l'Institut culturel Avataq⁷, et placées dans les résidences du Module (voir l'illustration 1, page suivante). C'est aussi grâce au travail de promotion et d'organisation de la part des employés de la Nunavik House (résidence principale du Module jusqu'en avril 2011) et de la section du support social du Module, que mes ateliers réussissent à attirer l'attention et la participation des résidents⁸.

L'idée de faire participer le Musée McCord, l'Institut culturel Avataq et le Module du Nord Québécois à mes ateliers répond aussi à mon mandat de recherche collaborative, tel que mentionné plus haut. En travaillant de concert avec d'importants gardiens du patrimoine inuit (le Musée McCord et l'Institut culturel Avataq), une organisation qui appartient et qui est mandatée par des communautés inuit (l'Institut culturel Avataq), et avec des individus inuit en résidence temporaire à Montréal, ma recherche académique se trouve alors triplement engagée avec les communautés descendantes et traditionnellement liées aux collections archéologiques que j'étudie.

participants, à l'organisation logistique des entrevues (interprètes, matériel audiovisuel) et éventuellement, à la transcription, la traduction, la préservation et la promotion du contenu des témoignages (en particulier auprès des communautés du Nunavik). À l'instar de l'Institut culturel Avataq, le Module du Nord québécois remplit le rôle crucial du recrutement des participants. Mon implication dans le projet se situe à différents niveaux : en tant que conceptrice et coordonnatrice du projet d'atelier, j'ai approché et réuni le Musée McCord, l'Institut culturel Avataq et le Module, obtenu une approbation du comité d'éthique de recherche auprès de l'Université McGill, supervisé l'élaboration et réalisé les ateliers. Au moment où j'écris ces lignes, neuf ateliers ont été effectués sur une période d'un an (depuis avril 2010), avec en moyenne six participants par groupe. Chaque atelier dure environ deux heures.

Le déroulement des ateliers

Le Musée McCord possède une réserve ethnographique qui contient les collections autochtones et Inuit du Canada. Cette réserve, pour des raisons d'espace et de logistique, ne peut recevoir nos groupes d'aînés. Il s'agit donc d'effectuer une sélection d'objets qui sont apportés dans un salon (salle de conférence qui contient une grande table, des chaises, ainsi que des divans, des fauteuils et des tables basses), situé dans une aire privée du musée, où il y a également un vestiaire, une cuisine et des toilettes facilement accessibles. Cet environnement permet aux participants d'être assis en tout temps, à l'aise (contrairement à ce qu'il aurait été dans la réserve), avec la possibilité de prendre des pauses et d'avoir accès à des rafraîchissements (nous leur servons également le thé lorsque le temps nous le permet). Cette mise en place des ateliers a été favorisée au détriment de la réserve, pour des raisons de confort, en gardant toujours en tête que ce projet est principalement conçu pour favoriser le bien-être des participants.

La sélection des objets a été faite selon les catégories d'artéfacts archéologiques que j'étudie. Il s'agit d'objets du quotidien qui étaient autrefois communs, que tous savaient fabriquer et utiliser. Ils datent en moyenne de la première moitié du XX^e siècle. Certaines catégories d'objets sont encore utilisées couramment par les Inuit (par exemple le *ulu*, couteau semi-circulaire des femmes, et certaines pièces d'équipement de chasse et de pêche). D'autres objets ont été remplacés par des technologies non-inuit, mais les participants se souviennent de les avoir fabriqués et/ou utilisés (comme les lampes à huile, les embarcations en peau de phoque ou certains types d'étuis à couture). Nous sélectionnons plusieurs spécimens pour chaque catégorie d'objets, afin d'obtenir des commentaires sur

leurs variations aux plans de la forme et des matériaux (pour comprendre, par exemple, les motivations technologiques et/ou stylistiques qui sont à l'origine de cette variabilité). Ces objets proviennent de l'ensemble de l'Arctique nord-américain, de l'Ouest en Alaska jusqu'à l'Est au Labrador, en passant par le Nunavut et le Nunavik. Même lorsque les objets ont un *design* qui est étranger aux participants, ces derniers sont toutefois en mesure d'identifier la nature et la fonction de l'objet en question, et de décrire comment ils diffèrent de leur style local.

Après avoir invité les participants à s'asseoir autour de la table, leur avoir présenté le but de ma recherche et des ateliers, puis fait signer un formulaire de consentement, la conservatrice de la collection (Guislain Lemay) et moi-même commençons à déposer les objets sur une table. Nous indiquons immédiatement aux personnes présentes qu'ils ont le droit de les manipuler à leur guise (en soulignant tout de même la fragilité de certains objets). C'est au moment précis où les objets commencent à être manipulés que les paroles, discussions et échanges émergent et ne s'arrêtent (de notre point de vue, du moins) qu'au moment où les participants quittent le musée. Dès le premier atelier, nous avons pu constater un certain pouvoir qu'ont les objets à délier les langues, mettre les gens à l'aise et à susciter la remémoration de leurs savoirs techniques et connaissances linguistiques, anecdotes, récits, etc. Bien que je sois toujours présente par le fait d'amener les objets à la table et en posant parfois quelques questions précises ou demandes d'éclaircissements, ma perception générale est que dans ces entrevues de groupe, ce sont essentiellement « les objets qui posent les questions ». En d'autres termes, ce sont les collections du Musée McCord qui suscitent en elles-mêmes les témoignages des participants, avec très peu d'intervention de ma part. Dans ce qui suit, je vais élaborer cette réflexion, en évaluant les interactions (pour ne pas dire interdépendances) entre le processus de remémoration, le discours, la personne et l'objet lui-même.

L'objet, l'oralité et la gestuelle

Les liens d'interdépendance entre les objets du quotidien et les traditions orales chez les Inuit et les autochtones des régions nordiques de l'Amérique du Nord ont été étudiés, notamment par Cruikshank (1998), Ridington (1982, 1994, 1999) et Fienup-Riordan (2007). Ces derniers ont observé que dans des régions arctiques et subarctiques en particulier, les déplacements réguliers et fréquents contraignaient autrefois et contraignent encore aujourd'hui les gens à réduire au strict minimum leurs possessions matérielles, et que leurs connaissances

immatérielles sous la forme de l'oralité occupent une place primordiale dans leur technologie. Leur technologie, composée de connaissances, de mots, de gestes et d'outils est un ensemble stratégique qui allie savoirs et savoir-faire physiques et sociaux aux objets (Ridington 1999 : 171).

Les artefacts et les outils en soi sont inefficaces si l'on ne tient pas compte de l'ensemble des stratégies qui visent à établir et maintenir des relations entre les individus et leur environnement. Ici, le concept de technologie est envisagé au sens large du terme : il désigne l'application des connaissances et les savoir-faire techniques, sociaux et oraux liés à une matière, une source d'énergie et à des objets, tel que défini par Ridington (1982 : 471) et Lemonnier (1986 : 149). Cette technologie sert essentiellement à façonner des objets et maintenir des relations entre humains et nature (animaux, plantes, etc., à travers les techniques de chasse, de pêche et de cueillette) ; des relations entre individus, collectivités et l'univers spirituel (à travers la fabrication, l'utilisation et l'exhibition de certaines catégories d'objets, d'ornements, de vêtements ou d'éléments de leur *design*). Chez plusieurs peuples de chasseurs tels que les Inuit, les relations entre humains et animaux ne sont pas uniquement de nature écologique ou technologique (techniques de chasse et de traitement des carcasses). Il s'agit de relations sociales, où chaque individu d'une communauté doit suivre un certain nombre de principes, de règles et de tabous afin de gagner le respect et la réciprocité des animaux (Brightman 1993 ; Fienup-Riordan 1994).

Cette culture matérielle, constituée notamment par des équipements de chasse et des outils domestiques, vont de pair avec tout un univers de connaissances techniques, d'histoires, de cosmologies, de valeurs, de codes moraux, sociaux et esthétiques, de narrations, de mythes et d'expériences transmises et évoquées à travers les mémoires personnelle et collective ; lesquelles sont partagées, enseignées, et parfois même débattues et contestées par les membres de ces collectivités. Par exemple, afin d'être pratiquées efficacement, les techniques de chasse et de fabrication de vêtements (activités traditionnelles clés chez les hommes et les femmes des régions arctiques et subarctiques), doivent être avant tout communiquées entre les individus et les générations tant par la parole que par les gestes. Les traditions orales associées à la culture matérielle jouent un rôle crucial dans la vie et la survie de ces gens : les actes de communication à l'intérieur d'un réseau de relations sociales qui incluent les liens avec le peuple animal, constituent les forces centrales de production dans le contexte d'une économie de chasse (Ridington 1999 : 169). Les individus construisent leurs identités et leurs

relations sociales à travers les mots et les actions, et ils font tout ceci avec les objets qu'ils fabriquent, utilisent et exhibent.

Ceci étant dit, dans les milieux muséaux et urbains contemporains dont il est ici question, lorsque seuls les objets subsistent, c'est-à-dire lorsqu'ils sont isolés de leurs contextes historique, social et culturel, ce principe opère toujours, mais cette fois-ci de façon inverse : les connaissances technologiques, gestes et savoir-faire techniques, récits et souvenirs émergent à la vue et au contact des objets. L'anthropologue Ann Fienup-Riordan, qui a longuement travaillé avec les Yup'ik de l'Alaska, en a fait l'expérience en invitant des aînés yup'ik à commenter des collections dans divers musées en Amérique du Nord et en Europe (Fienup-Riordan 1998, 2005, 2007 ; Fienup-Riordan et Meade 2005). Les ateliers organisés au Musée McCord sont largement inspirés de son travail et mes observations y font écho. Premièrement, les objets évoquent une diversité de récits relatant des expériences personnelles, sous forme de souvenirs autobiographiques. Il s'agit de narrations, d'anecdotes et d'événements incluant des personnes d'une toute autre époque (parents ou grands-parents) ; des choses qu'ils ont dites ou faites ; des gestes autrefois posés quotidiennement et qui ne le sont plus aujourd'hui ; bref, des vies entières qui n'existent maintenant qu'à travers le processus de remémoration déclenché par la vue et la manipulation des objets du musée. Deuxièmement, les conclusions préliminaires de nos recherches montrent que les objets inspirent également la communication de connaissances et de savoir-faire collectifs qui sont partagés par plusieurs membres d'une communauté. Ce sont généralement des savoirs techniques et des modes de vie connus de tous, mais dont des détails inédits sont ici révélés ou simplement accentués. Ces informations sont principalement exprimées et comparées entre les participants, non pas d'une façon purement didactique, mais plutôt organisée autour des objets. Il faut également noter que les interprètes et accompagnateurs des participants sont généralement d'une autre génération, souvent plus jeune : une transmission des savoirs opère ainsi pendant les ateliers. Par exemple, il n'est pas rare que des membres d'une famille inuit accompagnent des résidents du Module du Nord québécois. Ceux-ci leur posent des questions relatives aux objets, à leur fabrication et à leur utilisation notamment ; et les interprètes de l'Institut culturel Avataq (également inuit) interviennent parfois dans les discussions. Ceci entraîne alors de riches échanges intergénérationnels qui alimentent les discours.

Les ateliers offrent donc aux aînés une occasion de transmettre aux plus jeunes des connaissances, savoirs et savoir-faire ayant trait à un mode de vie du passé nomade, mais dont les traditions ont encore une valeur, un rôle à jouer sur les

plans identitaire, culturel, socio-économique, politique et sur le plan du bien-être en général, ce dont témoignent, entre autres, les recherches de Stevenson (2006) et Searles (2008). Les remémorations suscitées par les objets, ainsi que les récits et les partages d'expériences impliquent non seulement des paroles, mais aussi beaucoup de gestes : les participants montrent constamment par la gestuelle et les mimes comment les objets étaient autrefois fabriqués et utilisés, en se référant souvent à des personnes en particulier. Filmer les ateliers se révèle donc important, afin de conserver la gestuelle comme une source d'information cruciale.

L'objet et la personne

Les informations collectées lors de ces ateliers et les résultats issus de leurs analyses attestent, d'une façon explicite et concrète, des liens profonds qui existent entre les objets et les personnes, que ce soit à travers les souvenirs et les récits que les objets évoquent, les connaissances qu'ils mobilisent, la gestuelle corporelle qu'ils requièrent pour en expliquer les usages ou encore le partage des savoirs qu'ils permettent.

Ces divers liens entre la personne et l'objet peuvent être éclaircis par quelques principes davantage théoriques qui nous aident à en apprécier les fondements et les implications. En ce sens, deux anthropologues en particulier, Marylin Strathern et Alfred Gell, ont développé les notions de la « personne divisible » (*divisible person*, Strathern 1988) et de la « personne distribuée » (*distributed person*, Gell 1998) qui mettent en valeur certaines ramifications entre la personne et l'objet. Ces deux notions se complètent et sont, d'une certaine façon, interdépendantes. Selon Strathern, la notion de « personne divisible » fait référence à la nature relationnelle du soi : l'individu se définit comme un site pluriel et composite, issu des relations qui l'ont produit ; il est un microcosme social (1988 : 13). Autrement dit, la notion de personne se construit et s'affirme à travers les relations interpersonnelles (par exemple, nous sommes l'enfant ou le parent de quelqu'un(e), le membre de tel ou tel groupe, par opposition à d'autres, etc.). Ces relations s'élaborent, se maintiennent et se négocient en partie par l'intermédiaire des objets que nous fabriquons, utilisons, exhibons et échangeons, tant dans un contexte privé et familial que communautaire et intercommunautaire, et qui vont de pair avec la parole et le geste. C'est en ce sens que la notion de personne telle que formulée par Gell devient utile à notre démonstration.

