

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

မေ့ရဲရဲနဲ့လဲ နေမိသေးတယ်



RÉALITÉS ET DÉFIS DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE AUTOCHTONE



Profitez d'économies annuelles avec notre offre bancaire privilégiée pour les hygiénistes dentaires

Découvrez vos nouveaux avantages
et privilèges à bnc.ca/specialiste-sante

Fière partenaire de



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé.

MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada.

© 2022 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

4 Avant-propos

6 Mot du président

10 Mot du directeur général
et secrétaire

DOSSIER: PREMIÈRES NATIONS ET INUITS

16 APERÇU DES PROGRAMMES
DE SOINS BUCCODENTAIRES
FOURNIS PAR SERVICES AUX
AUTOCHTONES CANADA

19 LES TOUT-PETITS DES PREMIERS
PEUPLES DU QUÉBEC

36 L'INITIATIVE EN SANTÉ
BUCCODENTAIRE DES ENFANTS:
une intervention pour relever les défis
de la carie dentaire chez les jeunes
enfants dans les communautés des
Premières Nations et des Inuits du
Canada

42 LILIANE FOURNIER:
une identité et une vocation en devenir

45 DENISE CHIEF OU L'IMPÉRIEUSE
NÉCESSITÉ DE SE RENOUVELER

53 RÉALITÉS ET DÉFIS
DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE
AUTOCHTONE

61 LA DISCRIMINATION: QUELLES
EN SONT LES CONSÉQUENCES
DÉONTOLOGIQUES?

64 LACUNES EN MATIÈRE
DE PRÉVENTION ET
DE CONTRÔLE DES
INFECTIONS (PCI)
OBSERVÉES AU COURS DU
PROGRAMME D'INSPECTION
PROFESSIONNELLE 2021-2022

68 EXPLORATEUR VIRTUEL

En savoir plus sur les Premières
Nations et les Inuits

70 MESSAGES OHDQ

71 SERVICES FINANCIERS
DE LA BANQUE NATIONALE

Hausse du taux directeur:
quels sont les impacts?



Crédits photos page couverture et ci-dessus: Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

M. Jean-François Lortie, H.D., B.Éd.

Administrateurs élus et régions administratives

Centre M^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorièreSud-Est M^{me} Hélène Deschênes, H.D.Nord-Est M^{me} Anne Prévost, H.D.Sud M^{me} Kim Farrell, H.D.

Centre M. Franck Giverne, H.D.

Nord-Ouest M^{me} Sopha Thi Son, H.D.Nord-Est M^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.Centre M^{me} Josée Tessier, H.D., vice-présidente

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

M^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.

M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)

M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

M. René Joyal, CRHA

Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction:

Myriam Baptiste, adjointe administrative

Julie Boudreau, H.D., syndique

M^{re} Laurence El fatih, avocate, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire

Joelle Mbanga, H.D., coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Sophie Lecavalier, responsable des communications

Jean-François Lortie, H.D., B.Éd. président

Gilles Vilasco, réviseur et rédacteur

Production

Révision Gilles Vilasco, réd. a.

Publicité OHQD

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note: Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte. Dans les articles produits pour ce numéro, la graphie française des termes autochtones applique les principes, règles et usages terminologiques et typographiques édictés par le Bureau de la traduction. Conformément à l'usage, les articles reproduits avec autorisation respectent l'autorité de la chose publiée.

Dépôt légal - 2^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN: 2369-6915 (en ligne)

ISSN: 1183-4307 (imprimé)

Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHQD

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés dans *L'Explorateur* sont la propriété de l'OHQD. Aucune reproduction n'est permise sans l'accord écrit de l'Ordre.



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

700-606, rue Cathcart

Montréal (Québec) H3B 1K9

Téléphone: 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur: 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Lorsqu'on m'a demandé de participer à ce numéro en tant que rédactrice en chef invitée, j'ai hésité. De nature discrète, je préfère être celle qui regarde le spectacle et non celle qui le donne! Cependant, la santé buccodentaire dans les communautés des Premières Nations et des Inuits compte énormément pour moi. Vous devinerez que je suis moi-même issue d'une communauté autochtone pour laquelle je travaille comme hygiéniste dentaire; j'ai donc accepté bien humblement. Je crois primordial que les lecteurs et lectrices comprennent les enjeux des Premières Nations et des Inuits sur le plan de la santé buccodentaire. Et, par la même occasion, il est essentiel qu'on puisse souligner le travail exceptionnel des hygiénistes dentaires qui, non seulement, se dévouent auprès de leur clientèle, mais ont à cœur également leur profession.

Parmi les textes que notre équipe a retenus, l'«Aperçu des programmes de soins buccodentaires fournis par Services aux Autochtones Canada» fait un survol des soins dentaires offerts au Canada par le gouvernement fédéral et met l'accent sur l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) qui constitue le cœur vivant de ce numéro. Je vous invite aussi à lire «Réalités et défis de l'hygiéniste dentaire autochtone», où mes collègues Tanissa, Jessica, Naomi, toutes autochtones, et moi-même décrivons le quotidien du travail d'une hygiéniste dentaire dans les communautés, et expliquons les enjeux reliés à la santé buccodentaire des personnes qui y vivent.

Également, c'est avec beaucoup d'humilité que je raconte mon parcours dans l'article intitulé «Denise Chief ou l'impérieuse nécessité de se renouveler». J'ose espérer que la passion qui m'anime pour ma profession et pour ma clientèle saura vous toucher et, peut-être, vous donner le goût d'en apprendre davantage sur les peuples des Premières Nations. Au nom de l'équipe éditoriale, je vous invite à découvrir un texte inspirant et débordant d'une belle énergie: «Liliane Fournier: une identité et une vocation en devenir». Dans cet article, Liliane, étudiante en Techniques d'hygiène dentaire et Inuk, témoigne de son cheminement vers notre profession.

Finalement, et non des moindres, «L'Initiative en santé buccodentaire des enfants: une intervention pour relever les défis de la carie dentaire chez les jeunes enfants dans les communautés des Premières Nations et des Inuits du Canada» fait la démonstration scientifique que l'ISBE est un modèle efficace de prestation de soins buccodentaires préventifs dans les communautés éloignées, ce dont mes trois collègues et moi-même avons voulu témoigner. Enfin, d'autres textes, tous très intéressants, vous permettront de vous familiariser avec le thème de ce numéro spécial.

En terminant, j'aimerais souligner, de la part du comité éditorial et de toutes les personnes interviewées, le travail exceptionnel de M. Gilles Vilasco qui s'est dévoué corps et âme à la préparation des entrevues, à leur tenue et à la rédaction de leur compte-rendu. M. Vilasco, toujours à l'écoute, a su transposer nos récits avec finesse et professionnalisme.

J'espère que vous aurez du plaisir à lire ce numéro autant que j'en ai eu à y participer!

Bonne lecture!

Denise Chief, H.D.

Ce numéro de *L'Explorateur* n'aurait jamais pu voir le jour sans l'aide et le dévouement des personnes impliquées. Le comité éditorial tient à remercier M^{mes} Liliane Fournier, Naomi Hurtubise, H.D., Tanissa Ottawa, H.D., Denise Chief, H.D. et Jessica Launière, H.D., pour leur temps, mais également pour avoir ouvert une fenêtre sur leur réalité et leur quotidien. Un merci tout spécial à M^{me} Denise Chief qui a collaboré en tant que rédactrice en chef invitée de ce numéro. De même, nous tenons à remercier M. Franck Giverne, H.D., coordonnateur régional de l'ISBE de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada pour sa collaboration au sein du comité. Finalement, un grand merci à M. Gilles Vilasco pour sa diligence et sa plume!

MISSION DE L'OHQD

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du Code des professions, d'assurer la protection du public.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec protège le public en:

- en s'assurant que les hygiénistes dentaires offrent des services de haute qualité;
- en participant à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois;
- en contribuant à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Pour ce faire, il encadre et réglemente la pratique professionnelle et soutient le leadership de ses membres dans l'exercice de leur profession.

VISION DE L'OHQD

- Un acteur essentiel en matière de santé buccodentaire;
- Une pratique professionnelle rigoureusement encadrée;
- Une profession qui rayonne dans la société;
- Une confiance renouvelée du public envers les hygiénistes dentaires;
- Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur – L'engagement – Le respect – La collaboration – Intégrité



60
ANS

waterpik[™]
sonic-fusion^{MD} 2.0

Hydropulseur¹

n°
1

Ça marche parce qu'ils l'utilisent.

(Et parce qu'ils peuvent se brosser les dents et effectuer
un nettoyage interdentaire en même temps.)

La **brosse à dents Sonic-Fusion^{MD} 2.0** de Waterpik^{MD} est la première brosse à dents à jet d'eau au monde. Elle combine les caractéristiques de l'hydropulseur Waterpik^{MD} traditionnel et d'une brosse à dents électrique sonique. Éprouvée en clinique, elle est plus efficace que d'autres brosses à dents soniques^{2,*}.

Jusqu'à

50 %

plus efficace que la soie
dentaire pour améliorer la
santé des gencives³.

Éliminait jusqu'à

99,9 %

du biofilm sur les
zones traitées⁴.



VOYEZ LA BROSSSE
SONIC-FUSION^{MD} 2.0
EN ACTION

RECOMMANDEZ-LA
À VOS PATIENTS
COMME MOYEN
SIMPLE D'AVOIR
UN SOURIRE
SAIN

* Comparativement à la brosse DiamondClean.

1. Données internes. Water Pik Inc.
2. Goyal CR, Lyle DM, Qaqish JG, et al. The addition of a water flosser to power tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis, and plaque. *Jour Clin Dent.* 2012; 23(2):57-63.
3. Barnes CM, Russell CM, Reinhardt RA, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to toothbrushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *J Clin Dent.* 2005;16(3):71-77.
4. Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent.* 2009;30 (n° spécial 1):1-6.

waterpik[™]
**PROGRAMME
AVANTAGES**



Inscrivez-vous au
programme Avantages
de Waterpik^{MD} au
waterpik.ca/inscription.



Le seul hydropulseur à avoir obtenu le sceau de l'ADC.
L'ADC a validé les bienfaits suivants :

- L'hydropulseur Waterpik^{MD} éliminait jusqu'à 99,9 % de la plaque sur les zones traitées.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à 50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à deux fois plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives autour des implants.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à trois fois plus efficace que la soie dentaire pour éliminer la plaque autour des broches.



LE 21 JUIN: JOURNÉE NATIONALE DES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA

– JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



Le lundi 30 août 1999, je montais à bord d'un De Havilland Dash-8 de la compagnie Air Inuit en direction de Puvirnituq pour aller vivre une expérience professionnelle dans le Grand Nord québécois. Cette aventure, qui ne devait durer qu'une année, s'est poursuivie pendant plus de huit années et m'a permis de côtoyer les Inuits de la Baie-d'Hudson et les Cris d'Eeyou Istchee Baie-James.

Kigutiapik, qui veut dire « petite dent blanche » en inuktitut, est le surnom que l'on donne à l'hygiéniste dentaire sur la côte de la baie d'Hudson au Nunavik. Ce nom m'a toujours fait sourire parce que je trouve qu'il résume bien le message de prévention que les hygiénistes dentaires enseignent aux populations depuis la mise en place du programme de santé dentaire publique. Bien que le travail ne se limitait pas à l'enseignement de mesures préventives, le programme scolaire y occupait une place importante. Il m'amenait à avoir un contact privilégié avec les enfants et leurs familles dans huit communautés séparées de plusieurs centaines de kilomètres. Ce passage sur les terres des Inuits du Québec m'a fait réaliser à quel point la province est immense et à quel point les paysages peuvent être si différents. Imaginer un décor sans arbres, sans immeubles de plus de deux étages, sans pollution visuelle, et bien c'est ce que la toundra vous fait vivre comme expérience avec la nature. Un passage qui, pour le Kigutiapik que je suis, restera gravé dans ma mémoire à jamais.

Prochain arrêt, les terres des Cris d'Eeyou Istchee Baie-James. Pour moi, c'était un départ vers le sud, mais pour la grande majorité d'entre vous c'est encore le Grand Nord. De la toundra, à la taïga et à la forêt boréale, encore une fois ce sont des parcours de plusieurs centaines de kilomètres. Ces derniers s'effectuent toutefois par la route, sauf celui qui mène à la communauté de Whapmagoostui (en langue crie) ou Kuujuarapik (en inuktitut), accessible seulement par avion. Ce vaste territoire de neuf communautés, je l'ai voyagé de long en large et à plusieurs reprises. Là aussi, les défis en santé buccodentaire sont importants, mais nous bénéficions de plus de ressources pour mettre en application les différents programmes. Une des plus belles initiatives auxquelles j'ai participé, et que nous avons eu à mettre sur pied dans ma communauté de Mistissini, est sans contredit le « Drop the Pop Challenge ». Durant cette semaine, qui chevauchait le mois de la nutrition et le mois de la santé buccodentaire, tous les professionnels de la santé conviaient la population à délaisser les breuvages sucrés pour ne boire que de l'eau afin de prévenir le diabète et la carie dentaire.

Ces expériences interculturelles m'ont permis de découvrir des peuples d'une grande générosité envers ceux et celles qui s'intéressent à eux et à leur culture. Ce contact humain avec des nations qui vivent sur le continent depuis plus de cinq mille ans a vraiment changé mon approche vis-à-vis de la vie et de mon mode de vie. Il m'a également permis de comprendre cette réalité que les manuels d'histoire ne nous enseignent malheureusement pas.

PRINCIPE DE JOYCE

Lors de sa séance ordinaire du 13 mars 2022, le Conseil d'administration de l'Ordre a adopté le Principe de Joyce. Le 28 septembre 2020 à l'hôpital de Joliette est survenue une terrible tragédie qui n'a laissé personne indifférent. Tous les humains méritent d'être traités de manière à respecter leur échelle de valeurs et leurs convictions personnelles, comme le stipule l'article 7 du Code de déontologie des hygiénistes dentaires.

Devant un tel drame, nous pensons plus qu'essentiel que l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec se positionne officiellement sur cet enjeu en adoptant le Principe de Joyce en solidarité avec les peuples autochtones. Nous posons ce geste pour nous assurer également que les hygiénistes dentaires s'engagent à respecter et à mettre en application les règles pour servir le public indistinctement, dans la transparence.

La publication de ce numéro spécial de *L'Explorateur* consacré exclusivement aux Premières Nations et aux Inuits est tout indiquée pour partager avec vous cette prise de position importante pour nous. Nous ajoutons ainsi la voix des hygiénistes dentaires aux autres professionnels de la santé physique et des relations humaines qui ont pris position en ce sens dans la dernière année.

« [...] que sa voix sonne le début de réels changements pour tous les Autochtones afin que plus jamais personne ne soit victime de racisme systémique. » Carol Dubé, conjoint de Joyce Echaquan.

Bonne lecture!

Niá:wen (Mohawk), Mikwetc (Atikamekw), Migwetc (Cris), Tshinashkumitin (Innu), Wela'lin (Mi'kmaq), Wli Wni (Abénaquis), Tiawenhk (Hurons-Wendat), Meegwetch (Algonquin), Nakurmiik (Inuit), Merci, Thank you!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président de l'Ordre

JUNE 21: NATIONAL INDIGENOUS PEOPLES' DAY IN CANADA

– JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



On Monday, August 30, 1999, I boarded an Air Inuit De Havilland Dash-8 aircraft bound for Puvirnituq to pursue a new professional challenge in Quebec's Great North. This adventure, which was only supposed to last one year, continued for more than eight years and allowed me to interact with the Hudson Bay Inuit and the Cree First Nation of James Bay.

