

Culture

L'intégration des Inuit au système biomédical : perspectives d'une contradiction

Jacques Grondin



Volume 7, Number 2, 1987

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1078967ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1078967ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Canadian Anthropology Society / Société Canadienne d'Anthropologie (CASCA), formerly/anciennement Canadian Ethnology Society / Société Canadienne d'Ethnologie

ISSN

0229-009X (print)

2563-710X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Grondin, J. (1987). L'intégration des Inuit au système biomédical : perspectives d'une contradiction. *Culture*, 7(2), 51–62. <https://doi.org/10.7202/1078967ar>

Article abstract

This article concerns some of the metaphors and paradigms underlying the analysis of the integration of Native groups to the biomedical system. From two particular cases, namely the relations between Inuit, their own system of medicine and the biomedical system on the one hand, and on the other the comments concerning the medical evacuations of the Natives towards urban centers, the author tries to illustrate certain contradictions due to a confusion in the levels of analysis.

Tous droits réservés © Canadian Anthropology Society / Société Canadienne d'Anthropologie (CASCA), formerly/anciennement Canadian Ethnology Society / Société Canadienne d'Ethnologie, 1987

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

L'intégration des Inuit au système biomédical: perspectives d'une contradiction¹

Jacques Grondin
Université Laval

Cet article s'attache à certaines métaphores et à certains paradigmes sous-tendant l'analyse de l'intégration des autochtones au système biomédical. À partir d'exemples précis, celui du rapport des Inuit et de leur système de médecine au système biomédical et celui des commentaires sur les évacuations médicales des autochtones vers les centres urbains, l'auteur cherche à illustrer certaines contradictions issues d'un télescopage des niveaux d'analyse.

This article concerns some of the metaphors and paradigms underlying the analysis of the integration of Native groups to the biomedical system. From two particular cases, namely the relations between Inuit, their own system of medicine and the biomedical system on the one hand, and on the other the comments concerning the medical evacuations of the Natives towards urban centers, the author tries to illustrate certain contradictions due to a confusion in the levels of analysis.

INTRODUCTION

Le nombre d'autochtones du Nord canadien évacués et hospitalisés au Sud semble être en hausse constante depuis quelques années; leur passage dans les institutions cosmopolites paraît constituer une épreuve extrêmement difficile à surmonter pour eux et ils sont, dit-on, victimes d'iatrogénèse sociale et clinique. C'est cette image plutôt linéaire et classique que l'on retrouve constamment étayée dans la littérature concernant les évacuations et les hospitalisations méridionales des populations arctiques.

De même, au niveau de la rencontre des systèmes de médecines² au Nord, on nous apprend que les autochtones n'ont pratiquement plus aucun recours face aux interventions du système biomédical et qu'ils doivent subir passivement les soins qu'on leur impose; qu'ils sont systématiquement et structurellement évacués du système biomédical transplanté au Nord; et que leur propre ethnomédecine n'est plus qu'un vague souvenir. Bien plus, ils seraient tellement déculturés par le système de soins actuel qu'ils utiliseraient de façon exagérée les ressources disponibles. Triste constat là aussi, semble-t-il.

Ces deux niveaux d'analyse, celui du particulier — les évacuations — et celui du général — le nouveau système médical nordique — sont étroitement liés au niveau des paradigmes guidant les stratégies des chercheurs, de même qu'au niveau des métaphores générées

pour illustrer le phénomène. En effet, il ressort du bilan des travaux et des commentaires faits sur ces deux questions qu'on est là dans une arène très fortement politisée où tous les coups sont permis: folklore urbain et réactualisation des mythes par les ouï-dire, discours sur la nécessaire autochtonisation du système médical et polarisation des classes sociales, discrédit de l'hégémonie du système biomédical et enfermement des autochtones dans une identité idéalisée, projection des névroses urbaines et répétition sempiternelle des mêmes culs-de-sac théoriques, déformation des statistiques et attachement au pathologique etc.

Le but de cet article est d'illustrer comment la partialité, l'ambiguïté et la projection d'un certain nombre de préconceptions et d'angoisses existentielles ont souvent teinté de don-quickottisme la compréhension des problèmes médicaux nordiques. Nous commencerons donc par faire un tour des analyses du système médical nordique, pour ensuite aborder leur expression dans un cas particulier, celui des évacuations médicales et de l'hospitalisation méridionale des Inuit.

LES INUIT DANS LE SYSTÈME MÉDICAL NORDIQUE

Les bases d'une contradiction

La question de la santé nordique et du système de soins mis en place pour la gérer fait actuellement l'objet d'une relance sans précédent: il existe au moins quatre organismes consultatifs nationaux ou internationaux préoccupés spécifiquement par la recherche concernant l'état de santé des populations arctiques; les lieux d'échange d'information sur ce domaine sont pléthoriques; les revendications des associations autochtones rattachées au secteur de la santé et de la maladie se précisent; et différentes agences gouvernementales ont consolidé leurs visées dans ce secteur en commençant à rationaliser leurs services et en multipliant le nombre d'intervenants en rapport avec les soins offerts au Nord.

Si la majorité des initiatives actuelles portent sur l'aspect strictement biologique de la santé, il n'en reste pas moins que, depuis la période de contact, une part non négligeable des observations du personnel médical a aussi porté sur les dimensions sociales liées à la santé et à la maladie.

Par contre, nombre de ces écrits traitent de la réalité médicale autochtone en pièces détachées; les livres de recettes ethnomédicales ou les observations sur les modèles d'interaction entre les Inuit et le système biomédical pullulent, mais peu d'entre eux renvoient à autre chose qu'à une description vide, sans rapport avec l'organisation sociale dans son ensemble. Bref, les «bonnes intentions» existant derrière ces écrits permettent rarement

de dépasser l'attrait du lieu commun ou le goût de la différenciation, voire de l'exotisme, ou encore les préjugés théoriques de leurs auteurs.

Donc, si l'on retient ces deux éléments d'analyse, c'est-à-dire le savoir des Inuit en matière médicale et la place qui leur est assignée dans le système biomédical exporté au Nord, il semble que le bilan ait un caractère ambigu; on se retrouve soit avec des concepts simplistes pour décrire un système complexe, soit avec des détours tortueux pour décrire une situation somme toute assez claire.

Premièrement, le constat des travaux portant sur le savoir ethnomédical des populations circumpolaires est plutôt sombre car les descriptions disparates et inarticulées de la pharmacopée ou des modes d'interventions médicales traditionnelles sont continuellement reprises d'un bout à l'autre du monde circumpolaire et demeurent inutilisables car limitées à un niveau syntagmatique et au caractère pragmatique des interventions (on y apprend donc peu de choses sur les conceptions liées à la santé et à la maladie).

Deuxièmement, en ce qui concerne la place des Inuit dans le système biomédical, il existe deux motivations principales à l'origine des activités biomédicales au Nord: d'une part, des justifications philanthropiques et, d'autre part, des impératifs de développement et de contrôle des ressources frontalières (voir Morrison 1985 et Choque 1985a,b).

Il n'en reste pas moins que les nombreux auteurs ayant abordé la question médicale nordique au point de vue des impacts sociaux sur les Inuit font ressortir le caractère essentiellement colonial de la rencontre des systèmes culturels en jeu. Mais il y a plus: malgré leurs divergences disciplinaires, malgré aussi la variété des différentes régions de l'Arctique étudiées, qui ont chacune une histoire spécifique, et nonobstant la diversité des périodes auxquelles ils font référence, ces auteurs s'accordent à constater que les Inuit (qu'on qualifie libéralement de passifs, démunis ou hypocondriaques) n'ont pratiquement aucune autre solution face à la maladie que le recours au système biomédical (*cf.* Labbé 1981).

