Document généré le 13 juil. 2025 06:02

Anthropologie et Sociétés

Les Inuit en ville. Communication et fictions autour des soins interculturels

Jacques Grondin

Volume 14, numéro 1, 1990

Culture et clinique

URI : https://id.erudit.org/iderudit/015112ar
DOI : https://doi.org/10.7202/015112ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)
1703-7921 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Grondin, J. (1990). Les Inuit en ville. Communication et fictions autour des soins interculturels. *Anthropologie et Sociétés*, *14*(1), 65–81. https://doi.org/10.7202/015112ar

Résumé de l'article

Les Inuit en ville

Communication et fictions autour des soins interculturels

La majorité des commentaires concernant les transferts médicaux des Inuit présument une adaptation difficile au contexte des soins. Par contre, un examen rapide des activités des patients au Sud permet de constater que ces analyses évoquent de faux problèmes et minimisent l'impact des réseaux de communication.

Tous droits réservés © Anthropologie et Sociétés, Université Laval, 1990

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LES INUIT EN VILLE
Communication et fictions autour des soins interculturels

Jacques Grondin

Les patients inuit doivent souvent être dirigés vers les centres hospitaliers urbains en raison du manque d'équipement ou de personnel spécialisé au Nord, et ce malgré qu'il y ait au Nouveau-Québec deux hôpitaux (à Povungnituk et à Kuujjuaq). Ces séjours servent habituellement à préciser un diagnostic, à poursuivre un traitement spécialisé ou à assurer le suivi soit d'une thérapie déjà entreprise, soit de cas nécessitant des précautions particulières (comme les accouchements avec complications). Le texte qui suit présente une synthèse des résultats d'une recherche effectuée entre 1985 et 1987 auprès de plus de 130 patients inuit hospitalisés dans la région de Québec[1]. L'observation participante ainsi que des entrevues ouvertes et structurées ont été mises à contribution afin de dégager un portrait des activités des patients au Sud et de leur perception du séjour[2]. Pour ce faire, les concepts d'interaction communicationnelle (Sigman 1987) et de stratégies d'affrontement des problèmes (Corin 1984) ont été privilégiés afin de dégager la finalité et la dynamique des rapports entre les divers acteurs.

Les Inuit du Nouveau-Québec sont hospitalisés aussi bien au Québec qu'à l'extérieur de la province. Ainsi, en 1983-84, 95 % des hospitalisations ont nécessité un transfert aérien vers un hôpital autre que celui de Kuujjuaq[3] et

1. Cette recherche a 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. Je suis redevable à S. Genest dont l'expertise et le support continu ont été essentiels à toutes les étapes de la démarche, à L.-J. Dorais pour sa connaissance approfondie du milieu et des Inuit, ainsi qu'à F. Saillant pour les commentaires qu'elle a apportés au texte.

2. La recherche a été possible grâce à la participation du personnel du Projet Nord du DSC du CHUL et facilitée par le fait que, durant la période de l'enquête, je travaillais pour le Service aux patients. En plus des patients, il m'a été possible d'effectuer des entrevues auprès du personnel médical, des interprètes inuit, des patients non autochtones, des hôtes des foyers d'accueil, des accompagnateurs et du personnel travaillant à l'aéroport de Québec (gardes de sécurité, hôtesses de l'air). En tout, près de 150 personnes (ce chiffre inclut seulement les patients autochtones, les interprètes et le personnel médical) ont été rencontrées individuellement ou en groupe pendant des périodes variant d'une à huit heures, la durée moyenne étant d'environ une heure et demie. La plupart des patients rencontrés venaient des six villages de la baie d'Ungava (122/137), il y avait plus de femmes que d'hommes (64 %), et la majorité (56 %) était âgée de 11 à 40 ans.

3. De ce nombre (888), il faut soustraire 112 nouveau-nés et un nombre indéterminé (mais relativement limité) de transferts d'hôpitaux puisqu'un séjour dans deux hôpitaux compte pour deux hospitalisations, mais pour un seul déplacement. Les statistiques sont tirées du rapport publié par le Projet Nord en 1986.

934 hospitalisations ont été comptabilisées au Québec, comparativement à 431 ailleurs au Canada. Par ailleurs, cet écart augmente vu le nombre accru de transferts vers Montréal. Les hospitalisations au Québec ont lieu essentiellement à Kuujjuaq (51 %), Montréal (25 %) et Québec (18 %). Viennent ensuite Chisasibi (4 %) et quelques hôpitaux régionaux (2 %) tels ceux de Rimouski, Amos, Val-d'Or ou Rouyn-Noranda. La répartition spatiale de tous les déplacements des patients inuit du Nouveau-Québec suit à peu de choses près la même distribution que les hospitalisations ; en règle générale, les patients de la région de la baie et du détroit d'Hudson sont dirigés vers Montréal, et ceux de la baie d'Ungava, vers Québec[4]. En 1984, environ 1 163 transferts ont été enregistrés, soit un taux de 195 ‰[5].

Les patients peuvent être accompagnés d'une infirmière si leur état de santé nécessite des soins à bord de l'avion ou d'une autre personne si leur âge ou un handicap l'exige. Ils sont accueillis à leur arrivée à Montréal par un représentant du SAVI (Service d'accueil aux voyageurs et immigrants) et à Québec par un accompagnateur du Service aux patients, sauf dans les cas où ils arrivent en civière par les lignes aériennes ordinaires ou par l'avion-ambulance. Ils sont alors reçus par un service ambulancier. Les patients qui ne doivent pas être hospitalisés immédiatement sont conduits dans un foyer d'accueil[6]. À Québec, les infirmières du Service aux patients constituent le pivot de l'organisation[7] puisque avant, pendant et après le séjour des patients au Sud, elles planifient les rendez-vous et établissent la communication entre les infirmières des dispensaires nordiques et le Service aux patients à Kuujjuaq, puis le personnel hospitalier et les spécialistes au Sud.