Kigutiapik, which means «little white tooth» in Inuktitut, is the nickname given to dental hygienists on the Hudson Bay coast of Nunavik. This name has always made me smile as I think it perfectly sums up the prevention message that dental hygienists have been teaching people since the inception of the public dental health program. While the work is not limited to teaching preventive measures, the school program was an important part of my job, which brought me into close contact with children and their families in eight communities separated by several hundred kilometres. Travelling across the lands of the Quebec Inuit made me realize how immense the province is and how varied the landscapes are. Imagine a setting without trees, without buildings of more than two storeys, without visual pollution... that's what the tundra is; a real glimpse into nature. As a «Kigutiapik», this journey will remain engraved in my memory forever.

Next stop, the Cree territory of James Bay. For me, I was heading south, but for the vast majority of you, it's still the Great North. From the tundra, to the taiga or boreal forest... again these are routes stretching several hundred kilometres, accessible by road, except for the communities of Whapmagoostui (Cree) and Kuujuarapik (Inuit), which are only accessible by plane. I have travelled this vast territory of nine communities from one end to the other many times. Again, the oral health challenges are significant, but we have more resources to implement the different programs. One of the greatest projects I was involved in, organized in my own community of Mistissini, is without a doubt the «Drop the Pop Challenge». A week that coincided with Nutrition Month and Oral Health Month, where health professionals educated the population on the importance of cutting out sugary drinks and drinking only water to help prevent diabetes and tooth decay.

These intercultural experiences have allowed me to discover peoples who show great generosity to those who take an interest in them and their culture. This human contact with First Nations, who have been living on the continent for more than five thousand years, has really changed my approach to life and my way of life, and has also allowed me to understand this reality that the history books unfortunately do not teach us.

JOYCE'S PRINCIPLE

At an ordinary meeting held on March 13, 2022, the OHDQ Board of Directors adopted Joyce's Principle. On September 28, 2020, a terrible tragedy occurred at the Joliette hospital that left everyone reeling. All humans deserve to be treated in a manner that respects their personal values and beliefs, as stated in Section 7 of the Dental Hygienists' Code of Ethics.

In the face of such a tragedy, we believe it is imperative that the Ordre des hygiénistes dentaires du Québec take an official position on this issue by adopting Joyce's Principle not only to show solidarity with the Indigenous peoples, but also to ensure that dental hygienists are committed to respecting and applying the rules to serve the public indiscriminately, in a transparent manner.

The publication of this special issue of *L'Explorateur*, dedicated exclusively to First Nations and Inuit, was a fitting way to share this important position with you and to add the voice of dental hygienists to the other physical health and human relations professionals who have taken a stand on this issue in the past year.

«[...] Let her voice be the beginning of real change for all Indigenous people so no one ever again falls victim to systemic racism.» Carol Dubé, spouse of Joyce Echaquan.

Happy reading!

Nia:wen (Mohawk), Mikwetc (Atikamekw), Migwetc (Cree), Tshinashkumitin (Innu), Wela'lin (Mi'kmaq), Wli Wni (Abenakis), Tiawenhk (Huron-Wendat), Meegwetch (Algonquin), Nakurmik (Inuit), thank you!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
President

ÉNONCÉ DU PRINCIPE DE JOYCE

LE PRINCIPE DE JOYCE

Le Principe de Joyce vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Le Principe de Joyce requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé.

En savoir plus: www.principedejoyce.com

PROPOSITION DE MISE EN APPLICATION

1. Relation entre Autochtones et le gouvernement du Canada en matière de santé et services sociaux

Le gouvernement du Canada doit reconnaître le droit à l'autonomie et à l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé et services sociaux. Le gouvernement du Canada doit reconnaître le racisme systémique auquel sont confrontés les Autochtones, notamment en lien avec un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Pour y arriver, la reconnaissance ainsi que le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé sont une condition sine qua non.

Le gouvernement du Canada, en collaboration avec les autorités autochtones concernées, doit mettre en place un plan d'action concernant le « Principe de Joyce ».

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées:

- I. Le gouvernement du Canada doit prendre toutes mesures législatives nécessaires à la mise en oeuvre du Principe de Joyce;
- II. Le gouvernement du Canada doit réviser les programmes de financement liés aux prestations de services en collaboration avec les autorités autochtones concernées ;
- III. Le gouvernement du Canada doit harmoniser son programme de remboursement et de couverture avec les provinces afin de permettre un accès optimal et équitable aux soins, aux traitements et à la médication pour tous les Autochtones;
- IV. Le gouvernement du Canada doit faciliter l'accès aux soins sécuritaires pour les membres des communautés autochtones de façon équitable, en tenant compte du lien de confiance qui doit exister avec l'établissement de santé choisi;
- V. Le gouvernement du Canada doit lier les ressources allouées aux besoins réels des Autochtones;
- VI. Le gouvernement du Canada doit tout faire pour faciliter des mesures qui permettent la mobilité des ressources entre les communautés ainsi qu'avec les services de santé et de services sociaux hors communauté;
- VII. Le gouvernement du Canada doit mettre en oeuvre le Principe de Joyce indifféremment des conflits juridictionnels entre le Québec et le Canada.

2. Relation entre Autochtones et le gouvernement du Québec en matière de santé et services sociaux

Le gouvernement du Québec doit reconnaître le droit à l'autonomie et à l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé et services sociaux.

Le gouvernement du Québec doit reconnaître le racisme systémique auquel sont confrontés les Autochtones, notamment en lien avec un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Pour y arriver, la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé sont une condition sine qua non.

Le gouvernement du Québec, en collaboration avec les autorités autochtones concernées, doit mettre en place un plan d'action concernant le « Principe de Joyce ».

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées:

- I. Le gouvernement du Québec doit prendre toutes mesures législatives nécessaires à la mise en oeuvre du Principe de Joyce;
- II. Le gouvernement du Québec doit établir un bureau d'Ombudsman à la santé des Autochtones. Les pouvoirs et les moyens d'action de cet Ombudsman doivent être convenus avec les autorités autochtones concernées;
- III. Le Gouvernement du Québec doit travailler avec les autorités autochtones concernées dans toute action découlant du Principe de Joyce;
- IV. Le Gouvernement du Québec doit nommer, après consultation avec les autorités autochtones concernées, un membre autochtone sur toutes les instances décisionnelles touchées par le Principe de Joyce;
- V. Le gouvernement du Québec doit mettre en place des mesures qui facilitent la mobilité des ressources humaines qui dispensent des services en santé et services sociaux aux Autochtones;
- VI. Le gouvernement du Québec doit mettre en oeuvre le Principe de Joyce indifféremment des conflits juridictionnels entre le Québec et le Canada.

3. Relation entre Autochtones et le grand public en matière de santé et services sociaux

Afin de réduire la stigmatisation et les préjugés à l'endroit des Autochtones en ce qui a trait à la santé, les acteurs de la société civile ainsi que les différents paliers de gouvernement doivent s'engager activement à lutter contre le racisme envers les Autochtones. L'importance de la sensibilisation et de l'éducation des allochtones sur les réalités des Autochtones doit être reconnue.

Les autorités autochtones concernées doivent recevoir les moyens nécessaires afin de lutter contre le racisme systémique et l'ignorance concernant les réalités autochtones.

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées:

- I. Le gouvernement du Québec doit supporter financièrement les autorités autochtones concernées afin de mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation populaire sur les réalités autochtones;
- II. Le gouvernement du Canada doit supporter financièrement les autorités autochtones concernées afin de mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation populaire sur les réalités autochtones;
- III. Les acteurs de la société civile doivent prévenir, dénoncer et condamner toute manifestation de racisme envers les Autochtones.

4. Relation entre Autochtones et les établissements d'enseignement dans les domaines de la santé et des services sociaux

Tout programme dispensé par un établissement d'enseignement visant à former des travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux doit inclure une composante relative au « Principe de Joyce ».

Tout programme visant à former les travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux doit prévoir des mesures pour intégrer les étudiants autochtones et assurer leur réussite.

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées:

- I. Les établissements d'enseignement liés aux domaines de la santé et des services sociaux doivent dispenser des formations obligatoires relatives au Principe de Joyce à tous ses étudiants. Ces formations doivent être élaborées par, ou à tout le moins en collaboration avec, les acteurs autochtones de la santé et des services sociaux;
- II. Les établissements d'enseignement liés aux domaines de la santé et des services sociaux doivent faciliter le plus possible aux Autochtones l'accès aux programmes de formation, incluant la mise en place de nouveaux programmes spécifiques ainsi que de mesures financières et sociales;
- III. Les établissements d'enseignement liés aux domaines de la santé et des services sociaux doivent décoloniser les contenus de cours et des modalités d'enseignement sur l'ensemble de son curriculum incluant la formation continue;
- IV. Les établissements d'enseignement liés aux domaines de la santé et des services sociaux doivent faciliter la reconnaissance des savoirs et le partage des connaissances des Autochtones.

5. Relation entre Autochtones et les ordres professionnels du domaine de la santé et des services sociaux

Tous les ordres professionnels dont les membres oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux doivent intégrer l'engagement à respecter le « Principe de Joyce » à tous leurs mécanismes de protection du public. Tous les ordres professionnels dont les membres oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux doivent inclure dans leurs exigences de formation continue une composante relative au « Principe de Joyce ».

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées: I. Le gouvernement du Québec doit modifier le Code des professions de façon à implanter des formations récurrentes et obligatoires relatives au Principe de Joyce au sein de tous les ordres professionnels de santé et des services sociaux du Québec. Ces formations doivent être élaborées par, ou à tout le moins, en collaboration avec les acteurs autochtones de la santé et des services sociaux; II. Les ordres professionnels liés aux domaines de la santé et des services sociaux doivent, en collaboration avec les autorités autochtones concernées, désigner une personne autochtone pour siéger sur leur conseil d'administration.

6. Relation entre Autochtones et les organisations de santé et de services sociaux

Toutes les organisations de santé et de services sociaux doivent mettre en place une politique par laquelle est reconnu et appliqué le « Principe de Joyce ».

Toutes les organisations de santé et de services sociaux qui desservent régulièrement une clientèle autochtone doivent conclure avec les autorités autochtones concernées une entente relative à la mise en oeuvre de toute politique en lien avec le « Principe de Joyce ».

Les organisations doivent afficher visiblement leur engagement au « Principe de Joyce ». Chaque année, le gouvernement du Québec doit présenter publiquement l'état d'avancement de la mise en oeuvre de ce plan d'action et déterminer avec les autorités autochtones concernées les ajustements à apporter.

De façon non limitative, les mesures suivantes devraient être adoptées:

- I. Les organisations de santé et des services sociaux doivent s'engager à la formation continue relative au Principe de Joyce. Ces formations doivent être élaborées par, ou à tout le moins en collaboration avec, les acteurs autochtones de la santé et des services sociaux;
- II. Les organisations de santé et des services sociaux doivent mettre en place toutes les mesures nécessaires à la sécurisation culturelle des Autochtones;
- III. Les organisations de santé et des services sociaux doivent faciliter l'accès à un Ombudsman spécifique à la clientèle autochtone;
- IV. Les organisations de santé et des services sociaux doivent prévenir, dénoncer et condamner toute manifestation de racisme envers les Autochtones.



BILAN DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2021-2022: PLANIFIER LA MISE EN ŒUVRE DE LA MODERNISATION DE LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

– JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



C'est avec une grande fierté que je vous présente les réalisations de l'Ordre liées à la mise en œuvre de son plan d'action stratégique 2021-2022 qui s'est conclu le 31 mars dernier. Il s'agit du premier plan d'action annuel découlant de l'adoption en mars 2021 par le Conseil d'administration d'un tout nouveau plan stratégique d'une durée de quatre ans (2021-2025).

BILAN PAR ENJEU ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES – FAITS SAILLANTS

Enjeu 1: Modernisation de la profession

La Loi fait évoluer la profession d'hygiéniste dentaire et la mise en œuvre de la modernisation de la profession s'impose aujourd'hui comme une condition nécessaire pour transformer la pratique. L'Ordre assumera pleinement le leadership requis pour assurer l'évolution de la pratique.

Orientation 1.1 Instaurer le cadre réglementaire lié à la Loi 15

Pour cette orientation, la permanence de l'Ordre, la présidence et le Conseil d'administration (le Conseil) ont mené de multiples actions visant à faciliter l'instauration du cadre réglementaire lié à la modernisation des professions du domaine buccodentaire, et de façon plus particulière, celle liée à la profession d'hygiéniste dentaire:

- Le Conseil a approuvé **un ambitieux plan de communication** qui se déploiera au cours des années 2022 à 2025. Ce plan a deux objectifs principaux:
 - Informer le grand public, les hygiénistes dentaires et les partenaires de l'Ordre des retombées de la modernisation de la profession sur l'exercice de la profession, son champ d'exercice et ses activités réservées, et sur l'accès aux soins buccodentaires pour la population du Québec;
 - Sensibiliser la population à une saine hygiène dentaire;
- Les ordres du domaine buccodentaire ont grandement avancé **la rédaction d'un projet de guide explicatif interordres** dont un premier volet sera publié au cours de l'exercice financier 2021-2022. Ce premier volet consiste en un glossaire de termes liés étroitement à la mise en œuvre des lois modifiées par la modernisation des professions du domaine buccodentaire;



- Le service de l'inspection professionnelle a préparé un **nouveau questionnaire d'inspection professionnelle adapté au contexte des cabinets d'hygiène dentaire**. Le Conseil a approuvé ce questionnaire qui sera utilisé dès l'année 2022-2023;
- Préparé par le comité de prévention et de contrôle des infections, l'Ordre a publié un **nouvel outil** pour soutenir les membres exerçant dans un cabinet d'hygiéniste dentaire pour l'application des **normes de prévention et de contrôle des infections** dans *L'Explorateur* de décembre 2021;
- Les travaux interordres sur la production d'une **version mise à jour du guide de prévention et de contrôle des infections de 2009** ont repris en mars 2022;
- Le travail sur la **révision des normes de tenue des cabinets et de tenue des dossiers** s'est amorcé en janvier 2022;
- La syndique a terminé la rédaction des processus de **conciliation et d'arbitrage des comptes**;
- La **révision du processus d'évaluation des candidats à l'équivalence** du diplôme et de la formation avance à grands pas. Le premier outil conçu pour ce processus révisé est déjà implanté (l'autoévaluation des compétences du candidat) et le deuxième outil, l'épreuve écrite évaluant la maîtrise des compétences d'hygiéniste dentaire selon le devis ministériel du programme collégial Techniques d'hygiène dentaire, est en phase de mise à l'essai pratique;
- Les travaux pour la sélection d'une **plateforme d'apprentissage en ligne** ont culminé par la sélection d'un fournisseur de services par le Conseil. Ce nouveau service sera mis à la disposition des hygiénistes dentaires, à la suite d'un lancement effectué dans le cadre du congrès de l'Ordre;
- La **Politique de formation continue obligatoire** a fait l'objet d'une analyse approfondie et le Conseil a adopté des orientations quant à sa révision;
- L'Ordre a tenu une première **rencontre avec les coordonnateurs des programmes de Techniques d'hygiène dentaire** en janvier 2022 pour les soutenir dans l'intégration des nouveaux concepts liés à la modernisation de la profession;
- Le président a participé à une rencontre de consultation du ministère de l'Enseignement supérieur en vue de la **révision du programme collégial de Techniques d'hygiène dentaire** et l'Ordre a participé à la validation de la documentation du ministère pour ce dossier.