Parallèlement, on nous apprend que l'idée d'une acceptation massive du modèle biomédical au Nord est loin d'être une évidence. Que ce soit au Nouveau-Québec ou ailleurs dans l'Arctique, il y a trente ans comme aujourd'hui, si les Inuit utilisent *de facto* les services du système biomédical, selon de nombreux auteurs ils sont en même temps loin d'y placer toute leur foi et continuent d'avoir recours à des voies différentes (voir Avataq 1984; Labbé 1987; Wenzel 1981).

De plus, un postulat tacite sous-tend l'analyse de l'intégration des Inuit au système biomédical: il n'y a eu pratiquement aucune période d'ajustement, aucun heurt entre les systèmes de médecine inuit et occidental. En effet, il semble qu'on oublie de mentionner les frictions en notant simplement comme une bénédiction l'intro-

duction d'un nouveau système médical dans un milieu où l'état de santé était lamentable, particulièrement dans le contexte des grandes épidémies.

Par ailleurs, il y a aussi des chercheurs et des autochtones qui affirment, à l'opposé, que l'état de santé nordique a été essentiellement conditionné par l'arrivée des Eurocanadiens, sous-entendant par là qu'il y avait peu ou pas de problèmes de santé majeurs auparavant (McElroy et Townsend 1979:343).

Pourtant, un exemple fort significatif de résistance à l'organisation des soins eurocanadienne est survenu lorsque les gouvernements fédéral et provincial se disputaient la juridiction de la santé au Nouveau-Québec dans les années '60: de nombreux Inuit boycottaient les services offerts par le gouvernement provincial et pensaient que les services fédéraux en place leur convenaient très bien; de même, à leur arrivée dans le Nord, les médecins ont été parfois mal accueillis, car plusieurs personnes préféraient conserver le type de contact et de rapport qu'elles avaient établi avec les infirmières (Dufour 1983).

Un autre argument par lequel on aborde indirectement la question de la résistance est celui de la conjonction de multiples systèmes de connaissance. Ainsi, nombreux sont les auteurs qui, faisant part des problèmes d'intégration des autochtones au système de soins, expliquent les frictions en se référant à un relatif parallélisme des systèmes de médecine (cf. Avataq 1984; Blake 1978; Dufour 1988a; O'Neil 1981a).

Il semble donc pour le moins contradictoire de constater que plusieurs chercheurs connaissant la dynamique des communautés inuit, et y ayant déjà séjourné, s'accordent à dire, d'une part, qu'il y a présence (persistance ou évolution) au Nord de conceptions et de stratégies médicales différant des postulats du système biomédical, tandis que, d'autre part, ils nous présentent ces populations comme étant extrêmement dépendantes.

Il existe encore un autre type d'argumentation où l'on ne parle pas directement en termes de «dépendance»; on y fait plutôt référence à la forte fréquence d'utilisation des services qui se justifierait par l'abondance des ressources (Bouchard 1980; Boudreau *et al.* 1980).

Il y a donc là un certain nombre d'éléments à éclaircir. D'ailleurs, le problème ne saurait être propre au système médical ni aux chercheurs puisque, comme le souligne McElroy (1977:375), il y a chez les Inuit, pratiquement à tous les niveaux, un véritable

“...denial of dependency on the Eurocanadian system but active acceptance of Eurocanadian services and facilities.”

Cependant, il semble possible d'aborder ce paradoxe apparent entre dépendance et démarches alternatives, et de l'étayer en ayant recours à une hiérarchisation

des niveaux explicatifs, donc en traçant un aperçu du problème et de son actualisation aux niveaux macrosocial (géopolitique de la santé), mésosocial (dynamique communautaire) et microsocal (histoire familiale et personnelle).

Niveau macrosocial

Les revendications territoriales, économiques et politiques sont devenues des sujets sur lesquels les populations autochtones discutent de plus en plus efficacement avec les pouvoirs exécutifs et législatifs (cf. Duhaime 1988). Toutefois, si l'on tient compte de la surspécialisation technologique, de la médicalisation de la vie sociale, de la dévalorisation des initiatives communautaires et des politiques qui sont à la base des mouvements de rationalisation des services, les autochtones ont été jusqu'à une date récente structurellement évacués du système biomédical. Ainsi, les communautés arctiques sont pratiquement gérées comme des pavillons hospitaliers (O'Neil 1985) et les emplois autochtones dans le secteur de la santé sont dévalorisés autant par les praticiens de la santé que par les communautés elles-mêmes (O'Neil 1986) qui cherchent à placer leur personnel le plus compétent dans des postes comportant plus de pouvoir effectif (i.e. dans les groupes de revendications politiques et économiques).

En fait, en dernière analyse, il ressort que les interprètes médicaux, les rares agents de santé communautaire (Cordes 1985; Duffy 1988) et les quelques infirmières-auxiliaires autochtones constituent pratiquement les seuls représentants communautaires insérés officiellement à la marge du milieu clinique biomédical. Les autres lieux de représentation officiels (par exemple les comités de santé) constituent, pour la plupart, des organismes consultatifs sans pouvoir effectif.

Par contre, de récents développements, comme la nomination de directrices inuit au niveau du CRSSS-Kativik (à Kuujuaq) et du CH-CSS de la baie d'Hudson (à l'hôpital de Povungnituk), et surtout le vote de confiance obtenu lors du référendum au Nouveau-Québec (en octobre 1987) sur la redéfinition des structures de pouvoir, sont des indicateurs de futures transformations dont la portée réelle reste à analyser. Pour l'instant, et malgré des vœux pieux, l'autochtonisation des services demeure un autre de ces mythes modernes reproduits par tous les paliers bureaucratiques (cf. O'Neil et Sarsfield 1985).

Quoi qu'il en soit, il serait peut-être préférable de parler en termes de marginalisation (c'est-à-dire d'exclusion et de non-contrôle des ressources) au niveau macrostructurel, plutôt qu'en termes de dépendance face au système biomédical. D'ailleurs, comme l'a souligné Hodgson (1985), l'impuissance des intervenants médicaux eurocanadiens est aussi une réalité caractéristique de leur inscription en périphérie.

Niveau mésosocial

Des recherches effectuées dans deux centres hospitaliers manitobains par une équipe multidisciplinaire visaient à faire connaître la situation des interprètes médicaux autochtones, pris dans un chassé-croisé politique et idéologique entre les communautés autochtones, les patients et les administrateurs du système biomédical (Kaufert *et al.* 1985). Le projet a démontré que les interprètes cumulent en fait un grand nombre de rôles non cautionnés ni reconnus officiellement par leurs employeurs.