Divers problèmes d'ordre psychologique ou socio-culturel ont été associés à l'hospitalisation des Inuit au Sud. Plusieurs textes traitent, par exemple, du stress des patients s'inquiétant du bien-être de leur famille, de leurs difficultés d'adaptation aux foyers d'accueil ou de leurs problèmes de communication avec le personnel médical (voir Blake 1978 ; Choque 1985 ; Freeman 1978 ; Hughes 1957 ; Projet Nord 1986). Honigmann et Honigmann (1967) ont souligné, pour leur part, la double rupture subie par le patient, isolé de son environnement social habituel comme de l'environnement culturel du Sud. L'Inuk serait apeuré par les images, les bruits et les sons étranges l'agressant en milieu hospitalier. Il verrait ses « croyances » bafouées, il serait privé du support des esprits protecteurs ou soumis à des professionnels froids et distants (Blake 1978 ; Freeman 1978 ; Herbert

4. Par contre, à partir de 1988, tous les transferts vers Québec ont été redirigés vers Montréal d'où s'effectue désormais l'organisation des services aux patients. De plus, il faut noter que l'analyse sociale des déplacements de patients inuit effectuée ici n'est valide que pour la période de la recherche dans la ville de Québec, puisque l'organisation des services n'était pas la même à Montréal, et que le degré de satisfaction du personnel comme des patients était aussi différent (voir Projet Nord 1986).
5. Ce chiffre inclut les transferts n'ayant pas impliqué une hospitalisation.
6. On comptait sept foyers d'accueil à Québec entre 1985 et 1988. Le nombre d'Inuit dans les foyers variait de un à trois. Il n'y avait au Sud qu'une seule maison de transit pouvant accueillir une dizaine de personnes à la fois, mais celle-ci — l'Inuit House, fondée en 1985 par le Conseil régional Kativik — était située à Montréal, près de l'aéroport de Dorval.
7. À Montréal, c'est le Module du Nord québécois.

1984). L'accent mis sur l'hygiène personnelle de même que sur l'accès direct au corps serait vécu comme une invasion de la vie privée et le patient ne serait pas en mesure de consommer les aliments de mise lorsqu'il est malade ou il ne pourrait pas supporter une alimentation qui n'est pas la sienne *(ibid.)*.

De façon générale, les écrits des professionnels et des scientifiques sur la question de l'hospitalisation des autochtones canadiens ont tendance à présenter ceux-ci comme les victimes d'un système qui les exploite; on retrouve cette tendance tiers-mondiste en filigrane de nombreuses recherches ayant porté sur l'hospitalisation interculturelle (voir Leininger 1979; Sampson 1982). Dans ces recherches on attache généralement plus d'attention aux attitudes et comportements du personnel médical ou à l'organisation socio-sanitaire qu'aux patients, ce qui donne lieu à deux prises de position : d'une part, on affirme le caractère hégémonique du système biomédical ainsi que ses effets aliénants et, d'autre part, on prône la « culturalisation » des soins. Ces avenues sont plus différentes qu'elles ne le paraissent de prime abord car les critiques de l'idéologie biomédicale insistent essentiellement sur les déficiences des structures de l'organisation et du modèle biomédical, tandis que les tenants de la « culturalisation » ne remettent que rarement en question les préceptes de la logique du système biomédical. Ces recherches ne nous renseignent que très peu sur le point de vue des patients. La liste de problèmes auxquels ils sont confrontés donne une idée de la qualité de leur séjour, mais il est manifeste que celui-ci est loin d'avoir été présenté de façon neutre. Sans vouloir réfuter l'existence d'un certain marasme, il nous semble nécessaire de chercher à rendre compte de la complexité de la dynamique interculturelle, ainsi que de la capacité d'ajustement des populations autochtones.

Avec cet objectif en proue, cet article vise à mettre en place quelques balises de façon à revoir certains mythes générés par la littérature scientifique et par des critiques biaisées de la réalité des rapports Nord-Sud. La première partie présente un survol de certains changements comportementaux observés chez les patients lors des transits méridionaux. Sont ensuite abordées la structuration des réseaux de support social et la question de l'apprentissage des patients. Enfin, la dernière partie interprète les commentaires entourant les transferts médicaux des Inuit et propose un cadre d'analyse différent pour saisir le contexte des soins dans le Québec méridional.

L'ajustement au Sud

Les transferts médicaux vers le Sud provoquent quelquefois des problèmes pour les patients comme pour leur parenté au Nord. Il arrive en effet qu'ils soient décidés si rapidement que les patients n'ont pas le temps de préparer leur départ. Survient alors pour certains l'urgence de trouver une personne pour s'occuper des enfants, tandis que d'autres doivent se procurer l'argent ou les vêtements de rechange nécessaires avant de prendre l'avion. Le manque de liquidités pose notamment un problème immédiat lorsque la personne déplacée est soutien de famille. Au Sud, les parents inuit se font du mauvais sang pour leur famille et les plus âgés craignent que la zizanie s'installe en leur absence. Le passage des

patients au Sud constitue un éloignement de leurs activités principales et peut être perçu comme une rupture, mais il peut tout aussi bien être vécu en continuité avec celles-ci. D'ailleurs, au moins deux types de contraintes, liées à l'organisation même de la vie au Nord, pèsent souvent sur les patients de façon qu'ils ne s'éloignent pas trop de leurs obligations sociales.

Le premier type de contraintes agit notamment sur les patientes et renvoie au harcèlement perpétuel que certaines d'entre elles subissent de la part de leurs conjoints. Ces derniers téléphonent à toutes heures du jour pour leur reprocher de laisser leurs enfants sans soins alors qu'elles prennent, disent-ils, des vacances; ou bien ils laissent libre cours à leur jalousie en les accusant de se donner à n'importe qui ou en décrétant qu'elles vont se saouler dans les bars. Les femmes qui ont à subir ces agressions doivent se justifier continuellement, même si elles sont à l'hôpital. Par contre, d'autres femmes ou enfants vivant des situations familiales tendues trouvent un certain répit au Sud. Le deuxième type de contraintes est plutôt de type ouvert; le séjour au Sud représente le cumul de plusieurs activités, tout comme autrefois l'arrêt dans les postes de traite comportait autre chose que le seul commerce et permettait d'aller visiter l'infirmière ou la parenté, de faire des emplettes ou de transmettre des informations[8]. Ainsi, les patients qui descendent au Sud sont souvent priés, sinon obligés, de faire des achats, de porter des messages ou d'effectuer certains visites de cordialité.