Orientation 1.2 Contribuer à l'amélioration de la santé buccodentaire

Cette orientation souligne l'importance que doit accorder l'Ordre à son rôle sociétal en contribuant, par des actions ciblées, à l'amélioration de la santé buccodentaire de la population du Québec. En cette matière:

- Le Conseil a approuvé un **plan de communication réparti sur quatre ans pour sensibiliser la population à l'importance d'une saine hygiène dentaire**. Une thématique différente chaque année permettra d'aborder une vaste diversité de sujets;
- À la demande de l'Ordre, ses représentants ont **rencontré les dentistes-conseils du ministère de la Santé et des Services sociaux** pour la mise en place d'un suivi semestriel des projets du ministère qui ont un lien avec la profession d'hygiéniste dentaire et, du même coup, les informer des avancées des travaux sur la modernisation de la profession.

Enjeu 2: Rayonnement, notoriété et attractivité

La population étant mieux informée et de plus en plus soucieuse de l'importance de son hygiène dentaire, l'Ordre a tout intérêt à multiplier ses activités de sensibilisation du public, à faire valoir le rôle essentiel de l'hygiéniste dentaire et ainsi, mettre en valeur la profession. Cette visibilité est aussi susceptible d'intéresser la relève à joindre la profession.

Orientation 2.1 Devenir un acteur reconnu

Comme le mentionne le plan stratégique, afin d'assurer une position incontournable pour les questions d'ordre public sur la santé buccodentaire au Québec, l'Ordre s'activera dans la sphère publique pour devenir un acteur reconnu. Au cours de cette première année d'implantation du plan, l'Ordre a surtout planifié ses actions futures et mis en place le cadre requis pour des communications efficaces et rigoureuses:

- Comme mentionné précédemment, un **plan de communication** a été adopté par le Conseil et ce dernier a sélectionné une firme pour soutenir l'Ordre dans sa mise en œuvre;
- Le Conseil a également adopté une **Politique de communication** qui donne des balises claires pour l'ensemble des communications de l'Ordre, tant dans leur forme que dans les véhicules communicationnels qui seront déployés dès 2022-2023 pour soutenir l'Ordre dans ses interventions publiques.

Orientation 2.2 Soutenir la reconnaissance publique de la profession d'hygiéniste dentaire

Les actions de l'Ordre pour cette orientation sont centrées sur l'objectif d'attirer plus de candidats à la profession d'hygiéniste dentaire afin d'élargir le bassin de main-d'œuvre disponible. Ainsi, au cours de la dernière année:

- Le président et le directeur général et secrétaire ont défini la configuration d'une **table sectorielle sur la main-d'œuvre** qu'ils souhaitent mettre en place pour trouver des solutions novatrices à la pénurie de main-d'œuvre en hygiène dentaire. Cette table sera mise en place en 2022-2023;
- Le Conseil a approuvé un **plan de communication destiné aux étudiants** du programme collégial Techniques d'hygiène dentaire et à la relève. Sa mise en œuvre progressive commencera dès 2022-2023.

Enjeu 3 : Mobilisation des membres

L'Ordre compte plus de 6 700 membres de tous âges, répartis sur l'ensemble du territoire québécois. Les membres, principalement des femmes, pratiquent en moyenne depuis plus de 10 ans. L'Ordre peut ainsi compter sur des membres nombreux, aux profils diversifiés, impliqués, passionnés et qui exercent leur profession avec rigueur.

Orientation 3.1 Augmenter le sentiment d'appartenance des membres

Au cours de l'année, l'Ordre a principalement effectué des cueilletes de données qui lui permettront de bonifier et optimiser son offre de services en termes des moyens utilisés pour communiquer avec ses membres et de mieux reconnaître leurs réalisations :

- La responsable des communications a préparé un **sondage sur la notoriété des services de l'Ordre sur le plan des communications** (revue professionnelle, bulletins électroniques, sites Web, etc.). Ce sondage permettra d'optimiser l'usage des moyens communicationnels de l'Ordre pour assurer une communication fluide et efficace auprès de ses membres. L'objectif est de lancer le sondage au cours du mois d'avril 2022;
- La responsable des communications a procédé à une **recension des pratiques des ordres professionnels du Québec en matière de programmes de prix et de mentions** pour leurs membres et les étudiants aux programmes d'études menant au permis de l'Ordre. Ce travail servira au comité des prix et des bourses pour proposer au Conseil un programme bonifié de reconnaissance des réalisations des hygiénistes dentaires et des étudiants en Techniques d'hygiène dentaire.



Enjeu 4 : Capacité organisationnelle

Le domaine de la santé buccodentaire est en constante évolution au Québec. La technologie évolue rapidement et la profession gagne en autonomie. L'Ordre doit demeurer à jour dans ses pratiques et s'assurer d'avoir la capacité de réaliser ses orientations stratégiques.

Orientation 4.1 Assurer l'adéquation entre l'offre de services de l'Ordre et les besoins du public et des membres

Afin de se doter des ressources requises pour la mise en œuvre de son plan stratégique et l'accomplissement de sa mission, l'Ordre a procédé à de multiples travaux pour améliorer son efficacité opérationnelle :

- D'importants efforts ont été déployés pour la **mise en place du nouvel organigramme interne** :
 - La révision de l'ensemble des descriptions de postes;
 - La conduite des processus d'embauche prévus pour l'an 1 du plan stratégique et l'intégration en emploi du nouveau personnel;
- La direction générale a mis en place un **nouveau processus de planification budgétaire** basé sur des prévisions budgétaires triennales;
- Le Conseil a adopté une **politique de télétravail**;
- Le Conseil a approuvé une **révision de la structure salariale** pour le personnel de l'Ordre;
- La direction générale et le comité d'audit ont vu à la mise en place d'un processus et d'outils de **reddition de compte en matière de gestion des risques**;
- Le Conseil a adopté une **politique de gestion des assurances** de l'Ordre;
- La direction générale a planifié ses actions concernant la **sécurité informatique** des moyens technologiques utilisés par l'Ordre. Ces moyens se déploieront en 2022-2023, notamment en collaboration avec le Conseil interprofessionnel du Québec et d'autres ordres professionnels.

Le Conseil et la direction générale considèrent ce premier bilan fort positif! Il témoigne du dévouement du Conseil, de ses comités, de l'ensemble du personnel de l'Ordre et des membres des comités de l'Ordre et de leur engagement indéfectible envers notre mission commune de protection du public. Malgré les difficultés rencontrées en cours d'année, dont l'incertitude causée par la pandémie de COVID-19, l'équipe a su maintenir le cap sur ses objectifs tout en maintenant une remarquable solidarité.



Les Nations 2022



Source: Canada.ca/nations-autochtones-quebec

Services aux Autochtones Canada, Système d'information sur l'administration des bandes.

Services aux Autochtones Canada, Services géomatiques.

Image satellite: Ressources naturelles Canada, Atlas national du Canada.

© Le ministère des Ressources naturelles Canada. Tous droits réservés.



Services aux
Autochtones Canada

Indigenous Services
Canada

Canada

Populations autochtones au Québec 2022

Indigenous Populations in Quebec 2022

Les Nations 2022

Toponyme ¹ Toponym ¹	Nom de la communauté ² Community Name ²	Résidents ³ Residents ³	Non-résidents ⁴ Non-residents ⁴	Total
Abénakis Abenakis				
Odanak	Odanak	288	2 500	2 788
Wôlinak	Première Nation des Abénakis de Wôlinak	124	463	587
Total		412	2 963	3 375

Algonquins				
Kebaowek	Kebaowek First Nation	289	832	1 121
Hunter's Point	Wolf Lake	0	255	255
Kitcisakik	Communauté anicnape de Kitcisakik	383	142	525
Kitigan Zibi	Kitigan Zibi Anishinabeg	1 624	2 061	3 685
Lac-Simon	La Nation Anishnabe du Lac Simon	1 799	485	2 284
Pikogan	Conseil de la Première Nation Abitibiwinni	587	500	1 087
Rapid Lake	Algonquins of Barriere Lake	582	213	795
Timiskaming	Timiskaming First Nation	648	1 871	2 519
Winneway	Long Point First Nation	507	442	949
Total		6 419	6 801	13 220

Atikamekw				
Coucouache	Conseil des Atikamekw de Wemotaci	Aucun résident permanent No permanent resident		
Manawan	Atikamekw de Manawan	2 590	466	3 056
Obedjiwan	Bande des Atikamekw d'Opitciwan	2 513	613	3 126
Wemotaci	Conseil des Atikamekw de Wemotaci	1 522	526	2 048
Total		6 625	1 605	8 230

Cris Crees				
Chisasibi	Cree Nation of Chisasibi – La Nation Crie de Chisasibi	4 539	289	4 828
Eastmain	Cree Nation of Eastmain – La Nation Crie d'Eastmain	830	113	943
Mistissini	Cree Nation of Mistissini – La Nation Crie de Mistissini	3 760	378	4 138
Nemiscau	Cree Nation of Nemaska – La Nation Crie de Nemaska	767	76	843
Oujé-Bougoumou	Oujé-Bougoumou Cree Nation	795	141	936
Waskaganish	The Crees of the Waskaganish First Nation – Les Cris de la Première Nation de Waskaganish	2 300	596	2 896
Waswanipi	Waswanipi	1 686	618	2 304
Wemindji	Cree Nation of Wemindji – La Nation Crie de Wemindji	1 455	190	1 645
Whapmagoostui	Whapmagoostui First Nation – La Première Nation de Whapmagoostui	904	118	1 022
Total		17 036	2 519	19 555

Hurons-Wendat				
Wendake	Nation Huronne Wendat	1 463	3 022	4 485
Total		1 463	3 022	4 485

Innus				
Betsiamites	Bande des Innus de Pessamit	2 848	1 244	4 092
Essipit	Bande Innue Essipit	228	822	1 050
Romaine	Montagnais de Unamen Shipu	1 165	78	1 243
Mashteuiatsh	Première Nation des Pekuakamiulnuatsh	2 104	6 269	8 373
Matimekosh, Lac-John	Bande de la Nation Innu Matimekush-Lac John	849	193	1 042
Mingan	Bande des Innus de Ekuaniitsh	635	55	690
Nutashkuan	Première Nation des Innus de Nutashkuan	1 095	117	1 212
Pakuashipi	Bande des Montagnais de Pakua Shipi	372	27	399
Uashat, Mallotenam	Innu Takuikan Uashat mak Mani-Utenam	3 616	1 284	4 900
Total		12 912	10 089	23 001

Le présent document est fait à titre informatif seulement et ne vise pas à garantir la validité, l'exactitude ou l'applicabilité des renseignements qu'il renferme. Services aux Autochtones Canada (SAC) n'accepte aucune responsabilité pour quelque erreur, inexactitude ou omission dans le présent document.

This document is for informative purpose only and doesn't guarantee the validity, accuracy or applicability of the information it holds. Indigenous Services Canada (ISC) accepts no responsibility or liability for any errors, inaccuracies or omissions in this document.

Références pour la carte :
SAC, Système d'information sur l'administration des bandes.
SAC, Services géomatiques.
Image satellite : Ressources naturelles Canada, Atlas national du Canada.
© Le ministère des Ressources naturelles Canada. Tous droits réservés.

Map sources:
ISC, Band Governance Management System.
ISC, Geomatics Services.
Satellite Image: Natural Resources Canada, National Atlas of Canada.
© Department of Natural Resources Canada. All rights reserved.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les droits de reproduction, veuillez communiquer avec:
communicationspublications@sac-isc.gc.ca
www.canada.ca/services-autochtones-canada | 1-800-567-9604 | ATS seulement: 1-866-553-0554

Catalogue : R1-26-PDF | ISBN/ISSN : 2291-384X
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2022
Cette publication est également disponible en anglais sous le titre : *The Nations Map 2022*

For information regarding reproduction rights, please contact:
communicationspublications@sac-isc.gc.ca
www.canada.ca/indigenous-services-canada | 1-800-567-9604 | TTY only: 1-866-553-0554
Catalogue: R1-26-PDF | ISBN/ISSN: 2291-384X
© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2022

This Publication is also available in French under the title: *Carte Les Nations 2022*

Toponyme ¹ Toponym ¹	Nom de la communauté ² Community Name ²	Résidents ³ Residents ³	Non-résidents ⁴ Non-residents ⁴	Total
Malécites Maliseet				
Cacouna	Première Nation Wolastoqiyik (Malécite) Wahiasepekuk	0	1 552	1 552
Whitworth	Première Nation Wolastoqiyik (Malécite) Wahiasepekuk	Aucun résident permanent No permanent resident		
Total		0	1 552	1 552

Micmacs				
Gaspé	La Nation Micmac de Gespeg	0	1 432	1 432
Gesgapegiag	Micmacs of Gesgapegiag	707	906	1 613
Listuguj	Listuguj Mi'gmaq Government	2 076	2 172	4 248
Total		2 783	4 510	7 293

Mohawks⁵				
Doncaster	Mohawks of Kahnawáke, Mohawks of Kanesatake	Aucun résident permanent No permanent resident		
Kahnawake	Mohawks of Kahnawáke	7 965	3 378	11 343
Kanesatake	Mohawks of Kanesatake	1 364	1 387	2 751
Total		9 329	4 765	14 094

Naskapis				
Kawawachikamach	Naskapi Nation of Kawawachikamach – Nation Naskapi de Kawawachikamach	691	106	797
Total		691	106	797

Liste générale General List				
Indiens inscrits non associés à une nation Status Indians not associated with a Nation	0	238	238	
Total	0	238	238	

Total Indiens inscrits Total Status Indians⁶	57 670	38 170	95 840	
--	---------------	---------------	---------------	--

Inuits Inuit⁷				
Akulivik		660	42	702
Aupaluk		211	11	222
Chisasibi		74	17	91
Inukjuak		1 790	126	1 916
Ivujivik		418	37	455
Kangiqsualujuaq		889	56	945
Kangiqsujuaq		795	38	833
Kangirsuk		523	84	607
Killiniq		0	36	36
Kuujuuaq		2 022	200	2 222
Kuujuarapik		652	89	741
Puvirnituq		1 740	148	1 888
Quaqtaq		412	40	452
Salluit		1 519	103	1 622
Tasiujaq		362	10	372
Umiujaq		488	21	509
Total Inuits Total Inuit		12 555	1 058	13 613

Total global Grand Total	70 260	39 193	109 453	
-----------------------------------	---------------	---------------	----------------	--

- Le terme « toponyme » désigne généralement des réserves, terres indiennes, établissements ou autres assises territoriales.
The term "toponym" generally refers to reserves, Indian lands, establishments or other land bases.
- Le choix du nom de la communauté appartient à cette dernière, ce qui explique la présentation unilingue de certains noms.
The choice of a name belongs to the community, which explains unilingual presentation of certain names.
- Le terme « résidents » signifie que les personnes résident dans leur communauté d'affiliation.
The term "residents" means that the persons reside in the community to which they are affiliated.
- Le terme « non-résidents » signifie que les personnes ne résident pas dans leur communauté d'affiliation.
The term "non-residents" means that the persons do not reside in the community to which they are affiliated.
- Une partie seulement de la réserve mohawk d'Akwesasne se trouve au Québec. Sur le plan administratif, cette communauté relève du bureau régional de l'Ontario de Services aux Autochtones Canada.
Only a portion of the Akwesasne Mohawk Reserve is located in the Province of Quebec. On the administrative level, this community comes under the authority of the Ontario regional office of Indigenous Services Canada.
- Les Indiens inscrits sont enregistrés en vertu de la Loi sur les Indiens. C'est ainsi qu'est déterminé le nombre de résidents et de non-résidents pour chacune des communautés.
Référence : SAC, Registre des Indiens, 31 décembre 2021.
Status Indians are registered in accordance with the Indian Act. This serves to determine the number of residents and non-residents for each municipality.
Source: ISC, Indian Register, December 31, 2021.
- Les Inuits sont enregistrés à titre de bénéficiaires de la Convention de la Baie James et du Nord québécois. C'est ainsi qu'est déterminé le nombre de résidents et de non-résidents pour chacune des municipalités.
Référence : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 31 décembre 2021.
Inuit are registered as beneficiaries of the James Bay and Northern Quebec Agreement. This serves to determine the number of residents and non-residents for each municipality.
Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, December 31, 2021.