Les conclusions de cette recherche sont particulièrement révélatrices d'un modèle de médiation communautaire se retrouvant sous plusieurs autres aspects au Nord. Par exemple, Blake (1978), en décrivant les *negotiating collectivities*, montre comment se constitue un réseau d'intervenants autochtones (professionnels ou non) autour des patients en faveur de qui il joue un rôle de médiation et d'appui auprès des divers agents officiels. O'Neil (1981a), pour sa part, montre aussi de quelle façon certaines institutions non directement liées à la santé (i.e. églises ou conseils municipaux) sont mises à contribution en période de conflits afin d'assurer des soins adéquats aux membres de la communauté

Il n'est donc pas étonnant de voir les communautés autochtones réagir en structurant leurs efforts lorsque l'on considère le grand roulement du personnel médical eurocanadien au Nord, son incompetence linguistique ou le hiatus cognitif et idéologique qu'il cherche rarement à combler (*cf.* pour l'Arctique central: Brody 1975, O'Neil 1981b; et pour le Nouveau-Québec: Projet Nord 1986).

On observe par conséquent dans l'Arctique des communautés réagissant selon ce que l'on pourrait appeler des modèles de négociation et de médiation informels: informels puisqu'il n'y a pas de protocole fixe et qu'ils puisent dans toutes les sphères de la vie sociale, en transgressant le partage des responsabilités entre les différents domaines formellement reconnus par la superstructure administrative (c'est-à-dire santé vs. éducation vs. politique...). Ainsi, suite à la Convention, divers organismes ont été mis en rapport avec la santé. Toutefois, il semble qu'en réalité chaque instance soit partie d'un ensemble multicéphale, ses responsabilités et ses interventions se reproduisant à plusieurs niveaux (CRSSS, conseils d'administration des CH, comités de santé, institutions non liées à la santé, individus etc.). On a donc l'impression d'un système fractal (c'est-à-dire dont chaque ordre de grandeur est l'embryon ou le résumé de l'ensemble) qui paraît maximiser son potentiel décisionnel en jouant sur plusieurs niveaux, et en même temps minimiser sa capacité opérationnelle vu le grand nombre d'intérêts en jeu.

De même, les communautés arctiques offrent un certain éventail de possibilités thérapeutiques. Par exem-

ple, les épisodes de maladie sont parfois résolus individuellement, soit par le recours à une pharmacopée traditionnelle ou importée (*cf.* Avataq 1984), soit au moyen de techniques de premiers soins culturellement définies (*cf.* Murphy 1987). À ces soins s'ajoutent ceux prodigués par la famille ou les amis, les intervenants non médicaux offrant un certain support social, ou encore par divers spécialistes autochtones ayant suivi ou non une formation professionnelle mais néanmoins reconnus socialement (*cf.* Blake 1978; Dufour 1988b). Il convient de constater que l'utilisation des différentes ressources n'a été décrite que de façon sporadique et sans uniformité dans les diverses régions de l'Arctique. Cependant, la littérature scientifique disponible fait état d'une certaine cohérence d'est en ouest dans l'Arctique.

De nombreuses questions restent inexplorées, notamment en ce qui a trait au renouveau d'intérêt pour les méthodes traditionnelles de traitement de la maladie, intérêt s'actualisant métaphoriquement dans le recours aux séances de guérison à caractère religieux (pentecôtistes ou charismatiques) et dans la compilation du savoir ethnopharmacologique des anciens. Tout porte à croire qu'on assiste actuellement au Nord à la redéfinition de la forme et à la réactualisation de la fonction de certaines structures idéologiques autrefois reléguées à l'ombre.

Suggérer, comme le fait Sampath (1987), qu'un certain «néotraditionalisme» peut éventuellement ramener le chamanisme sur scène serait quelque peu exagéré, néanmoins l'intérêt pour les méthodes traditionnelles démontre clairement l'importance que prend le partage du savoir au niveau mésosocial. Ces activités, essentiellement métamédicales, s'attachent aux lieux où le pouvoir de guérison est médiatisé par une collectivisation des ressources. On est là clairement à contre-courant de la iatrogénèse sociale³, même si certains n'hésitent pas à faire appel à ce concept pour décrire la situation nordique, par exemple:

“There is much unemployment and there is plenty of time to decide whether or not one feels ill due to an unnatural happening. Cultural iatrogenesis has occurred... and the nurse is visited and medications are demanded, even when they will not cure the disease.” (Herbert 1984:n.p.)

Les propos de Herbert illustrent assez bien le mauvais emploi de l'argumentation culturaliste; en voulant rendre compte de la rencontre de deux cultures, on finit souvent par faire abstraction de la dynamique d'une culture dite dominée au profit des modulations d'une culture dite dominante. Dans la bouche du personnel médical, notamment, les commentaires décrivant les aspects sociaux de la santé et de la maladie portent souvent en filigrane le concept d'iatrogénèse. On oublie souvent que, chez les Inuit comme ailleurs et aujourd'hui

comme dans le passé, la maladie doit s'expliquer, sinon se justifier socialement. Ainsi, nombre d'éléments de la période «traditionnelle» des Inuit pourraient se comprendre avec les mêmes concepts analytiques présentement employés en sociologie et en anthropologie médicale pour étudier la société occidentale, comme en témoignent ces deux observations faites par Turner (1979:39) à Kuujuaq entre 1882 et 1884.

«Il y avait à Fort Chimo une vieille femme borgne, perpétuellement souffrante et source d'ennuis pour ses proches. On lui proposa de l'étrangler pour la soulager de ses misères. Le lendemain matin, l'oeil allait beaucoup mieux et le traitement fut remis à plus tard...»

«L'ampleur du mal est généralement en proportion de l'importance des possessions matérielles du malade.» (ibid: 41)

La littérature nous apprend aussi que les communautés inuit encouragent une intégration continue entre ceux qui sont en santé et ceux qui sont malades, l'accent étant placé sur une connaissance à long terme du patient et de son comportement dans un système partagé par l'ensemble (Wenzel 1981). Blake (1978) voit là un levier permettant à la communauté la régulation de ses membres selon des comportements socialement approuvés.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ces observations c'est qu'elles démontrent qu'au Nord la maladie met en branle un réseau social dans lequel s'inscrit l'individu non seulement comme membre, mais aussi comme particulier ayant certains devoirs et responsabilités.

En somme, il appert que des interventions de l'organisation biomédicale peuvent être précédées ou suivies d'autres processus thérapeutiques dont le choix et l'orientation dépendent autant des patients que de leur inscription dans des réseaux d'aide communautaire. Ainsi, au niveau macrosocial il était possible de parler en termes de marginalisation, mais au niveau mésosocial il faut parler de possibilités de choix.

Niveau microsocial

Les réseaux d'aide mobilisés autour des patients contribuent aux activités nécessaires au diagnostic et au traitement de la maladie. Ces réseaux jouent un rôle de médiation et d'appui pour les patients auprès de divers intervenants, participent occasionnellement à la thérapie, définissent des normes de conduite (préventives ou normatives) avec — ou sans — le patient et décident des moyens mis en oeuvre pour assurer l'exclusion ou l'inclusion des patients à la vie sociale.

De plus, la littérature fait aussi état de mesures privilégiées pour assurer une socialisation adéquate à la santé. Le contenu de ces prescriptions varie spatialement et temporellement, mais il s'agit essentiellement d'une régulation dans des domaines comme l'alimentation, le comportement ou le rapport à l'environnement.

La présence de ces prescriptions a fait dire à d'aucuns que les Inuit avaient un système de médecine fortement préventif (Hughes 1957; Descent 1986), cependant, la seule chose que nous confirment les prescriptions, c'est qu'il y a régulation sociale et construction cognitive de la santé et de la maladie.