Gell affirme que les personnes forgent et négocient ces relations grâce à l'influence et à l'impact (*agency* ou « agentivité ») qu'elles exercent par le biais

des objets matériels qu'elles conçoivent et/ou utilisent. Gell distingue deux degrés d'« agentivité ». La première relève de l'individu qui initie des actions propres à ses volontés et pour lesquelles il est moralement responsable. L'objet, quant à lui (et j'ajouterais à ce dernier, la parole et le geste), apparaît au second degré. C'est par son intermédiaire que des individus peuvent finalement distribuer leur « agentivité » et ainsi exercer efficacement leur influence sur d'autres éléments constituant leur environnement (peuplé d'humains, d'animaux, d'éléments naturels et surnaturels). Gell a développé ses pensées en traitant du concept d'« art », défendant une approche sociale pour son analyse qui consiste en l'étude des relations sociales que l'art permet de nouer, maintenir et négocier. Le même principe peut aisément s'appliquer à toute forme d'objet matériel¹⁰ et nous permet d'explorer avec les objets des relations de diverses natures tant avec des humains que des non-humains (objets, animaux et éléments naturels). Cette possibilité s'appuie sur des principes selon lesquels, comme c'est le cas avec les Inuit, la chasse et le traitement des peaux animales sont notamment perçus comme des moyens de construire des relations sociales entre humains et animaux. De même, le port d'amulettes ou les attentions esthétiques sur les vêtements et les armes de chasse interviennent parfois comme un moyen de négocier de bonnes relations entre le chasseur et l'esprit de l'animal chassé ; ou tout simplement la fabrication, l'utilisation et l'exposition d'objets personnels et d'ornements minutieusement et richement fabriqués, permettent de construire et d'affirmer un certain statut dans la communauté (Gadoua, à paraître).

Ces ensembles de liens entre l'objet et la personne ressortent clairement dans les témoignages des participants des ateliers du Musée McCord et ce, à deux niveaux. Premièrement, il est énoncé explicitement dans le contenu de leurs discours qui évoquent des souvenirs. Par exemple, les participants mentionnent souvent que les meilleurs chasseurs, c'est-à-dire ceux qui ont le plus de succès à rapporter de la nourriture à la maison, sont aussi ceux qui fabriquent, possèdent et utilisent l'équipement de chasse le plus beau, le plus richement décoré et le mieux conçu (fabriqué avec soin, avec des matériaux durables, au *design* efficace et bien adapté à la tâche). Il est aussi souvent mentionné pour certains types d'objets, comme le *ulu* (couteau semi-circulaire des femmes), les outils de couture ou la lampe à huile, que chaque femme adulte possédait les siens et qu'elles y étaient très attachées. Les outils servant aux tâches principales des femmes (traitement des peaux, fabrication de vêtements, préparation de la nourriture et entretien de l'espace domestique) et des hommes (principalement la chasse, la fabrication d'outils et les déplacements sur le territoire) jouent généralement un rôle crucial dans la construction des identités, de statuts et de relations sociales. Notamment, un

homme inuit ne pouvait prendre une femme pour épouse tant qu'il ne possédait pas l'équipement minimal pour chasser et se déplacer, ainsi que les techniques pour fabriquer et entretenir un tel équipement. De son côté, une femme ne pouvait prendre un mari tant qu'elle ne maîtrisait pas l'art de vêtir et de nourrir une famille, avec tout le matériel requis pour ce faire. Les objets qui rendent possible ces activités sont donc pour eux d'une importance cruciale pour leur survie, qui en retour dépend essentiellement de leurs statuts et de leurs relations sociales. Une participante a également mentionné la fonction particulière d'un pot de cuisson relativement petit : selon elle, il s'agissait du chaudron utilisé par une femme pendant ses menstruations, période durant laquelle, selon les tabous culturels de sa communauté, elle ne devait pas partager sa nourriture ou cuisiner pour quelqu'un d'autre (car son sang menstruel était considéré comme impur et pouvait porter malchance aux chasseurs ou offenser les esprits des animaux chassés). Donc, il s'agirait ici d'un objet qui aurait joué un rôle très important dans la vie d'une femme, durant une certaine période de sa vie et qui aurait servi à maintenir ses relations avec les autres membres de sa famille et la communauté, d'une façon culturellement et moralement appropriée (Rasmussen 1929 : 98, 1931 : 262 et 505). Les exemples comme ceux-ci sont très nombreux. Le lien personne/objet apparaît également dans la communication entre les participants et les interprètes/accompagnateurs, tout comme entre ces derniers et les organisateurs des ateliers. Les objets se placent ainsi au centre des discussions, permettent les échanges entre l'ensemble de ces individus.

L'objet et la mémoire

Au cours des ateliers, les interactions entre l'objet, l'oralité, le geste et la personne se font principalement à travers un processus de remémoration. À la vue et au contact des objets, les gens se remémorent des savoir-faire, des expériences, des événements et des personnes au sujet desquels ils communiquent les souvenirs à travers le geste et la parole. À leur tour, ces mots et ces gestes, toujours avec les objets, entraînent chez les autres participants leurs propres remémorations, et ainsi de suite. Dans ce qui suit, j'aborderai ce processus qu'est la remémoration, faisant appel tant aux aspects individuels que collectifs de la personne, et où les objets jouent un rôle crucial.

Tout d'abord, il est important de souligner le caractère interdépendant de la mémoire personnelle et de la mémoire collective. Mais ici, il est plus approprié et plus utile de parler de « remémoration » que de « mémoire ». Le concept de mémoire est souvent conceptualisé (à tort, à mon avis) comme une représentation

qui est emmagasinée dans l'univers cognitif des gens, et où les objets matériels sont abordés comme des symboles de ces mémoires individuelles et collectives. L'approche que je souhaite suivre diffère de cette dernière. De mon point de vue, la mémoire n'existe pas tant qu'elle n'est pas rappelée dans le présent, construite, évoquée et partagée. Ce n'est que dans l'acte de se rappeler, de se souvenir que la mémoire prend forme : elle n'existe pas telle quelle, à priori. Il importe donc que l'on s'attarde davantage à ce processus de remémoration, car c'est lui qui trie, sélectionne et donne forme aux souvenirs que les gens décident d'évoquer, sous forme de narrations.

La littérature académique, qu'elle soit en histoire, en sociologie, en psychologie ou en anthropologie, s'entend sur le caractère social et collectif de la remémoration (Halbwachs 1925 ; Bartlett 1932 ; Bloch 1998 ; Boyer et Wertsch 2009). La mémoire sociale agit souvent comme un pilier ou un cadre pour la mémoire individuelle, et les processus de remémoration (et d'oubli) suivent souvent des formes rhétoriques récurrentes (Middleton et Edwards 1990). En effet, les gens appartenant à un même groupe partagent aussi les mêmes connaissances et ressources narratives ; ce qui semble observable à travers leurs souvenirs personnels qui ont alors automatiquement une nature collective, comme l'a notamment montré Bruner (1990). Aussi, la mémoire relative aux expériences de vie d'un individu (sa « mémoire autobiographique ») n'est pas si différente de ses connaissances des événements issus d'un passé plus ou moins lointain et collectif qu'il n'a pas nécessairement vécus (Bloch 1998 : 115). Si la personne n'a pas vécu ces événements, elle les connaît néanmoins grâce à la transmission et au partage des savoirs qui sont souvent uniformisés par la collectivité à laquelle il appartient. Par exemple, un individu peut aisément associer ses propres souvenirs à des fragments d'histoires anciennes collectives, afin de contextualiser ses récits ou d'affirmer son identité, même s'il n'a pas vécu lui-même ces événements. De la même façon que les connaissances, les expériences et les formes narratives des personnes sont en grande partie forgées à travers des collectivités, leurs processus de remémoration suivent une route analogue. Les membres d'une collectivité se souviennent ensemble et d'une façon semblable non seulement car ils ont le même bagage historique et culturel, mais aussi car ils partagent un présent et surtout, projettent ce passé et ce présent vers des objectifs futurs qui sont également communs. Ils se souviennent et se racontent en même temps, et ces deux processus sont étroitement reliés. Finalement, il faut noter que la narration n'est pas contenue dans la mémoire, dans l'esprit des individus en tant que narration, mais plutôt sous forme de représentation complexe d'une séquence d'événements vécus ou connus (qui ont été racontés et mémorisés). L'évocation et la narration de ces événements

sont souvent déclenchées par divers signaux matériels comme des endroits, des photographies, des objets, etc. (Bartlett 1932 ; Bloch 1998 : 122).

Dans le cadre des ateliers du Musée McCord, les objets rappellent aux participants des expériences individuelles, familiales et communautaires, des événements vécus ou évoqués par l'entourage et des personnes ayant marqué leur vie. Ce processus mémoriel repose sur une interaction entre divers cadres temporels. Le présent s'explique en grande partie par des éléments du passé qui ont marqué le parcours d'une vie ; également, le regard porté sur les expériences passées est déterminé par le présent et définit souvent un futur : ce regard entraîne une prise de conscience du soi et des enjeux qui traversent la vie personnelle, et crée des possibilités pour un cheminement futur (Desmarais 2006). Le passé est une ressource qui est constamment définie et redéfinie, sujette au changement, selon les situations sociales et humeurs personnelles dans lesquelles se retrouvent les gens dans le présent (Bloch 1998 : 119). Dans le cas précis des ateliers du Musée McCord, cette production d'autobiographies se fait en petits groupes (en moyenne cinq participants), ce qui entraîne un processus de remémoration particulier. Le groupe de pairs fournit un espace accueillant pour la parole et les souvenirs surgissent souvent en réponse aux propos des autres interlocuteurs. Les participants sortent alors de leur subjectivité et se placent en position d'intersubjectivité dans la recherche du soi (passé et présent). Les souvenirs des uns évoquent ceux des autres, semblables ou différents, un récit en entraîne un autre, une collectivité se forme, faite d'individualités qui se tiennent ensemble.

Mais de ces processus de remémoration individuels et collectifs, il reste à évoquer et analyser un élément central : l'objet. L'objet apparaît comme un catalyseur de souvenirs qui semble, par ailleurs, déterminer l'appartenance à divers groupes sociaux et/ou culturels (ce principe opère également avec divers éléments perçus dans l'environnement, comme des lieux, des odeurs, des sons, des mots, etc.). Au cours des ateliers, les participants se retrouvent ainsi en présence d'objets qui, parfois, proviennent de leurs communautés respectives, de communautés voisines (à l'intérieur des limites du Nunavik) ou encore de communautés et régions plus lointaines (Nunavut, Nunatsiavut, Alaska) et d'époques relativement anciennes (objets datant du début du XX^e siècle et même de leurs ancêtres thuléens du XII^e au XVII^e siècle). Mais peu leur importe l'origine des objets, ces derniers suscitent des réactions émotives, des commentaires quant à leur utilisation et leur fabrication, ainsi que des souvenirs personnels. Les participants comparent les divers styles des objets et leurs modes d'utilisations, en relation avec d'autres communautés inuit (principalement du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et

de l'Alaska). Ils s'identifient fortement à certains objets, tout en les distinguant souvent les uns par rapport aux autres.

La collection d'objets inuit du Musée McCord stimule et structure la formation, l'affirmation et la négociation d'identités personnelles et collectives chez les participants. Les objets de la collection déterminent également la perception qu'ils ont envers eux-mêmes et envers les autres : par exemple, des communautés inuit dont la culture matérielle est différente, admirée ou critiquée, ou leurs ancêtres communs (les Thuléens) dont l'ingéniosité sur un plan technique et technologique est unanimement reconnue. Les participants manifestent alors une vive fierté en affirmant leurs liens ancestraux avec les Thuléens ou leurs liens contemporains avec les diverses communautés inuit de l'Amérique du Nord. Il est intéressant de noter que l'affirmation de ces liens, en particulier avec des groupes très distants sur les plans spatiaux et temporels, nous renvoie au concept de « communautés imaginées » (*imagined communities*) d'Anderson (1983). Cette notion souligne le fait que bien des nations contemporaines sont socialement construites, « imaginées » par des personnes qui ne se côtoient pas, contrairement aux communautés où les liens, les interactions sont visibles, physiques et vécues par ses membres quotidiennement. Anderson affirme que ce type plutôt moderne de nation répond à des besoins politiques spécifiques, et est rendu possible grâce au développement des moyens de communication à grande échelle qui transcendent, par exemple, les territoires et les divers dialectes parlés par des groupes socio-culturels affiliés. La catégorie politique et culturelle circumpolaire inuit s'inscrit dans ce processus. Née dans les années 1970 et 1980 (notamment avec la première Arctic People Conference¹¹ en 1973 et la création de l'Inuit Circumpolar Conference en 1980), l'identité collective inuit et le sentiment d'appartenance à cette grande nation répondent entre autres aux besoins de se définir et de se défendre sur le plan politique, de signer des traités, de négocier et d'affirmer des droits aux niveaux national et international. Les Inuit du Canada, du Groenland, de l'Alaska et de la Chukotka en Russie ont donc, à un certain moment de leur histoire au cours du XX^e siècle, commencé à mettre moins d'emphasis sur leurs différences régionales, et à affirmer davantage leurs ressemblances culturelles et linguistiques à grande échelle (Simon 1996 ; Hicks et White 2000 ; Searles 2006 ; Stevenson 2006 ; Searles 2008). Dans le cadre des ateliers du Musée McCord, ces liens socio-culturels, ces sentiments d'appartenance à la grande nation inuit sont clairement exprimés, par exemple lorsque les participants s'associent personnellement à des objets provenant de régions ou époques lointaines des leurs, en se basant sur le fait que ces objets ont été fabriqués par des « Inuit », tout comme eux.