APERÇU DES PROGRAMMES DE SOINS BUCCODENTAIRES FOURNIS PAR SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA



- **FRANCK GIVERNE, H.D.**, coordonnateur régional de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) de Services aux Autochtones Canada. Conception et autorisation de Marie-Eve Courtois de Mashteuiatsh, Québec.

Monsieur Franck Giverne est hygiéniste dentaire depuis 32 ans. Sa passion pour la santé publique l'amène à travailler avec et pour les Premières Nations depuis plus de 10 ans. Il est actuellement le coordonnateur régional de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada.

Au Québec, «la prestation et le financement des services de santé et des services sociaux aux membres des Premières Nations et aux Inuits interpellent différents paliers de gouvernements [...]» en fonction du lieu de résidence. Ainsi, l'on distingue habituellement les «communautés conventionnées», les «communautés non conventionnées» et les personnes vivant «hors communauté». Par ailleurs, le programme des services de santé non assurés (PSSNA) de Services aux Autochtones Canada fournit aux membres inscrits des Premières Nations et Inuits reconnus résidant au Canada tout un ensemble de soins et de produits²:

- soins de la vue;
- soins dentaires;
- counseling en santé mentale;
- équipement médical et fournitures médicales;
- prescriptions et médicaments en vente libre;
- transport pour raison médicale pour obtenir des services de santé nécessaires du point de vue médical qui ne sont pas disponibles dans:
 - ✓ la réserve;
 - ✓ la collectivité de résidence³.

Cet article donne un aperçu d'ensemble des soins dentaires offerts au Canada par le gouvernement fédéral et met l'accent sur l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE).

LE CONTEXTE

Le gouvernement fédéral a développé un éventail de programmes spécifiques pour répondre le plus adéquatement possible aux multiples et importants besoins en matière de santé buccodentaire pour les populations des Premières Nations et des Inuits (PNI). Ces programmes visent à réduire l'écart dans ce domaine entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones. Ils ont pour objectif principal l'amélioration et le maintien de la santé buccodentaire des Premières Nations et des Inuits tout au long de leur vie. Les différents programmes ainsi créés devraient permettre l'accès à des services buccodentaires cliniques, préventifs et de santé publique aux populations PNI.

Élaboré en collaboration avec les PNI du Canada, «le document intitulé *Un continuum de services de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits* a pour objet de fournir une feuille de route en vue d'améliorer la santé buccodentaire des peuples; autochtones partout au Canada.»⁴ Ainsi, «Les services de santé buccodentaire fournis par l'intermédiaire de la DGSPNI ont été élaborés dans le but de faciliter l'accès aux services de santé buccodentaire aux Premières Nations et aux Inuits admissibles. Ils comprennent les services de thérapie dentaire, l'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE) et les soins dentaires du Programme des services

de santé non assurés (SSNA).»⁵ C'est pourquoi «Le Programme des SSNA assure les membres des Premières Nations et les Inuits admissibles, peu importe leur lieu de résidence (dans les communautés ou à l'extérieur de celles-ci), leur âge, leur revenu ou toute autre mesure indirecte des besoins socioéconomiques.»⁶ Hormis «le Programme des SSNA, aucun programme provincial ou territorial de santé publique n'offre une couverture universelle des soins dentaires ou orthodontiques.»⁷ Au fil du temps, trois programmes ont été créés: la Thérapie dentaire, l'Initiative en santé Buccodentaire pour les enfants (ISBE) et les Services communautaires de santé buccodentaire (SCSB); en 2017, l'appellation générique «SCSB» a été adoptée afin de regrouper les trois programmes.

LE PROGRAMME DE THÉRAPIE DENTAIRE

Sous la gouverne de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada (DGSPNI), **les services de thérapie dentaire** ont été créés pour améliorer l'accès aux soins pour les communautés inuites et les communautés des Premières Nations, surtout dans les endroits éloignés et isolés. La région du Québec, comme celle de l'Ontario, n'a ni le programme ni l'infrastructure reliée aux soins fournis

par les thérapeutes dentaires. La loi ne permet pas l'exercice de thérapeutes dentaires au Québec et en Ontario.

LA CRÉATION DE L'INITIATIVE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE POUR LES ENFANTS (ISBE)

En l'absence de programme de prévention structurée destiné aux Premières Nations et aux Inuits et constatant les besoins criants en matière de prévention en santé dentaire dans les communautés autochtones, Santé Canada a mis en œuvre, en 2004, un projet pilote pancanadien. Quatre communautés des Premières Nations non conventionnées de la région du Québec ont répondu favorablement pour débiter la mise en œuvre du nouveau programme de santé dentaire publique ISBE.

L'initiative ainsi créée avait comme objectif de réduire l'incidence des maladies buccodentaires chez les populations PNI de 0 à 7 ans et d'augmenter le niveau d'exposition des groupes cibles aux traitements dentaires curatifs, lorsque requis, et aux soins buccodentaires préventifs.

Les quatre communautés autochtones choisies au Québec afin d'implanter l'ISBE en 2004 étaient : Lac-Simon, Manawan, Mashteuiatsh et Wemotaci. Une coordonnatrice de programme et quatre hygiénistes dentaires contractuelles à temps partiel ont été engagées par Santé Canada pour mettre en œuvre l'initiative et jeter les bases de ce qui deviendra officiellement un programme national avec un financement récurrent en 2012.

Au fil des ans, le programme est passé de la responsabilité de Santé Canada à celle de Services aux Autochtones Canada lors de la création de ce nouveau ministère par le gouvernement fédéral en 2017. L'on peut noter qu'en Ontario et au Québec, on n'applique que l'ISBE/SCSB. Particulièrement dans cette dernière province, ce programme a pris de l'expansion en passant de quatre communautés offrant le service en 2004 à 28 communautés en 2022. Le Québec est ainsi l'une des rares régions du Canada à offrir le programme dans toutes les communautés PNI admissibles de son territoire. Voir à la suite de cet article la présentation des communautés autochtones au Québec (localisation géographique, toponymes et données populationnelles).

Les services préventifs du programme sont offerts directement et exclusivement dans les communautés pour répondre aux besoins présents. Ils s'effectuent aussi parfois dans des milieux non traditionnels.

En effet, le programme ISBE/SCSB s'adapte aux besoins en services et à la présence d'infrastructures selon les communautés. L'offre de services du programme se fait en priorité dans les écoles primaires et secondaires, les garderies scolaires et les centres de la petite enfance (CPE), mais aussi dans des cliniques communautaires, des établissements de santé publique et certains établissements de soins de longue durée et résidence pour personnes âgées.

Les services sont offerts à toute la clientèle ciblée sans discrimination ou critères d'inclusion. Il suffit qu'un consentement à participer au programme soit rempli et signé par le parent/tuteur légal ou le client s'il est âgé de plus de 14 ans. L'offre de services de l'ISBE exclut toutefois les membres des Premières Nations qui ne vivent pas en communauté. L'offre de services pour cette clientèle est la même que celle offerte par les programmes de prévention buccodentaire du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par contre, toutes les populations PNI (adultes et enfants), peu importe leur lieu de résidence, ont droit aux soins cliniques (SSNA).

LES SERVICES DE BASE OFFERTS PAR L'ISBE

Les clientèles ciblées sont en priorité les enfants d'âge scolaire (de 5 à 12 ans), les bébés, la clientèle préscolaire (de 0 à 4 ans) et surtout leurs parents, les femmes enceintes, et plus récemment dans certaines communautés les résidents de résidences privées pour aînés (RPA) et de Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Voici une liste non exhaustive des services de base offerts aux clientèles ciblées par le programme :

- Programme de brossage de dents en milieu scolaire, en centre de la petite enfance et en garderie;
- Dépistage buccodentaire annuel sous forme d'un examen clinique (indice CAOD/caod, indice PUFA/pufa, besoins en traitements préventifs et référence dentaire au besoin);
- Applications de vernis au fluorure avec comme objectif un minimum de deux (2) applications de vernis par année, idéalement quatre (4);
- Applications d'un agent de scellement de fosses et sillons en verre ionomère en milieu scolaire primaire et secondaire. Aucun groupe d'âge ciblé spécifiquement, l'agent de scellement est appliqué lorsque requis sur les premières molaires, les deuxième molaires et les prémolaires.
- Utilisation du fluorure diamine d'argent au besoin, toujours accompagné d'une référence chez le dentiste;
- Utilisation supervisée de certains produits contenant du xylitol;
- Séances d'éducation à la santé en groupes et individuelles (prénatal, postnatal, groupe d'allaitement, groupes OLO);
- Visites à domicile.

L'ÉQUIPE DE L'ISBE

Le programme est appliqué dans 28 communautés non conventionnées du Québec par une dynamique et performante équipe de 22 hygiénistes dentaires, dont cinq sont issues d'une communauté des Premières Nations. Toutes travaillent à temps partiel. Elles sont accompagnées de huit *représentantes* en santé dentaire de la communauté, qui ont été formées par elles afin de les aider à appliquer le programme. La collaboration étroite des *représentantes* avec les hygiénistes dentaires permet la création de liens avec la population des communautés où elles travaillent.

La plupart des hygiénistes dentaires du programme ont un lien d'emploi avec les communautés qui reçoivent un financement de Services aux Autochtones Canada. Le financement spécifique au programme tient compte du nombre de clients potentiels, mais aussi de la situation géographique et de l'accessibilité aux services dentaires disponibles à l'extérieur de la communauté. L'achat des fournitures, du matériel et des équipements nécessaires à l'application du programme fonctionne de manière centralisée avec un budget régional.

Dans toutes les communautés, les intervenants du programme (hygiénistes dentaires et représentantes en santé dentaire des communautés) travaillent en partenariat avec le bureau régional de Services aux Autochtones Canada et la direction des services de santé de leur communauté. Elles tissent des liens étroits avec les enseignants dans les écoles, les éducatrices en CPE, les professionnels de la santé (infirmières, nutritionnistes, travailleurs

sociaux, psychologues, médecins des centres de santé, dentistes visiteurs, etc.). Elles les sensibilisent, les informent et les forment à propos des importants problèmes de santé buccodentaire présents dans leurs communautés. Elles abordent notamment les divers et nombreux déterminants de santé buccodentaire qui peuvent être mis en lien avec les problématiques de santé globale qu'ils occasionnent ou influencent.

Le programme est aussi doté d'un système d'entrée de données centralisé par le bureau national de Services aux Autochtones Canada depuis ses débuts en 2004. Une analyse récente de ces données statistiques (CAOD/caod; dents cariées, dents absentes, dents obturées) montre une amélioration significative de la santé dentaire pour les communautés du Québec recevant le programme depuis au moins 6 ans.

En 2019-2020, dernière année avant la pandémie de COVID-19 qui a interrompu le déroulement des activités, la base de données nationale, gérée conjointement par les PNI et le gouvernement fédéral indique les résultats suivants : environ 3600 clients différents ont bénéficiés du programme ; 7600 applications de vernis au fluorure ont été effectuées ; 1550 dents ont demandé l'application d'un agent de scellement des fosses et sillons.

Au fil des années et de l'évolution des connaissances scientifiques, le programme a su adapter son offre de services de santé buccodentaire préventive en appliquant les meilleures pratiques cliniques préventives pour répondre aux priorités et aux besoins exprimés par chacune des communautés desservies. Le défi actuel consiste à conserver nos ressources humaines et à recruter de nouvelles hygiénistes pour remplacer les départs à la retraite prochains ainsi qu'à maintenir le niveau de connaissance et de compétence de tous les intervenants en leur offrant les meilleures formations disponibles. Parce que chaque enfant compte, peu importe ses origines ou son lieu de résidence, le programme ISBE/SCSB tente par son approche de changer les choses pour améliorer la santé et la qualité de vie de sa clientèle.

LE PRINCIPE DE JORDAN

Dans certaines situations particulières concernant certains traitements dentaires non couverts par le programme des SSNA pour les enfants PNI admissibles, une demande peut être adressée au programme Principe de Jordan. Le principe de Jordan a été nommé en mémoire de Jordan River Anderson, un jeune garçon de la Norway House Cree Nation au Manitoba. « Le principe de Jordan vise à permettre à tous les enfants des Premières Nations vivant au Canada d'avoir accès aux produits, aux services et aux mesures de soutien nécessaires au moment où ils en ont besoin. Le financement permet de combler toutes sortes de besoins en matière de santé, de services sociaux et d'éducation, notamment les besoins uniques que pourraient avoir les enfants et les jeunes LGBTQIA et bispirituels des Premières Nations et ceux qui ont des handicaps physiques. [...] Les demandes concernant des enfants inuits peuvent être adressées à l'Initiative de l'enfant d'abord pour les Inuit. »⁸



Everson a toujours voulu que son dessin soit utilisé librement pour soutenir la cause et sensibiliser les pensionnats et les survivants.

Merci (Français), Thank you (English), Nia:wen (Mohawk), Mikwetc (Atikamekw), Migwetc (Cree), Tshinashkumitin (Innu), Wela'lin (Mi'kmaq), Wli Wni (Abenakis), Tiawenhk (Wendat), Meegwetch (Algonquin), Nakurmik (Inuktitut)!