Les patients profitent de l'occasion, lorsqu'ils le peuvent, pour acquérir toutes sortes de produits qu'ils ne trouvent pas au Nord (pièces mécaniques, livres, alcool), pour eux ou pour les autres, et s'approvisionnent en denrées communes au Nord, mais beaucoup moins chères au Sud[9]. La ville représente également un marché potentiel pour la production locale : fourrures, bijoux, vêtements et sculptures y trouvent quelquefois un acheteur. C'est aussi un lieu obligé des réunions à caractère politique ou des conseils de direction auxquels certains Inuit doivent participer; quelques-uns n'hésitent pas à maximiser ces séjours à caractère officiel en les faisant coïncider avec des rendez-vous à l'hôpital. De même, le Sud constitue un carrefour, un point de chute des Inuit provenant des différentes communautés nordiques (patients, travailleurs ou migrants urbains) et permet à ceux-ci d'entrer en contact avec des gens qu'ils voulaient parfois voir depuis longtemps mais que les circonstances n'avaient pas permis de retrouver avant, de rencontrer des parents vivant dans des communautés éloignées ou bien des Québécois ayant déjà travaillé au Nord et repartis depuis belle lurette. Certains profitent de leur passage pour aller voir des films, des spectacles ou des activités sportives. Durant la période de cueillette des données, un patient a pris quelques jours de vacances avec sa femme tout en continuant ses examens à l'hôpital. Il n'en demeure pas moins que si les patients inuit espèrent généralement ne pas demeurer trop longtemps au Sud, plusieurs désirent en fait y venir, pour une raison ou pour une autre.

8. L.-J. Dorais, communication personnelle.
9. Ce qui, règle générale, constitue une épargne d'environ 40 %, selon l'indice des prix calculé par Duhaime (1987 : 94).

Werner (1983 : 23-24) montre comment l'institutionnalisation a, en général, un caractère iatrogène car elle agresse les patients à trois niveaux : dans leur « territoire de convivialité », leur « territoire privé » et leur « territoire corporel ». Toutefois, en rester là serait faire violence à la grande capacité adaptative de gens qui ont l'habitude de récupérer ces espaces et de les redéfinir. À titre d'exemple, il est fréquent que les gens vivant le plus intensément le passage au Sud et en institution hospitalière comme une rupture reconstruisent dans leurs discours des liens avec le Nord. Ainsi, les plus taciturnes deviennent particulièrement éloquents lorsqu'il est question de leur vie au Nord, de leur travail, de leur famille. Certains d'entre eux continuent parfois de suivre le cycle des activités nordiques ; ils deviennent, par exemple, nostalgiques lorsque arrive la saison de la pêche ou de la chasse. Ils reproduisent en quelque sorte un discours sur les activités nordiques.

À l'hôpital, aussi bien qu'au foyer d'accueil, les patients ont tendance à recréer un espace privé où ils continuent certaines de leurs activités quotidiennes et où ils s'isolent de l'environnement public qui leur est imposé. La chambre, bien que partagée, représente un lieu où les attaches personnelles sont évidentes. La Bible, tout près du lit, les autres effets personnels et la télévision constituent autant de marqueurs territoriaux pour ces patients. De même tiennent-ils souvent à porter sur eux une partie de leurs effets personnels lorsqu'ils sont hospitalisés. Le retrait vers la chambre permet une distanciation d'avec les autres patients et le personnel médical. Les endroits publics sont peu fréquentés en institution et les rapports avec les autres patients se limitent aux voisins de chambre. Les visites entre patients inuit de même que le travail manuel (couture, tricot) se font aussi dans les chambres, tout comme les visites sociales ou professionnelles des interprètes, ce qu'illustre ce commentaire :

> I went to visit S. in the hospital. We were in the recreation room and she was very shy and kept here eyes down all the time and didn't answer me. So, I was going away when she ran after me and took me to her room because she wanted to talk... She wouldn't stop talking after that !

Les activités manuelles constituent l'occasion d'une reproduction de l'espace social. Le travail sert d'échappatoire au stress et permet de meubler le quotidien, de justifier des visites dans les magasins pour se procurer du matériel ou d'entrer en contact avec les autres patients ou les gens des foyers d'accueil grâce à un intérêt partagé. Par ces travaux manuels, les femmes semblent en général s'adapter et créer des liens beaucoup plus facilement que les hommes. Toutefois, la reconstruction d'espaces privés ou sociaux n'est pas toujours facile, particulièrement pour les femmes qui accouchent au Sud. Premièrement, il leur est difficile de recréer un espace social lorsqu'elles sont obligées de vivre seules un événement symboliquement et socialement significatif comme l'accouchement. Deuxièmement, celles qui viennent d'accoucher, bien qu'elles ne soient pas malades, sont beaucoup moins mobiles que plusieurs autres patients. Troisièmement, il leur est difficile de créer un espace privé lorsqu'elles partagent des chambres avec des Québécoises qui font des lieux un prolongement de leur propre milieu domestique : une Inuk rencontrée bénéficiait de très peu d'espace pour circuler car la femme avec laquelle elle partageait sa chambre avait exposé tous

ses cadeaux le long des fenêtres et sur toutes les tablettes disponibles et agissait comme une hôtesse fort occupée lorsqu'elle recevait sa nombreuse parenté. On s'y serait cru chez elle, dans son salon.

L'alimentation est un sujet fréquent de plaintes. Plus souvent qu'autrement, ces plaintes ont trait à l'accessibilité relative de la nourriture autochtone ou bien au fait qu'elle ne soit pas très variée (surtout de la viande de caribou et rarement du poisson). Les réactions sont parfois très fortes, particulièrement chez les personnes âgées qui, découragées, vont pleurer ou refuser tout simplement de se sustenter. Par ailleurs, il arrive aussi que certains patients devant suivre une diète spéciale comprennent mal de ne pas avoir accès à la même nourriture que les autres. Par contre, d'autres perçoivent le changement d'alimentation comme une variation fort appréciée de leur diète habituelle. De même, certains patients peuvent adopter des comportements différents. Ainsi, il arrive souvent que les jeunes cessent de fumer durant leur séjour afin d'éviter les commentaires des adultes qu'ils rencontrent au Sud ; ils se conforment, dans ce cas-ci, à des codes moraux différents. À la limite, l'ajustement au Sud peut aussi constituer un véritable déplacement paradigmatique, donc une transformation profonde de la façon de vivre : par exemple, un homme allait boire à chaque occasion qui lui était offerte lorsqu'il venait au Sud, tandis qu'au Nord il ne touchait jamais une goutte d'alcool[10].

Divers changements concernant le vêtement ou les attitudes sont observables. Les patients arrivent souvent endimanchés, arborant leurs plus beaux atours ; ceux qui n'en ont pas l'habitude saisissent rapidement les règles d'utilisation des nombreux ustensiles ou des poses en vigueur autour de la table ; ils demandent la permission de fumer dans certains endroits (dans les salons ou en automobile) ; ils adaptent leurs façons d'être selon les personnes qu'ils doivent rencontrer, distants et réservés devant les uns, chaleureux et amicaux avec les autres. Ces changements, bien que banals en apparence, illustrent certaines des adaptations auxquelles ont recours les patients afin de minimiser les heurts entre systèmes de valeurs ou d'habitudes.