Proposons quelques réflexions supplémentaires sur le rôle actif de l'objet dans le processus de remémoration du passé. Tout d'abord et compte tenu de nos résultats préliminaires de recherche, il semble maintenant clair que les objets ne sont pas ici considérés comme de simples symboles en référence au passé ou à des identités, ni que la signification de ces objets ne soit préalablement contenue dans l'objet lui-même et que notre rôle (ou celui des participants) consisterait à la lire ou à l'extraire. Cette approche idéaliste, où l'objet symbolise passivement des mémoires (plutôt que de jouer un rôle actif dans la remémoration), où les significations et interprétations conceptuelles sont préconisées au détriment de la matérialité de l'objet, n'opère tout simplement pas dans les ateliers du Musée McCord (Ingold 2007). Au contraire, le processus s'amorce immédiatement lors d'un contact physique et sensoriel entre les participants et les objets. En effet, dès le début des séances, les participants restent souvent réservés et hésitants, jusqu'à ce qu'on leur permette de toucher, prendre et manipuler les objets. Au contact de ces objets s'engagent systématiquement des remémorations, des narrations et des échanges entre les participants. Les diverses significations des objets évoquées par les participants émergent initialement et je dirais même essentiellement de la perception sensorielle des composantes physiques et de la manipulation des objets.

Il existe une certaine co-dépendance entre l'esprit (*mind*), l'action et l'artéfact qui est fondamentale à la cognition et à la perception que les humains ont des objets (Knappett 2005). Lorsqu'un individu entre en contact (par la vue ou le toucher) avec un objet, il perçoit, évalue ou imagine immédiatement une série de possibilités que cet objet lui offre quant aux actions qu'il pourrait permettre (Gibson a nommé ces possibilités « affordances » : Gibson 1979). Ces possibilités constituent en soi les significations de l'objet qui peuvent être autant de nature pragmatique que mémorielle ou narrative. Par exemple, dans les ateliers, la vue et la manipulation d'une foëne servant à la pêche (*kakivak*) suscite chez les participants autant les gestes qui montrent comment s'en servir, que la remémoration et la communication des savoir-faire liés à sa fabrication et son utilisation ou la narration d'anecdotes, de récits entourant son utilisation personnelle dans le passé. La présence physique et la perception sensorielle des objets par les participants sont donc les principaux catalyseurs des témoignages et par le fait-même, des diverses significations des objets. Il s'agit donc d'un processus de remémoration qui passe autant par le corps, ses perceptions et ses mouvements que les souvenirs « abstraits » des participants. Conséquemment, nous ne pouvons pas dire que les objets contiennent ou accumulent des souvenirs : les objets semblent plutôt fournir un support mémoriel, c'est-à-dire qu'ils offrent aux individus la possibilité de se remémorer, comme l'ont notamment montré les

travaux de Jones (2007). Ici, nous ne parlons pas non plus de retirer, d'extraire ou de lire des expériences du passé qui seraient contenues dans la signification symbolique des objets, mais plutôt de les restituer ou de les revivre grâce à la manipulation des objets et au partage des récits autobiographiques qui en résultent.

L'impact des ateliers sur les patients inuit en milieu urbain

Les réflexions ci-dessus, concernant les interactions et interdépendances entre la personne, la mémoire, les formes narratives et les objets sont d'une nature davantage exploratoire que formelle. Il en va de même avec celles qui suivent et pour lesquelles je me positionne sur un autre plan : en posant un regard sur l'impact des ateliers sur les participants. Il est important de souligner ici que les femmes et les hommes qui y participent ne sont que de passage à Montréal, pour quelques jours seulement, après quoi ils regagnent leur communauté au Nunavik. Des entrevues de suivi, afin de connaître les perceptions des participants suite aux ateliers, sont donc logiquement difficiles à concevoir. Ma recherche prévoit plutôt, dans un futur proche, une évaluation de l'impact des ateliers, en recueillant les impressions des intervenants sociaux du Module du Nord québécois. En attendant et pour les besoins du présent texte, je partagerai mes observations quant aux attitudes et commentaires des participants perçus et entendus pendant et immédiatement après les ateliers.

Les premiers ateliers ont été réalisés en avril 2010 avec les membres des Comités culturels locaux de l'Institut culturel Avataq, venus à Montréal afin de visiter le centre administratif de l'Institut et d'autres institutions culturelles locales¹². Suite à cette première série d'ateliers, j'ai commencé à recruter des participants par l'intermédiaire du Module du Nord québécois, c'est-à-dire des individus du Nunavik qui sont en visite à Montréal pour des raisons médicales (lors de courts séjours, de quelques jours à une semaine). En préparant cette série d'ateliers avec les résidents du Module (que je nommerais ici « patients »), j'avais l'impression que ceux-ci allaient se dérouler d'une façon différente, en comparaison aux ateliers organisés avec les membres des Comités culturels locaux de l'Institut. Ces derniers sont déjà habitués (de par leur travail avec l'Institut culturel Avataq) à ce genre d'exercice, c'est-à-dire à mettre en valeur leurs savoirs et traditions dans le contexte formel d'un projet visant à la préservation et à la promotion de leur culture - contrairement aux patients qui ne sont pas nécessairement familiers avec cette méthode, surtout dans un contexte d'interaction avec des conservateurs muséaux. Par conséquent, je me préparais à devoir intervenir davantage, par exemple en leur posant un peu plus de questions en

référence aux objets. Mais contrairement à ces appréhensions, les deux séries d'ateliers se sont déroulées d'une façon quasi-identique. J'ai été agréablement surprise de constater que les ateliers avec les patients ont été autant vivants, dynamiques et productifs que ceux avec les comités culturels, sinon davantage. Cette observation en dit déjà beaucoup sur l'intérêt immédiat et quasi-systématique des femmes et des hommes inuit envers ce type « d'activité culturelle » et par conséquent de l'impact que ces ateliers peuvent avoir sur eux. Dans ce qui suit, je tenterai de comprendre en quoi ces ateliers suscitent de l'enthousiasme chez l'ensemble des participants, qu'ils soient des patients ou des membres des Comités culturels locaux de l'Institut culturel Avataq.

Tout d'abord, l'exercice qui consiste à se remémorer et communiquer des souvenirs est souvent perçu comme étant fondamental pour la construction du soi personnel et collectif, ce qu'ont récemment montré les travaux, entre autres, de Neisser (1993), Rubin (1996), Klein (2001) et Desmarais (2006). Ceux-ci partent du principe philosophique stipulant qu'un être humain devient une personne à partir du moment où il/elle se rapporte à son propre passé distinctif, tel que Locke l'a formulé (Nidditch 1975 [1697]). Ainsi, la mémoire participe à la construction identitaire, à travers une série d'expériences et de souvenirs que la personne possède et évoque. L'acte de se remémorer et d'affirmer ses souvenirs personnels s'inscrit donc, presque naturellement, dans le processus de construction du soi (McAdams 1993). Les participants étant également des personnes âgées de plus de 60 ans en moyenne, ils ont vécu la première partie de leur vie avant ou pendant la « vague » de transformations socio-économiques précipitées par les politiques et activités du gouvernement canadien dans l'Arctique à partir des années 1950 (sédentarisation forcée, relocalisations, pensionnats autochtones, hospitalisations liées aux épidémies de tuberculose, etc.). Sans trop évoquer les détails du développement psychologique et identitaire de la personne, il est important de mentionner ici l'aspect crucial des phases de l'enfance et de la jeunesse dans la constitution du soi, conformément aux travaux d'Erikson (1950). Or, les objets du Musée McCord que j'utilise dans les ateliers proviennent justement d'une époque où les participants étaient eux-mêmes des enfants, adolescents ou jeunes adultes. Les témoignages, souvent les plus élaborés et racontés avec enthousiasme évoquent ainsi régulièrement des histoires positives, des souvenirs heureux liés à l'enfance et à la famille. Par exemple, en discutant autour d'un modèle réduit de kayak réalisé avec minutie et réalisme, deux femmes issues de deux ateliers différents, ont raconté avec détail comment leur père les amenait en promenade dans leur kayak (couchées dans la coque, entre les jambes de ce dernier), et comment ces souvenirs sont plaisants à évoquer. Une autre femme, en commentant une série de lampes à

huile, a partagé avec nous l'histoire de sa toute première lampe, qu'on lui avait fabriquée vers l'âge de 12 ans et dont elle était si fière. La participante se souvient exactement où cette lampe se trouve aujourd'hui : enterrée près du camp familial, laissée derrière lorsque sa famille s'est établie définitivement à Kuujjuaq dans les années 1950. En voyant les lampes du Musée McCord, la participante a manifesté le désir d'aller la déterrer et de la rapporter chez elle.

Plusieurs autres témoignages, en grand nombre, portent sur les parents des participants, la façon dont ils fabriquaient ou dont ils se servaient de divers outils, analogues à ceux de la collection du musée. Parfois, ces souvenirs et narrations sont aussi empreints de nostalgie. Par exemple, la fois où un participant soulignait avec gravité le fait que les déplacements en kayak, qui sont parfois perçus actuellement comme une activité de loisir, étaient autrefois une question de survie ; le kayak était alors un objet sérieux et fort respecté. Mais il est aussi question de respect envers ces objets et ce qu'ils évoquent : le message des participants est qu'il faut se souvenir et respecter les ancêtres, car leur vie était autrefois très dure. Ces objets ne sont pas simplement beaux à regarder, ils suscitent un grand respect, étant donné qu'ils ont longtemps déterminé la survie des familles et des communautés entières : c'est grâce à ces objets (et l'ingéniosité de ceux qui les ont faits et utilisés) que le peuple inuit est fort et toujours présent aujourd'hui. Par ailleurs, certains témoignages évoquent parfois certaines anxiétés que peuvent vivre les participants et leur communauté. Un jour, par exemple, un *ulu* (couteau semi-circulaire féminin) a suscité une discussion sur le suicide, lorsqu'un participant s'est souvenu que le premier suicide officiellement enregistré par les autorités canadiennes dans sa communauté avait été commis par une femme, avec son propre *ulu*. Une série de commentaires a suivi sur le mal-être qui est palpable à divers niveaux et à différents degrés dans plusieurs communautés inuit depuis l'arrivée des Blancs dans ces territoires.

Pour en revenir à la question de l'impact des ateliers chez les participants et plus particulièrement en rapport à la construction et à l'affirmation identitaire, ce processus opère ici, tant en relation avec les vies individuelles, qu'en connexion avec la communauté, la collectivité inuit. Les objets du Musée McCord qui stimulent cette remémoration n'ont pas été faits ou utilisés par les participants à proprement parler, mais ceux-ci se les sont pourtant appropriés, en les reliant à leurs expériences personnelles et à leur appartenance à la collectivité inuit. La plupart du temps, ils se reconnaissent à travers ces objets faits par d'autres : ils racontent notamment qu'ils en ont eux-mêmes fabriqué ou utilisé de semblables (ou ont vu des proches le faire). Mais parfois, les objets que nous leurs présentons

sont différents de ceux dont ils se souviennent, ce qu'ils ne manquent pas de souligner. Cela les incite ainsi à distinguer les objets qu'ils connaissent de ceux qu'ils voient au musée, affirmant de ce fait leur identité en tant qu'individu, à travers cette distinction même.

Le besoin d'appartenance à une collectivité, de se sentir en contact avec les autres est un principe fondamental chez l'être humain, non seulement pour la construction et l'affirmation du soi et de l'identité, mais aussi pour le bien-être, le bonheur de la personne et de la collectivité en général (Myers 2006). Je considère ainsi les ateliers organisés au Musée McCord comme une expérience où les individus se valorisent en confirmant et réaffirmant leur appartenance à une ou des collectivité(s) perçue(s) positivement et ce, en compagnie de leur pairs. La collectivité opère donc ici à deux niveaux : dans le déroulement de l'activité elle-même (on se souvient ensemble) et dans le contenu de l'activité (les souvenirs et les narrations qui résultent du contact avec les objets et qui évoquent des relations avec des collectivités). Cependant, ce sentiment d'appartenance avec la collectivité ne se manifeste pas uniquement en référence à la communauté inuit contemporaine, mais fait également appel aux ancêtres communs (les Thuléens) que cette communauté partage et qui se situent aux environs de l'an 1000 de notre ère. Si aucun participant n'a évidemment interagi directement avec ces ancêtres lointains, les Inuit possèdent néanmoins une connaissance commune et un sentiment d'appartenance avec ces derniers : ils l'affirment avec conviction (encore une fois, ceci nous rapporte au sentiment d'identification aux « communautés imaginées », selon Anderson 1983). Ceci fait également référence au rôle crucial que jouent les représentations collectives d'un peuple en lien avec son propre passé et la façon dont ces représentations sont étroitement liées aux souvenirs autobiographiques (Bloch 1998). Cette connexion avec le passé semble également liée aux processus d'auto-détermination, d'affirmation et de protection des droits, la préservation des traditions et de la langue inuit ainsi qu'à l'amélioration du bien-être socio-économique et personnel des gens, dans une perspective générale.

