

**Rapport de la Table ronde du CTC
sur les soins de santé dans le Nord
Iqaluit, Nunavut
9 avril 2006**

« Dans le Sud, il y a des gens qui veulent établir un système de santé privé parce que cela leur rapporterait beaucoup d'argent. Il y en a aussi qui veulent s'assurer que tout le monde a accès à des soins de santé. C'est une lutte. C'est pourquoi nous devons être solidaires aujourd'hui. »

- Participant, Table ronde du CTC sur les soins de santé,
Iqaluit, Nunavut

Par un beau jour ensoleillé et enneigé de fin d'hiver, une fin de semaine d'avril 2006, 30 syndicalistes et partenaires communautaires se sont réunis au Centre de la francophonie d'Iqaluit, au Nunavut. Les gens avaient parcouru des milliers de kilomètres pour venir des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, de l'Ontario, de la Saskatchewan et du Québec assister au Congrès biennuel de la Fédération du travail des territoires du Nord. Le Congrès était suivi d'une Table ronde d'une journée sur les soins de santé, organisée par le Congrès du travail du Canada. Y étaient représentées les communautés d'Iqaluit, de Yellowknife, de Cambridge Bay, de Whale Cove, de Carlisle, de Chesterfield Inlet, d'Ottawa, de Fort Smith, de Regina et de Gatineau.

Cette occasion de discuter pendant une journée résulte de l'Assemblée statutaire du Congrès du travail du Canada tenue à Montréal en 2005, qui mandatait le Congrès pour tenir des tables rondes partout au pays. La résolution adoptée par les déléguées et délégués demandait au CTC d'encourager la discussion sur les moyens de défendre le système public de santé. En février, le Congrès tenait une table ronde à Ottawa sur les problématiques de prestations pour soins de santé. La table ronde d'Iqaluit était la deuxième de la série et portait sur les défis que doivent relever les systèmes de santé publics dans le Nord. Une table ronde nationale sur les soins de santé s'est tenue à Ottawa, en juin, et d'autres tables rondes régionales se tiendront un peu plus tard en 2006.

Comme les participants ne venaient que de la Fédération du travail des territoires du Nord et de la grande communauté d'Iqaluit, la discussion n'a pas touché le Yukon. Ainsi, dans le présent rapport, toute référence au « Nord » ou aux « Territoires » n'inclut pas le Yukon.

Objectifs de la journée

Les participants se réunissaient pour trouver des façons de communiquer les réalités nordiques à l'ensemble du mouvement syndical. Certaines personnes souhaitaient s'assurer que l'on comprend bien ce qui arrive dans les Territoires, de façon à ce que les problématiques du Nord soient incluses aux campagnes nationales visant à sauvegarder le système de santé public. Les gens étaient heureux de rencontrer d'autres personnes d'autres régions du Nord et souhaitaient trouver des façons d'expliquer à leurs communautés comment les problématiques du Sud influencent l'accès, dans le Nord, aux soins de santé publics. Les participants souhaitaient également en se renseigner autant que possible sur les défis auxquels font face les communautés d'autres régions du pays. On voulait enfin « entendre quelque chose d'inspirant de la part de gens qui se passionnent pour ce sujet », parler de « ce que nous pouvons faire pour améliorer le système et le maintenir en bon fonctionnement pour tous ». Les militantes et militants sont venus à la réunion dans le but de contribuer à la campagne visant à renforcer le système public de santé.