Un autre lieu commun concernant les groupes inuit concerne l'importance de la famille dans la régulation de l'organisation sociale. Plusieurs commentateurs de l'organisation socio-sanitaire au Nord font mention de la place prépondérante qu'occupe celle-ci dans le champ médical. Toutefois, ce faisant, ils réduisent habituellement leur ensemble à l'atome familial et aplanissent les variables socio-économiques qui définissent et caractérisent les différentes familles élargies par rapport au mésocosme communautaire. Il s'ensuit que l'on tient rarement compte des rapports différents que peuvent avoir, par exemple, les personnes âgées et les plus jeunes entre elles et face au système biomédical.

Dans cette veine, McElroy (1977) note qu'il y aurait une grande variété et une grande flexibilité dans les styles adaptatifs recoupant les catégories socio-économiques au Nord. On retrouve ainsi certaines distinctions entre hommes et femmes, attribuables tout autant aux processus de socialisation qu'à l'accessibilité différenciée aux ressources. Il y a fort à parier que l'on pourrait aussi retrouver ces distinctions dans les stratégies de recours aux soins en épisode de maladie. Malheureusement, la littérature est peu explicite à ce sujet, si ce n'est quelques petites mentions du genre:

“As in all societies, in Inuit communities age, status, and power affect one's access to information about health resources.” (McElroy et Townsend 1979:353)

Les recherches sont également en général muettes au sujet de l'ascension de classes dirigeantes régionales (Simard 1982) et des rapports nouveaux qui se tissent entre celles-ci et les ressources eurocanadiennes. Sans qu'il soit nécessairement opportun d'évoquer des distinctions quant à l'accessibilité aux ressources, il semble néanmoins possible de présumer que les personnes associées à ces élites autochtones ont peut-être plus que les autres l'habitude des contacts avec les agents eurocanadiens, étant plus scolarisés ou ayant plus de compétences linguistiques (surtout en anglais), et donc sont peut-être plus en mesure de discuter des soins qu'ils reçoivent ou sont en droit de recevoir. Il se peut fort bien que leurs réseaux d'aide ou que leurs parcours thérapeutiques diffèrent considérablement de ceux qui n'ont que peu de rapports avec les Eurocanadiens. Un exemple de ce genre a été observé récemment, au sud du Québec, lorsque des membres d'une famille inuit influente sont allés protester directement auprès du directeur général d'un centre hospitalier pour que l'un de leurs parents, hospitalisé en milieu urbain, puisse bénéficier de meilleurs soins infirmiers (notamment au niveau de la langue).

Il semble donc qu'un certain nombre de facteurs dans l'histoire personnelle ou familiale de chaque indi-

vidu influence les liens qu'ils ont soit avec les intervenants du système biomédical, soit avec les autres ressources disponibles. On pense notamment à la scolarisation, à la possibilité de mobilité sociale, à la compétence linguistique, au contrôle de capital, au type d'emploi, à l'anamnèse familiale ou au degré de structuration familiale. Le niveau microsociale se présente ainsi comme celui où la complexité des recours idéologiques et des contraintes socio-économiques interdit des généralisations hâtives et réductrices quant à la place des Inuit dans le système biomédical. Il reste néanmoins la possibilité que ce soit à ce niveau que s'effectue la véritable régulation du système.

Vers une réhabilitation de la contradiction

Après avoir passé en revue la nature antithétique des affirmations concernant la place des Inuit dans le système médical nordique, on obtient donc un niveau macrosocial où la marginalisation a été abondamment illustrée dans la littérature, un niveau mésosocial où la diversité des stratégies curatives a été abordée sporadiquement et sans trop d'unité par les chercheurs et, enfin, un niveau microsociale où la régulation et les contraintes concernant la santé des Inuit semblent avoir été mises de côté. Il appert donc que la contradiction voulant que les Inuit soient autant maîtres qu'esclaves du système biomédical au Nord, provienne d'un télescopage des niveaux d'analyse. Une réhabilitation de cette hiérarchie des niveaux d'observation (macro-, méso- et microsociale) permet de constater qu'il n'y a pas de véritable contradiction mais seulement une situation fort complexe.

Afin d'illustrer ces considérations, nous nous attachons maintenant à une question particulière liée à l'utilisation des services médicaux accessibles aux Inuit, à savoir celle des évacuations médicales et des hospitalisations méridionales. Ce sujet est en continuité directe avec la problématique générale présentée dans les pages précédentes car il est l'enjeu de transactions politiques; il affecte les familles des patients et, dans une certaine mesure, les communautés elles-mêmes en provoquant une rupture difficilement conciliable avec les obligations des patients; il comprend un passage en institution, qui est une rencontre inter-culturelle de surcroît; il génère de nombreux discours à tous les paliers de la société; et il concerne avant tout les patients, mais implique aussi un grand nombre de «laïcs», donc de personnes n'appartenant ni au corps médical, ni au milieu de la recherche. Enfin, les évacuations médicales et l'hospitalisation méridionale des Inuit constituent un carrefour particulièrement sensible et intemporel où se confondent le rationnel, le mythe et le pouvoir.

ÉVACUATIONS MÉDICALES ET HOSPITALISATIONS MÉRIDIONALES

Aller (-retour?) Nord/Sud

Au Nord, il y a eu gradation progressive des soins dispensés en premier lieu par les Eurocanadiens de passage (certains des premiers explorateurs étant des médecins) ou par les divers agents des institutions juridiques, économiques et religieuses, ensuite par les représentants de l'organisation socio-sanitaire lors des tournées d'inspection sanitaire, dans les dispensaires et, enfin, dans les petites structures hospitalières.

Dès 1905, les forces policières patrouillant dans le Nord suggéraient d'y installer des hôpitaux (Morrison 1985) à cause du triste état de santé de la population autochtones et du manque de ressources médicales disponibles aux Eurocanadiens oeuvrant dans la région. Toutefois, ce n'est qu'un peu avant le début de la première guerre mondiale, grâce à l'intervention des missionnaires qui stimuleront en fait la création de la plupart des hôpitaux à cette époque, qu'on entreprend la construction d'hôpitaux à Fort Simpson et à Nain. Suivent ensuite les hôpitaux de Pangnirtung (1924), d'Aklavik (1926 et 1927; l'un catholique et l'autre anglican) et de Chesterfield Inlet (1929).

Ainsi, en moins d'une vingtaine d'années, les soins médicaux dispensés au Nord sont passés de l'initiative des brocanteurs ou des apothicaires amateurs à une réponse institutionnalisée, et officielle, confiée à des spécialistes cautionnés par l'État ou par son représentant *in absentia*, le missionnaire-prodig(u)e. C'est aussi vers cette époque (1922) que commencent les expéditions de l'Eastern Arctic Patrol (avec quelques soins médicaux disponibles à bord) lors desquelles seront évacués par bateau les patients gravement malades.