Dans le cadre des ateliers, j'observe que ce besoin d'appartenance à une collectivité, de se (re)connecter avec une culture et un passé commun est d'autant plus crucial pour les patients du Module, puisqu'il s'agit de personnes qui se trouvent, pour une période plus ou moins longue, dans un environnement étranger, loin de leurs proches et de leurs habitudes de vie. Souvent, ces personnes parlent uniquement l'inuktitut et ne comprennent ni l'anglais ni le français, c'est pourquoi elles se sentent également si vulnérables, dans un contexte où tout leur est étranger. Rappelons, par ailleurs, que les patients qui résident temporairement dans les

résidences du Module du Nord ont quitté leur communauté pour des raisons de santé : les examens médicaux génèrent effectivement beaucoup d'inquiétudes. Ces personnes éprouvent donc une anxiété face à cet environnement inconnu, ainsi qu'un sentiment d'ennui : l'ennui des repères familiaux, communautaires, culturels et matériels, mais également l'ennui de ne pas pouvoir vaquer à ses occupations habituelles telles que les visites, les activités de chasse, de couture ou de loisirs. Les patients ayant participé aux ateliers ont presque tous fait le même commentaire : cette activité les a sortis de leur ennui et les a tout simplement « amusés ». Plusieurs participants ont également évoqué l'apprentissage qu'ils ont tiré des discussions échangées entre eux, mais aussi avec la conservatrice du musée et moi-même. Nous discutons ensemble des différents outils et des façons de faire des diverses communautés inuit de l'Amérique du Nord à partir des objets dont les participants tirent parfois quelques nouvelles informations (il n'est pas rare qu'ils prennent des notes personnelles et des photographies des objets pendant ces discussions).

Également, les participants se sentent valorisés par le fait que l'exercice en soi a pour but d'aider la préservation des connaissances, les traditions et la langue inuit, ainsi que la recherche académique sur leurs ancêtres thuléens. Les objectifs des ateliers sont clairement énoncés au début de chaque séance : en signant un formulaire de consentement lié à mon certificat d'éthique de recherche, chacun est bien informé et en accord avec l'utilisation qui sera faite de leur témoignage. La caméra vidéo qui enregistre toujours les ateliers rappelle aussi constamment aux participants que leurs narrations ont une valeur autre que leur propre loisir et apprentissage. Ils partagent, ils donnent quelque chose. Ils savent que les films seront conservés et éventuellement utilisés par le Musée McCord et l'Institut culturel Avataq, afin de promouvoir la culture et la langue inuit, et ils ont manifesté à maintes reprises leur fierté d'y participer. Il en résulte une valorisation d'eux-mêmes, de leurs souvenirs et savoirs personnels. À la fin de chaque atelier, les participants nous remercient chaleureusement et nous (la conservatrice, les interprètes et moi-même) faisons de même : c'est à se demander lequel des deux groupes en a tiré le plus de bénéfice.

Avant de conclure, je propose d'établir un lien entre les bénéfices potentiels des ateliers pour les participants et la « psychologie positive », une approche développée en Amérique du Nord vers la fin des années 1990, née lors du passage de Martin Seligman à la tête de l'American Psychological Association en 1998 (Seligman 2000). Ce lien aiderait à saisir davantage les réactions positives des participants aux ateliers, ainsi que de soutenir et d'encourager la continuation de

ces derniers. Avant l'élaboration de cette approche dite « positive », la psychologie américaine était plutôt orientée vers le traitement de la maladie mentale, la réparation des dommages qu'elle cause, c'est-à-dire la mesure et la guérison des troubles causés par ces maladies, ainsi que le contrôle ou la suppression du stress environnemental qui les alimentent. La « psychologie positive » se penche plutôt sur deux autres missions importantes de la psychologie qui avaient semblé jusqu'alors être mises de côté : rendre la vie des gens meilleure et encourager les talents (Mandeville 2005 : 10). La mission de cette nouvelle approche est donc d'encourager un changement dans la pratique de la psychologie et de passer de la « réparation des dommages » à la construction d'une vie riche de sens, de potentialités, d'expériences et d'émotions positives, et de bonheur. L'intérêt de la discipline se porte ainsi vers les forces et les ressources humaines, plutôt qu'uniquement vers ses maladies, à travers des approches qui encouragent les notions et les sentiments d'espoir (Snyder *et al.* 2000), l'amplification des forces personnelles (Peterson et Seligman 2004), ainsi que la narration ou la construction des histoires de vie (McAdams 1993). Selon une définition de Mandeville (2005 : 10), la « psychologie positive » a pour but de promouvoir le meilleur chez les individus, en mettant légèrement de côté le soin des dommages psychologiques et émotifs associés, par exemple, à des événements du passé ou à la maladie mentale.

Cette approche vise ainsi le bien-être et la satisfaction par rapport au passé, des expériences optimales et plaisantes pour le présent, et de l'espoir et de l'optimisme pour le futur. Les ateliers organisés au Musée McCord semblent agir précisément autour de ces divers axes. Selon les résultats initiaux de l'analyse de nos données, la confrontation aux objets génère effectivement chez les participants des ateliers des sentiments positifs envers le passé, c'est-à-dire une valorisation de leurs connaissances ancestrales et de leurs liens identitaires et culturels envers leurs ancêtres. Ces sentiments positifs s'expriment également par l'intermédiaire du partage des souvenirs personnels (construction et valorisation des histoires de vie) et collectifs (une force qui résulte de sentiments d'appartenance au groupe), mais également par le biais d'une expérience immédiate et plaisante qui valorise les savoirs individuels et leur échange. Les participants ont ainsi le sentiment et l'espoir d'être utiles pour les générations futures, en contribuant à la préservation et à la promotion de la culture inuit, tout en collaborant à une recherche scientifique en cours qui porte sur le passé des Inuit du Canada.

Conclusion

En guise de conclusion, je tiens à préciser de nouveau que ces réflexions sur les relations entre les notions de personne, de collectivité, de mémoire et d'objet sont d'une nature exploratoire. L'analyse des récits collectés ainsi que celle des impacts des ateliers sur les participants seront approfondies. Il s'agit effectivement d'une recherche en cours dont nous n'avons présenté que quelques-uns des résultats puisque d'autres ateliers seront réalisés dans un futur proche. Mais une chose est d'ores et déjà certaine : le Musée McCord, l'Institut culturel Avataq, le Module du Nord québécois et moi-même sommes en train de revoir les formes d'engagements et d'interactions productives entre les musées et les programmes de support social financés par le gouvernement (via ici le Module du Nord québécois), la recherche académique et les communautés inuit du Canada. Avec les ateliers organisés au Musée McCord, l'engagement de la recherche archéologique et du musée envers les communautés dont ils étudient ou conservent les objets n'opère pas seulement au niveau de la collectivité (par la préservation et la promotion de la culture inuit) – bien que ceci semble déjà très utile et apprécié de tous. Je crois sincèrement que ces ateliers ont également un impact positif direct sur des personnes qui en ont particulièrement besoin, à un moment de leur vie où elles se sentent vulnérables et fragiles, alors qu'elles se trouvent dans un environnement étranger, loin de leurs proches. Les ateliers, dans leur forme actuelle (c'est-à-dire au service de mon projet de doctorat) se poursuivront au courant de l'automne 2011. Nous travaillons actuellement (avec l'Institut culturel Avataq, le Module du Nord québécois et le Musée McCord) à l'instauration d'une version durable, sinon permanente, de cette activité et du partenariat qui en est à l'origine.

Remerciements

Cette recherche est financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, la bourse Max Stern – Musée McCord, l'Institut culturel Avataq (projet ARUC 2008-2013 : *Sivulitta inuusirilaurtangit atuutilaurtanigillu*), le Programme de formation scientifique dans le Nord du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, et le ministère de la Culture, la Langue, des Aînés et de la Jeunesse du Nunavut. Je tiens aussi à remercier les personnes suivantes œuvrant respectivement au Musée McCord, à l'Institut culturel Avataq, au Module du Nord québécois, ainsi qu'au département d'anthropologie de l'Université McGill, car elles jouent un rôle crucial dans les ateliers du Musée McCord et dans ma recherche en général :

Guislaine Lemay, Louis Gagnon, Daniel Gendron, Andrew Papigatuk, Francine Brochu, Lisa Stevenson, Nicole Couture et James Savelle.

Références

ANDERSON, Benedict R. O'G., 1983, *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*, Londres : Verso.

BARTLETT, Frederic C., 1932, *Remembering: a Study in Experimental and Social Psychology*, Cambridge : Cambridge University Press.

BIRKET-SMITH, Kaj, 1959, *The Eskimos*, Londres : Methuen Co.

BLOCH, Maurice, 1998, *How We Think They Think: Anthropological Approaches to Cognition, Memory and Literacy*, Boulder : Westview Press.

BOAS, Franz, 1888, « The Central Eskimo », *Sixth Annual Report of the Bureau of American Ethnology for the Years 1884-1885*, pp. 409-658.

BOYER, Pascal et James W. WERTSCH (Dir.), 2009, *Memory in Mind and Culture*, Cambridge : Cambridge University Press.

BRIGHTMAN, Robert A., 1993, *Grateful Prey: Rock Cree Human-Animal Relationships*, Los Angeles : University of California Press.

BRUNER, Jérôme S., 1990, *Acts of Meaning*, Cambridge : Harvard University Press.

CRUIKSHANK, Julie, 1998, *The Social Life of Stories: Narrative and Knowledge in the Yukon Territory*, Vancouver : University of British Columbia Press.

DAMAS, David, 2002, *Arctic Migrants/Arctic Villagers. The Transformation of Inuit Settlement in Central Arctic*, Montréal : McGill-Queen's University Press.

DESMARAIS, Danielle, 2006, « Autobiographie et mémoire. Contribution de la mémoire à la construction identitaire du sujet-acteur », *Revue québécoise de psychologie*, 27(3) : 123-138.

ERIKSON, Erik H., 1950, *Childhood and Society*, New York : Norton.

FIENUP-RIORDAN, Ann, 1994, *Boundaries and Passages: Rule and Ritual in Yup'ik Eskimo Oral Tradition*, Norman : University of Oklahoma Press.

_____, 1998, « Yup'ik elders in museums: fieldwork turned on its head », *Arctic Anthropology*, 35(2) : 49-58.

_____, 2005, *Yup'ik Elders at the Ethnologisches Museum Berlin. Fieldwork Turned on Its Head*, Seattle et Londres : University of Washington Press.

_____, 2007, *Yuungnaqpiallerput (The Way We Genuinely Live): Masterworks of Yup'ik Science and Survival*, Seattle et Londres : University of Washington Press.

FIENUP-RIORDAN, Ann et Mary MEADE, 2005, *Ciuliamta Akluit (Things of Our Ancestors): Yup'ik Elders Explore the Jacobsen Collection at the Ethnologisches Museum Berlin*, Seattle et Londres : University of Washington Press.

GADOUA, Marie-Pierre, à paraître, « Prehistoric Thule Art: Archaeological, Ethics and Contemporary Inuit Perspectives », in Nobuhiro Kishigami et James Savelle (Dir.), *Historical and Contemporary Inuit Art Traditions, Senri Ethnological Studies Series*, Osaka : National Museum of Ethnology.

GELL, Alfred, 1992, « *The technology of enchantment and the enchantment of technology* », in Jeremy Coote et Anthony Shelton, *Anthropology, art and Aesthetics*, Oxford : Oxford University Press, pp. 40-63.

_____, 1998, *Art and Agency: an Anthropological Theory*, Oxford : Clarendon Press.

GIBSON, James J., 1979, *The Ecological Approach to Visual Perception*, Boston : Houghton Mifflin.

HALBWACHS, Maurice, 1925, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris : Librairie Alcan.

HAYES, Geoffroy, Joan B. COLTRAIN et Dennis H. O'ROURKE, 2005, « Molecular Archaeology of the Dorset, Thule, and Sadlermiut. Ancestor-descendant relationships in Eastern North American Arctic prehistory », in Patricia Sutherland, *Contributions to the Study of the Dorset Palaeo-Eskimos, Mercury Series, Archaeological Survey of Canada Paper 167*, Ottawa : Musée canadien des Civilisations, pp. 11-32.

HICKS, Jack et Graham WHITE, 2000, « Nunavut: Inuit Self-Determination Through a Land Claim and Public Government? » in Jens Dahl, Jack Hicks et Peter Jull (Dir.), *Nunavut: Inuit Regain Control of Their Lands and Their Lives*, Copenhague : International Work Group for Indigenous Affairs, pp. 30-117.

HOBSBAWM, Eric et Terrence RANGER (Dir.), 1983, *The Invention of Tradition*, New York : Columbia University Press.

INGOLD, Tim, 2000, *The Perception of the Environment: Essays in Livelihood, Dwelling and Skill*, Londres : Routledge.

_____, 2007, « Materials against Materiality », *Archaeological Dialogues*, 14(1) : 1-16.

JENNESS, Diamond, 1922, « The life of the Copper Eskimos », *Report of the Canadian Arctic Expedition, 1913-1918*, XII : 253-267.

KLEIN, Stanley B., 2001, « A Self to Remember: a Cognitive Neuropsychological Perspective on How Self Creates Memory and Memory Creates Self », in Constantine Sedikides et Marilyn B. Brewer (Dir.), *Individual Self, Relational Self, Collective Self*, Philadelphie : Psychology Press, pp. 25-46.

KNAPPETT, Karl, 2005, *Thinking Through Material Culture: an Interdisciplinary Perspective*, Philadelphie : University of Pennsylvania Press.

JONES, Andrew, 2007, *Memory and Material Culture*, Cambridge : Cambridge University Press.

LEMONNIER, Pierre, 1986, « The Study of Material Culture Today: Towards an Anthropology of Technical Systems », *Journal of Anthropological Archaeology*, 5 : 147-86.

LIEBMANN, Matthew et Uzma Z. RIZVI (Dir.), 2008, *Archaeology and the Postcolonial Critique*, Lanham : AltaMira Press.

MANDEVILLE, Lucie, 2005, « Présentation », *Revue québécoise de psychologie*, 26(1) : 9-22.

MATHIASSEN, Therkel, 1927, « Archaeology of the Central Eskimos: The Thule Culture and Its Position Within the Eskimo Culture », translated from the Danish by W. E. Calvert, *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, 4 : 1-327.