Remarques d'ouverture

Barbara Byers, vice-présidente exécutive du Congrès du travail du Canada, a lancé la discussion avec les mots « Tunngasugit-Welcome ». La consœur Byers a parlé des menaces de privatisation sous un gouvernement fédéral conservateur. Partout au pays, les intérêts privés veulent créer des cliniques « à but lucratif » pour tirer profit des chirurgies du genou, de la hanche et des cataractes. La consœur Byers a expliqué comment les assureurs privés, qui demandent la permission de vendre une assurance médicale pour des services déjà couverts par l'assurance publique, créeraient un système à deux vitesses qui

expulserait les travailleuses et travailleurs de la santé hors du système public. Selon Byers, si les gouvernements provinciaux et fédéral n'agissent pas pour contrecarrer cette tentative, notre système de santé entièrement public sera meurtri de façon permanente. Elle a conclu en disant que « si les gens riches peuvent payer davantage, c'est parfait. Laissons-les payer par le biais du système fiscal ». Elle a encouragé les participantes et participants à rejoindre les rangs de la Coalition canadienne de la santé.

Défendre les soins de santé publics au palier fédéral

Mike McBane, de la Coalition canadienne de la santé, a prononcé une allocution sur les menaces que l'on entrevoit à l'horizon. Le confrère McBane a expliqué que la Coalition demande au gouvernement fédéral de fixer les périodes d'attente dans le système public, de réduire le coût des médicaments, d'interrompre la croissance des soins de santé privés et de défendre la *Loi canadienne sur la santé*. « Je suis un peu à l'ancienne mode, a-t-il dit, je crois que nous sommes un pays et que quelqu'un doit parler pour ce pays. La *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en 1984, à l'unanimité, c'est-à-dire par tous les députés du pays. C'est la loi fédérale qui utilise le pouvoir de dépenser du fédéral pour établir des normes nationales. » Mike a beaucoup insisté sur ce point. « Si les provinces et les territoires ne veulent pas l'argent, a-t-il conclu, ils peuvent se retirer. Mais s'ils prennent l'argent, ils doivent fournir les mêmes services. »

À quels défis les communautés du Nord font-elles face en matière de santé?

Le Nunavut est devenu le plus récent territoire canadien en 1999. Le nouveau territoire couvre un cinquième de la superficie du Canada. La population y est très jeune, 53 % ayant moins de 25 ans. Le Nunavut compte 31 525 résidents inscrits au régime de santé, dont 85 % sont Inuits. Il y a un centre de santé local dans chacune des 24 communautés dispersées sur le territoire, et un hôpital à Iqaluit¹.

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) comptent 44 504 personnes inscrites au régime de santé. La moitié de la population est autochtone. Environ 25 % de la population a moins de 15 ans².

Les pires problématiques soulevées par les participants pendant la journée avaient trait à la pénurie de travailleuses et de travailleurs de la santé dans les communautés du Nord. Cette pénurie est alarmante dans de nombreux sous-domaines et spécialisations, mais il apparaît aussi clairement que le problème dépasse le simple approvisionnement. La pénurie de main-d'œuvre a aussi trait à la pénurie de bons emplois et de bonnes conditions de vie et de travail.

Formation

La pénurie de travailleuses et de travailleurs de la santé résulte en partie des grandes difficultés qu'éprouvent les communautés du Nord sur le plan de la formation. Les capacités de former des professionnels de la santé sont faibles dans le Nord, et les étudiants doivent souvent s'exiler au Sud pour obtenir un diplôme ou un baccalauréat³.

Bien qu'il y ait un nouveau programme de sciences infirmières dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), il attire moins d'étudiants autochtones qu'on ne l'avait espéré. Les participants ont aussi indiqué que les diplômes d'études secondaires du Nord sont parfois refusés par les institutions du Sud. Les étudiants qui quittent le Nord doivent faire face au stress de la vie dans le Sud. De plus, les programmes universitaires du Sud tendent à sous-estimer l'importance d'une éducation générale et versatile pour favoriser des approches plus théoriques menant à des professions spécialisées. Les participants ont soutenu qu'un programme de santé plus fort intégrerait les connaissances et les valeurs du Nord.