En 1943, les Territoires du Nord-Ouest comptaient onze hôpitaux, dont deux contruits par des compagnies minières (Duffy 1988) et les hôpitaux de Churchill, Moose Factory, Cambridge Bay, Moosonee, Inuvik, North West River, Frobisher Bay, Kuujuaq et Povungnituk furent érigés après la deuxième guerre mondiale. On vit donc proliférer de petits centres régionaux servant essentiellement à répondre aux besoins des dispensaires (i.e. chirurgie mineure, maladies chroniques) qui ne suffisaient plus à la tâche (Crowe 1979; Honigmann et Honigmann 1970; Morrison 1985; Wherret 1945). Les évacuations étaient aussi devenues phénomènes courants dans les protocoles médicaux depuis les années '20 pour répondre aux urgences ou aux cas nécessitant des soins particuliers. Durant la deuxième guerre mondiale, celles-ci ont continué à se faire par bateau, mais on commença à procéder à des évacuations par avion (*cf.* Choque 1985b; Duffy 1988). Notons que le développement des ressources médicales au Nord n'est pas étranger aux

mouvements nationalistes et à la nécessaire occupation du territoire stimulés par les deux grandes guerres (cf. Dufour 1983 ; Duffy 1988).

La tuberculose constitue certainement le plus décrit (et décrié) des cas spéciaux d'évacuations médicales puisque, durant les grandes épidémies du milieu du vingtième siècle, les patients autochtones ont été systématiquement évacués vers le Sud⁴. S'ensuivit une période extrêmement difficile qui démembra plusieurs familles, les privant souvent de leurs gagne-pain (Dufour 1983 ; Duhaime 1983). Cette période a vu des situations tragiques car plusieurs patients évacués ne devaient plus jamais revoir leurs familles, soit parce qu'ils mouraient au Sud, soit parce qu'une administration défaillante — et inadaptée à la situation — perdait leurs coordonnées d'origine. L'hospitalisation méridionale devenait synonyme de mort, de disparition certaine ou de réintégration extrêmement difficile dans la communauté et la vie nordique en général.

Il est certain que cette époque a laissé des traces indélébiles dans la mémoire de plusieurs Inuit (i.e. Minnie Aodla Freeman [1979:176] qui se souvient : « ... we were shipped like cargo and meant to behave like cargo ») comme des gens du Sud puisque, même de nos jours, les médias y font encore référence lorsque surgissent des débats sur la question de la santé nordique. Flanders (1987:394-395) a mis le doigt sur une métaphore de la tuberculose qui a l'avantage de dépasser le constat larmoyant et fait un lien original dans l'interface historique des deux cultures au Nord :

« In the end, the control of the disease was as much a sign of the loss of isolation of Native people and the increasing dependence on the federal government, as the original disease was a sign of the slow but sure invasion of the traditional culture by the hidden forces of change. »

Dès le début des évacuations médicales vers le Sud canadien, celles-ci se sont faites vers un certain nombre de grands centres cosmopolites comme Edmonton, Winnipeg, Montréal, Halifax et Québec. Les évacuations ont aussi eu lieu vers certaines villes périphériques comme Hamilton ou Roberval. Voyons maintenant ce qui s'est dit des évacuations et des hospitalisations méridionales dans la littérature afin de faire ressortir non pas la métaphore d'une maladie, mais bien celle du commentaire social.

Des constats et des loupes polarisantes

En parcourant la littérature sur la question de l'hospitalisation méridionale des populations autochtones, force est de constater que les choses vont plutôt mal pour les patients car l'ensemble de la question se présente essentiellement sous la forme d'un compendium de problèmes.

L'insertion des petites institutions hospitalières au Nord ne s'est pas faite, il va sans dire, sans qu'il y ait une certaine période d'ajustement et de négociation culturelle entre les communautés et la direction des institutions. Par exemple, Hutton (1912), dans sa description de l'installation du premier hôpital à Nain (Labrador) au début du siècle, fait état d'une série de transactions et d'aménagements entre le médecin et la communauté au sujet de la structuration des activités et de l'environnement hospitalier. Parmi les sujets abordés, mentionnons les suivants : l'horaire de l'hôpital (cf. aussi Herbert 1984, comme exemple d'une plainte encore fréquemment entendue de nos jours), car les gens ne comprenaient pas pourquoi il fallait être malade seulement durant les heures de travail ; le rôle de l'hôpital en tant que pourvoyeur de services autres que médicaux, car celui-ci représentait l'un des noyaux de la communauté et était souvent étroitement lié aux clercs ; l'alimentation posait aussi des problèmes puisque les gens préféraient quelquefois consommer des « get-well foods » qui n'étaient pas nécessairement du goût du personnel médical (cf. aussi Blake 1973) ; la visite des parents dérangeait peu, mais on ne voyait pas d'un bon œil que l'hôpital serve de foyer d'accueil ou de dortoir ; enfin, les rapports souvent très éloignés entre les différentes façons de concevoir et de traiter la maladie créaient parfois certaines ambiguïtés.

Il ressort somme toute qu'à cette époque, la nourriture des patients était prise en charge par la communauté et que l'éloignement des patients de leur campement d'origine constituait souvent l'occasion d'une réunion entre parents éloignés. D'autre part, lors des grandes épidémies, les conditions socio-sanitaires s'étaient tellement aggravées que certains préféraient même demeurer à l'hôpital (au Nord) plutôt que de retourner dans leurs communautés :

« All this sickness was due to the very poor heating they had in their homes, and some would say that the place where they would like to stay most was at the hospital itself. » (Etuangat 1986:34)

Ainsi, au début du siècle, la diète autochtone faisait partie de l'alimentation dans les hôpitaux nordiques, les parents pouvaient plus ou moins aisément visiter les patients et ces derniers, bien qu'éloignés de leur communauté d'origine, se retrouvaient dans un contexte culturel qui leur était familier. Ce n'est que progressivement, suite à la présence accrue de l'État, que l'hôpital nordique s'est ajusté aux paradigmes institutionnels du Sud : prise en charge progressive du domaine de la santé par le personnel médical importé du Sud, laïcisation des soins, surspécialisation technologique, coalescence du contrôle social et du contrôle sanitaire, hiérarchisation et distanciation des services offerts par l'institution, et diminution progressive de l'intégration aux équipes médicales du personnel hospitalier autochtone, souvent marginalisé (Crowe 1979 ; O'Neil 1986).

Malheureusement, peu de données existent sur la perception qu'ont les patients des institutions nordiques de nos jours. Les seuls commentaires du Nord concernant habituellement la gestion et les conditions de travail du personnel médical (eurocanadien) ou encore le problème général de l'autochtonisation des services. Les usagers ne sont donc que très rarement consultés. Par contre, les commentaires sont beaucoup plus éloquents en ce qui concerne l'hospitalisation méridionale.

De nos jours, les patients inuit doivent encore être évacués vers les grands centres hospitaliers urbains en raison de déficiences en équipements ou en personnel spécialisé au Nord. D'ailleurs, le phénomène est typique pour toutes les régions périphériques, où qu'elles se trouvent. Ces séjours servent habituellement à préciser un diagnostic, à poursuivre un traitement spécialisé ou encore à assurer le suivi d'une thérapie déjà entreprise ou de cas nécessitant des précautions particulières (i.e. les accouchements avec complications).

Les hôpitaux méridionaux étant construits et fonctionnant selon les paradigmes occidentaux cosmopolites (i.e. structuration des activités, spécialisation du travail, hiérarchisation des rapports sociaux...) et situés loin des communautés autochtones, les patients inuit se retrouvent dans un contexte transculturel étranger où la communication est difficile, voire minimale, où les modalités de l'habillement, de l'alimentation et du rythme de vie sont imposées, où le dépaysement, l'isolement et les grandes disparités idéologiques et cognitives créent des situations qui paraissent déposséder les patients de leurs responsabilités et de leurs droits. C'est du moins, *grosso modo*, ce qui ressort de l'ensemble de la littérature et des discours sur la question (voir Stymeist 1976 comme archétype du genre).