Lorsque arrive l'heure du retour, il est typique que les patients de l'hôpital ne soient pas prêts, contrairement à ceux des foyers d'accueil qui attendent fébrilement l'arrivée de leur accompagnateur. Ceci est probablement attribuable à un glissement de la structuration du temps en hôpital. Alors que, de prime abord, cette restructuration du rythme de vie pourrait être perçue comme une agression additionnelle du système biomédical, c'est au contraire un mouvement adaptatif de la part des patients qui repensent autrement la suite des jours et des nuits, qui recréent un ordre leur permettant d'atténuer le stress de l'hospitalisation.

Par ailleurs, la transition Nord-Sud n'est pas toujours brutale et se fait souvent de façon graduelle. Dans ce cas, le patient qui arrive au Sud doit se mettre peu à peu au rythme des rouages dans lequel il est inscrit, tout comme il devra faire les ajustements nécessaires pour se préparer à son retour au Nord. Une façon efficace pour effectuer ce passage semble être l'installation d'une routine.

10. Cette anecdote, racontée par les interprètes médicaux aux gens qui le connaissaient au Nord, était tout le temps reçue avec incrédulité. Il s'agit peut-être ici d'un élément du folklore urbain des Inuit.

On reproduit, en quelque sorte, un micro-environnement social familier comme dans les communautés nordiques. Ainsi, les patients aiment généralement retourner dans les foyers qu'ils connaissent déjà, certains préférant même faire des compromis (comme ne pas avoir une chambre à eux) plutôt que loger dans un foyer inconnu. Ils limitent ainsi les imprévus : ils savent où trouver les magasins qu'ils visitent, n'ont plus peur de se perdre et situent aisément les autres foyers ou hôpitaux. Les patients souhaitent fréquemment revoir le médecin qu'ils ont l'habitude de consulter et aiment reconnaître les infirmières du Service aux patients, les interprètes et les accompagnateurs.

Si certains pré-adolescents ont des difficultés à s'adapter au Sud, vivant difficilement cette séparation d'avec leur famille, d'autres au contraire souhaitent étirer leur séjour après avoir été traités. Ils s'y sont faits des complices et aimeraient s'y installer car la vie leur semble plus facile. Les jeunes reçoivent parfois des cadeaux dans les foyers d'accueil, ils y ont leur propre chambre, ils ne sont redevables à personne et ils sont emmenés en visite. Par contre, il est plus facile pour eux de s'identifier au Sud s'ils ne sont pas très malades, et ceux qui ont des problèmes familiaux semblent beaucoup plus enclins à rechercher ailleurs la solution de leurs malaises. Plusieurs patients doivent aussi se réadapter au Nord après leur séjour méridional, particulièrement quand ce dernier s'est prolongé. Certains en profitent alors pour se remettre à parler en inuktitut, perdant même parfois la facilité qu'ils avaient acquise à discuter en anglais, tandis que d'autres se font à l'idée qu'ils devront retourner à leurs « vieilles » activités au Nord.

Réseaux d'aide et communication

L'hospitalisation méridionale a pour effet immédiat de séparer le patient de son réseau habituel de support social. Toutefois, divers moyens sont privilégiés au Sud soit pour activer ce réseau à distance, soit pour lui trouver un complément. Cette compensation consiste à activer un réseau de support formé de membres auxquels le patient n'a pas normalement recours. À cet effet, l'une des premières choses que font les Inuit en arrivant au Sud est de demander s'il y a d'autres Inuit en ville, combien, qui et où ils sont. Des liens forts s'établissent entre les patients inuit : ils se donnent un appui moral, se conseillent, ceux qui parlent anglais servent d'interprètes aux unilingues, ceux qui sont handicapés peuvent compter sur l'aide des autres patients pour se déplacer, ils magasinent ou travaillent ensemble, se visitent et s'entraident financièrement.

Les chambres des patients deviennent parfois un lieu d'effervescence où on discute des problèmes médicaux des uns, des difficultés financières des autres, des activités possibles, des lieux à voir, des rapports avec les personnes travaillant dans l'organisation qui les accueille au Sud et de la vie domestique ou professionnelle au Nord. Le lieu privé se transforme en lieu communautaire et l'information y circule constamment. Lorsque des patients se trouvent en état de crise, comme dans les cas où ils ne peuvent plus gérer seuls leur maladie ou leur ennui, c'est parfois simplement dans l'identification macrosociale qu'ils trouvent la source la plus immédiate de réconfort ; en ces moments, ce n'est plus la

communauté de support qui les aide le plus, c'est parfois le simple fait de voir un autre Inuk :

> The worst thing is really when there are no other Inuit... that's worst than if the family is not there... when I saw the other woman [inuit] through the window [de la pouponnière] it gave me strength... it gave me really a lot of courage... and I was happy.

Évidemment, ce type d'identification ne suffit pas toujours et quelques patients ont préféré retourner au Nord avant de prendre des décisions importantes, comme entreprendre une chirurgie majeure ou risquée.

Par ailleurs, les patients inuit ne limitent pas leurs contacts qu'entre eux. En effet, plusieurs créent des liens d'amitié avec les patients québécois partageant leurs chambres et les problèmes de communication sont souvent résolus par la gestuelle ou par l'intermédiaire de tiers s'improvisant interprètes. Par exemple, une patiente québécoise plaidait auprès de l'infirmière du Service aux patients lorsqu'elle avait l'impression que les infirmières de l'hôpital rudoyaient la vieille Inuk unilingue qui partageait sa chambre.

Les autres Québécois ayant des rapports continus avec les Inuit de passage au Sud sont essentiellement des gens ayant déjà travaillé au Nord, donc connus des gens du village où ils œuvraient. Il arrive aussi que les patients puissent bénéficier d'un appui spontané de gens qu'ils ne connaissent pas (tels les voisins des foyers d'accueil ou les personnes voyageant à bord du même avion qu'eux). Ils recherchent aussi l'aide morale, physique ou financière du personnel du Service aux patients; les familles des foyers d'accueil, les interprètes et les infirmières unissent leurs efforts pour faciliter leur séjour au Sud. Bref, ce dernier se présente comme le tissage d'une série de rapports sociaux destinés à minimiser les contraintes pesant sur les patients.