Pénurie de professionnels de la santé

Le Nord est aux prises avec une grave pénurie de personnel infirmier et de médecins ainsi que d'autres professionnels de la santé, notamment en

travail social et en physiothérapie. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le Nunavut est le territoire canadien qui affiche le plus faible accès à des médecins de famille. Seulement deux résidents sur dix ont accès à un médecin de famille⁴. On compte 17 médecins de famille à temps plein au Nunavut, pour une population de 31 525 résidents inscrits au régime de santé du Nunavut⁵. Dans son tout dernier rapport à Santé Canada, le Nunavut indique que « malgré les activités énergiques de recrutement et de maintien en poste, menées au Canada et à l'étranger, le territoire connaît toujours une grave pénurie d'infirmières⁶. »

Les participants ont indiqué que les infirmières et les infirmiers ne restent dans les petites communautés que pour une courte période, insuffisante pour apprendre à connaître la communauté. Au Nunavut, 13 communautés se partagent une seule hygiéniste dentaire. Dans une communauté, il est de notoriété publique qu'un travailleur d'entretien prenait des radiographies, tandis qu'un travailleur de la santé interprétait et faisait le travail de dactylographie.

Selon un participant :

« Dans le Sud, la communauté de la santé parle d'équipes, mais nous avons si peu de professionnels de la santé. Par exemple, les personnes ayant un handicap qui ont besoin de soins médicaux spécialisés n'ont aucun espoir. »

Une participante a parlé du manque de continuité dans les soins : « C'est parfois très frustrant. Beaucoup de médecins ne passent qu'un mois ici. À la visite suivante, les patients rencontrent un médecin qui ne sait pas qu'ils ont essayé un traitement trois médecins auparavant et que cela n'avait pas fonctionné. » Cette participante ajoute que « ça prend beaucoup de temps pour établir une relation de confiance suffisante pour parler, parce que les gens ont vécu beaucoup de pertes et beaucoup de changements ».

Le taux de suicide est très élevé dans le Nord, en particulier chez les jeunes. Selon Statistique Canada, le nombre de vies ainsi terminées au Nunavut est presque 12 fois plus élevé que dans le reste du Canada⁷. Les

communautés ont besoin de gens pour les conseiller pour faire face à ces problèmes. Un participant a souligné qu'en fait, il y a des Aînés qui ont les connaissances nécessaires pour aider la communauté, mais eux aussi sont aux prises avec un passé d'oppression :

« On ne comprend pas très bien cette question du suicide. Les abus sont à la source du problème. Ils causent la dépression et la colère, qui entraînent ensuite le crime et le suicide. Il existe de graves problèmes mentaux et psychologiques. En tant que survivant de nombreux abus, je peux le reconnaître chez d'autres personnes. Les Aînés n'en parlent pas parce qu'on leur a enseigné à se taire. Je leur dis de parler, de nous enseigner leurs compétences traditionnelles de conseil et d'entretien de la santé, mais certains restent très silencieux. »

Très peu de communautés ont accès aux services d'éducation publique en santé. Les participants ont critiqué le rôle restreint de Santé Canada dans la promotion de la santé. « Une affiche ne fait tout simplement pas le travail », a dit l'un des participants.

Pénurie de travailleuses et de travailleurs de soutien en santé

En outre, le Nord a grandement besoin de travailleuses et de travailleurs de soutien spécialement formés dans le domaine de la santé. Par exemple, il n'y a pas toujours de financement pour qu'un travailleur ou une travailleuse de soutien accompagne les Inuits devant se rendre dans le Sud pour recevoir des services de santé. Voici ce qu'a raconté un participant :

« Bien des gens sont unilingues et ont appris à accepter ce qui arrive. Ils ne posent même pas de questions. J'ai connu un homme dont le médecin le croyait atteint d'un cancer. Il a dû aller à Winnipeg et s'est rendu à Churchill pour prendre une correspondance, mais il ne savait pas quoi faire ni où aller. Rien ne

lui avait été expliqué. Il ne savait pas s'il verrait ou non sa famille de nouveau. Il n'est d'ailleurs pas le seul à avoir souffert; sa famille aussi. »