McADAMS, Dan P., 1993, *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*, New York : William Morrow.

MIDDLETON David et Derek EDWARDS, 1990, *Collective Remembering*, Londres : Sage.

MURDOCH, John, 1892, « Ethnological Results of the Point Barrow Expedition », *Ninth Annual Report of the Bureau of American Ethnology for the Years 1887-1888*, pp. 19-441.

MYERS, David G., 2007, « Un équilibre individu-communauté : pour le bonheur du plus grand nombre », *Revue québécoise de psychologie*, 28(1) : 143-158.

NEISSER, Ulric, 1993, « The self-perceived », in Ulric Neisser, *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-knowledge*, New York : Cambridge University Press, pp. 3-21.

NELSON, Edward W., 1899, *The Eskimo about Bering Strait*, Eighteenth Annual Report of the Bureau of American Ethnology for the Years 1896-1897, Washington : Smithsonian Institution.

NIDDITCH, Peter. H. (Dir.), 1975 [1697], *An Essay Concerning Human Understanding*, Londres : Oxford University Press.

PETERSON, Christopher et Martin E. P. SELIGMAN, 2004, *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification*, New York : Oxford University Press.

RASMUSSEN, Knud, 1929, « Intellectual Culture of the Iglulik Eskimos », *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, VII(1) : 9-304.

_____, 1930, « Intellectual Culture of the Hudson Bay Eskimos », *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, Vol. VII(1-3), Copenhagen : Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag.

_____, 1931, « The Netsilik Eskimos: Social Life and Spiritual Culture », *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, Vol. VIII(1-2), Copenhagen : Gyldendalske Boghandel.

_____, 1932, « Intellectual Culture of the Copper Eskimos », *Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24*, Vol. IX, Copenhagen : Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag.

RIDINGTON, Robin, 1982, « Technology, World View, and Adaptive Strategy in a Northern Hunting Society », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie/Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 19(4) : 469-481.

_____, 1994, « Tools in the Mind: Northern Athapaskan Ecology, Religion and Technology », in Takashi Irimoto et Takako Yamada (Dir.), *Circumpolar Religion and Ecology. An Anthropology of the North*, Tokyo : University of Tokyo Press, pp. 273-288.

_____, 1999, « Dogs, Snares, and Cartridge Belts: the Poetics of a Northern Athapaskan Narrative Technology », in Marcia-Anne Dobres et Christopher R. Hoffman, *The Social Dynamics of Technology. Practice, Politics and World Views*, Washington : Smithsonian Institution Press, pp.167-185.

RUBIN, David C. (Dir.), 1996, *Remembering our Past: Studies in Autobiographical Memory*, New York : Cambridge University Press.

SAVELLE, James M., 2002, « The *umialiit-kariyit* Whaling Complex and Prehistoric Thule Eskimo Social Relations in the Eastern Canadian Arctic », *Bulletin of National Museum of Ethnology*, 27(1) : 159-188.

SAVELLE James M. et Georges .W. WENZEL, 2003, « Out of Alaska: Reconstructing the Social Structure of Prehistoric Canadian Thule Culture », in Junko Habu, James M. Savelle, S. Koyama et H. Hongo, *Hunter-Gatherers of the*

North Pacific Rim, Senri Ethnological Studies 63, Osaka : National Museum of Ethnology, pp. 103-121.

SEARLES, Edmund, 2006, « Anthropology in an Era of Inuit Empowerment », in Lisa Stevenson et Pamela Stern (Dir.), *Critical Inuit Studies. An Anthology of Contemporary Arctic Ethnography*, Lincoln et Londres : University of Nebraska Press, pp. 89-101.

_____, 2008, « Inuit Identity in the Canadian Arctic », *Ethnology*, 47(4) : 239-255.

SELIGMAN, Martin E. P., 2000, « Positive Psychology: an Introduction », *American Psychologist*, 55(1) : 5-14.

SILLIMAN, Stephen W., 2009, « Blurring for Clarity: Archaeology as Hybrid Practice. In Decolonizing Archaeology: Archaeology and the Post-colonial Critique », in Peter Bikoulis, Dominic Lacroix et Meaghan Peuramaki-Brown (Dir.), *Proceedings of the 39th Annual Chacmool Conference (2006)*, Calgary : Archaeological Association of the University of Calgary, pp. 15-25.

SILLIMAN, Stephen W. et T. J. FERGUSON, 2010, « Consultation and Collaboration with Descendant Communities », in Wendy Ashmore, Dorothy Lippert et Barbara J. Mills (Dir.), *Voices in American Archaeology: 75th Anniversary Volume of the Society for American Archaeology*, Washington : Society for American Archaeology, pp. 48-72.

SIMON, Mary, 1996, *Inuit: One Future, One Arctic*, Peterborough : The Cider Press.

SNYDER, Charles, Stephen MICHAEL et Jen CHEAVENS, 2000, « Hope theory: Updating a Common Process for Psychological Change », in Charles Snyder et Rick Ingram (Dir.), *Handbook of Psychological Change*, New York : Willey, pp. 128-153.

SPENCER, Robert F., 1959, *The North Alaskan Eskimo: a Study in Ecology and Society*, Washington : Bureau of American Ethnology Bulletin 171.

STEFANSSON, Vilhjalmur, 1919, « The Stefansson-Anderson Arctic Expedition of the American Museum: Preliminary Ethnological Report », *Anthropological Papers of the American Museum of Natural History*, 14(1) : 7-395.

STEVENSON, Lisa, 2006, « The Ethical Injunction to Remember », in Lisa Stevenson et Pamela Stern (Dir.), *Critical Inuit Studies. An Anthology of Contemporary Arctic Ethnography*, Lincoln et Londres : University of Nebraska Press, pp. 168-183.

STRATHERN, Marilyn, 1988, *The Gender of the Gift*, Berkeley : University of California Press.

WENZEL, Georges, W., 2004, « From TEK to IQ: *Inuit Qaujimaqatuqangit* and Inuit Cultural Ecology », *Arctic Anthropology*, 41(2) : 238-50.

MOTS-CLÉS

Nunavik – culture matérielle – mémoire individuelle et collective – narration – bien-être – santé inuit

¹ Le Module du Nord québécois est un organisme gouvernemental qui prend en charge les patients du Nunavik lorsque ces derniers doivent séjourner à Montréal pour des raisons médicales (incluant notamment leur transport, hébergement, le service d'interprètes et l'accompagnement aux hôpitaux).

² Cette banque de données fut élaborée par l'intermédiaire du projet *Oral History Project*, mis sur pied et réalisé par l'Inullaariit Elders Society, une association d'aînés de la région d'Igloodik au Nunavut. Depuis 1986, ces aînés effectuent des entrevues auprès de leurs pairs, afin de préserver et de promouvoir les connaissances, la langue et les souvenirs de ces derniers, pour les générations inuit futures, pour les étudiants et les chercheurs non-inuit. Les entrevues ont été enregistrées sur des supports audio, pour être ensuite retranscrites et traduites en anglais. La base de données ainsi créée est conservée au Centre de recherche d'Igloodik et peut être consultée par tout chercheur qui en fait la demande formelle auprès de l'archiviste.

³ Tout au long du texte, j'évoque les résultats préliminaires de mes recherches, en faisant référence à des témoignages issus des ateliers. Toutefois, pour des raisons de confidentialité, je conserverai l'anonymat des participants.

⁴ Le Musée McCord, fondé en 1921, a pour mission de préserver, d'étudier et de diffuser l'histoire canadienne, par l'intermédiaire de ses collections d'objets.

⁵ L'ARUC est une Alliance de recherche universités-communautés du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Voir le site Internet : <http://www.avataq.qc.ca/fr/ARUC/Le-projet-ARUC>

⁶ Le Module du Nord québécois existe depuis la fin des années 1970 et est mandaté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

⁷ Je remercie Robert Fréchette et Élodie Parriaux de l'Institut culturel Avataq pour leur précieuse collaboration et excellent travail.

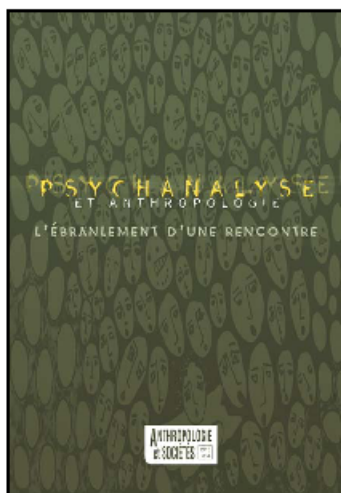
⁸ Je remercie sincèrement Francine Brochu du programme de support social du Module du Nord québécois et Lucie Proulx de la Nunavik House.

⁹ Je tiens à souligner ici et remercier l'importante contribution (et le dévouement) de Guislaine Lemay, conservatrice de la culture matérielle au Musée McCord, à la conception et à la réalisation des ateliers.

¹⁰ La notion d'« objet d'art », en particulier chez les peuples chasseurs-cueilleurs, est très malléable et peut être très proche de la notion de « technologie » (voir Gell 1992 et Ingold 2000).

¹¹ Maintenant appelé le Conseil circumpolaire inuit (Inuit Circumpolar Council).

¹² Les Comités culturels locaux de l'Institut culturel Avataq sont formés d'Inuit résidant dans chaque communauté du Nunavik. Ils ont été mis sur pied afin de promouvoir la culture de ces communautés et assurer que leurs traditions demeurent visibles et vivantes. Les Comités ont été créés et fonctionnent de manière indépendante dans chacune des communautés du Nunavik, répondant ainsi à leurs besoins culturels et traditions spécifiques.



**PSYCHANALYSE
ET ANTHROPOLOGIE**

L'ÉBRANLEMENT D'UN RENCONTRE

Volume 34, numéro 3 (2010)

**Présentation : Le heurt des langues
Psychanalyse et anthropologie en dialogue**
Ellen Corin

La rencontre anthropologique et ses ombres
René Devisch

**Une voix royale ? La possession dans
la fondation des théories de l'inconscient**
John Leavitt

L'autre en abîme
Ellen Corin

Bouche à bouche (Note de recherche)
Jacques Mauger

**Le moi, le je, le soi et l'autre
dans la littérature indienne**
Annie Montaut

**Ne pas oublier Monsieur Kurtz
L'attrait de la sauvagerie**
Gilles Bibeau

**Le voyage de la langue dans l'espace clinique
Vers une psychiatrie culturellement sensible
(Note de recherche)**
Sylvaine De Plaen

**L'extraction et le tatouage
Figures de l'Autre dans le trauma extrême**
Michel Peterson

En trans-mémoire d'un homosexuel battu
Anthony Bourgeault

Xénophobie et intrusion : l'effet Ramus
Francis Martens

HORS THÈME

**Attraction fatale
Note sur les sciences sociales « embedded »**
Mariella Pandolfi et Philip Rousseau

**Entre rationalité scientifique et croyances
individuelles. Stratégies d'adaptation
des soignants à la maladie grave**
Anne Vega et Fanny Soum-Poulayot

**Achetez le numéro en ligne
et abonnez-vous!**

www.ant.ulaval.ca/anthropologieetsocietes

ABONNEMENT 2011

	Canada	Étranger	
Étudiant	36 \$	66 \$	CAN
Régulier	60 \$	80 \$	CAN
Institution sans agence	116 \$	166 \$	CAN
Institution avec agence	110 \$	130 \$	CAN

Prochains numéros

Cyberspace et anthropologie
Transmission des savoirs et des savoir-faire

De l'observation participante à l'observation de la participation
La transformation de l'anthropologie par le terrain

Le mouvement Healing Our Spirit Worldwide

Marie-Pierre Renaud

Étudiante à la maîtrise

Département d'anthropologie

Université Laval

Membre du CIÉRA

Le mouvement Healing Our Spirit Worldwide (HOSW) s'inscrit au cœur des mouvements de décolonisation dans lesquels les autochtones sont engagés depuis trois décennies. En déployant des initiatives originales pour contrer la souffrance sociale qui afflige leurs communautés, ils se sont impliqués dans la création de leurs propres espaces d'expression, de guérison, d'entraide et de partage (Poirier 2010 : 8). Au sein de ceux-ci et d'une identité pan-autochtone maintenant bien avérée, ils (re)tissent des liens sociaux de solidarité et d'appartenance. Dans cette note de recherche, je décrirai, dans un premier temps, le mouvement HOSW, son histoire et ses visées. Puis, en ajoutant à cette description la présentation du rassemblement qui s'est déroulé du 3 au 9 septembre 2010, j'entends montrer comment cette initiative de guérison autochtone internationale met à contribution la créativité, la persévérance et la collaboration de nombreux peuples autochtones, afin de créer des espaces de partage, de guérison et de ressourcement, notamment à travers une forme d'indigénisation de la modernité (Sahlins 1999 : ix). Les gens qui animent HOSW effectuent en effet une sélection d'éléments issus des sociétés dominantes, généralement la société occidentale dans le cas des autochtones représentés au sein du mouvement. Ces éléments, c'est-à-dire des pratiques, des formes d'intervention ou des modèles institutionnels, permettent de développer leurs propres ordres culturels, des réseaux de solidarité et d'échanges internationaux, ainsi que des moyens d'améliorer la santé et le bien-être de leurs communautés (*Ibid.* : ix-x).