Par ailleurs, la réactivation du groupe habituel de support social des patients est facilitée par la mise sur pied d'un réseau de communication Nord-Sud. Les infirmières du Service aux patients communiquent régulièrement avec les dispensaires nordiques au moyen d'un télécopieur et du téléphone. Les informations peuvent ainsi être retransmises aux familles des patients par les infirmières des dispensaires. Ensuite, le Service aux patients fait parvenir des nouvelles des patients au réseau nordique de la Société Radio-Canada à Montréal, qui les diffuse quotidiennement. Plusieurs personnes, et non seulement les familles concernées, écoutent régulièrement cette émission radiophonique; le séjour des patients devient alors un événement partagé par la communauté dans son ensemble, la maladie devient presque « mass-médiatisée ».

Ces services sont caractérisés par un déséquilibre de la communication, car l'information circule beaucoup plus du Sud vers le Nord que l'inverse. Pour compenser cet écart médiatique, les patients ont recours à un réseau informel de circulation de l'information par téléphone ou par colis. Des contacts Nord-Sud s'établissent souvent par le biais de patients qui retournent au Nord, qui viennent au Sud ou qui ne sont qu'en séjour de courte durée. Il s'instaure donc un réseau de messagers entre patients, suppléant ainsi à l'éloignement. Mais il y a plus, car si les patients messagers créent des liens entre les patients et leurs familles, ils

établissent aussi des ponts entre les autres Inuit qui travaillent en ville et les familles et amis de ceux-ci. Ce service de « messagerie » parallèle procède d'un réseau actif de circulation de biens et d'informations.

Si les communications à distance servent surtout à transmettre des informations, elles constituent aussi un moyen par lequel les personnes concernées au Nord peuvent plaider ou négocier pour le patient au sujet des soins ou de l'organisation d'accueil. La mère d'un enfant téléphone au Service aux patients parce qu'elle a l'impression que sa fille ne reçoit pas les soins nécessaires, que les gens ne s'occupent pas adéquatement d'elle. Une autre téléphone dans un foyer d'accueil pour s'assurer que son fils y aura une place lorsqu'il viendra à Québec, elle s'arrangera pour faire coïncider la date du transfert de son fils avec le moment où le foyer sera disposé à l'accueillir. Une personne ayant blessé deux enfants lors d'un accident au Nord téléphonait régulièrement à Québec pour discuter avec eux, suivre leur état de santé et leur offrir de l'aide.

La gravité de la maladie, la mobilité du patient, son âge, la durée du séjour, ses compétences linguistiques et sa capacité à transiger avec les Québécois sont quelques-uns des paramètres définissant l'étendue et la composition des réseaux de support, une partie de l'espace convivial dans lequel circulent les patients. Le réseau de communication est aussi affecté par le nombre de patients présents en ville (plus il y a de gens, plus il est actif), par le sexe (les femmes s'expriment beaucoup plus que les hommes au Sud), par la personnalité des acteurs (certains relais sont coupés par des patients qui cherchent à s'isoler, et les divers intervenants au Sud ont aussi leurs préférences par rapport à certaines personnes) et, bien sûr, le degré d'isolement puisque certains hôpitaux et foyers sont plus difficiles d'accès. Certains patients socialement stigmatisés traînent avec eux une réputation qui affecte leurs relations au Sud : il y a une sélectivité qui s'opère dans le réseau de support et de convivialité des patients. Cette sélection affecte aussi les foyers d'accueil, les interprètes ou les individus prônant des orientations sociétales différentes (par exemple, des gens associés à des groupes d'intérêt opposés).

Les rapports entre les personnes âgées et les plus jeunes semblent empreints d'une certaine rigidité. Ces derniers, lorsqu'ils jouent le rôle d'interprètes, refusent d'aborder certains sujets, tels la propreté ou la personnalité, qu'ils considèrent offensants pour l'aîné. De même, ils sont souvent disposés à écouter les histoires des plus âgés, mais peu enclins à aborder des questions trop personnelles (comme les problèmes de santé). Il semble donc exister une dissymétrie dans les rapports, ce qui affecte nécessairement le contenu des relations de support : les personnes âgées sont celles qui s'ennuient le plus, semble-t-il, mais ce sont en même temps celles qui reçoivent le plus de visites.

La connaissance de plusieurs langues permet aux patients, du moins idéalement, d'avoir des contacts avec plus de gens, de pouvoir apprendre plus de choses, de meubler leurs temps libres et d'avoir un meilleur contrôle du transfert d'informations lors de la rencontre avec le médecin ou les infirmières. Il semble aussi que les Inuit ayant une certaine familiarité des modèles comportementaux en vigueur au Sud (qu'ils parlent ou non l'anglais) soient plus en mesure de critiquer et de négocier les soins qu'ils reçoivent. Ils sont aussi parfois plus directifs lors de

la rencontre avec le personnel médical, posent plus de questions, sont plus précis et plus exigeants ; un peu comme s'ils étaient en même temps plus au fait de la marge de manœuvre qui leur est impartie dans le système médical. Il se peut aussi fort bien que leurs réseaux d'aide ou que leurs parcours thérapeutiques diffèrent considérablement de ceux qui n'ont que peu de relations avec les Québécois. Un cas a été observé récemment lorsque les membres d'une famille inuit influente sont venus au Sud et sont allés protester directement auprès du directeur général d'un grand hôpital pour que l'un de leurs parents hospitalisé puisse bénéficier de meilleurs soins infirmiers (ils critiquaient notamment le fait que les infirmières étaient toutes francophones et exigeaient le transfert du patient dans un centre hospitalier anglophone).

Les femmes semblent beaucoup plus portées à parler entre elles de leurs maladies et des soins qu'elles reçoivent que les hommes. Ces discussions permettent de prendre du recul, d'échanger des connaissances et d'évaluer, en quelque sorte, les soins médicaux. De même, plusieurs intervenants soulignent que les femmes et les personnes âgées sont celles qui posent le plus de questions lors des consultations. Il y a donc une nette variation des réactions des patients aux soins reçus.

Les patients doivent parfois traiter avec trois personnes (le médecin, l'infirmière et l'interprète) lors de la consultation, ce qui transforme pratiquement celle-ci en rapport public et accule certains d'entre eux au mutisme. Par contre, cette rencontre à plusieurs contrebalance parfois la relation de pouvoir pouvant exister en consultation privée.