On a souligné que le travail d'accompagnement des patients nécessite aussi de la formation. Il arrive que les personnes auxquelles on demande d'accompagner des patients ne soient jamais allées en ville et finissent par laisser leur patient seul tandis qu'elles font face à leur propre stress devant la fièvre du Sud, le choc culturel ou le désir de retourner dans le Nord. Comme l'a expliqué un participant :

« Ils vous déposent. Ils ne vous accompagnent pas. L'édifice était monstrueux. C'est l'expérience la plus stressante que j'ai jamais vécue. Le Sud est très intimidant. »

Un autre participant a suggéré que puisque les agents de bord ont l'expérience de fournir des services aux voyageurs, les lignes aériennes pourraient peut-être embaucher des préposés pour aider les patients à prendre le bon vol.

Les problèmes continuent de surgir tout au long du traitement dans le Sud. Une personne âgée, patient chronique dans un hôpital, a très difficilement accès à des interprètes et reçoit peu de visiteurs. Cette personne peut se sentir oubliée. Selon un autre participant, les interprètes travaillant pour le système de santé dans les communautés sont très faiblement rémunérés, tandis que les interprètes qui travaillent dans le système de justice reçoivent un meilleur salaire. Du point de vue de quelqu'un qui fait le travail de la traduction, les interprètes du secteur de la santé ont besoin de formation et devraient être considérés comme membres de l'équipe médicale.

Une participante infirmière à domicile a indiqué qu'elle visite les aînés qui reviennent d'Ottawa, où ils ont reçu des soins. Il arrive souvent qu'ils ne savent pas ce qui se dit pendant la consultation. S'ils se sentent mal à l'aise, ils n'osent pas parler, même si leurs compétences d'anglais sont fortes. Les patients vont passer des tests sans savoir pourquoi ou de quel

genre de tests il s'agit et ils reviennent avec des médicaments portant une étiquette en anglais. Elle estime que ces expériences indiquent qu'il existe un besoin de promotion des droits des patients dans le système de santé.

Le soutien est insuffisant pour les services à domicile et les soins de longue durée pour les personnes âgées du Nord. C'est aux femmes qu'il revient de prendre soin de ces personnes, même si elles occupent des emplois à temps plein. Les familles changent toutefois, et il n'est pas toujours possible pour les femmes de prendre soin de membres de leur famille aux prises avec une maladie chronique ou un handicap. Comme les gens vivent plus longtemps, et qu'il n'y a pas d'installations de soins de longue durée, il est possible que les personnes âgées se retrouvent de plus en plus dans le Sud, dans des foyers d'accueil, comme l'a suggéré une participante, sans avoir l'avantage de la présence de leur famille, sans nourriture traditionnelle, sans contact culturel ni linguistique.

Conditions de travail et de vie

Nulle part ailleurs est-il aussi évident que dans le Nord que les travailleuses et travailleurs du domaine de la santé font partie de la communauté. Ainsi, ils font face aux mêmes conditions sociales que les autres membres de la société. Quand les communautés ne reçoivent pas suffisamment de services, quand le coût de la vie est élevé ou quand les conditions sont difficiles, ils en ressentent les effets dans leur quotidien personnel tout autant que dans leur travail. Si la pression devient trop forte, même la personne la plus déterminée envisagera d'accepter un poste dans une communauté du Sud après quelques années.

Selon les participants, les effets des récentes coupes budgétaires dans la fonction publique du Nunavut rendent encore plus difficile de retenir les travailleuses et travailleurs de la santé dans le Nord. Les coûts de location élevés et la faiblesse des calendriers d'entretien de même que le fait qu'il est impossible de trouver une maison de trois chambres à coucher pour moins de 400 000 \$ signifient qu'il sera de plus en plus difficile de retenir ces gens à Iqaluit⁸. Les participants ont indiqué que les

postes de la fonction publique fédérale dans le Nord sont occupés à seulement 56 à 88 %. Après des années d'efforts, le gouvernement du Nunavut maintient la dotation en personnel à 78 %. Cela signifie que 770 postes étaient vacants en date de septembre 2005⁹.