Les recherches qui ont mené à la rédaction de cette note ont d'abord été initiées par un intérêt personnel. L'opportunité s'est ensuite présentée d'intégrer

une équipe de recherche interuniversitaire travaillant sur des questions connexes¹. Dès lors, mon mandat comme auxiliaire de recherche visait à documenter le rassemblement HOSW de 2010, ainsi que le mouvement de guérison autochtone international dont il est une manifestation ponctuelle et ce, en accordant une attention particulière aux dynamiques religieuses et spirituelles qui y sont à l'œuvre. Pour ce faire, j'ai analysé le contenu des conférences, discours et ateliers présentés pendant le rassemblement, accessible à toute personne qui y était inscrite. Mes recherches se sont ensuite poursuivies sur Internet, où j'ai étudié le contenu de divers sites portant sur des mouvements de guérison autochtone. C'est surtout à travers ces recherches sur la toile que j'ai pu obtenir de plus amples informations sur la structure et les visées du mouvement HOSW. Enfin, l'analyse de nombreux articles de journaux, de reportages télévisés et des conférences filmées pendant le rassemblement m'a été très utile. Je n'avais pas comme objectif de mener des entretiens avec des participants, ni de m'intéresser à leur expérience ou leur perception d'HOSW, bien que les quelques échanges menés sur le terrain aient contribué à enrichir ma compréhension du mouvement. Ceux-ci ne seront pas mis à contribution ici, puisque le consentement de mes interlocuteurs n'a pas été sollicité. Cette note de recherche consiste ainsi en une présentation humble du mouvement étudié, élaborée à partir des informations récoltées sur le terrain et à travers des recherches documentaires. Mon expérience personnelle du rassemblement est également mise à contribution.

Histoire et portée du mouvement

La création d'HOSW est principalement attribuée à Maggie Hodgson, une canadienne membre de la nation Nadleh Whuten du Manitoba récipiendaire d'un doctorat honorifique en droit. Ses efforts de *lobbying* auprès du Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies (CIPAT) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pendant les années 1980 menèrent à la création d'un mouvement de guérison axé sur les problèmes d'abus de drogues et d'alcool dans les communautés autochtones. Lorsqu'en 1990, le CIPAT ajouta un segment spécial sur les dépendances autochtones au contenu de sa conférence annuelle, des autochtones du Canada, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie y prirent part, jetant ainsi les bases du mouvement international de guérison qu'est HOSW (Jeffries 2003 : 174).

Au fil des années, le mandat d'HOSW s'est élargi. Les enjeux liés à l'abus d'alcool et de drogues sont encore au cœur du mouvement mais il ne s'y limite plus, insistant ainsi sur la célébration de la résilience des peuples autochtones et sur

la guérison dans un sens large, qu'elle soit personnelle, communautaire ou nationale. Les thèmes de l'affirmation identitaire et de l'auto-détermination, notamment en matière de santé, ont également pris plus de place dans la programmation des rassemblements au fil des années (Jeffries 2003 : 175). Le programme des journées des conférences est ponctué de présentations et d'ateliers portant sur l'abus de drogues et d'alcool, sur les programmes communautaires de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, l'auto-détermination, la célébration des cultures et des spiritualités autochtones ajoutées à d'autres thématiques connexes. Deux programmes spéciaux sont réservés aux enfants et aux jeunes de 13 à 24 ans, le premier se déroulant sur les lieux de la conférence et le second entraînant les participants à travers des lieux variés. En 2010, un marché avait été installé au centre des congrès d'Honolulu, afin que les participants puissent acheter divers produits, se faire tatouer, assister à des spectacles ou visiter de petites expositions. Ces derniers avaient aussi le choix de participer à des voyages de groupe et de prendre part à des cérémonies et des marches matinales pendant toute la durée du rassemblement.

Les rassemblements HOSW proposent donc plusieurs contextes de rencontre, d'échange et de découverte. De plus, plutôt que de mettre l'emphasis sur des expériences négatives et douloureuses, ils se définissent comme un lieu où, grâce à une attitude positive et solidaire, les participants célèbrent collectivement les succès des uns et des autres et s'inspirent mutuellement, animés par une vision commune. Une telle ambiance permet aux gens de se ressourcer, notamment dans le cas de ceux qui occupent des emplois exigeants, tels que les travailleurs sociaux ou les employés de centre de lutte contre les dépendances (Currie *et al.* 2006 : 160-161).

Le premier rassemblement HOSW qui eut lieu à Edmonton en 1992, a été organisé conjointement par le Nechi Institute on Alcohol and Drug Abuse Education, le National Native Association of Treatment Directors et le National Association for Native American Children of Alcoholics. Quelques 3 300 participants venus de 17 pays différents y prirent part. Après l'Australie et Aotearoa/Nouvelle-Zélande qui furent les hôtes de l'événement à Sydney en 1994 et à Rotorua en 1998, ce fut au tour d'Albuquerque, aux États-Unis, d'accueillir un rassemblement en 2002. C'est à cette occasion que l'International Indigenous Council (IIC) fut créé et mandaté d'assurer la pérennité du mouvement et le maintien de la vision qui l'anime (Jeffries 2003 : 174 ; NNAPF 2006 : 7). Les travaux débutèrent alors afin de créer une convention d'HOSW (Jeffries 2003 : 175) qui fut achevée en 2006 lors du rassemblement d'Edmonton. Afin de célébrer

ce qui marquait la fin d'un cycle, par un retour au point géographique de départ, le National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF), hôte de l'événement, organisa Heartbeats of the Nations, une chaîne de tambours qui réunit environ 20 000 autochtones de différentes parties du monde par l'intermédiaire de chants et de musiques (NNAPF 2006 : 2). L'Australie accueillera HOSW en 2013 ou en 2014 à Alice Springs.

La pérennité d'HOSW est assurée par l'International Indigenous Council (IIC), une équipe composée de cinq à six leaders autochtones du Canada, des États-Unis, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie ; elle est basée à Edmonton. Créé lors du rassemblement d'Albuquerque en 2002, ce conseil agit comme gardien de la vision du mouvement et appuie les organisateurs locaux des différents rassemblements. Il a aussi pour mandat de créer un réseau international entre les partenaires d'HOSW, de susciter la participation des autochtones des pays en développement, de favoriser les collaborations internationales de recherches et de jouer le rôle de porte-parole des autochtones en matière de guérison et d'enjeux liés à la santé (Jeffries 2003 : 174). Les décisions prises par l'IIC sont concrétisées par un comité organisateur formé de représentants d'organismes locaux et de partenaires financiers, créé pour chaque rassemblement (Currie *et al.* 2006 : 147). Ainsi, celui de septembre 2010 était organisé par Papa Ola Kahi, organisme basé à Honolulu et axé sur l'amélioration du bien-être et de la santé des Hawaïens. Chaque groupe hôte accueille à son tour les autochtones des autres régions du monde, ce qui lui offre la chance de leur faire découvrir des aspects de sa culture, ainsi que ses territoires ancestraux.

Ramifications et participations

Les rapports d'évaluation du rassemblement de 2006 fournissent des données riches sur les gens qui y ont pris part, les motivations qui expliquent leur participation et les réseaux de contacts qu'ils y ont développés. En décortiquant leur contenu et en établissant des liens entre celui-ci, d'autres sources documentaires et mes propres observations sur le terrain, je parviens à tracer un portrait plus précis des ramifications d'HOSW à travers le monde et des gens qui l'animent. Ainsi, en 2006, 69 % des participants étaient d'origine canadienne, 22 % venaient de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande et seulement 6 % des États-Unis (Currie *et al.* 2006 : 149). De telles statistiques ne sont pas encore disponibles sur le rassemblement de 2010 mais elles devraient, d'après les listes d'inscription que j'ai consultées, être similaires. Bien qu'HOSW vise à rassembler tous les autochtones dans un mouvement de guérison global, il semblerait que la majorité

des participants de ces rassemblements provienne généralement des mêmes quatre pays.

Les rapports d'évaluation indiquent que les deux principaux obstacles auxquels font face les participants sont les moyens financiers et les contraintes liées au travail (HOSW 2007 : 5 ; 39-44). Il n'est pas impossible que pour les autochtones provenant d'autres régions du monde, les moyens financiers soient plus inaccessibles. Il se peut aussi que les informations sur les rassemblements ne parviennent pas aux oreilles de tous ceux qu'HOSW pourrait interpeller. En effet, elles semblent se transmettre d'abord et avant tout de bouche à oreille et par communication électronique au sein d'un réseau d'organismes et de groupes œuvrant dans le domaine de la santé et du bien-être autochtones. Aucun site Internet permanent n'existe pour renseigner les individus qui voudraient des informations au sujet d'HOSW et les sites portant sur les rassemblements ponctuels sont effacés peu après la fin des événements qu'ils concernent. De plus, ceux-ci ne sont pas mis à jour très régulièrement. Les membres de l'IIC envoient pour leur part des bulletins de nouvelles à des listes de distribution et publient parfois de courts articles dans différentes publications. Enfin, la participation de certains groupes autochtones au sein du mouvement et la relative absence des autres révèlent-elles qu'ils partagent des réalités trop différentes ? Les données que j'ai récoltées ne me permettent pas de proposer une hypothèse satisfaisante à ce sujet. Je précise tout de même qu'en 2006, le NNAPF, hôte de l'événement, avait financé la participation d'une délégation du Pérou, de l'Équateur et du Mexique, afin de favoriser leur participation au sein du mouvement (NNAPF 2006 : 29). Cette initiative n'a pas été répétée en 2010, à ma connaissance.

Toujours selon les rapports d'évaluation du rassemblement de 2006, les gens qui y ont pris part étaient surtout motivés par la possibilité de favoriser leur propre croissance personnelle, de découvrir d'autres cultures autochtones, de rencontrer des gens et de développer des compétences liées à leur emploi (Currie *et al.* 2006 : 15). Les rassemblements offrent en effet aux participants l'occasion de créer des réseaux internationaux avec des individus ou des organisations qui partagent leurs préoccupations ou qui œuvrent dans le même domaine qu'eux (*Ibid.* 2006 : 158 ; HOSW 2007 : 6). Ils servent également de contexte au renouement de liens entre des personnes qui se connaissent mais qui ont peu l'occasion de se voir (HOSW 2007 : 18). Il semble toutefois que des moyens techniques, qu'il s'agisse d'un site Internet permanent avec des supports de discussion ou des bulletins de nouvelles envoyés par courriel (*Ibid.* : 32-38), seraient fort appréciés des participants. Bien que les répondants affirment avoir réussi à établir des contacts, ceux-ci risquent

d'être perdus par la suite si, par exemple, les coordonnées échangées sont égarées, si l'accès à Internet n'est pas facile ou si, tout simplement, aucun plan concret n'a été fait pour rester en contact et continuer d'approfondir la relation initiée. D'autres contraintes, généralement le manque de ressources, de temps et d'argent, empêchent les gens d'exploiter les contacts créés pour établir des partenariats internationaux. Les échanges qui se poursuivent concernent donc généralement l'échange d'informations et d'idées (*Ibid.* : 26).

Le rassemblement de 2010 à Honolulu

Le sixième rassemblement HOSW s'est déroulé à Honolulu entre le 3 et le 9 septembre 2010. Les deux premiers jours étaient respectivement réservés à une cérémonie d'accueil et à un festival international des arts et de la guérison autochtones. La cérémonie d'accueil, ou cérémonie *awa*, s'est déroulée dans le parc de Keaīwa Heiau, situé en bordure d'Honolulu. Ce lieu a été choisi en raison de son association centenaire avec la guérison hawaïenne traditionnelle. Les représentants des différentes délégations furent invités à prendre part à la cérémonie, qui fut suivie par un repas. Le lendemain, le festival qui prit place dans la vallée de Waimea, dite la « vallée des prêtres », fut ponctué de prestations variées, dont plusieurs *hula*, danses hawaïennes accompagnées de chants. La prestation des Métis du Canada reçut un accueil particulièrement chaleureux et fit danser l'auditoire. Le spectacle fut suivi d'un pow-wow auquel tous les participants furent invités. Certains pas de danses leur furent expliqués pour l'occasion.

Le 5 septembre se déroulèrent les cérémonies d'ouverture au parc Kualoa, lieu sacré d'où fut lancé en 1975 le *okule'a*, canot traditionnel construit par la Polynesian Voyaging Society (PVS), célèbre pour avoir voyagé entre Hawai'i, Tahiti, l'Aotearo-Nouvelle-Zélande et l'Alaska (PVS 2010). Symbole impressionnant du renouveau culturel hawaïen, ce canot fut d'ailleurs utilisé lors des cérémonies comme point d'embarquement des délégations qui atteignirent la plage de Kualoa par de petites embarcations. Accueillies par des chants et des tambours, elles procédèrent ensuite vers une scène où elles rencontrèrent leurs hôtes hawaïens. S'enchaînèrent alors chants, *hula*, prières puis discours. Encore une fois, des artistes de différentes délégations furent invités à se produire devant l'auditoire. Parmi les invités de marque, on comptait notamment Nainoa Thompson, navigateur du *okule'a* et membre du conseil d'administration d'HOSW 2010.

Les conférences et les ateliers eurent lieu entre le 6 et le 9 septembre 2010. Chaque journée s'amorça par l'accueil des participants, avec des prières, des chants, des *hula* et des discours prononcés par des représentants des délégations. La première journée fut réservée aux hôtes hawaïens, le 7 septembre 2010 fut déclaré Jour du Canada, le lendemain le Jour d'Aotearoa/Nouvelle-Zélande et le jour de clôture Jour de l'Australie. Chaque délégation put donc être représentée par des artistes et des conférenciers lors de ces journées respectives. Ce sont quelques 300 présentations, ateliers, conférences et activités qui furent offertes à plus de 2 000 participants qui prirent part au rassemblement (HOSW 2010).