- 1- « Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuits », Ministère de la Santé et des Services sociaux, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones/>, (Consulté le 16 mai 2022). Les communautés autochtones qui ne relèvent que de l'autorité fédérale sont les suivantes : les Abénakis ; les Algonquins ; les Attikameks ; les Hurons-Wendats ; les Innus ; les Malécites ; les Micmacs ; les Mohawks.
- 2- À la condition que les produits et les services médicaux ne soient pas couverts par d'autres régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux, ni par des programmes sociaux ou des régimes d'assurance privés. Source : « À propos du programme des services de santé non assurés », Services aux Autochtones Canada, <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553>, (Consulté le 16 mai 2022).
- 3- Ibidem.
- 4- *Un continuum de services de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits*, [Services aux Autochtones Canada / Indigenous Services Canada], [s. l.], [s. n.], [s. d.], [Document interne évolutif examiné tous les cinq ans par le Comité de la haute direction de la DGSPNI de Services aux Autochtones Canada].
- 5- *Un continuum de services de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits*, ouvrage cité.
- 6- *Un continuum de services*, ouvrage cité. Les professionnelles intéressées consulteront au besoin le *Guide concernant les prestations dentaires du programme des Services de santé non assurés*, entré en vigueur le 29 avril 2022, <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1579538771806/1579538804799>, (Consulté le 16 mai 2022).
- 7- *Un continuum de services*, ouvrage cité.
- 8- « Principe de Jordan », Services de soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits, Services aux Autochtones Canada, <https://sac-isc.gc.ca/fra/1568396159824?msclid=8a5e5254d06c11ecaf9a63e92a3c5710>, (Consulté le 15 mai 2022). Le dictionnaire Merriam-Webster définit le sigle anglais « LGBTQIA » ainsi : « lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning (one's sexual or gender identity), intersex, and asexual/aromantic/agender », Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/LGBTQQIA>, (Consulté le 14 mai 2022). Le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française définit ainsi le terme « bispirituel » : « Les termes personne *bispirituelle*, *bispirituel*, *bispirituelle* et *personne-aux-deux-esprits* sont parfois employés pour désigner plus précisément les membres de la communauté LGBT autochtone. / Les termes *bispirituel* et *bispirituelle* employés comme substantifs peuvent être jugés offensants par certains locuteurs, qui considèrent que l'emploi de ces désignations réduit la personne concernée à cette seule caractéristique. » https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26556977, (Consulté le 14 mai 2022).



LES TOUT-PETITS DES PREMIERS PEUPLES DU QUÉBEC

L'Observatoire des tout-petits a souhaité intégrer à son Portrait sur les politiques publiques un chapitre consacré entièrement aux jeunes enfants des Premiers Peuples. Notre collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) nous a permis de rassembler un certain nombre d'informations que nous avons le plaisir de partager avec vous ici. Nous remercions la CSSSPNQL et le RCAAQ de leur généreuse contribution.

Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure dans le cadre de la production de ce Portrait d'établir les collaborations nous permettant de présenter de telles connaissances sur les tout-petits inuits, cris et naskapis. L'équipe de l'Observatoire des tout-petits est consciente que ceux-ci vivent des réalités particulières, qui sont notamment déterminées par leur situation géographique et par leurs relations avec les gouvernements du Québec et du Canada.

L'Observatoire des tout-petits souhaite, au cours des prochaines années, pouvoir collaborer à des projets qui mettront en lumière les réalités de tous les tout-petits des Premiers Peuples. Nous invitons donc les personnes et les organisations qui désireraient entamer à une telle collaboration à communiquer avec les membres de notre équipe à l'adresse suivante : info@tout-petits.org.



Au Québec, il existe 11 Premiers Peuples, à savoir les Inuit et les 10 Premières Nations. Ces 10 Premières Nations sont les nations abénakise, algonquine, atikamekw, crie, huronne-wendat, innue, malécite, mi'gmaq, mohawk et naskapie. Sur le plan juridique, les Inuit se distinguent des Premières Nations par le fait qu'ils ne sont pas assujettis à la *Loi sur les Indiens*.

11 Premiers Peuples



10 Premières Nations + les Inuit

Les personnes appartenant à chacune des Premières Nations ou aux Inuit ne sont pas nécessairement regroupées géographiquement. Elles peuvent vivre dans différentes communautés ou en milieu urbain. À titre d'exemple, il existe au Québec neuf communautés innues, qui sont réparties le long de la rive nord du fleuve Saint-Laurent, sur la Côte-Nord et au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Au Québec, la population autochtone (Premières Nations et Inuit) s'élève à 110 000 personnes approximativement, soit environ 95 000 membres des Premières Nations et 14 000 Inuit, ce qui représente 1,4 % de la population de la province⁶⁵⁰.



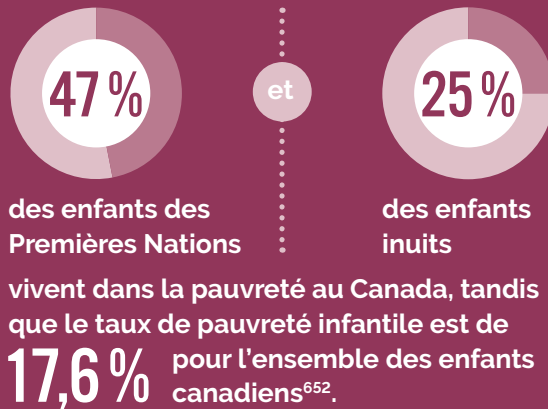
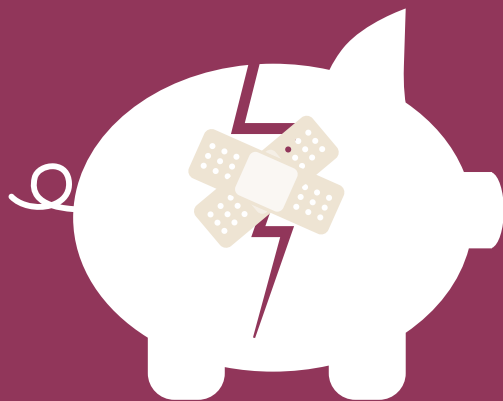
Plus de 40 000 personnes au Québec ont une langue autochtone comme langue maternelle. Les langues qui comptent le plus grand nombre de locuteurs sont, par ordre d'importance : le cri, l'inuktitut, l'innu aimun et l'atikamekw. On compte également un nombre important de locuteurs de l'algonquin, du naskapi, du mi'gmaq ainsi que de la langue mohawk. Certaines langues autochtones sont toujours parlées et utilisées par plus de 80 % des membres d'une même nation au Québec. C'est le cas parmi les Cris, les Inuit et les Atikamekw, dont les langues font preuve d'une vitalité exceptionnelle dans le contexte canadien, comme le montrent les données du recensement canadien de 2016 sur les populations autochtones⁶⁵¹. Pour d'autres nations, des efforts de vitalisation et de revitalisation sont en cours, notamment chez les Hurons-Wendats, les Abénakis et les Malécites. Une chose est certaine, chez l'ensemble des Premiers Peuples, la langue est très importante.



Qui sont les tout-petits des Premiers Peuples ?

Les tout-petits autochtones, tout comme l'ensemble des enfants au Québec, font face à certains défis. Ces défis sont parfois similaires, parfois différents de ceux vécus par les enfants allochtones. Selon une recherche du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), les enfants autochtones sont parmi les plus marginalisés et les plus défavorisés économiquement au Canada, et ce, peu importe le lieu de résidence.

En effet, les données du recensement de 2016 révèlent que :



Cette section du Portrait de l'Observatoire des tout-petits est consacrée à la réalité des tout-petits autochtones. Elle se penche d'abord sur la réalité de deux groupes spécifiques: les tout-petits des premières Nations qui vivent dans leur communauté et les tout-petits autochtones qui vivent en milieu urbain. Cette section aborde ensuite les grandes politiques publiques en place, communes à l'ensemble des enfants des Premiers Peuples.

LA RÉALITÉ DES TOUT-PETITS DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

Conseillères à la recherche : *Caroline Fiset, Jasmine Sawadogo, Joannie Gray Roussel, Julie Bernier, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)*

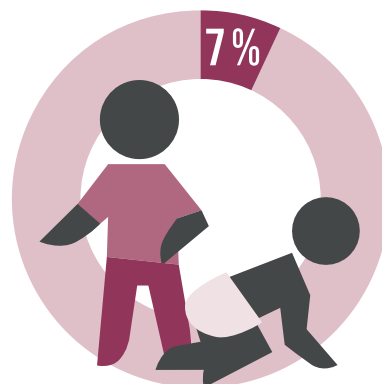
Révision : *Médérrik Sioui et Nancy Gros-Louis McHugh, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
et Aurélie Arnaud, Bureau des relations gouvernementales et municipales, Ville de Montréal.*

Qui sont les tout-petits des Premières Nations et comment vont-ils ?

Les données qui suivent à propos des tout-petits des Premières Nations ont été récoltées dans le cadre de l'*Enquête régionale sur l'éducation, l'emploi et la petite enfance chez les Premières Nations (EREE)* de 2014 et de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS)* de 2015. La première a été menée auprès de 20 communautés de 8 nations différentes et la seconde auprès de 21 communautés de 8 nations différentes.

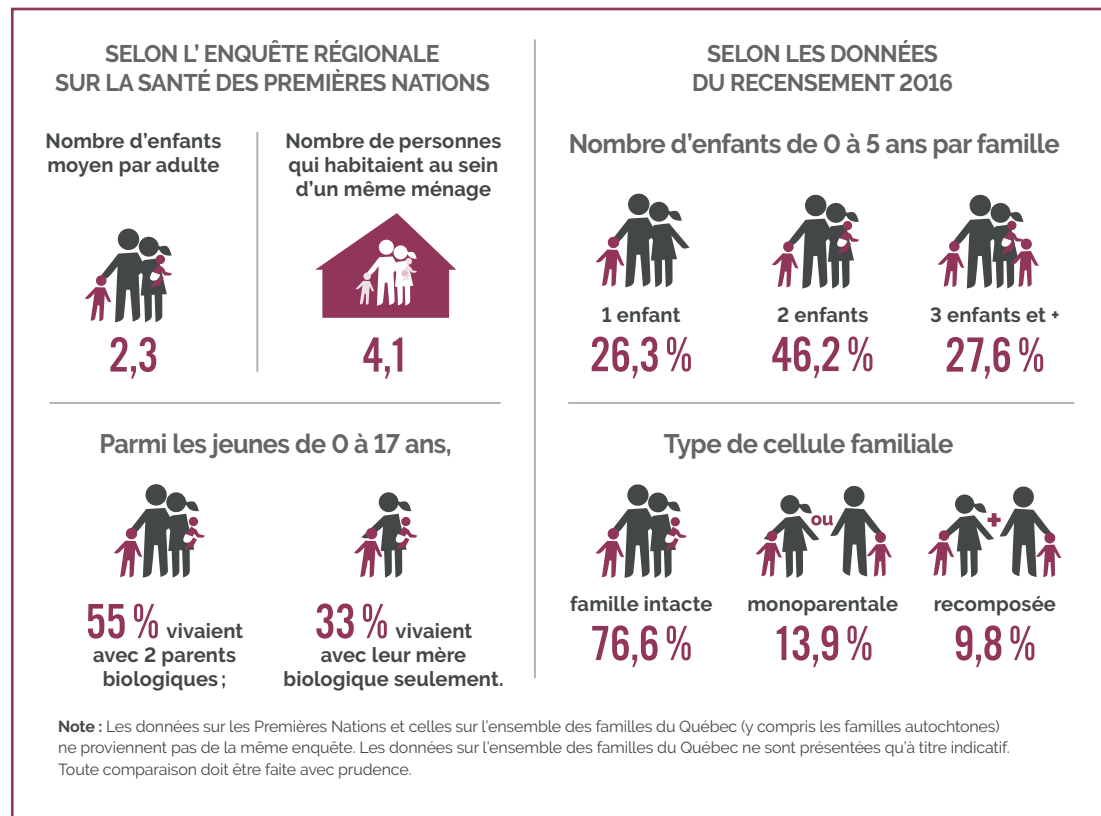
LES TOUT-PETITS DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC ET LEUR FAMILLE

En 2019, **les enfants de 0 à 5 ans représentaient 7 %** de la population totale vivant en communauté, selon le registre des Indiens de Services aux Autochtones Canada (SAC).

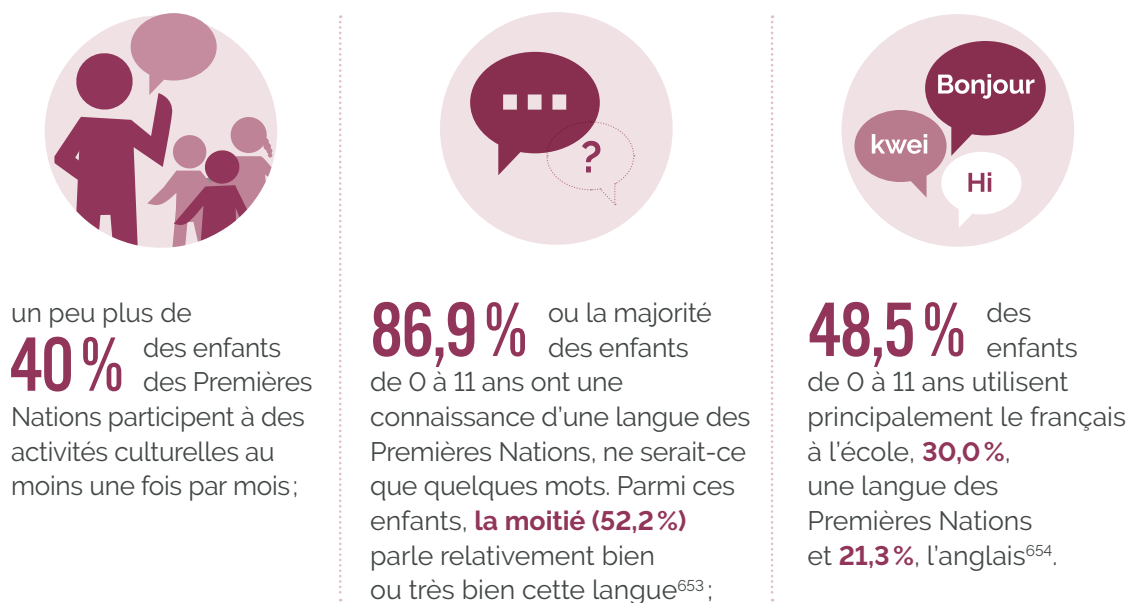




Selon l'ERS, en 2015, la composition des ménages des familles des Premières Nations était différente de celle des familles allochtones.



Les données de l'EREE de 2014 montrent que :





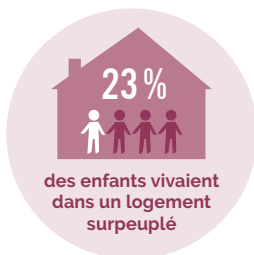
Les données montrent par ailleurs que **89,1 %** des parents estiment qu'il est très ou assez important que leur enfant apprenne les enseignements traditionnels (croyances, valeurs, remèdes, pratiques, cérémonies, histoires, chants et activités)⁶⁵⁵.

UN NIVEAU DE PAUVRETÉ INFANTILE ÉLEVÉ

Selon l'EREE, en 2014, la moitié des enfants vivait dans un ménage dont le revenu annuel se situait entre 10 000 \$ et 29 999 \$. De plus, seulement **53,2 %** des ménages tiraient des revenus d'un emploi rémunéré et **59,5 %** recevaient des prestations fiscales pour enfants⁶⁵⁶.



UNE PROPORTION PRÉOCCUPANTE DE LOGEMENTS INADÉQUATS ET INABORDABLES

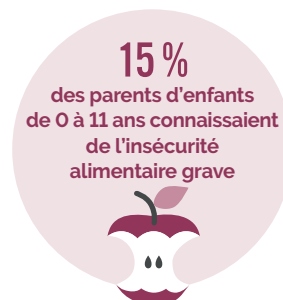


Selon les données de l'ERS de 2015, un enfant de 0 à 11 ans sur quatre (**23 %**) vivait dans un logement considéré comme surpeuplé. Selon l'EREE, **9,8 %*** des ménages avaient eu de la difficulté à payer leurs frais de logement « quelques fois » en 2014, et **12 %*** avaient eu de la difficulté à acquitter les frais relatifs aux services publics⁶⁵⁷.