Des diverses critiques adressées à l'hospitalisation méridionale des Inuit, deux ressortent clairement par leur fréquence et leur nature englobante: il s'agit des problèmes causés par l'éloignement et de ceux liés aux difficultés de communication. En ce qui concerne l'éloignement, on évoque la possibilité des effets pathogéniques de l'inactivité, de l'ennui ou de la coupure d'avec parents et amis. Dans le deuxième cas, la communication est présentée comme une contrainte majeure dans le contrôle des activités diagnostiques et thérapeutiques ou, plus généralement, comme un élément inhibant toute forme de commensalité.

Quant à l'éloignement (Hughes 1957), l'un des malaises ressentis par les patients, à savoir l'inactivité, est un effet direct de l'hospitalisation elle-même et, à ce titre, se retrouve autant au Nord qu'au Sud. Toutefois, il convient de remarquer que le passage au Sud a tendance à exacerber les problèmes à cause du manque de ressources familiales pour s'occuper.

L'ennui et la coupure d'avec parents et amis sont souvent évoqués dans la littérature. Ross (1985) a poussé sensiblement dans cette même direction en abordant le

choc « physio-psychologique » lié à une perte d'identité et à une séparation d'avec un environnement « prévisible » chez les Spokan âgés en hôpital. Cette approche du problème montre que les discours des intervenants eurocanadiens ont souvent tendance à être plus emphatiques que ceux tenus par les autochtones, premiers concernés pourtant. Il n'est pas question de nier ici que l'hospitalisation provoque effectivement une rupture dans les relations sociales, la littérature sociologique et anthropologique abonde de démonstrations tout à fait pertinentes à ce sujet. Il s'agit simplement de tracer, en quelque sorte, un portrait-robot des arguments prônés par les exégètes de la santé nordique, d'en parcourir la gamme et d'en faire ressortir certaines obsessions cosmopolites occidentales (i.e. la perte d'identité, de contrôle ou de savoir).

Les effets de la coupure d'avec les activités quotidiennes ou d'avec l'ensemble des liens sociaux ont été examinés et l'un des paradigmes majeurs soulignés à ce sujet a trait à l'effet salutogénique (d'aucuns préférèrent utiliser « psychothérapeutique ») du support social.

Un autre lien se dessine donc entre l'hospitalisation et la place du patient dans la communauté. En effet, si le patient est tributaire du support des membres de la communauté, il ne peut être détaché non plus de ses obligations et responsabilités. Donc, si la coupure d'avec parents et amis empêche de partager et de gérer l'expérience de la maladie (ou la joie d'un accouchement), elle provoque aussi un certain stress chez le patient qui doit s'inquiéter de l'alimentation ou du bien-être général de sa famille (cf. Blake 1978; Choque 1985a; Freeman 1978). Le problème est tel que certains Inuit commencent à se demander si les risques impliqués par le refus des évacuations médicales dans certains cas, notamment pour les accouchements avec complications, ne valent pas mieux que l'ennui, la déstabilisation familiale et le stress provoqués par l'hospitalisation méridionale (CBC 1987).

Enfin, Honigmann et Honigmann (1967:162) ont remarqué que l'hospitalisation méridionale constitue en fait une double rupture, quasiment une coupure épistémique, car le patient n'est plus seulement isolé de son environnement social, mais aussi de la vie culturelle cosmopolite ordinaire :

« People surprised us with how little they had gained during their sometimes lengthy sojourns in southern institutions. They recollect a series of sparse, disconnected experiences -horses, cows, and motor traffic; they learned to eat with knife and fork and to sit in chairs; if young enough, they adopted English. But of more subtle aspects of Eurocanadian culture, hospitalization taught them nothing. The insulated institution and its confined routines, in contrast to the town, limit the patient's horizon and curtail his opportunity to try out manifold new ways. »

D'autre part, il semble que les problèmes de communication soient à la base d'un discours centré sur l'idée

de «déportation». Comment veut-on, nous fait-on comprendre, que les autochtones gèrent d'une façon ou d'une autre l'issue des soins dont ils sont les victimes s'ils ne peuvent communiquer adéquatement avec le personnel médical? La barrière des langues empêcherait les patients d'avoir des explications adéquates et de comprendre les procédures médicales ou les technologies nouvelles (cf. Kaufert *et al.* 1985; Projet Nord 1986).

On en arrive donc à une projection et à un discours essentiellement vide de sens mais tout de même cher à de nombreux observateurs du Nord : celui de la nécessité de l'autochtonisation des soins. Comment peut-il en être autrement lorsqu'on nous explique qu'il est tout à fait typique de ce type de rencontre interculturelle qu'il y ait «... the making of unilateral decisions by the professional staff on behalf of the patient...» (Blake 1978:26) ou lorsqu'on nous raconte des épisodes sordides d'une complète aliénation des choix médicaux pour les patients? Le malheur avec ce type d'argument c'est qu'il porte loin — frayant avec la sentimentalité des lecteurs — et qu'il est très difficile à contre-vérifier.

L'autre dimension des problèmes de communication concerne la coupure d'avec toute forme de réseau de support social, ceci s'appliquant non seulement au personnel médical ou aux Inuit au Nord, mais aussi aux Eurocanadiens au Sud. Les analyses nous montrent alors à quel point il est difficile pour les patients de partager leurs expériences avec ceux qui les entourent. Solitude, isolement, coupure deviennent le lot de l'Inuk apeuré par les images, les bruits et les sons étranges qui l'entourent dans un environnement qui ne lui est pas familier, de l'Inuk amoindri par des mœurs qui ne respectent ni ses us, ni ses «superstitions» (Herbert 1984), de l'Inuk confronté à des professionnels froids et distants (Freeman 1978) ou éloigné des «helping spirits» qui pourraient l'aider (Blake 1978).

La liste des problèmes ne s'arrête pas là. L'accent mis sur l'hygiène personnelle de même que sur les vêtements réglementaires est ressenti comme une invasion de la vie privée, une humiliante atteinte aux droits des patients (Blake 1978). On n'a plus accès à ces aliments qui sont de mise lorsqu'on est malade, ou tout simplement on n'est pas capable de supporter ou de digérer cette alimentation exotique des Eurocanadiens. On a parfois quelques problèmes au niveau de l'adaptation aux foyers d'accueil au Sud (Projet Nord 1986). Enfin, certaines interventions médicales subies par le patient auraient entraîné des effets sensibles pour lui lors de sa réintégration dans la communauté :

«People remained disabled for long periods following hospitalization [...] and possibly suffered from the long-term effects of the drugs that were used...» (Flanders 1987:394)

«La majorité des malades de retour ne pouvaient plus s'éloigner du poste ; c'est là en effet qu'ils trouvaient les traitements encore requis, les éléments de la diète prescrite, etc.» (Duhaime 1983:36)

Le tableau n'est pas bien gai en ce qui a trait à l'hospitalisation méridionale. La maladie est une épreuve difficile, le séjour en institution une expérience pénible et le choc culturel un événement traumatisant. De plus, lorsqu'on fait la conjonction de ces trois éléments — maladie, hospitalisation et, de surcroît, dans un milieu étranger — on a une situation apparemment hallucinante qui a un impact non seulement dans le corps de la personne, mais aussi dans son intégrité morale comme dans la structuration de ses rapports sociaux. Il faut le répéter : c'est du moins ce que nous apprend une revue de la littérature portant sur cette question.