Un mouvement pan-autochtone animé par des négociations interculturelles

HOSW se définit comme un lieu de rassemblement pour tous les autochtones, réunis autour d'enjeux communs associés à un contexte de célébration de leur résilience et de la richesse de leurs cultures. En dépit d'une invitation à tous qui ne dépend pas, du moins en apparence, d'une définition précise de l'autochtonie, la participation est principalement issue de quatre pays largement représentés à chaque rassemblement. Néanmoins, j'ose caractériser le mouvement de pan-autochtone. D'une part, il intègre, malgré ses origines canadiennes, des pratiques, des traditions et des cérémonies issues de cultures variées. Le programme du rassemblement d'Hawai'i l'illustre bien. Ce mouvement revendique aussi une identité autochtone internationale, basée sur une expérience coloniale qui perdure tout en étant étroitement liée aux spiritualités et aux langues autochtones. D'autre part, il met l'emphase sur la diversité des cultures autochtones et sur les multiples facettes de l'autochtonie. Par exemple, bien que les Hawaïens jouissent d'une plus grande visibilité en raison de leur statut d'hôte lors du dernier rassemblement, les autres délégations furent invitées à revêtir leurs habits traditionnels et à intégrer leurs formules de politesse², leurs cérémonies, leurs chants et leurs danses dans la programmation. La majorité des conférenciers choisirent de s'adresser à leur auditoire d'abord dans leur langue vernaculaire, parfois pendant plusieurs minutes, avant de poursuivre en anglais, ne traduisant pas toujours ce qu'ils venaient de dire dans une langue qu'une minorité de l'auditoire comprenait. Bien que cet éclectisme compliquait le déroulement des journées en plus d'en retarder la programmation, il était présenté comme le garant d'un respect mutuel et d'une richesse culturelle.

La solidarité entre les peuples autochtones, sans être absolue, est facilitée par le partage de l'expérience de l'oppression et des tentatives d'assimilation (Adelson 2001 : 77). HOSW représente un terrain d'entente pour des groupes dont les buts

socio-politiques sont parfois très différents : les enjeux de la souffrance sociale, de la santé et de la guérison sont en effet prompts à susciter l'empathie et l'entraide mutuelle, et sont moins polémiques que les questions politiques ou économiques qui peuvent susciter des divisions. Il n'est d'ailleurs pas simple de réconcilier toutes les différences culturelles qui entrent en jeu dans le cadre du rassemblement. Je remarquai notamment plusieurs « accros » entre participants, organisateurs, bénévoles ou conférenciers au sujet de la gestion du temps. Lors des sessions plénières du matin, plus particulièrement, des retards impressionnants furent causés par des discours plus longs que prévus. Des participants, informés par les organisateurs dans le programme écrit que toutes les conférences et les activités débuteraient à l'heure prévue, quittèrent donc massivement la salle de conférence principale. D'autres restèrent sur place, afin d'attendre la fin des sessions. Les plages horaires furent décalées inégalement du fait que des conférenciers choisirent de retarder leur présentation alors que d'autres commencèrent aux heures prévues. Les organisateurs semblaient être divisés quant à l'attitude à adopter. Certains rappelèrent aux conférenciers qu'il était essentiel de respecter le temps prévu, afin d'éviter les retards, mais leurs collègues encourageaient ensuite l'auditoire à rester dans la salle principale jusqu'à la fin des sessions plénières, allant jusqu'à dire : « it is eight o'clock, Indian time ». Une telle expression lancée sur un ton humoristique dédramatisait les retards et semblait insister sur l'importance de prendre le temps, non de le subir. Une négociation quant à la gestion temps paraissait donc être mise en œuvre.

La construction d'une identité autochtone internationale, articulée autour d'une célébration de la diversité des cultures autochtones, naît d'une fusion volontaire entre l'ancien et le nouveau, d'une négociation entre le passé et la construction d'identités personnelles et collectives contemporaines (Adelson 2001 : 95). Elle est animée par un désir de créer des réseaux d'entraide et de solidarité entre des groupes qui partagent un passé douloureux caractérisé par la colonisation et les tentatives d'assimilation, incarnées par des politiques gouvernementales. En plus d'emprunter à différentes cultures autochtones, cette nouvelle identité valorise des savoirs traditionnels et s'approprie des savoirs, des pratiques et des institutions sur le modèle des sociétés occidentales dominantes (Boudreau 2000 : 72). Le mouvement HOSW, en ce qu'il favorise l'adaptation de protocoles thérapeutiques, de formes institutionnelles, de programmes communautaires et de santé, de notions biomédicales et même, plus simplement, de la formule de la conférence, à une identité autochtone néo-coloniale, est animée, à mon sens, d'une forme d'indigénisation de la modernité (Sahlins 1999 : ix-x). Il sert de lieu d'exploration, d'expérimentation et d'échange à des gens qui cherchent à façonner des services et

des programmes permettant d'assurer la guérison, la santé et le bien-être de leur communauté et ce, dans le respect de leur propre définition de ces concepts (Dussart 2010 : 77-84) et de leurs principes ontologiques et moraux (Poirier 2010 : 4). L'identité autochtone internationale proposée par HOSW témoigne de la résilience et de la créativité de ceux qui œuvrent à la construire. Elle n'équivaut pas à l'uniformisation ou à la disparition des multiples identités qu'elle rassemble, mais apparaît d'abord comme étant ancrée dans ce qu'elles ont en commun, dans la célébration de leur diversité et dans une volonté de solidarité.

Au sujet de l'expérience de terrain

Mon terrain se limitant à deux semaines, j'ai voulu déployer tous les efforts possibles pour maximiser mes chances de documenter le déroulement des activités et de rencontrer des participants. Lors des journées précédant l'ouverture officielle du rassemblement, j'ai ainsi travaillé bénévolement à l'organisation des cérémonies, aux comptoirs d'inscription et lors des cérémonies d'accueil et d'ouverture, j'ai aidé à la préparation des repas, veillé au bon déroulement des spectacles, fabriqué des *leis* (des colliers de fleurs) et les ai passés au cou des invités spéciaux. Ainsi, en plus d'avoir eu accès au contenu des conférences, j'ai également pu rencontrer plusieurs organisateurs, participants et conférenciers, observer le déroulement des activités, mieux comprendre la logique organisationnelle de l'événement et accéder à une variété de contextes, comme l'arrière-scène d'un spectacle ou la préparation d'un festin, qui m'auraient autrement été inaccessibles dans d'autres circonstances.

Néanmoins, le temps s'est avéré être ma plus grande contrainte. Malgré un travail quasi-incessant, j'ai eu peine à collecter des données m'apparaissant satisfaisantes et je me suis sentie tiraillée entre toutes les possibilités qui s'offraient à moi, trouvant difficile de choisir parmi les conférences, ateliers, activités et spectacles qui se déroulaient en même temps. Un sentiment d'urgence se mélangeait à mon désir de profiter ou de vivre le rassemblement auquel je prenais part. Effectuer des recherches dans le contexte que je décris revient à tenter d'appréhender le *communitas*, solidarité spontanée qui émerge dans l'espace marginal et éphémère (Turner 1969 : 95-96) qu'est un rassemblement HOSW. Ici, les autochtones, minorités marginalisées, forment la majorité, façonnent ensemble et eux-mêmes leur quotidien, leur avenir et leur identité. Des milliers d'inconnus y établissent de nouvelles relations interpersonnelles dans un esprit de camaraderie, de solidarité et d'égalitarisme. La jeunesse est célébrée comme étant le futur des peuples autochtones, et les aînés comme étant les piliers de ceux-ci, mais tous

peuvent apprendre les uns des autres et partager de nouvelles expériences. Les classifications et les hiérarchies sociales, sans être complètement effacées, sont donc renversées et bouleversées. Un contexte de rencontre et de partage qui aurait été impossible dans d'autres circonstances se développe alors. Ceci donne aux participants une impression de puissance et un grand sens des possibilités (Turner 1969 : 128-129 et 139).

Mon expérience a aussi été marquée par une certaine solitude, commune probablement à la plupart des contextes investis par les anthropologues. En plus de m'être rendue seule à Hawaï, j'étais l'une des rares non-autochtones inscrites au rassemblement³. J'ai aussi découvert que, si j'avais cru échapper à ce que j'appelle le « *mea culpa* post-colonial », je suis plus complexée par rapport à la pratique de l'anthropologie que je ne l'aurais cru. Il s'agit tout d'abord de la peur d'être étiquetée en fonction de la réputation de ma discipline auprès des autochtones qui m'a menée à échanger avec précaution avec mes interlocuteurs sur les raisons de ma présence au rassemblement. S'ajoutèrent à cet inconfort quelques blagues sur les anthropologues prononcées par des conférenciers, ainsi qu'un certain sentiment d'imposture. Bien que ma première motivation à participer au rassemblement était ma curiosité personnelle, j'avais cependant le mandat de documenter cet événement. Je n'avais pas demandé la permission aux organisateurs d'être présente puisque j'allais étudier le contenu des présentations publiques, ce pour quoi aucune autorisation n'est requise, du moins selon le comité d'éthique et de recherche de l'Université Laval (CÉRUL). Pourtant, je sentais que j'abordais des contenus sensibles, des émotions à fleur de peau et des expériences douloureuses partagées dans une confidentialité implicite. Je ne me suis pas encore totalement réconciliée avec ce sentiment d'imposture, mais suis parvenue à ressentir une distance graduellement moindre entre les expériences partagées par les présentateurs, celles des participants et les miennes. Mes émotions sont entrées en jeu et m'ont amenée à concevoir, de manière très personnelle, le rôle cathartique que peut jouer un rassemblement comme celui d'HOSW. Le fait de parler, d'écouter parler ou de discuter de thématiques sensibles libère des émotions douloureuses tant pour les conférenciers que pour leur auditoire, ce qui consiste en soit en une forme de guérison (Waldrum 1997 : 74). Celle-ci peut se poursuivre par l'intermédiaire d'un cheminement à la fois personnel et collectif à travers une variété d'ateliers, de conférences et d'activités proposées dans la programmation.

Déstabilisant et même un peu gênant, cet investissement émotionnel m'a permis de penser que comme tout autre participant et bénévole, j'avais envie de vivre le rassemblement pleinement, à la différence que ce vécu serait filtré

(déformation professionnelle oblige) par un regard anthropologique. Somme toute, mon expérience a été enrichissante et fascinante. Il va sans dire que de vivre en une période de temps si courte autant de cérémonies, de spectacles, de conférences, d'activités et de festins, même si cela s'avère exténuant, est extrêmement stimulant. J'ai aussi été confrontée à plusieurs défis qui sont probablement communs à beaucoup de terrains investis par les anthropologues, ce qui représente en quelque sorte, je crois, un apprentissage de l'expérience de terrain en condensé. Après tout, si gagner la confiance des autres, dépasser sa gêne personnelle ou réussir à collecter des données riches, pour ne citer que ces exemples, s'avèrent être difficiles lorsqu'on dispose de plusieurs mois pour effectuer des recherches, tenter d'y parvenir en une dizaine de jours relève probablement de l'impossible. J'espère toutefois pouvoir m'investir plus concrètement et plus longuement dans l'organisation du prochain rassemblement à Alice Springs, investissement qui devrait aussi prendre la forme du bénévolat.

Conclusion

Le mouvement Healing Our Spirit Worldwide met à contribution la négociation interculturelle, les savoirs et la construction d'une identité autochtone internationale nécessaire à la création d'un réseau de solidarité entre des autochtones et ce, en dépit de ce qui les sépare. Il représente leur capacité à s'engager au sein de structures et d'institutions des sociétés occidentales, afin d'en faire émerger des espaces, des contextes et des méthodes de travail qui leur conviennent. Mais les autochtones font plus que redéfinir leurs propres ordres sociaux et travailler à leur guérison. Par exemple, l'idée selon laquelle les savoirs acquis à travers leur cheminement vers la guérison pourront aider les sociétés occidentales responsables de leur colonisation à guérir leurs propres maux a ainsi été répétée à plusieurs reprises pendant le rassemblement de septembre 2010. De plus, divers conférenciers, dont le chef national de l'Assemblée des Premières nations du Canada, Shawn Atleo, ont affirmé que le processus de guérison autochtone ne sera pas achevé tant que les relations entre les autochtones et les sociétés occidentales ne seront pas établies comme des relations harmonieuses d'égal à égal. Cet objectif de réconciliation est d'ailleurs partagé par différents acteurs du mouvement de guérison autochtone canadien, dont la Fondation autochtone de guérison (CRPA 1996 : section 5 ; Brant Castellano *et al.* 2008 : 30 et 45 ; Younging *et al.* 2009 : 31). Ces affirmations laissent entrevoir l'avenir d'HOSW, révélant notamment que sa portée est plus large que la guérison des peuples autochtones, et permettent de le situer clairement au sein des mouvements de décolonisation autochtones.

Remerciements

Ma participation au rassemblement HOSW 2010 et la réalisation des recherches qui s'ensuivent ont été financées par une bourse de voyage et un contrat de recherche qui m'ont été octroyés par Madame Sylvie Poirier dans le cadre du projet de recherche-équipe *Les dynamiques religieuses des autochtones des Amériques : vers de nouvelles méthodes* (FQRSC).

Références

ADELSON, Naomi, 2001, « Re-imagining Aboriginality: An Indigenous People's Response to Social Suffering », in Das Veena et al. (Dir.), *Remaking a World: Violence, Social Suffering and Recovery*, Berkeley : University of California Press, pp. 76-101.

BOUDREAU, François, 2000, « Identité, politique et spiritualité : entretiens avec des leaders ojibwas du Nord du lac Huron », *Recherches amérindiennes au Québec*, 30(1) : 71-85.

BRANT CASTELLANO, Marlene, Linda ARCHIBALD et Micke DEGAGNÉ, 2008, *From Truth to Reconciliation. Transforming the Legacy of Residential Schools*, Ottawa : Fondation Autochtone de Guérison.