* Ces données ont un coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 % et doivent être interprétées avec prudence.

UN QUART DES MÉNAGES EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Selon l'ERS, en 2015, la quasi-totalité des enfants de 3 à 11 ans (**96 %**) déjeunait régulièrement, « chaque jour » ou « presque chaque jour »⁶⁵⁸. Selon cette même enquête, chez les Premières Nations, **8 %** des adultes vivant avec des enfants de 0 à 11 ans connaissaient de l'insécurité alimentaire modérée et **15 %** de l'insécurité alimentaire grave⁶⁵⁹.



LA CARIE DENTAIRE : UN PROBLÈME DE SANTÉ IMPORTANT



En 2015, chez les Premières Nations, près de un enfant de 0 à 5 ans sur sept était ou avait déjà été touché par la carie sur ses dents temporaires, communément appelée « carie du biberon », une proportion qui augmentait dans les communautés rurales, isolées ou difficiles d'accès⁶⁶⁰.

LA RÉALITÉ DES TOUT-PETITS AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

Conseillère à la recherche : Audrey Pinsonneault, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Révision : Mélanie Moreau et Amélie Lainé, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
et Aurélie Arnaud, Bureau des relations gouvernementales et municipales, Ville de Montréal.

L'accès aux données et aux connaissances sur les autochtones vivant en milieu urbain représente un défi. Leur mobilité sur le territoire et le fait qu'ils ne vivent pas dans leur communauté de référence font en sorte qu'ils participent difficilement aux enquêtes populationnelles, qui par ailleurs ne les questionnent pas toujours sur les spécificités de leur situation culturelle, sociale et familiale. Les données et les connaissances présentées ci-dessous ont été colligées et offertes par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). Elles constituent les informations les plus pertinentes et les plus récentes dont nous disposons pour dresser un portrait des réalités des tout-petits autochtones qui vivent en milieu urbain au Québec.

Qui sont les tout-petits autochtones en milieu urbain ?

Au Québec, comme ailleurs au Canada, une part grandissante d'enfants et de familles autochtones sont établis de manière temporaire ou permanente en dehors des communautés territoriales (qui correspondent au Québec aux « réserves indiennes » au sens de la *Loi sur les Indiens*, aux établissements et terres réservés et non réservés, aux Cris et aux Naskapis ainsi qu'aux villages nordiques du Nunavik).

Selon les données du recensement de 2016 de Statistique Canada, 55 % des personnes des Premières Nations et 15 % des Inuit habitent en ville (petites municipalités et grands centres urbains), ce qui représente une population autochtone urbaine estimée à 54 000 personnes. De 2001 à 2016, la population totale des Premières Nations et des Inuit qui résident officiellement dans les villes s'est accrue de 171,2 % (38 065 personnes), ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 6,9 %.



LE PROFIL DES PARENTS D'ENFANTS AUTOCHTONES DE 0 À 5 ANS

Selon les données du RCAAQ de 2018, voici le profil des parents d'enfants autochtones de 0 à 5 ans en milieu urbain⁶⁶¹ :



50 % n'avaient pas de diplôme d'études secondaires;



63 % déclaraient avoir des revenus inférieurs à 20 000 \$ avant impôt;

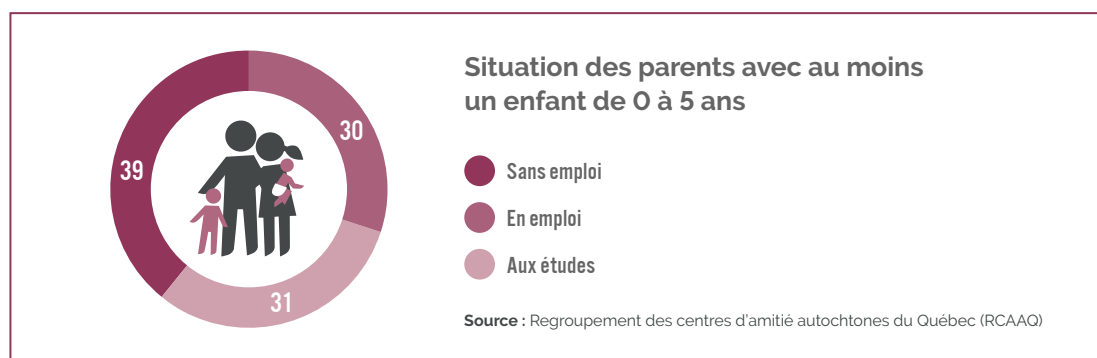


39 % étaient des chefs de familles monoparentales;



61 % affirmaient avoir déjà été victimes de racisme ou de discrimination dans le réseau québécois de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, moins du tiers des parents d'enfants autochtones de 0 à 5 ans en milieu urbain occupait un emploi en 2018.



Quels services sont offerts aux tout-petits autochtones en milieu urbain ?

Selon les données recueillies par le RCAAQ, en 2018-2019, plus de 300 enfants de 0 à 5 ans fréquentaient un centre d'amitié autochtone dans l'une des 11 villes où le Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec est présent (Chibougamau, Joliette, La Tuque, Maniwaki, Montréal, Québec, Roberval, Trois-Rivières, Senneterre, Sept-Îles et Val-d'Or). Au total, plus de 95 intervenants travaillaient dans l'un des 11 centres d'amitié autochtones, dont 25 intervenants qui travaillaient directement auprès des tout-petits et de leurs parents.



Les centres d'amitié autochtones offrent plusieurs activités qui favorisent le développement et le mieux-être des tout-petits :

- › Des activités et des ateliers parents-enfants;
- › Des cercles de discussion et de partage entre parents;
- › Des activités familiales et intergénérationnelles (sports, sorties, événements, fêtes);
- › Des cérémonies traditionnelles pour reconnaître les moments marquants de la vie des enfants et de leur famille;
- › Des activités traditionnelles et culturelles pour favoriser la fierté identitaire des parents et de leurs enfants;
- › Des programmations créatives incluant une grande diversité d'activités telles que le cardiopoussette, la cuisine collective de plats traditionnels, les contes, la cueillette de plantes médicinales, de la soupe-midi, des rencontres pour les parents de familles d'accueil, des cérémonies des premiers pas, des visites postnatales à domicile, des cafés-rencontres, des soirées d'artisanat, des Makushan, etc.)⁶⁶².



Les limites des services en milieu urbain

L'augmentation importante et accélérée du nombre de parents et de jeunes enfants autochtones dans les villes du Québec donne lieu à de nouveaux défis. En petite enfance et en éducation, l'accès aux services spécialisés, la précarité économique des parents, la conciliation famille-travail-études, la préservation de l'identité culturelle des enfants et le vivre-ensemble harmonieux au sein de la société sont des enjeux cruciaux⁶⁶³.

À ce jour, les recherches sont unanimes quant au fait que les institutions publiques mises en place par le passé ont créé des inégalités sociales et de santé entre les enfants autochtones et non autochtones⁶⁶⁴.

Par exemple, selon l'*Enquête sur les enfants autochtones* de 2006, les enfants des Premières Nations, Inuit et Métis vivant en milieu urbain avaient moins accès à des services de garde que les enfants de la population générale canadienne. Selon les experts, il existe un réel besoin de services à la petite enfance et aux familles autochtones en milieu urbain⁶⁶⁵.

Selon le rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, le manque de transport en commun dans les villes de régions comme La Tuque, Senneterre ou Val-d'Or constitue un autre frein à l'accessibilité.

S'ajoute aussi comme difficulté pour les parents le fait que les intervenants du réseau public connaissent peu les réalités auxquelles les Autochtones en milieu urbain sont confrontés⁶⁶⁶.

Des ressources et des pratiques inspirantes

L'INTÉGRATION DES CULTURES AUTOCHTONES AUX SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS



En matière de services de garde éducatifs, la *BC Aboriginal Child Care Society* en Colombie-Britannique soutient que les mesures suivantes demeurent essentielles pour assurer le bien-être et le développement des tout-petits autochtones dans le respect de leur culture :

- Servir de la nourriture traditionnelle ;
- Explorer les cérémonies traditionnelles et les enseignements sacrés ;
- Promouvoir la danse et la musique traditionnelles ;
- Partager les contes et les légendes ;
- Faire des activités à l'extérieur sur le territoire ;
- Réunir des jouets et des tissus traditionnels.

L'EXEMPLE DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE



La Nouvelle-Zélande est souvent citée en exemple pour son programme éducatif pour la petite enfance, qui a été élaboré conjointement avec les Maoris et qui puise abondamment dans la culture de cette nation⁶⁶⁷. L'appartenance à la fois aux valeurs culturelles des Maoris et à la nation néo-zélandaise est placée au centre de ce programme biculturel⁶⁶⁸. Le programme se démarque également par l'importance qu'il accorde à la continuité et à la cohérence entre les services éducatifs, la famille et la communauté ainsi qu'aux relations qui les unissent⁶⁶⁹. D'ailleurs, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) juge qu'il est fondamental d'intégrer aux programmes éducatifs la prise en compte des parents comme « premiers enseignants »⁶⁷⁰.

L'IMPACT POSITIF D'UNE ÉDUCATION DANS SA LANGUE MATERNELLE

Des travaux de recherche menés au Nunavik ont déjà démontré que le fait de recevoir un enseignement majoritairement dans la langue inuktitut était associé à une plus grande estime de soi chez les enfants de 5 à 8 ans, comparativement aux enfants à qui on avait enseigné dans une langue seconde⁶⁷¹.



Une autre recherche a montré que les compétences langagières en inuktitut à la fin de la 3^e année du primaire étaient le meilleur prédicteur de réussite scolaire au cours des années subséquentes de scolarité en anglais ou en français⁶⁷².

DES EXEMPLES POUR LE MILIEU COMMUNAUTAIRE

Certains projets qui ont été mis en œuvre dans des centres d'amitié autochtones du Québec peuvent servir d'exemples à suivre pour le milieu communautaire qui travaille auprès des tout-petits et des familles autochtones en milieu urbain.



À Maniwaki, une étude sur les besoins en petite enfance a été réalisée dans le but de bien orienter le développement de services particuliers aux familles autochtones.



À Val-d'Or, des contes pour enfants et un cahier d'accompagnement ont été rédigés et publiés pour soutenir et améliorer l'intervention en petite enfance auprès des familles autochtones.



À La Tuque et au Lac-Saint-Jean, un vaste projet collaboratif de revalorisation des pratiques traditionnelles sur le territoire a été mis en œuvre pour les enfants et les parents autochtones.

Selon certains chercheurs, le but ultime des services à la petite enfance autochtones devrait être de soutenir le développement de l'enfant dans son identité autochtone⁶⁷³.

LES PRINCIPALES POLITIQUES PUBLIQUES EN PLACE AU QUÉBEC POUR LES TOUT-PETITS DES PREMIÈRES PEUPLES

*Conseillères à la recherche : Caroline Fiset, Jasmine Sawadogo, Joannie Gray Roussel et Julie Bernier,
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL);
Audrey Pinsonneault, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)*

*Révision : Médéric Sioui et Nancy Gros-Louis McHugh, Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL); Mélanie Moreau et Amélie Lainé, Regroupement des centres d'amitié
autochtones du Québec (RCAAQ) et Aurélie Arnaud, Bureau des relations gouvernementales et municipales, Ville de Montréal.*

Quelles sont les principales politiques publiques en place au Québec pour les tout-petits des Premières Nations ?

LA DÉCLARATION SUR LES DROITS DES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS



En 2014, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) a adopté et proclamé la Déclaration sur les droits des enfants des Premières Nations. Cette déclaration est un engagement des chefs de l'APNQL à veiller à ce que tous les enfants des Premières Nations âgés de moins de 18 ans aient accès aux ressources essentielles dont ils ont besoin pour grandir et pour vivre de façon épanouie⁶⁷⁴.

LE PRINCIPE DE JORDAN



Depuis 2016, à l'échelle du Canada, l'accès des tout-petits des Premières Nations aux services médicaux et paramédicaux est facilité avec la mise en application du principe de Jordan. Ce principe est une règle juridique canadienne qui garantit aux jeunes des Premières Nations l'accès aux services dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, et ce, sans préjudice.



Concrètement, le principe de Jordan est administré par le gouvernement du Canada, qui doit placer l'intérêt de l'enfant en priorité en payant les frais liés à des services dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation, en vue de combler des besoins auxquels les programmes actuels ne répondent pas.

Tous les enfants des Premières Nations au Québec peuvent bénéficier du principe de Jordan, qu'ils vivent dans leur communauté ou en milieu urbain. Pour leur part, les enfants inuit ne peuvent pas bénéficier du principe de Jordan, car ils ne sont pas assujettis à la Loi sur les Indiens.

LE PROGRAMME EN SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (SMI)



Afin d'accompagner les femmes enceintes au cours de la grossesse et les parents de nourrissons ou de jeunes enfants après la naissance, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada (DGSPNI) a investi dans la création d'un programme en santé maternelle et infantile (SMI). L'objectif de ce programme est d'améliorer la santé globale des enfants et de la famille dans les communautés.

LE DROIT D'ACCOMPAGNER UN ENFANT DANS L'AVION-HÔPITAL DU GOUVERNEMENT



Auparavant, il n'était pas possible pour un parent d'accompagner son enfant à bord de l'avion-hôpital du gouvernement. Ce règlement donnait lieu à des situations où, par exemple, des enfants ne parlant ni français ni anglais étaient évacués en avion et ne pouvaient communiquer avec le personnel médical. Aujourd'hui, il est maintenant possible pour un parent d'accompagner son enfant à bord de l'avion-hôpital.

L'INITIATIVE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE (ISBE)



Afin d'améliorer la santé buccodentaire des tout-petits, l'Initiative en santé buccodentaire (ISBE) a été mise en place en 2002 par le gouvernement du Canada. Elle vise à combler l'écart qui existe en matière de santé buccodentaire entre, d'une part, les collectivités des Premières Nations et des Inuit et, d'autre part, l'ensemble de la population canadienne. L'ISBE est essentiellement axée sur la prévention des maladies buccodentaires et la promotion de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire⁶⁷⁵.

L'INITIATIVE DE SERVICES DE GARDE POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT (ISGPNI)



Des services de garde ont commencé à être implantés dans les communautés des Premières Nations en 1995, grâce à un financement de l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuit (ISGPNI). Service Canada, par son programme d'emploi et de développement social, souhaitait alors faciliter l'accès à des services



de garde de qualité aux parents des Premières Nations qui retournaient sur le marché du travail. Un autre objectif de cette mesure était d'assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie, et ce, dans le respect de sa langue et de sa culture d'appartenance.

Au Québec, la plupart des communautés des Premières Nations ont un CPE dans leur communauté, et ce, depuis 1997. En 2015, après plusieurs années de négociations, le ministère de la Famille a conclu une entente avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) afin de lui déléguer certains de ses pouvoirs, notamment en lien avec la gestion des permis des CPE. Cette entente avait pour but de favoriser l'obtention de services de garde qui répondent aux besoins des populations des Premières Nations dans leurs communautés. Des ententes ont aussi été établies avec d'autres groupes autochtones, dont la communauté de Kahnawake ainsi que les nations crie, atikamekw et inuite.