Les interprètes ont parfois des problèmes à comprendre les dialectes des patients, ne possèdent pas le savoir médical ou anatomique requis ou filtrent la communication. Les raisons invoquées pour justifier ce filtrage vont du respect de la personne au besoin de lui éviter des soucis inutiles. Une interprète ne voulait pas dire à un patient qu'il allait mourir, afin qu'il puisse l'apprendre au Nord près des siens. Dans un autre cas, l'interprète exagérait la distance patient-médecin en traduisant : elle commençait ses phrases par « le Blanc dit que... » *(Qallunaaq uqarpuq...)* au lieu de traduire, comme c'était le cas, « le médecin pense que... » *(aanniasiurtimarik isumaturitsivuq...)*. Si la connaissance de l'anglais, ou du français, constitue un atout essentiel dans certaines occasions, l'inuktitut semble parfois la seule clé possible pour déverrouiller certaines contraintes. Il semble que le simple fait d'entendre de l'inuktitut puisse être rassurant pour de très jeunes patients. Il en est de même pour ceux dont l'état est grave. En effet, la présence des interprètes sécurise les patients puisqu'ils peuvent compter sur au moins une personne capable de se faire comprendre efficacement du personnel médical si leur état de santé empire.

Si l'information circule malgré les contraintes linguistiques, il faut noter que les patients ont recours à une série de mesures ponctuelles pour pallier les limites imposées par le langage ; la communication verbale est compensée par le langage corporel ou remplacée par le partage d'activités récréatives ou religieuses. La communication non verbale prend une place particulièrement importante pour les personnes âgées unilingues : on embrasse pour remercier, pour exprimer son accord, on touche, on palpe, on pointe du doigt, on fait des signes, les yeux

répondent, bref, le corps parle. Une vieille dame unilingue arrivait à faire rire tout le monde parce qu'elle rigolait tout le temps, parce qu'elle voulait tout toucher, parce qu'elle s'apitoyait sur les autres patients ; elle était très loin de l'image de la pauvre Inuk transplantée et perdue dans un milieu qu'elle ne comprend pas. La religion se présente comme un tiers médiateur extrêmement efficace pour certaines personnes. La Bible, les sermons des prédicateurs enregistrés sur cassettes, les télévangélistes et les visites occasionnelles à l'église sont autant de moyens par lesquels le patient unilingue peut entrer en contact avec les autres, comme l'explique l'hôtesse d'un foyer d'accueil :

> ... il écoutait l'évangéliste à la télévision... les passages étaient écrits en anglais sur la télévision et il pouvait les reconnaître et les suivre dans sa Bible en inuktitut... alors il m'a fait signe de venir et j'y suis allée même si j'avais beaucoup de choses à faire... et moi je suivais les passages dans ma Bible en français... ça faisait drôle : lui en inuit, moi en français et la télévision en anglais... on était sur la même longueur d'onde...

Le séjour au Sud permet parfois l'apprentissage d'un parler médical différent. Ainsi, les interprètes doivent quelquefois expliquer certains éléments du mode de vie inuit aux médecins afin qu'ils comprennent mieux ce qui est arrivé aux patients, comme ils doivent aussi apprendre aux patients comment s'exprimer dans le langage biomédical. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui ont tendance à se lancer dans une longue tirade lorsqu'elles se retrouvent en face du médecin : elles racontent comment leur mal a commencé, comment il s'est développé progressivement alors qu'elles étaient à la chasse ou de retour à la maison, comment elles ont essayé de le traiter... ceci avec force détails. Les interprètes sont alors obligés de les interrompre et de leur dire « ce que le docteur veut savoir c'est ceci ou cela... », les instruisant ainsi de la façon de réduire l'information et de la présenter au médecin. Le contraire est aussi vrai, puisque les interprètes doivent parfois contextualiser les informations des patients pour faciliter la compréhension du médecin du contexte socio-culturel dans lequel a eu lieu l'incident ou s'est développée la maladie.

La crainte de l'anesthésie ou de la chirurgie provoque parfois des réactions fortes chez certains patients. Dans un cas particulier, on a même dû faire appel à l'intervention téléphonique d'un prêtre du Nord et ensuite à une prière avec l'interprète et l'infirmière pour rassurer et encourager un patient avant qu'il entre au bloc opératoire. La crainte d'une agression physique jugée inutile a été observée chez une femme qui venait de subir une amniocentèse et qui pensait que cette intervention pouvait blesser le fœtus. Elle affirmait que cette pratique n'était pas nécessaire et qu'elle refuserait désormais de venir au Sud pour effectuer un suivi de sa grossesse, préférant se fier à la Bible et aux gens qui ont reçu des dons (« gifts of God »).

Les patients réagissent aussi parfois aux soins qu'ils peuvent interpréter comme une ingérence : un patient avait été opéré dans l'oreille et ne pouvait porter son appareil auditif pendant quelque temps afin que sa plaie guérisse. Les infirmières du Service aux patients demandèrent à l'hôtesse du foyer d'accueil de les informer si le patient avait un problème. Celle-ci leur téléphona lorsqu'elle vit que le patient portait son appareil malgré la consigne. Une infirmière se présenta

au foyer et, devant le refus du patient de collaborer à son propre rétablissement, elle lui retira son appareil auditif. Celui-ci eut par la suite une violente réaction envers son hôtesse, qu'il accusait de se mêler de sa vie privée.

Ces réactions demeurent plutôt rares et il ne faut pas sous-estimer la circulation de l'information médicale passant autant par la transmission des connaissances lors des discussions entre patients que par la moquerie. Un homme refusa de subir une intervention chirurgicale mineure et retourna au Nord. Là-bas, des femmes qui avaient déjà subi l'intervention se moquèrent tellement de lui qu'il finit par changer d'idée.

L'évaluation des traitements prend parfois la forme d'une comparaison des soins dispensés par différents hôpitaux. De plus, les patients s'informent fréquemment des compétences des médecins qu'ils devront voir. L'évaluation se fait aussi par rapport aux soins disponibles au Nord et certains patients insistent pour rencontrer un spécialiste du Sud, car ils ont parfois l'impression de ne pas bénéficier de soins adéquats au Nouveau-Québec. Les patients sont aussi mécontents de retourner au Nord sans traitement, notamment les personnes plus âgées, ou bien s'ils ont l'impression de ne pas recevoir des soins efficaces quand ils doivent revenir souvent au Sud pour la même raison. Enfin, pour la plupart des patients, le fait de venir au Sud constitue l'espoir d'un rétablissement qui prime sur de nombreux inconvénients et qui leur permet de faire plusieurs compromis. Le mot d'ordre est « I want to be strong ! » et la majorité des patients retiennent essentiellement de leur séjour non pas les problèmes d'adaptation habituellement notés dans la littérature scientifique, mais plutôt la qualité et l'importance des soins qu'ils y ont reçus. Ils préfèrent aussi demeurer au Sud jusqu'à ce qu'ils soient guéris plutôt que de retourner sans avoir reçu tous les soins nécessaires.