Il convient toutefois de remarquer que ces commentaires sur le séjour en institution procèdent exactement du même paradigme que celui que l'on retrouve dans les analyses de la place des Inuit dans le système biomédical ; c'est-à-dire qu'on nous présente les Inuit (et les autochtones en général) comme un bloc monolithique extrêmement démuni devant l'organisation médicale dont ils sont, inévitablement, les victimes. Le corollaire qui en découle veut qu'ils soient incapables de faire face à cette situation, incapables de la gérer. En est-il vraiment ainsi? Peut-on réduire de façon aussi simpliste une réalité pourtant complexe?

LE PROBLÈME, C'EST DE NE PAS RECONNAÎTRE LA QUESTION

Le problème paraît donc assez simple ; chacun brasse son microscope sur les agents du colonialisme et c'est à qui pourra découvrir un coupable. Il semble plutôt facile pour les divers analystes de tomber dans la dénonciation *ex cathedra* lorsqu'ils parlent de l'organisation du système de soins au Nord et de son impact sur les communautés autochtones.

Par contre, on ne mentionne que rarement le fait que les patients apparemment privés de liens communicationnels pouvaient souvent compter sur les services d'autres patients (Freeman 1978) ou de divers Eurocanadiens parlant leur langue (cf. Choque 1985a) pour faire fonction d'interprètes lorsqu'il n'y avait pas encore de services d'accueil formellement établis. On n'écrit pas non plus que les familles n'abandonnaient pas leurs membres malades au Sud sans faire l'effort de les rejoindre car, comme l'écrit Wenzel (1981:12) : « Inuit will go to enormous lengths to establish direct contact with members convalescing outside their home settlement ».

De même, ce n'est que grâce à des observations indirectes qu'on apprend que pour certaines personnes l'évacuation vers le Sud pouvait constituer une sorte de soulagement moral. Choque (1985a) donne l'exemple d'une jeune fille handicapée, incapable de subvenir à ses besoins et pour laquelle la vie au Nord était difficile à supporter. Isa Smiler (1977), d'Inukjuaq, nous apprend pour sa part que c'est au Sud qu'il a commencé à dessiner et à vendre ses productions alors qu'il était hospita-

lisé. Enfin, Duhaime (1983), note que lors des évacuations dramatiques des années 1950, les réseaux d'entraide au Nord ont participé à la réorganisation des efforts pour le soutien des familles décimées. En foi de quoi les patients, tout comme les communautés, réagissent devant l'adversité et mettent en branle leurs ressources.

On peut donc voir qu'une partie de la perception des patients et de leurs activités a été escamotée dans les analyses de leur séjour au Sud. On nous présente volontiers les aspects les plus frappants, les plus spectaculaires et, pourquoi pas, ceux qui font le plus appel à la compassion, alors qu'on ne mentionne pas l'autre côté de la médaille, celle qui est peut-être plus près du quotidien.

La question reste donc entière car un examen rapide des activités des patients Inuit au Sud (magasinage, visites de cordialité ou de support entre eux, contacts sociaux hors de l'hôpital, liens avec la parenté au Nord, etc.) permet en fait souvent d'envisager l'hospitalisation méridionale comme une extension de la vie au Nord (cf. Grondin 1988 pour une description du séjour des Inuit au sud du Québec). Louis-Jacques Dorais (comm. pers.) voit là une analogie avec les anciennes visites aux postes de traite dont on profitait souvent pour faire plusieurs autres choses que la seule traite des fourrures. Bref, les Inuit ne sont pas aussi socialement lobotomisés que le laisse croire la littérature.

Le problème avec les commentaires sur l'hospitalisation urbaine des autochtones, c'est qu'on ne veut pas reconnaître la question implicite suivante: puisque, nombre d'observateurs s'accordent à le dire, les Inuit se sont adaptés à tant de nouveautés en si peu de temps, puisqu'ils ont survécu à tant de bouleversements sociaux et technologiques, pourquoi ne se seraient-ils par adaptés aux effets sociaux des interventions médicales, et même à l'hospitalisation à plus de mille kilomètres de leurs communautés? Pourquoi et pour qui dénonçons-on au juste l'organisation socio-sanitaire? Il y a là de quoi spéculer: en effet, si les Inuit ne s'étaient pas immunisés en quelque sorte contre les agressions du système biomédical et s'ils ne s'étaient pas non plus adaptés au fonctionnement bureaucratique des différentes institutions eurocanadiennes, ils n'apparaîtraient probablement plus sur la carte.

NOTES

1. Cet article est tiré d'une recherche ayant bénéficié du support financier des organismes suivants: le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Fonds FCAR, la Fondation Girardin-Vaillancourt et la Fiduciaire canadienne d'études nordiques. Les conseils judicieux de Serge Genest, de Rose Dufour et de Louis-Jacques Dorais ont été fort appréciés; qu'ils en soient ici remerciés.

2. La distinction «système de médecines»/«système médical» a été établie par Serge Genest lors d'un séminaire gradué portant sur les systèmes médicaux comparés, en hiver 1986 à l'Université Laval. Le premier concept renvoie à un ensemble

organisé de moyens et de recours thérapeutiques gérés par un système de connaissances culturellement défini. Le second renvoie à la conjonction de divers «systèmes de médecine» dans un lieu, une époque et un contexte particuliers.

3. Donc les effets secondaires qu'Illich (1975) identifie conséquemment à la médicalisation de la vie sociale ou à l'omnipotence du pouvoir médical.

4. À titre indicatif, Duffy (1988) note que les Inuit canadiens se retrouvaient dans 24 hôpitaux différents en 1954. Le chiffre paraît élevé mais lorsqu'il est comparé avec les données des années 1980, il ne fait qu'illustrer l'état du développement des ressources socio-sanitaires de l'époque et le fait que les lieux d'évacuation des patients étaient dépendants des variables de transport et de proximité ou de disponibilité des ressources hospitalières. Ainsi, en 1983-84, seulement pour les originaires du Nouveau-Québec, les Inuit se retrouvaient dans 39 hôpitaux différents, dont 19 à l'extérieur de la province (Projet Nord 1986).

RÉFÉRENCES

AVATAQ

1984 Projet sur la médecine traditionnelle, Kuujuaq, Institut Culturel Avataq.

BLAKE, E. A.

1978 *Negotiating Health and Illness: An Inuit Example*, Ph.D., Department of Anthropology, Edmonton, University of Alberta.

BOUCHARD, M.

1980 Rapport d'étude portant sur les évacuations médicales des Inuit en provenance de la Baie-d'Ungava vers les grands centres du Québec, Rapport présenté au Projet Nord, Québec, DSC du CHUL.

BOUDREAU, M. et al

1980 Utilisation des services de santé dispensés par le Centre hospitalier de l'Ungava à la population inuit résidant à Fort-Chimo pendant l'année 1978, Rapport soumis à J. Labbé, Coordonnateur du Projet Nord, Québec, DSC du CHUL.

BRODY, H.

1975 *The People's Land. Eskimos and Whites in the Eastern Arctic*, Markham, Penguin Books.

CBC (Canadian Broadcasting Corporation)

1987 «Have Baby Must Travel», Reportage télédiffusé sur les soins de santé à Eskimo Point, En provenance de Winnipeg dans le cadre de l'émission «The Journal», 22h30, le 8-4-1987, Québec, Canadian Broadcasting Corporation.