LES ENTENTES EN MATIÈRE DE SERVICES DE GARDE EN MILIEU AUTOCHTONE



Dans le cadre de sa stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2018-2022, le ministère de la Famille du Québec a conclu une entente avec la CSSSPNQL. Cette entente avait pour but de favoriser l'obtention de services qui répondent aux besoins des populations autochtones, notamment en matière de services de garde en milieu autochtone. Cette entente était toujours en vigueur en 2020⁶⁷⁶.

DES CPE DANS CERTAINES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS



Depuis la mise en place des CPE par le ministère de la Famille du Québec, plusieurs communautés des Premières Nations ont pu voir naître ces installations et services. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, qui compte plusieurs communautés algonquines, on en retrouve six. Sur la Côte-Nord, qui compte pour sa part plusieurs communautés innues et une communauté naskapie, on en retrouve huit⁶⁷⁷. Il existe également des CPE autochtones dans certaines villes telles que Val-D'Or, La Tuque, Trois-Rivières, Chibougamau et Montréal. Ces CPE mettent en valeur les langues et cultures autochtones et offrent une priorité aux familles des Premières Nations et du peuple inuit qui habitent en milieu urbain.

LE PROGRAMME DE LOGEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS



En 1996, le gouvernement canadien a mis en place la Politique sur le logement dans les communautés. Celle-ci permet aux Premières Nations de décider où, quand et comment les fonds réservés au logement seront utilisés. Le Programme de logement découle de cette politique. Il vise à soutenir financièrement la construction, la rénovation et l'entretien des logements dans les communautés⁶⁷⁸.



UNE POLITIQUE SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU



Depuis 2005, les Premières Nations ont développé la Politique-cadre sur la sécurité du revenu des Premières Nations du Québec. Celle-ci a entre autres comme objectifs d'établir un programme de sécurité du revenu géré par les Premières Nations elles-mêmes, et d'améliorer le niveau de revenu des familles au sein des communautés⁶⁷⁹.

LE PROGRAMME D'AIDE PRÉSCOLAIRE AUX AUTOCHTONES DANS LES COLLECTIVITÉS URBAINES ET NORDIQUES (PAPACUN)



Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN) est un programme communautaire national d'intervention précoce qui est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. En place depuis 1995, le PAPACUN met l'accent sur le développement des jeunes enfants autochtones (membres de Premières Nations, des Inuit et des Métis) et de leurs familles habitant à l'extérieur des réserves. Au Québec, ce programme permet de soutenir et de bonifier une offre de services culturellement pertinents pour les tout-petits et leur famille dans plusieurs CPE autochtones situés en milieu urbain de même que dans divers organismes communautaires autochtones en milieu urbain, dont plusieurs Centres d'amitié.

Dans certaines communautés, afin de venir en aide aux personnes en situation de vulnérabilité alimentaire, des initiatives de soupes populaires ou de banques alimentaires ont été mises en place⁶⁸⁰.

Quelles sont les retombées et les limites de ces politiques ?

LE PROGRAMME EN SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (SMI) : LE SERVICE PÉRINATAL LE PLUS ACCESSIBLE

Il a été démontré que le programme en santé maternelle et infantile (SMI) facilite l'offre de services grâce à l'ajout de ressources. Ces ressources visent à accroître le soutien aux familles des Premières Nations, et ce, avant et pendant la grossesse ainsi qu'au cours des premières années de l'enfance (0 à 6 ans). Selon les différentes phases de l'ERS (2002, 2008 et 2015), le suivi de grossesse était et demeure le service le plus accessible, quel que soit l'âge de la mère.

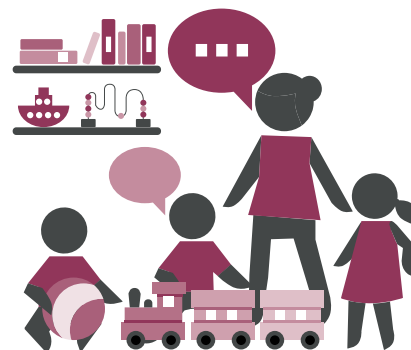




L'INITIATIVE DE SERVICES DE GARDE POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT (ISGPNI)

L'ISGPNI permet à plusieurs enfants des Premières Nations d'être accueillis dans un service de garde éducatif où l'apprentissage de sa langue et de sa culture est valorisé, à l'intérieur d'un programme éducatif de qualité.

Environ la moitié des services de garde inclut des enseignements traditionnels chaque semaine. Ces occasions sont des moyens privilégiés pour aider les enfants à se rapprocher de leur culture, et favorisent leur développement global. **Ainsi, la langue la plus souvent parlée dans les services de garde situés au sein des communautés est une langue des Premières Nations (42 %)**⁶⁸¹. En 2014, presque tous les parents ayant participé à l'*Enquête régionale sur l'éducation, l'emploi et la petite enfance chez les Premières Nations* (EREE) se disaient « satisfaits » ou « très satisfaits » des services de garde offerts à leurs enfants⁶⁸².



DES CPE DANS CERTAINES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Selon les données de l'EREE, **environ la moitié des enfants âgés de 0 à 5 ans bénéficiait d'un service de garde en 2014**. Parmi les enfants qui se faisaient garder ou qui fréquentaient un programme d'activités après l'école, **88,2 %** recevaient des services de garde au sein de leur communauté. Une forte majorité des enfants qui se faisaient garder fréquentaient un centre de la petite enfance (CPE) ou une garderie affiliée. Toutefois, **un enfant sur dix était en attente d'une place dans une garderie ou un CPE en 2014**.

LES LIMITES DU PRINCIPE DE JORDAN



Le principe de Jordan a été mis en place en 2016. Dès la fin de l'année 2016, la mise en œuvre de ce principe était qualifiée de déficiente et constituait « une forme de discrimination prohibée par la *Loi canadienne sur les droits de la personne* (LCDP)⁶⁸³. Les litiges étaient alors fréquents entre les gouvernements fédéral et provinciaux concernant les paiements pour les services aux enfants des Premières Nations. Ces derniers doivent souvent attendre pour recevoir les services dont ils ont besoin ou encore ils doivent se passer des services auxquels les tout-petits du reste du Québec ont droit comme des soins de santé, par exemple⁶⁸⁴.

Depuis, certains correctifs ont été apportés. Par exemple, en milieu urbain, les Centres d'amitié accompagnent les familles dans leurs demandes au principe de Jordan et effectuent des demandes de groupes pour des enfants fréquentant les Centres ayant des besoins similaires. Certains Centres ont aussi développé des collaborations avec des professionnels qui démontrent la capacité d'ajuster leurs services en fonction des réalités culturelles et linguistiques des enfants autochtones (ergothérapie, orthophonie, psychologie, etc.).



UN DIFFICILE ACCÈS AUX SERVICES

De plus, lorsque les demandes de services concernent des enfants qui vivent dans des communautés éloignées, le manque de professionnels et de spécialistes dans certaines régions augmente la difficulté d'accès. En effet, selon l'ERS de 2015, les défis les plus souvent mentionnés par les parents dont les enfants de 0 à 11 ans ont eu des besoins de services de santé sont : des **listes d'attente trop longues (16 %)**, la **non-disponibilité du service (14 %)** et le **fait que le service n'est pas pris en charge par le programme des services de santé non assurés (SSNA) (9 %)**⁶⁸⁵. Enfin, les mêmes constats ressortent d'une enquête provinciale menée par le RCCAQ en 2018 et du rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès : les barrières culturelles, le racisme et la discrimination contribuent à limiter l'accès des familles autochtones à des services adéquats dans le réseau public québécois, et ce peu importe leur lieu de résidence⁶⁸⁶.



Au Québec, lorsque les médicaments et les services médicaux ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec, c'est le programme des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada qui paie ou rembourse certains services⁶⁸⁷.

Selon le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, l'amélioration des services de santé offerts aux tout-petits autochtones et à leur famille passerait notamment par une mise en pratique du concept de «sécurisation culturelle». Concrètement, cela signifie que les soins offerts doivent non seulement respecter la langue, la culture et la vie spirituelle des Autochtones, mais aussi viser la réduction des inégalités sociales en santé⁶⁸⁸.

L'AUTONOMIE EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Plus récemment, le rapport final de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics recommandait de «soutenir financièrement et accompagner sans délai et sans restriction les communautés qui souhaitent mettre à jour leurs ententes ou prendre en charge les services de protection de la jeunesse en vertu de l'article 37.7 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*» (appel à l'action n°135). Nous pouvons mentionner à titre d'exemple le cas des Atikamekw qui ont obtenu leur autonomie en matière de protection de la jeunesse, ce qui a permis de **diminuer de 80 % la judiciarisation des dossiers**⁶⁸⁹. Le 21 juin 2019, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, qui confirme les droits et la compétence des peuples autochtones en matière de services à l'enfance et à la famille. Cette *Loi* souligne, entre autres, l'importance d'avoir recours aux services préventifs de première ligne. Depuis l'entrée en vigueur de cette *Loi*, le 1^{er} janvier 2020, les communautés et les organisations des Premières Nations et des Inuit ont donc la possibilité de créer leur propre loi en matière de protection de la jeunesse. De plus, les principes du projet de loi C-92 s'ajoutent et ont préséance sur certains principes provinciaux se trouvant dans la LPJ en matière de services à l'enfance et à la famille.

L'INITIATIVE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ENFANTS:

une intervention pour relever les défis de la carie dentaire chez les jeunes enfants dans les communautés des Premières Nations et des Inuits du Canada

– KAVITA R. MATHU-MUJU, DMD, MSP^a, JAMES MCLEOD, RDT^b, MARY LOU WALKER, HDA^c,
MARTIN CHARTIER, DMD^d, ROSAMUND L. HARRISON, DMD, MSC^e

Reproduction autorisée de la « Revue canadienne de santé publique », vol. 107, n° 2, 2016, pp. e188-93. JSTOR, <https://www.jstor.org/stable/90006454>

RÉSUMÉ

Objectif: L'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE) vise à élargir l'accès aux services de santé buccodentaire préventifs offerts aux enfants inuits et des Premières Nations (IPN) vivant dans les réserves fédérales et les communautés éloignées.

Participants: L'ISBE cible les enfants d'âge préscolaire, les enfants de 5 à 7 ans, les femmes enceintes, et les parents et aidants vivant dans les communautés IPN.

Lieu: Mis à l'essai par Santé Canada en 2004, le programme est potentiellement disponible dans toutes les communautés IPN. Toutefois, la communauté doit consentir à la mise en œuvre du programme et accepter de soutenir la formation d'un membre de la communauté comme représentant ou représentante en santé dentaire pour l'ISBE.

Intervention: Des thérapeutes et des hygiénistes dentaires filtrent les enfants admissibles, appliquent un vernis fluoré et un scellant sur les dents des enfants et stabilisent les caries dentaires actives avec du verre ionomère. L'une des innovations du programme a été la création du poste de représentant ou représentante en santé dentaire pour l'ISBE. Cette personne plaide en faveur de la santé buccodentaire préventive dans la communauté et donne des instructions aux enfants, aux parents ou aidants et aux femmes enceintes sur la prévention de la carie dentaire.

Résultats: L'ISBE a été mise à l'essai dans 41 communautés en 2004. Dix ans plus tard, l'initiative était présente dans 320 communautés IPN, soit 55 % des communautés IPN admissibles. En 2012, 23 585 enfants avaient reçu des services de santé buccodentaire préventifs de l'ISBE.

Conclusion: Ces résultats indiquent que l'ISBE est un modèle efficace de prestation de soins buccodentaires préventifs dans les communautés éloignées. La mise en œuvre et la prestation des services de santé buccodentaire préventifs sont rehaussées par la présence continue d'un représentant ou d'une représentante en santé dentaire pour l'ISBE.

Mots clés: services de santé autochtones; dentisterie pédiatrique; santé buccodentaire; caries dentaires; auxiliaires de santé communautaire.

Environ 4 % (1,4 million de personnes) de la population canadienne se considère comme étant d'origine autochtone. Parmi ces personnes, plus de 314 000 vivent dans 636 communautés, également appelées réserves fédérales, situées sur des terres détenues en fiducie pour les bandes par la Couronne¹. Les Autochtones qui vivent dans ces petites communautés géographiquement isolées n'ont pas un accès équitable à la gamme complète de services de santé dont profitent les personnes vivant dans le sud du Canada^{2,3}. Les obstacles géographiques et politiques, combinés aux contraintes de la main-d'œuvre, perpétuent ces inégalités et rendent la prestation des soins de santé buccodentaire particulièrement difficile². Par conséquent, les enfants autochtones supportent un fardeau disproportionné de maladies dentaires par rapport aux autres enfants canadiens, malgré l'existence d'un remboursement des soins dentaires financé par le gouvernement fédéral.

L'enquête sur la santé buccodentaire des Inuits de 2009³ et l'Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations de 2010⁴ ont toutes deux démontré qu'il existe des disparités importantes en matière de santé buccodentaire entre les Canadiens autochtones et non autochtones. Les enfants des Premières Nations et des Inuits (PN/I) étaient plus susceptibles de connaître une plus grande prévalence de caries dentaires ainsi que des niveaux plus élevés de caries dentaires non traitées que les autres Canadiens. Parmi les enfants âgés de 3 à 5 ans, 85 % ont été atteints de carie dentaire. Le nombre moyen de dents cariées, manquantes et obturées (CAOD) de la dentition primaire dans ce groupe d'âge était de 8,22, et près de la moitié (49 %) des dents cariées n'étaient pas traitées. Parmi les enfants âgés de 6 à 11 ans, 80 % des enfants des Premières Nations et 71 % des enfants inuits avaient présenté des caries dentaires en dentition primaire, contre 48 % des autres enfants canadiens.

En 2004, grâce à l'effort conjoint de Santé Canada et des communautés des Premières Nations et des Inuits, un programme communautaire novateur de prévention, l'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE), a été lancé dans le but de réduire la prévalence de la carie dentaire chez les jeunes enfants^{5,6}. L'objectif de ce document est de décrire l'ISBE et sa mise en œuvre, et de présenter les preuves qu'elle a amélioré l'accès aux soins de santé buccodentaire préventifs pour les enfants des Premières Nations et des Inuits vivant dans les réserves fédérales et dans les communautés nordiques éloignées.

AFFILIATIONS DES AUTEURS

- a. Professeur adjoint, Division de la dentisterie pédiatrique, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)
- b. Gestionnaire du programme dentaire, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)
- c. Coordonnateur de l'ISBE, Colombie-Britannique, Autorité sanitaire des Premières Nations (maintenant retraité), Vancouver (Colombie-Britannique)
- d. Dentiste en chef intérimaire, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)
- e. Professeur, Division de la dentisterie pédiatrique, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

Correspondance: Prof. Kavita R. Mathu-Muju, Division of Pediatric Dentistry, University of British Columbia, 2199 Wesbrook Mall, Vancouver, BC V6T 1Z4, Tél.: 604-822-3316, Courriel: kmmuju@dentistry.ubc.ca

Conflit d'intérêts: aucun à déclarer.

© 2016 Association canadienne de santé publique ou son concédant de licence.