Conclusion

Le portrait rapide qui vient d'être tracé du séjour des patients inuit en milieu hospitalier au Sud aurait tendance à confirmer que ces derniers ne sont pas en perpétuel état de choc, contrairement à l'image se dégageant des écrits des auteurs qui se sont penchés sur la question. On est donc en droit de se demander ce que sous-tend cette idéologie misérabiliste. Le problème est complexe et il convient avant tout d'en dégager les paradigmes majeurs.

Il semble que les différents commentateurs du système des transferts médicaux, qu'ils soient praticiens ou non, du Nord ou du Sud, se basent sur les événements tragiques liés aux épidémies des années 1940 et 1950 pour en décrire les répercussions sociales. Ce qui a été une réalité à l'époque (disparition ou mort au Sud, transplantation dans des environnements étrangers, soins déshumanisés) est devenu un paradigme à partir duquel on interprète inconsciemment la réalité d'aujourd'hui. Pourtant, on ne vit plus en hôpital, ni au Sud, comme au temps des grandes épidémies.

Des patients se rendant au Sud parlent encore de la tuberculose, parfois parce qu'eux-mêmes subissent encore, disent-ils, les effets des complications et des faiblesses pulmonaires. La tuberculose s'apparentait à une gangrène des assises identitaires du patient : celui-ci se retrouvait souvent coupé des autres, inondé de

stimuli nouveaux, dans un contexte cosmopolite, en institution close, assujetti au système biomédical.

Cette époque a laissé des traces indélébiles dans la mémoire collective, des traces qui se réactualisent encore quelquefois autour de la crainte de la mort au Sud et du cancer, sujet tabou sur lequel on évite de s'étendre. Le cancer, tout comme la tuberculose, est une maladie qui tue lentement mais sûrement, dont on souffre, une maladie qui ne peut être traitée qu'au Sud, qui est courante au Nord et qui isole fatalement des siens le patient qui en est atteint. En fait, c'est un peu comme si le cancer avait remplacé métaphoriquement la tuberculose comme mal de l'époque vers lequel convergent les difficultés d'adaptation ou d'impuissance devant une prise en charge de la destinée par le système biomédical. De même, les préjugés envers les Inuit varient assez peu dans le temps. Par exemple, la notion de propreté semble revenir souvent lors des manifestations de racisme. Ainsi, certains membres du personnel hospitalier insistent pour que les patients soient désinfectés ou lavés en arrivant en institution. Les histoires de poux circulent encore et, comme les autres, elles empruntent un caractère inflationniste.

C'est parfois la surmédicalisation des soins qu'on dénonce. Ainsi, un médecin travaillant à Povungnituk et rencontré à Québec en 1987 notait que les femmes inuit qui accouchent au Sud doivent souvent consommer des calmants pendant leur séjour, tandis que ces calmants ne sont plus nécessaires lorsqu'elles retournent au Nord. Le médecin faisait part de cette observation pour illustrer comment le séjour méridional était parfois difficile pour les patientes. Toutefois, une vérification auprès du personnel médical travaillant au Sud a montré que cette affirmation n'était pas fondée. De même, l'endroit où les patients sont dirigés pose aussi problème pour des gens qui ne saisissent pas nécessairement la logique sous-jacente au choix du lieu d'hospitalisation. Par exemple, certaines personnes s'exclament sur le fait que les Inuit soient quelquefois transférés vers une petite ville en périphérie, plutôt que vers Montréal ou Québec. Par contre, il s'avère que ce choix est souvent fait pour assurer de meilleurs soins aux patients dans des institutions mieux équipées pour traiter, par exemple, de cas psychiatriques. De même, les gens qui argumentent contre ce choix ont l'impression que les patients pourraient recevoir plus de visite d'autres Inuit s'ils étaient en ville. La réalité est tout autre car les Inuit qui travaillent en milieu urbain ou qui y transitent n'ont pas nécessairement le temps ni le goût d'aller visiter un enfant ayant, disons, des problèmes comportementaux.

D'autres croient que les patients sont pratiquement parachutés au Sud. Bien que certains d'entre eux arrivent inquiets parce qu'ils ne savent pas trop ce qui les attend, il faut noter que ces craintes ne durent généralement pas longtemps; le temps que s'installent des rapports avec les accompagnateurs, les infirmières et les interprètes du Service aux patients ou les gens des foyers d'accueil. D'ailleurs, il faut noter que le passage au Sud peut être souhaité, rempli d'expectative autant qu'il peut être source de craintes.

Les jeunes qui vont au Sud pour la première fois sont souvent informés au Nord de ce qu'ils peuvent y faire, des « dangers » de la ville et de l'organisation du système médical. Ainsi, en arrivant ils savent souvent qu'un accompagnateur les attend à l'aéroport, qu'il y a des interprètes et des infirmières pour s'occuper

d'eux, qu'ils iront probablement en foyer, et ainsi de suite. Aussi, les descriptions que les Inuit se font entre eux des gens du Sud sont telles que les nouveaux venus reconnaissent parfois des gens qu'ils n'ont jamais vu auparavant !

Les idées fausses se créent facilement. D'ailleurs, ce ne sont pas que les gens du Sud qui les colportent, les Inuit le font aussi. Ces derniers reproduisent parfois une image trouble de la ville, particulièrement entretenue par les personnes plus âgées : la ville est un endroit de perdition car l'alcool, la drogue, la prostitution et la violence y abondent et, qui plus est, on se perd facilement dans le dédale des rues.

Les problèmes de communication peuvent aussi être décontextualisés et porter préjudice à l'organisation des soins. Par exemple, il est déjà arrivé que des patients, une fois retournés chez eux et après avoir rencontré les médecins des centres hospitaliers nordiques, soient demeurés avec l'impression qu'ils n'avaient pas été renseignés correctement au Sud sur leur état de santé ou sur les prescriptions qu'ils devaient suivre, ce qui fait parfois penser aux médecins qu'il y a des graves problèmes au Sud. Toutefois, ceci peut s'expliquer par l'état même du patient, car lorsque celui-ci est en état de choc, confus ou lorsqu'il est sous l'emprise des médicaments, il peut oublier des choses qui lui ont effectivement été dites ou expliquées plusieurs fois au Sud. Dans ce cas, il n'y a pas de faute, sauf qu'on s'arrange pour trouver des boucs émissaires.