Avec la décroissance du nombre de travailleuses et de travailleurs, les blessures et le niveau de stress et d'épuisement professionnel augmentent. La situation affecte clairement la santé des travailleuses et travailleurs de la santé eux-mêmes. Bon nombre veulent rester dans le Nord, mais affirment que la charge de travail est complètement déraisonnable. Dans certaines communautés, deux à trois infirmières font le travail de cinq à six. L'accès aux soins pour les enfants demeure un grave problème, qui mérite qu'on y porte une plus grande attention.

Ceux et celles qui travaillent dans le domaine de la santé se trouvent dans une situation impossible : ils tentent de répondre aux besoins énormes de leurs patients, travaillant trop d'heures supplémentaires, tout en tentant d'avoir une vie de famille sans atteindre l'épuisement professionnel.

Déterminants sociaux de la santé

Un taux de chômage élevé est l'un des prédictors d'une mauvaise santé dans une communauté. Malgré le nombre d'emplois du secteur public qui demeurent vacants dans le Nord, Statistique Canada rapporte que le taux de chômage des trois territoires du Nord est estimé à 25 %¹⁰. C'est le plus élevé au pays, alors que le taux de chômage national se situe à 6,1 %, le plus faible depuis 1974.

Dans une région où les aliments frais coûtent très cher et où les gens trouvent de plus en plus difficile de maintenir une diète composée d'aliments traditionnels, il est plus facile pour les gens de consommer des aliments hautement transformés et des grignotises. Les participants ont fait remarquer la hausse des maladies évitables, comme le diabète de type 2 et la « carie du biberon ». Plus de gens fument dans les communautés du Nord, et les effets sur la santé se manifestent. Même si

le gouvernement du Nunavut a adopté une loi pour interdire de fumer dans les lieux publics et au travail, le taux de tabagisme demeure le plus élevé au Canada¹¹.

Les coûts de logement élevés auxquels font face les fonctionnaires touchent encore plus gravement les résidents en chômage, car il y a une grave crise de logements à prix abordable. Les participants ont souligné que le manque de logements abordables se traduit par un surpeuplement, qui a de graves effets sur le bien-être des familles et des individus de toutes les générations.

Financement des soins de santé

Une participante a très bien résumé la problématique du financement : « Les soins de santé constituent un investissement. Ils rendent la société beaucoup plus productive et il ne faudrait pas les voir comme une perte. »

Selon les participants, la formule de financement des soins de santé constitue un grave problème. Dans le Nord, le financement de la santé vient majoritairement du gouvernement fédéral et s'établit sur une base par habitant. Étant donné les très longues distances qui séparent les communautés et la faible population, le système de santé demeure sous-financé. Selon un participant :

« Les principaux bureaucrates viennent tous du Sud, avec leur idée de faire plus avec moins. En tant que syndicalistes, nous tentons d'influencer les membres de l'assemblée législative (MAL). Mais ils parlent à leurs conseillers à tous les jours. Nous tentons de reconnecter les MAL à leurs racines. Il ne faut pas faire plus avec moins, nous avons besoin de plus pour faire plus! »

Les communautés prennent progressivement conscience de ce que le système de santé néglige. Selon les participants, on commence à faire passer la responsabilité du système aux organismes sociaux et aux

bénévoles afin de réduire les coûts. Ils estiment nécessaire d'augmenter le financement de base.