CRPA, Commission royale sur les peuples autochtones, 1996, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Volume 1 : Un passé, un avenir*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

CURRIE, Cheryl L., Patti LABOUCANE-BESON et Nancy GIBSON, 2006, *An Evaluation of the Healing Our Spirit Worldwide Conference 2006, Addiction and Mental Health Research Laboratory*, Edmonton : University of Alberta, consulté sur Internet, http://www.pimatisiwin.com/online/?page_id=372, le 10 août 2011.

DUSSART, Françoise, 2010, « 'It Is Hard to Be Sick Now': Diabetes and the Reconstruction of Indigenous Sociality », *Anthropologica*, 52(1) : 77-87.

JEFFRIES, Rod, 2003, « Healing Our Spirit Worldwide. The Fifth Gathering 2006 », *Pimatisiwin*, 1(2) : 174-177, consulté sur Internet, <http://www.pimatisiwin.com/uploads/815066568.pdf>, le 10 août 2011.

HOSW, Healing Our Spirit Worldwide, 2007, *Healing Our Spirit Worldwide 5th Gathering. Post-Gathering Survey*, Edmonton : Bear Paw Communications.

_____, 2010, *Healing Our Spirit Worldwide*, consulté sur Internet, <http://www.hosw.com>, le 20 juillet 2011.

NNAPF, 2006, *National Training Conference Report 2006, in Partnership with Healing Our Spirit Worldwide*, Muskoday : National Native Addictions Partnership Foundation.

POIRIER, Sylvie, 2010, « Introduction », *Anthropologica*, 52(1) : 3-14.

PVS, Polynesian Voyaging Society, 2010, *Nainoa Thompson*, consulté sur Internet, http://pvs.kcc.hawaii.edu/index/founder_and_teachers/nainoa_thompson.html, le 17 mai 2011.

SAHLINS, Marshall, 1999, « What is Anthropological Enlightenment? Some Lessons of the Twentieth Century », *Annual Review of Anthropology*, 28 : i-xxiii.

TURNER, Victor, 1969, *The Ritual Process, Structure and Anti-Structure*, New York : Aldine Publishing Company.

WALDRAM, James B., 1997, *The Way of the Pipe: Aboriginal Spirituality and Symbolic Healing in Canadian Prisons*, Peterborough : Broadview Press.

YOUNGING, Gregory, Jonathan DEWAR et Mike DEGAGNÉ, 2009, *Response, Responsibility, and Renewal. Canada's Truth and Reconciliation Journey*, Ottawa : The Aboriginal Healing Foundation, consulté sur Internet, <http://www.ahf.ca/publications/research-series>, le 20 octobre 2011.

MOTS-CLÉS

Healing Our Spirit Worldwide – guérison autochtone – indigénisation de la modernité – identités autochtones contemporaines

¹ Par exemple, le projet FQRSC dirigé par Robert Crépeau et intitulé *Les dynamiques religieuses des autochtones des Amériques : Vers de nouvelles méthodes*, Université de Montréal (UdM).

² Telles que des salutations, des prières et des dons d'objets, notamment au début de conférences ou lors des cérémonies.

³ D'après mes observations, seules quatre autres personnes non-autochtones étaient présentes. Trois d'entre elles étaient bénévoles.

Notices biographiques

Moustapha Faye

moustapha_faye@yahoo.fr

Moustapha Faye est titulaire d'une maîtrise avancée (MA) de l'Institut des hautes études internationales et du développement de l'Université de Genève (Suisse). Inscrit depuis 2010 au programme de doctorat en anthropologie à l'Université Laval, il s'intéresse en particulier à l'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé. Ses recherches portent sur la problématique de la sexualité des jeunes, celle du VIH et des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS) à Dakar (Sénégal). De plus, il s'intéresse à l'anthropologie de l'espace urbain et péri-urbain dans la capitale sénégalaise. Membre du CIÉRA, il intervient également comme auxiliaire de recherche, dans le cadre de l'atelier « Habitats et cultures » à l'école d'architecture de l'Université Laval.

Marie-Pierre Gadoua

marie-pierre.gadoua2@mail.mcgill.ca

Diplômée en anthropologie à l'Université de Montréal, Marie-Pierre Gadoua a complété une maîtrise en anthropologie/archéologie à l'Université McGill, avec un mémoire portant sur les dimensions sociales des technologies de chasse des ancêtres des Inuit. Prolongeant ses recherches dans ce domaine, elle poursuit actuellement un doctorat en anthropologie/archéologie à l'Université McGill, en collaboration avec les communautés inuit. Elle coordonne et réalise notamment des ateliers de groupe au Musée McCord avec des aînés inuit qui résident temporairement à Montréal (en collaboration avec l'Institut culturel Avataq et le Module du Nord québécois). Son approche interdisciplinaire allie archéologie, muséologie, anthropologie sociale et de la culture matérielle ainsi que le domaine de la santé et du bien-être des Inuit et des autochtones. Elle a entre autres travaillé au Musée McCord (recherche et catalogage des collections inuit) et depuis 2008, elle participe activement aux recherches du professeur Ronald Niezen, portant notamment sur la Commission de vérité et de réconciliation du Canada.

Amélie Lainé

amelie.laine@rcaaq.info

Amélie Lainé est employée au Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) depuis 2001 où elle a occupé différentes fonctions. Elle assure

depuis 2004 la coordination des programmes. Elle détient un baccalauréat en études anglaises et un certificat en études autochtones de l'Université Laval.

Mathieu-Joffre Lainé

laine.mathieu@gmail.com

Mathieu-Joffre Lainé est titulaire d'une maîtrise en anthropologie et candidat au doctorat en sociologie. Il contribue à la revitalisation de la langue huronne au sein du projet *Yawenda*, en plus d'agir à titre d'agent de recherche au Regroupement des Centres d'amitié autochtone du Québec (RCAAQ). Mathieu-Joffre Lainé a notamment publié des articles dans les *Cahiers d'histoire* en 2010 et dans la revue *Recherches amérindiennes au Québec* en 2011.

Pierre Boris N'nde

nndebopier@yahoo.fr

Pierre Boris N'nde poursuit une thèse (Ph.D) en anthropologie à l'Université Laval. Titulaire d'un *Master in Science* (Msc.) en socio-anthropologie appliquée à la gestion des projets, il s'intéresse aux mutuelles de santé, le VIH/sida et les représentations sociales en zone rurale. Chargé de cours au département d'anthropologie de l'Université Laval, ses recherches concernent également l'anthropologie urbaine, la participation locale, l'informalité et les dynamiques urbaines. La violence sociale, la sécurité urbaine et la criminalité dans les villes du Sud font partie de ses domaines d'investigation. Il réalise ses recherches de terrain depuis 2006 dans les villes de Douala et de Yaoundé, au Cameroun. Il est membre de l'American Anthropological Association (AAA), du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES) et étudie actuellement la sécurité et la gouvernamentalité comme phénomène global et politique.

Anne-Marie Michaud

anne-marie.michaud.2@ulaval.ca

Anne-Marie Michaud, ergothérapeute, est étudiante à la maîtrise en santé communautaire à l'Université Laval. Dans le cadre de ses études en ergothérapie, elle a réalisé un stage dans les communautés cries de Chisasibi, Waswanipi et Mistissini. Son intérêt pour la santé et les questions concernant les Premières nations s'est poursuivi à la maîtrise. Elle a contribué à l'élaboration d'un cours sur la santé des autochtones. Elle se passionne également pour tout ce qui touche au développement des communautés, à la prise de pouvoir collective et à la justice occupationnelle.

Marie-Pierre Renaud

mariepierre.renaud@gmail.com

Marie-Pierre Renaud est candidate à la maîtrise en anthropologie à l'Université Laval. Elle s'intéresse aux processus de guérison et de réconciliation autochtones, en portant une attention particulière au contexte canadien. Depuis septembre 2010, elle travaille comme assistante de recherche au sein de l'équipe d'un projet intitulé *Les dynamiques religieuses des autochtones des Amériques : vers de nouvelles méthodes* (FQRSC), sous la direction de Robert Crépeau de l'Université de Montréal. Son mandat vise à documenter la place des dynamiques religieuses et spirituelles au sein des mouvements de guérison autochtones à travers l'étude de sites Internet. Elle co-éditera le prochain numéro des *Cahiers du CIÉRA* qui publiera les actes du colloque annuel du CIÉRA 2011, consacré aux « Initiatives, succès et avancées autochtones ».

Sonia Robertson

regardeca@hotmail.com

Sonia Robertson est native de Mashteuiatsh, où elle est retournée vivre depuis une dizaine d'année. Elle pratique l'art actuel et a exposé dans plusieurs lieux au Québec, mais aussi au Canada, en France et au Japon. Sa pratique artistique incorpore une réflexion sur la vision des autochtones et du monde. Depuis peu, elle entre en relation avec le public dans une démarche d'art thérapie. Elle a fondé l'association du Parc-Sacré/*Kanatukuliuetsh uapikun*, un organisme qui veille à la sauvegarde des savoirs et des connaissances traditionnelles, ainsi qu'à leur transmission. Elle marche sur le chemin rouge depuis près de 20 ans. Elle guide certaines cérémonies, surtout pour les femmes.

Bernard Roy

bernard.roy@fsi.ulaval.ca

Bernard Roy détient un doctorat en anthropologie (2002) et un diplôme d'infirmier (1986). Parallèlement à sa carrière d'infirmier clinicien auprès de populations autochtones, inuit et nord-côtières il poursuit un parcours académique motivé par des questions émanant de sa pratique soignante. Il s'est particulièrement intéressé à la problématique du diabète chez les autochtones. Ses travaux ont fait l'objet de plusieurs publications. Après un parcours d'une dizaine d'années comme consultant en évaluation de programmes de santé, il enseigne depuis 2004 à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Note à l'intention des auteurs

Les auteurs soumettent leurs textes ou leurs projets de numéro par courrier ou par courriel à l'intention du Comité de rédaction des *Cahiers du CIÉRA*. Les textes ne dépassent pas 20 pages à interligne 1 et demi, justifié, police Times new roman, bibliographie comprise. Le plan du texte est le suivant : titre de l'article, nom de l'auteur et coordonnées professionnelles complètes (postale, téléphonique et électronique), texte de l'article, notes de fin de texte, références citées, sites Internet consultés, notice biographique de l'auteur, résumé et mots-clés. Les graphiques, les tableaux et les photos sont présentés sur des feuilles distinctes. Leur place est indiquée dans le texte (exemple : insérer tableau 1). Les notices biographiques et les résumés d'articles ne dépassent pas dix lignes.

Dans le texte, les références sont signalées selon le modèle (Auteur Date : numéro de page), par exemple (Larose, Bourque, Terrisse et Kurtness 2001 : 155). À la fin du texte les références citées sont indiquées comme suit :

Pour un livre ou un rapport :

NOM DE L'AUTEUR, Prénom(s), Année de publication, *Titre*, Lieu d'édition : Nom de l'éditeur.

Exemple :

CASTELLANO, Marlene Brant, Lynne DAVIS et Louise LAHACHE (Dir.), 2001, *Aboriginal Education: Fulfilling the Promise*, Vancouver : University of British Columbia Press.

Pour un article dans une revue :

NOM DE L'AUTEUR, Prénom(s), Année de publication, « Titre de l'article », *Nom de la revue*, Volume(Numéro) : première et dernière pages de l'article.

Exemple :

LAROSE, François, Jimmy BOURQUE, Bernard TERRISSE et Jacques KURTNESS, 2001, « La résilience scolaire comme indice d'acculturation chez les autochtones : bilan de recherches en milieux innus », *Revue des Sciences de l'Éducation*, 27(1) : 151-18.

Pour un article dans un ouvrage collectif :

NOM DE L'AUTEUR, Prénom(s), Année de publication, « Titre de l'article », *in* Prénom(s) Nom(s) du ou des directeurs de publication, *Titre du livre*, Lieu d'édition : Nom de l'éditeur, pp. première et dernière pages du chapitre.

Exemple :

HAMPTON, Eber, 2001, « First Nations-Controlled University Education in Canada », *in* Marlene B. Castellano, L. Davis et L. Lahache (Dir.), *Aboriginal Education: Fulfilling the Promise*, Vancouver : University of British Columbia Press, pp. 208-221.

Les Cahiers du CIÉRA

Abonnements annuels

Réguliers	20 \$
Étudiants*	15 \$
Organismes et institutions	25 \$

* Avec justificatif

Achat par numéro**

n° 1	« Défis de l'éducation chez les Premières nations et les Inuit »	<i>épuisé</i>
n° 2	« La restitution du patrimoine matériel et immatériel : Regards croisés, Canada/Mélanésie »	<i>épuisé</i>
n° 3	« La négociation politique : Conciliations et contradictions ? »	10 \$
n° 4	« L'histoire des nations au Québec et au Canada : un travail en chantier »	10 \$
n° 5	« Cyberespaces et médiatisation des cultures »	10 \$
n° 6	« De l'expérience de terrain dans les sciences sociales »	10 \$
n° 7	« Enfances inuit childhoods »	10 \$
n° 8	« Le bien-être et la santé autochtones »	10 \$

** Ajouter des frais de manutention de 2 \$ par numéro commandé

Mode de paiement :

Par chèque ou mandat à l'ordre de l'*Université Laval*, que vous faites parvenir par la poste ou en personne à l'adresse suivante :

Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones
Pavillon Charles-de-Koninck, local 0450
1030, avenue des sciences humaines
Université Laval
Québec, QC
G1V 0A6

(418) 656-7596
ciera@ciera.ulaval.ca
www.ciera.ulaval.ca