CHOQUE, C.

1985a *Joseph Buliard pêcheur d'hommes*, Longueuil, Le Préambule.

1985b *Kajualuk. Pierre Henry, Missionary Oblate of Mary Immaculate, Apostle of the Inuit*, Battleford, Marian Press Limited.

CORDES, P. M.

1985 *Village Health Care: A Summary of Patient Encounters from Alaskan Village Clinics*, In *Proceedings of the 6th International Symposium on Circumpolar Health*, R. Fortune (ed.), Seattle, University of Washington Press, pp.120-124.

- CROWE, K.
1979 Histoire des autochtones du Nord canadien, Collection Cultures amérindiennes, Cahiers du Québec, Ville LaSalle, Hurtubise HMH.
- DESCENT, M.
1986 Traditional Approaches to Health in Nouveau-Québec, Northern Issues, 1(1):23-26.
- DUFFY, R. Q.
1988 The Road to Nunavut. The Progress of the Eastern Arctic Inuit since the Second World War, Montréal, McGill-Queen's University Press.
- DUFOUR, M.-J.
1983 La santé des Inuit: Préoccupation humanitaire ou enjeu politique?, M.A., Département d'anthropologie, Québec, Université Laval.
- DUFOUR, R.
1988a Facteurs socio-culturels associés à l'étiologie de l'otite moyenne chez les enfants inuit du Nouveau-Québec, Thèse de doctorat en cours, Département d'anthropologie, Québec, Université Laval.
1988b Femme et enfantement. Sagesse dans la culture inuit, Québec, Les Éditions Papyrus.
- DUHAIME, G.
1983 La sédentarisation au Nouveau-Québec inuit, Études/Inuit/Studies, 7(2):25-52.
1988 Ni chien, ni loup. L'économie, l'État et les Inuit du Québec arctique, Ph.D., Département de sociologie, Québec, Université Laval.
- ETUANGAT, A.
1986 The Whalers of Pangnirtung, In Recollections of Inuit Elders, Inuit Autobiography Series Number 2, Eskimo Point, Inuit Cultural Institute, pp. 29-34.
- FLANDERS, N. E.
1987 Tuberculosis in Western Alaska, 1900-1950, Polar Record, 23(145):383-396.
- FREEMAN, M. A.
1978 Life Among the Qallunaat, Edmonton, Hurtig Publishers Limited.
- GRONDIN, J.
1988 Évacuations médicales et hospitalisations méridionales des Inuit du Nouveau-Québec. Création et résolution des problèmes, M.A., Département d'anthropologie, Québec, Université Laval.
- HERBERT, P.
1984 Inuit and Health Care. Some thoughts after a few years of nursing in the north, Communication présentée lors du Quatrième Congrès d'Études Inuit, 15-18 novembre 1984, Montréal, Université Concordia.
- HODGSON, C.
1985 «Helplessness» in Medical Crises in the Canadian North, In Comptes-rendus du 12e Congrès annuel de la CESCE (AES, CAMA/ACAM, SAAC), Toronto, Société canadienne d'ethnologie, p. 136.
- HONIGMANN J. J. et I. HONIGMANN
1967 Eskimo Townsmen, Canadian Research Centre for Anthropology, Ottawa, University of Ottawa.
1970 Arctic Townsmen, Canadian Research Centre for Anthropology, Ottawa, University of Ottawa.
- HUGHES, C. C.
1957 Sivuokakh. An Eskimo Village and the Modern World, Ph.D., Cornell University, Ithaca.
- HUTTON, S. K.
1912 Among the Eskimos of Labrador, Toronto, The Musson Book Co.
- ILLICH, I.
1975 Némésis médicale. L'expropriation de la santé, Collection Points, Paris, Éditions du Seuil.
- KAUFERT, J. M. et al.
1985 Advocacy, Media and Native Medical Interpreters, In Advocacy and Anthropology: First Encounters, R. Paine (ed.), Institute of Social and Economic Research, St. John's, Memorial University of Newfoundland, pp. 98-115.
- LABBÉ, J.
1981 La santé au Nouveau-Québec inuit: Réflexions sur les problèmes de santé et le système mis en place pour les régler, Études/Inuit/Studies, 5(2):63-81.
1987 Les Inuit du Nord québécois et leur santé, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec.
- McELROY, A.
1977 Alternatives in Modernization: Styles and Strategies in the Acculturative Behavior of Baffin Island Inuit, New Haven, Human Relations Area Files Inc.
- McELROY, A. et P. K. TOWNSEND
1979 Profile: Culture Change and Inuit Health, In Medical Anthropology in Ecological Perspective, A. McElroy et P. K. Townsend (eds.), North Scituate, Duxbury Press, pp. 338-354.
- MORRISON, W. R.
1985 Showing the Flag. The Mounted Police and Canadian Sovereignty in the North, 1894-1925, Vancouver, University of British Columbia Press.
- MURPHY, N. J.
1987 Review of Yupik Eskimo Traditional Healing Methods: Empirico-Rational and Spiritual/Mental Health Aspects, Arctic Medical Research, 45:52.
- O'NEIL, J. D.
1981a Beyond Healers and Patients: The Emergence of Local Responsibility in Inuit Health Care, Études/Inuit/Studies, 5(1):17-26.
1981b Health Care in a Canadian Arctic Village: Continuities and Change, In Health and Canadian Society, D. Coburn et al. (eds.), Toronto, Fitzhenry and Whiteside, pp. 123-142.
1985 Observations on the «Medicalization» of Inuit Social Life, In Proceedings of the Sixth International Symposium on Circumpolar Health, R. Fortuine (ed.), Seattle, University of Washington Press, pp. 419-422.
1986 Politics of Health in the Fourth World: A Northern Canadian Example, Human Organization, 45(2):119-128.
- PROJET NORD
1986 Les services médicaux du Québec arctique: Analyse de la problématique et recommandations. Rapport d'étape, Janvier 1986, Projet Nord, Québec, DSC du CHUL.
- ROSS, J. A.
1985 Some Sociomedical Consequences of Hospital-Induced Anxiety Amongst Traditional Spoken, In Comptes-rendus du 12e Congrès annuel de la CESCE (AES, CAMA/ACAM, SAAC), Toronto, Société canadienne d'ethnologie, p. 135.

SAMPATH, H. M.

1987 Missionnaires, Medicine, and Shamanism in the Canadian Eastern Arctic, *Arctic Medical Research*, 45:65.

SIMARD, J.-J.

1982 La révolution congelée: Coopération et développement au Nouveau-Québec inuit, Ph.D., Département de sociologie, Québec, Université Laval.

SMILER, I.

1977 Inukjuak, Inuktitut, été/automne: 45-92.

STYMEIST, D.

1976 Indian Health in the North, In *The Patterns of « Amerindian » Identity*. M.-A. Tremblay (ed.), Québec, Les Presses de l'Université Laval, pp. 237-278.

TURNER, L.

1979 *Indiens et Esquimaux du Québec*, Westmount, Desclé Éditeur.

WENZEL, G. W.

1981 Inuit Health and the Health Care System: Change and Status Quo, *Études/Inuit/Studies*, 5(1):7-15.

WHERRETT, G. J.

1945 Survey of Health Conditions and Medical and Hospital Services in the Northwest Territories, *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 11:49-60.