Le ministère de la Santé du Nunavut administre les Services de santé non assurés (SSNA), un programme établi par Santé Canada pour les résidents autochtones du territoire. Le programme couvre le paiement conjoint du déplacement pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les principaux centres urbains des autres provinces. Il couvre également certains médicaments sur ordonnance, soins dentaires, soins de la vue et autres fournitures médicales¹². Ces limites amènent les résidents du Nord à la conclusion suivante :

« Il est important que les gens du Sud réalisent que les Autochtones sont délaissés par le système médical. C'est une fausse perception de croire que les peuples autochtones sont entièrement protégés par la *Loi canadienne sur la santé*. Quand vous êtes bénéficiaire au Nunavut, vous constatez que vous n'êtes pas vraiment couvert. Vous devez aller ici et là et vous commencez à vous demander comment payer. »

Pour les communautés à faible revenu, la pénurie de soins dentaires a des effets dévastateurs sur la santé. Certains services étaient financés par le gouvernement fédéral en vertu de traités, mais une bonne part de ce financement s'est érodée et les programmes ont été réduits. Les participants ajoutent que les régimes portant sur les médicaments sont très limités et qu'une stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques n'aiderait pas automatiquement le Nord, à moins que les besoins des peuples autochtones ne soient explicitement prévus dans cette stratégie.

L'une des plus graves pressions ressenties par les gouvernements territoriaux a trait au coût élevé du transport des patients vers le Sud pour recevoir des traitements. Comme l'a dit une personne :

« On m'a envoyé à Ottawa pour consulter un spécialiste. J'ai passé cinq minutes dans le bureau de ce médecin. Ça a coûté un billet d'avion aller et retour ainsi que deux jours à l'hôtel. Voilà pourquoi les coûts augmentent en flèche. L'Autochtone reçoit 150 \$ du gouvernement fédéral pour couvrir ces coûts, mais le reste est payé par le gouvernement du Nunavut. »

Dans le Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, le Nunavut fait état d'un budget total pour les soins de santé et les services sociaux de 257 385 000 \$. De ce budget, un cinquième est consacré aux voyages pour soins médicaux¹³.

D'autres participants ont discuté des mérites de la politique qui attire des infirmières et infirmiers contractuels du Sud pour de courtes périodes de temps. Ils ont parlé des problèmes qui surgissent lorsque deux collègues de travail reçoivent un salaire et des avantages sociaux différents, ce qui démoralise ceux et celles qui se sont engagés à rester et à travailler dans la communauté. Les participants estiment qu'une infirmière du système public coûte le double aux territoires de ce qu'elle coûterait ailleurs. Ils en concluent que ce sont les agences de soins infirmiers qui profitent le plus de ce type d'arrangements.

Le coût de transfert des patients chroniques pour de longs séjours en Ontario soulève la question de juridiction et de responsabilité. Selon les participants, les personnes recevant des soins de longue durée doivent lutter pour maintenir leur couverture territoriale de soins de santé si elles passent de trop longues périodes en Ontario.

Assurer l'accès

La *Loi canadienne sur la santé* exige que les provinces et territoires assurent à leurs résidents l'accès à des soins de santé quand ils en ont besoin. S'il n'est pas possible d'être traité dans sa propre communauté, le ministère nunavois de la Santé et des Services sociaux dispose principalement de deux solutions.

Premièrement, le Ministère peut faire voyager par avion les patients vers d'autres centres. Cette solution comporte divers problèmes pour la communauté. Toutefois, il n'est pas toujours facile d'obtenir l'autorisation de partir. Comme l'a indiqué un participant :

« Quand des Inuits ou des Autochtones vont dans le Sud, ils peuvent avoir déjà attendu plusieurs semaines pour obtenir l'autorisation de voyage de l'infirmière, parce que celle-ci estimait qu'ils n'étaient pas assez malades... Quand ils obtiennent finalement la permission de voir un médecin dans le Sud, ils se font dire qu'il faut attendre quelques mois parce que le spécialiste ne sera pas en ville... Quand le médecin pratique finalement la chirurgie, il est trop tard et il faut retourner mourir à la maison. En tant que Canadiennes et Canadiens, nous avons droit à des soins de santé. Cependant, quand vous allez dans les communautés éloignées, vous perdez ce droit parce qu'il est donné à l'infirmière, puis au médecin, puis au spécialiste, et ainsi de suite. »

Dans certaines situations, le fait de partir pour recevoir des soins médicaux constitue une expérience d'isolement. Par exemple, comme l'a observé un participant :