La déformation de la réalité est un mécanisme assez fréquent. Après qu'une patiente ait reçu des soins à Québec, le Service aux patients propose de l'escorter à l'aéroport, mais celle-ci dit qu'elle connaît très bien la ville et peut s'y rendre seule. Par la suite, le Service apprend que la patiente prétend avoir été laissée à elle-même à Québec, abandonnée à ses propres ressources, et avoir dû se débrouiller seule pour se rendre à l'aéroport. Cet exemple illustre comment certaines histoires circulant au Nord participent à la reproduction d'un élément de folklore urbain : l'abandon des Inuit dans un environnement qui leur est étranger.

Dans un autre cas, un professionnel travaillant au Nord écrit une lettre pour dénoncer des gens au Sud qui auraient réussi à convaincre une patiente de ne pas se faire avorter. Il critique vertement cette ingérence dans la vie privée, ce contrôle du libre choix. Toutefois, après vérification, il semble que ces accusations ne soient fondées sur rien, le professionnel au Nord l'ayant entendu d'un autre qui l'aurait lui-même entendu ailleurs... Il offre donc ses excuses, mais le mal est fait, cette histoire fait partie du folklore.

Ce type de discours « ethniste », et la notion de valeur d'exception qui y est rattachée, a des avantages autant que des désavantages. Par exemple, il arrive souvent que le personnel travaillant à l'aéroport ou dans les avions soit beaucoup plus tolérant, et susceptible de rendre service, envers les patients inuit par rapport aux autres passagers : on s'arrange pour que l'avion attende les patients lorsqu'ils arrivent à la dernière minute, pour leur faciliter les consignes et les formalités de sécurité et on leur offre souvent un pré-embarquement même s'il n'est pas essentiel.

En somme, les transferts médicaux des Inuit vers le Sud constituent un lieu par excellence de discussion et de construction de l'altérité. En effet, il semble

que les critiques concernant ces déplacements se fondent sur au moins trois conceptions de la réalité : une analyse idéologique des « tares » du système biomédical (iatrogénèse, pouvoir médical); une analyse socio-culturelle de l'intégration des autochtones au milieu occidental (racisme, folklorisation urbaine); et une analyse politico-économique des soins accessibles aux Inuit (prise en charge, autochtonisation). Le résultat : on oublie une dimension importante du problème qui tient probablement beaucoup plus de la rencontre de différentes conceptions de la santé et de la maladie que d'une intégration difficile de la clientèle au système biomédical. Effet pervers donc puisque la crédibilité des analyses est minée par l'idéalisme des solutions qu'elles envisagent.

Les problèmes sociaux habituellement circonscrits dans la littérature ne sont pas nécessairement ceux que les Inuit identifient comme primordiaux. En fait, la distinction est fort importante puisque, si les Inuit se plaignent de l'alimentation, de l'habillement ou de l'ennui, ces éléments font habituellement partie d'un domaine où ils se sentent un droit et un certain pouvoir de résolution des problèmes. Toutefois, ces questions sont habituellement considérées comme mineures par les patients.

De plus, les réseaux de support social ne sont pas là uniquement pour revendiquer du pain brun et de la marmelade pour le déjeuner des patients inuit; ils permettent aux patients de faire face à certains conflits et de les discuter. Il ne s'agit pas ici de démontrer que les Inuit règlent tous leurs problèmes mais plutôt de souligner le rôle des réseaux qui aident les patients à gérer des processus décisionnels. Enfin, voir un médecin au Sud implique parfois, pour les Inuit, de s'ajuster à toutes sortes d'agressions socio-culturelles; par contre, c'est avant tout la recherche d'un bien-être physique. En ce sens, donc, les patients considèrent les problèmes d'ordre médical comme étant beaucoup plus importants que les problèmes d'ajustement culturel.

Références

BLAKE E.A.
1978 *Negotiating Health and Illness : An Inuit Example*. PH.D. Department of Anthropology, University of Alberta, Edmonton.

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

CORIN E.
1984 « Réseaux sociaux, soutien social et stratégies : un redéploiement de concepts », *Santé, Culture, Health*, II, 3 : 4-11.

DUHAIME G.
1987 *Le pays des Inuit. La situation économique, 1983*. Québec : Laboratoire de recherches sociologiques, Département de sociologie, Université Laval.

FREEMAN M.A.
1978 *Life Among the Qallunaat*. Edmonton : Hurtig Publishers Limited.

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, Université Concordia, Montréal.

HONIGMANN J.J. et I. Honigmann
1967 *Eskimo Townsmen*. Ottawa : Canadian Research Centre for Anthropology, University of Ottawa.

HUGHES C.C.
1957 *Sivuokakh. An Eskimo Village and the Modern World*. Ph.D. Department of Anthropology, Cornell University, Ithaca.

LEININGER M. (éd.)
1979 *Transcultural Nursing*. New York : Masson International Nursing Publications.

PROJET NORD
1986 *Les services médicaux du Québec arctique. Analyse de la problématique et recommandations. Rapport d'étape*. Québec : Projet Nord, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval.

SAMPSON A.C.M.
1982 *The Neglected Ethic : Cultural and Religious Factors in the Care of Patients*. London : McGraw-Hill Books.

SIGMAN S.J.
1987 « The Application of Ethnographic Methods to Communication Research : A Case Study with Discussion » : 50-64, in S. Thomas (éd.), *Studies in Communication. Volume 3*. Norwood (N.J.) : ABLEX Publishing Corporation.

WERNER J.-F.
1983 « Anthropologie clinique dans un hospice », *Santé, Culture, Health*, I, 2 : 22-26.

YOUNG A.
1982 « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, 11 : 257-285.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les Inuit en ville
Communication et fictions autour des soins interculturels

La majorité des commentaires concernant les transferts médicaux des Inuit présument une adaptation difficile au contexte des soins. Par contre, un examen rapide des activités des patients au Sud permet de constater que ces analyses évoquent de faux problèmes et minimisent l'impact des réseaux de communication.

Inuit in Town
Communication and Fictions around Intercultural Care

The majority of the observations concerning the Inuit's medical evacuations presume a difficult adaptation to the health care context. However, a rapid overview of the patients' activities in the South suggests that these analyses evoke false problems and minimize the communication network's impact.

Jacques Grondin
Département d'anthropologie
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1K 7P4