« Beaucoup de jeunes filles sont envoyées à Iqaluit, Ottawa ou Winnipeg, ou à des centres de naissance à Rankin Inlet, un mois avant leur accouchement. Dans les communautés, on enseigne traditionnellement aux jeunes femmes à tolérer la douleur et à souffrir en silence. Il y a tant d'éléments en jeu, qui ne sont pas considérés par la communauté médicale. »

Pour celles et ceux qui ont dû quitter leur communauté dans le passé, l'idée d'aller recevoir des soins médicaux dans une autre communauté est, en elle-même, souffrante. Voici ce qu'a raconté un participant :

« Nous savons qu'il y a eu beaucoup de cas, dans les années 1940 et 1950, d'enfants envoyés à Hamilton pour recevoir un traitement contre la tuberculose, qui ne sont revenus que trois ou quatre ans plus tard. L'un de mes frères est un de ces cas. Ils ont négligé d'écrire d'où venaient les enfants, et les ont relocalisés. Ils n'avaient aucune idée de l'endroit d'où ils venaient ni du nom qu'ils portaient. Alors aujourd'hui, les personnes âgées croient qu'il s'agit d'un dernier recours et qu'elles ne reviendront jamais. »

La deuxième façon d'assurer l'accès a trait aux stratégies de « télémédecine ». Devant la pénurie de travailleuses et de travailleurs de la santé, et en raison des difficultés et des dépenses entourant les voyages dans le Sud pour recevoir un traitement, les gouvernements territoriaux font l'expérience de politiques de « rapprochement du domicile ». Les Territoires du Nord-Ouest utilisent les lignes téléphoniques et les communications par satellite pour les évaluations et certaines consultations. Cette approche a connu un certain succès auprès des personnes âgées qui ne veulent pas quitter leur communauté. De même, les professionnels du Nord peuvent parler à des spécialistes du Sud pour les suivis auprès des patients qui ont reçu un traitement dans le Sud. Dans certaines communautés, les travailleuses et travailleurs de la santé commencent à utiliser la télémédecine pour les problèmes de santé mentale.

Les technologies de communication disponibles dans le Nord posent toutefois certaines limites. Comme l'a fait remarquer un participant, « plutôt que de transférer les dossiers de diagnostic à des spécialistes, nous utilisons le téléphone. Avant de sauter à pieds joints dans la télémédecine, nous devons examiner notre infrastructure. Nous devons établir nos priorités. La largeur de bande est extrêmement coûteuse et sans elle, nous n'avons pas la capacité d'utiliser la télémédecine. »

Conclusion : que pouvons-nous faire?

« Si nous sortons les spécialistes du système public et que nous servons les gens riches dans les villes, nous aurons alors véritablement un système de santé à deux vitesses. Mon Dieu, nous aurons encore plus de problèmes. Je devrais devenir politicien! » - participant.

Les participants ont convenu que les solutions aux problèmes des communautés du Nord sont de nature politique aussi bien qu'économique. Ils ont soutenu que les fédérations du travail devraient continuer à soulever la question des soins de santé. Ils ont suggéré de réunir des résidents des T.N.-O. et du Nunavut pour aller voir leurs députés au Parlement, ainsi que les membres de leur assemblée législative. Comme l'a indiqué un participant, « il ne suffit pas d'élire des candidats qui nous sont sympathiques, nous devons les appuyer une fois qu'ils sont élus. Nous devons continuer à leur parler pour que nos opinions demeurent entendues. »

Au palier communautaire, les participants ont convenu qu'il est primordial d'encourager les jeunes à envisager des carrières dans le domaine de la santé en facilitant le bénévolat et le jumelage pour observation au travail. Dans le milieu de travail, il importe de sensibiliser les gens aux questions de santé et de sécurité, par exemple en produisant nos propres vidéos locales. En tant que syndicalistes, les participants ont soutenu qu'il est temps de prendre le devant de la scène et de se remettre au travail pour organiser des comités de santé et sécurité dans le milieu de travail.

Barb Byers a résumé la discussion en soulignant à quel point il est important de faire une chose à la fois et de ne pas se laisser décourager. « Toute action constitue une pièce d'un grand casse-tête, a-t-elle déclaré. Aucune n'est trop petite, et avec chacune, nous défendrons et améliorerons notre système de santé public, d'un océan à l'autre. »

Takulaarivugut – Nos chemins se croiseront de nouveau.

Notes de fin de document :

1. Santé Canada, « Nunavut », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, p. 247.
2. Statistique Canada, CANSIM II, tableau 051-0001, juin 2003, tel que cité dans Santé Canada, « Territoires du Nord-Ouest », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, pp. 233 et 237.
3. Le Collège de l'Arctique du Nunavut propose, conjointement avec l'Université Dalhousie, un programme de diplôme et de baccalauréat en sciences infirmières. Le Collège de l'Arctique du Nunavut et le Collège Aurora des T.N.-O. Offrent tous deux des programmes ayant pour but de préparer les étudiants à poursuivre leurs études dans le domaine de la santé, ainsi que des programmes de représentant de santé communautaire qui préparent les étudiants à travailler dans le domaine de la promotion de la santé. Aux Territoires du Nord-Ouest, le Collège Aurora offre des programmes d'infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé, de diplôme en sciences infirmières, de baccalauréat en sciences infirmières ainsi qu'une accréditation d'infirmière ou infirmier praticien. Le Collège du Yukon offre des cours de premiers soins, de promotion de la santé, de soutien à domicile ainsi qu'une accréditation de préposé de maison de soins infirmiers en plus d'offrir des cours d'appoint aux professionnels de la santé. L'Université Athabasca, une institution d'enseignement à distance, offre des programmes de premier et de deuxième cycles en sciences infirmières et en études de la santé.
<http://www.nac.nu.ca/>; <http://www.auroracollege.nt.ca/>
<http://www1.yukoncollege.yk.ca/>
<http://www.athabascau.ca/aboutAU/strategicdocs.php>
4. Jane George, « Nunavut out-smokes rest of Canada », *Nunatsiaq News*, 23 juin 2006.
5. Santé Canada, « Nunavut », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, pp. 247 et 252.
6. Santé Canada, « Nunavut », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, p. 248.
7. Le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison du suicide et de l'automutilation au Nunavut est de 4 584,7 par 100 000 habitants. Dans l'ensemble du Canada, ce taux se situe à 393,5. Aux Territoires du Nord-Ouest, 791,3 années sont perdues par 100 000 habitants, tandis qu'au Yukon, ce sont 685,5 années qui sont perdues par

100 000 habitants. Ces années sont celles qui n'ont pas été vécues quand une personne meurt avant l'âge de 75 ans. Statistique Canada, « Indicateurs de la santé – janvier 2005 », n° au catalogue 82-221, vol. 2005, n° 1.

8. Sara Minogue, « Developers Cool to GN Staff Housing Policy », *Nunatsiaq News*, 3 mars 2006.
9. Jim Bell, « NEU Survey: Staff rent scheme a 'bad decision' », *Nunatsiaq News*, 24 février 2006.
10. Statistique Canada, Information population active, pour la semaine se terminant le 20 mai 2006, tableau 8 « Taux de chômage selon la région utilisée par le régime d'assurance-emploi, données désaisonnalisées, moyennes mobiles de trois mois. »
11. Le Nunavut présente le plus haut taux de tabagisme au Canada, à 53 %. Jane George, « Nunavut out-smokes rest of Canada », *Nunatsiaq News*, 23 juin 2006.
12. Santé Canada, « Nunavut », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, p. 251.
13. Santé Canada, « Nunavut », Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, p. 247.

TH:sm:am*sepb225/G:\Health Care Roundtable 2006\IQALUIT ROUNDTABLE - APRIL\Report from the Roundtable on Health Care in the North-FR8947.wpd