L'INTERVENTION: L'INITIATIVE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ENFANTS

Description

L'ISBE vise spécifiquement à passer d'une approche de gestion de la carie dentaire principalement axée sur la restauration et le traitement chirurgical (c.-à-d. les restaurations et les extractions) à une approche plus équilibrée axée sur la prévention et les soins non chirurgicaux dans la communauté⁷. L'ISBE a été intégrée à l'infrastructure de santé publique dentaire existante de Santé Canada, gérée par des thérapeutes dentaires et des hygiénistes dentaires. Par conséquent, l'ISBE a été mise en œuvre principalement dans les communautés situées dans les réserves fédérales et dans la région du Nord (Territoires du Nord-Ouest, Yukon, Nunavut). Le programme vise quatre groupes cibles: 1) les enfants d'âge préscolaire, de la naissance à 4 ans; 2) les enfants d'âge scolaire, de 5 à 7 ans; 3) les parents ou pourvoyeurs principaux de soins; et 4) les femmes enceintes. Les caries dentaires ont une étiologie multifactorielle, qui comprend des déterminants sociaux de la santé (nutrition, hygiène buccodentaire) ainsi que des déterminants biologiques de la santé (bactéries cariogènes). Par conséquent,

une combinaison de services dentaires préventifs a été utilisée pour assurer le contrôle des caries dentaires chez les enfants au niveau de la population. L'ISBE utilise des approches préventives qui sont appuyées par des preuves scientifiques et qui constituent des normes de soins reconnues en matière de contrôle des caries dentaires. Elles comprennent le vernis fluoré, les scellants pour fissures, les conseils en matière de santé buccodentaire et le traitement restaurateur atraumatique (TRA), qui utilise un biomatériau en verre ionomère pour stabiliser les caries dentaires actives.

En général, les services du programme sont liés à l'année scolaire. Le thérapeute dentaire ou l'hygiéniste dentaire effectue le dépistage des enfants admissibles à l'ISBE à l'automne et procède à la première application de vernis fluoré. Au cours de l'année du programme, d'autres services préventifs sont fournis, notamment des vernis fluorés supplémentaires, l'application de scellants et, si nécessaire, le traitement des lésions carieuses par TRA. L'accent est mis sur l'éducation en santé buccodentaire tant des enfants que des parents ou des pourvoyeurs principaux de soins. En fonction du type de service et de l'âge de l'enfant, les soins peuvent être fournis soit à la clinique dentaire de l'école, soit dans des établissements communautaires, y compris au domicile de l'enfant.

Mise en œuvre

Pour mettre en place l'ISBE dans une communauté, cette dernière doit s'évaluer prête à le faire. L'accent est mis sur l'appropriation du programme par la communauté. Le processus typique comprend 1) la confirmation de l'accessibilité au financement du programme fédéral; 2) la confirmation de la participation de thérapeutes ou d'hygiénistes dentaires de la communauté; 3) l'achèvement/la révision des données initiales de surveillance de santé buccodentaire; et 4) la rencontre avec la communauté pour déterminer son état de préparation et son engagement. La mise en œuvre de l'ISBE ne peut se faire sans l'engagement collectif de la communauté; celle-ci exerce un contrôle sur les décisions qui influencent la santé buccodentaire de ses membres.

Des réunions communautaires sont organisées pour 1) présenter le concept et les objectifs de l'ISBE, 2) encourager la communauté à réfléchir à sa capacité à prendre en charge le programme, et 3) souligner que le programme sera fondé sur la communauté. Ces réunions communautaires soulignent le droit des Premières Nations à l'autonomie en matière de santé et le désir de respecter la communauté en tant qu'entité prenant la décision éclairée de participer ou non au programme. Puisque l'un des objectifs du programme est de renforcer les capacités de la communauté et de fournir des emplois dans les communautés de l'ISBE, il est souhaitable que la communauté emploie et conserve un agent de santé buccodentaire communautaire « non professionnel », un représentant en santé dentaire pour l'ISBE. Ce représentant soutient le professionnel de la santé buccodentaire qui fournit des services au sein de la communauté.

Représentant en santé dentaire pour l'ISBE

Le perfectionnement, la formation et l'utilisation d'un agent de santé communautaire pour promouvoir et soutenir les activités de santé buccodentaire dans la communauté sont une innovation importante de l'ISBE. La personne travaillant en santé communautaire est un membre de la communauté qui effectue un petit nombre d'interventions ciblées pour traiter un problème de santé particulier. Elle a été formée dans le contexte de l'intervention, mais n'a pas de certification professionnelle officielle^{8 à 10}. Lors de l'élaboration de l'ISBE, il a été reconnu que les thérapeutes et les hygiénistes dentaires auraient besoin d'un soutien communautaire pour dépister les enfants et leurs pourvoyeurs principaux de

soins, pour s'engager auprès de la communauté et pour fournir les services cliniques inclus dans l'initiative. Le représentant en santé dentaire pour l'ISBE a été présenté comme la personne travaillant en santé communautaire qui aide le professionnel de la santé buccodentaire à fournir des services dans la communauté. Un programme de formation définissant cinq domaines de compétence pour les représentants a été élaboré et mis en œuvre par Santé Canada⁶. Les représentants en santé dentaire pour l'ISBE assurent une présence continue en matière de soins dentaires et deviennent les gardiens des connaissances en matière de santé buccodentaire au sein des communautés. Les représentants participent à des événements communautaires et interviennent auprès d'enfants, de femmes enceintes et de parents en dehors du cadre clinique afin d'aider à harmoniser les messages conventionnels de santé publique dentaire avec les modèles traditionnels de bien-être.

Le représentant en santé dentaire pour l'ISBE travaille en collaboration avec le thérapeute dentaire et l'hygiéniste dentaire, afin de créer des liens plus efficaces entre les membres de la communauté et le système de soins buccodentaires. Lors des visites à domicile, le représentant explique l'objectif de l'ISBE et obtient un consentement éclairé des parents permettant à leurs enfants de participer au programme. L'éducation en matière de santé buccodentaire est au cœur de la visite. Une fois que les enfants ont reçu leur examen initial de santé buccodentaire par

le thérapeute dentaire ou l'hygiéniste dentaire de l'ISBE, le représentant en santé dentaire pour l'ISBE planifie les rendez-vous chez le dentiste pour les enfants qui ont besoin d'un TRA. De cette façon, il s'assure que les soins sont reçus pour stabiliser la progression des caries dentaires. En plus de ses autres responsabilités en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, le représentant en santé dentaire pour l'ISBE fournit régulièrement des applications de vernis fluoré. Il contribue ainsi à étendre la portée des efforts de prévention clinique du programme. La capacité des représentants en santé dentaire pour l'ISBE à s'acquitter efficacement de ces tâches peut être partiellement attribuée aux caractéristiques qu'ils partagent avec les membres de la communauté qu'ils servent : ethnicité, langue, statut socio-économique et expériences de vie¹¹.

RÉSULTATS

L'évaluation de l'ISBE exige une compréhension de ses objectifs à court et à long terme. L'objectif immédiat de l'ISBE est d'accroître l'accès aux services de soins buccodentaires préventifs pour les enfants des Premières Nations et des Inuits. Le résultat souhaité à long terme est la diminution du nombre de maladies dentaires. Étant donné qu'il s'agit d'une intervention de santé publique dentaire destinée à une population dont l'accès aux soins buccodentaires est historiquement limité, l'évaluation initiale du succès de l'ISBE dans l'atteinte de ses objectifs est obtenue en mesurant le niveau de participation de la population cible au programme.

TABEAU 1 : Nombre de communautés de l'ISBE par exercice financier

RÉGION	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Atlantique (n = 34)	10	6	19	25	25	28	28	29	33	32	32 (94%)
Québec (n = 40)	4	9	10	10	14	14	15	15	15	16	19 (48%)
Ontario (n = 139)	11	25	28	34	53	60	60	62	62	70	69 (50%)
Manitoba (n = 63)	3	28	27	27	27	27	27	27	27	27	27 (43%)
Saskatchewan (n = 70)	6	24	29	28	34	40	40	40	40	40	42 (60%)
Alberta (n = 48)*	4	4	11	19	28	28	28	16	55	49	47 (98%)
Colombie-Britannique (n = 198)	3	30	27	29	49	56	61	62	62	79 (40%)	S.O.†
Région du Nord (n = 44)	0	3	3	7	6	8	7	8	6	7	6 (14%)
TOTAL COMMUNAUTÉS	41 (6%)	129 (20%)	154 (24%)	179 (28%)	236 (37%)	261 (41%)	266 (42%)	259 (42%)	300 (47%)	320 (50%)	242 (55%)‡

Remarque: Les données ont été fournies par le service de la promotion de la santé buccodentaire, Bureau des soins de santé primaires, à Ottawa, en Ontario.

* Une divergence a été notée: selon Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AANDC), l'Alberta compte 48 communautés des Premières Nations, mais les données nationales montrent que jusqu'à 55 communautés ont mis en œuvre l'ISBE. Dans le cadre du présent document, le nombre pratique de communautés est défini comme étant de 636 à travers le Canada et de 48 en Alberta, et les données sont traitées en conséquence.

† L'Autorité sanitaire des Premières Nations a endossé la responsabilité de la prestation des services de santé en Colombie-Britannique.

‡ Le gouvernement fédéral rapporte à la fois 617 et 636 comme étant le nombre total de communautés des Premières Nations au Canada. Cependant, les données de l'AANDC de 2015 indiquent qu'il existe 636 communautés. Ces 636 communautés disposent de données de recensement et de l'Enquête nationale auprès des ménages basées sur la population totale dénombrée au sein des communautés affiliées à cette Première Nation.

§ Depuis 2014, le nombre de communautés de la Colombie-Britannique est exclu, car la prestation des soins de santé a été transférée à la *BC First Nations Health Authority*; le nombre pour l'année 2014-2015 est de 438.

L'amélioration de l'accès aux soins peut être évaluée en quantifiant le nombre de communautés des Premières Nations admissibles inscrites à l'ISBE et en évaluant l'évolution du nombre de communautés participant au programme au fil du temps. Les mesures de l'amélioration de l'accès aux soins peuvent également être évaluées à l'aide de statistiques descriptives donnant les chiffres et les pourcentages des procédures préventives effectuées pour la population admissible. Le succès de la réduction des atteintes dentaires peut être évalué à l'aide de mesures épidémiologiques standard (indice caod/indice CAOD: dentition primaire/dents permanentes) pour la prévalence et le traitement des caries. Cependant, l'objectif à long terme de réduction du taux de maladies dentaires dépasse le cadre de cette enquête. L'objectif de ce manuscrit est d'évaluer le succès des premières étapes du programme de l'ISBE, soit l'amélioration de l'accès aux soins de santé buccodentaire préventifs.

L'ISBE est supervisé à l'échelle nationale par l'agent de promotion de la santé buccodentaire et le conseiller national en thérapie dentaire, tous deux travaillant au Bureau des soins de santé primaires, à Ottawa, en Ontario. Des données longitudinales sur le nombre de communautés des Premières Nations admissibles inscrites à l'ISBE ainsi que sur le nombre total de personnes recevant des services particuliers de l'ISBE par région ont été fournies par le Bureau de la promotion de la santé buccodentaire. Le dépistage dentaire, l'application de vernis fluoré, la pose de scellants et le TRA, qui sont identifiés par des codes numériques nationaux, sont déclarés annuellement par toutes les régions fédérales.

Inscription dans la communauté

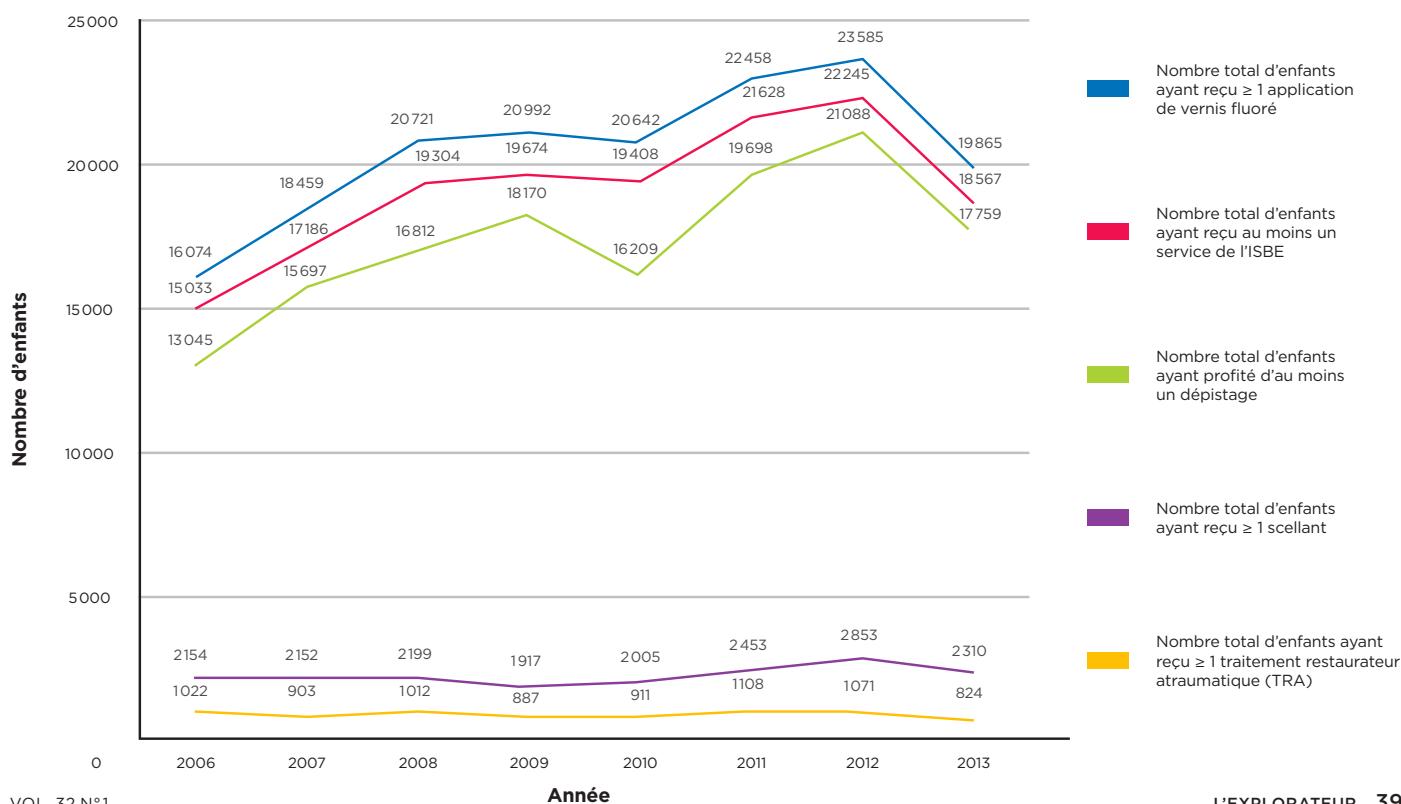
En 2004, l'ISBE a été mise à l'essai dans 41 communautés réparties dans sept régions du Canada : 10 au Canada atlantique, 4 au Québec, 11 en Ontario, 3 au Manitoba, 6 en Saskatchewan, 4 en Alberta et 3 en Colombie-Britannique. Au cours de la troisième année du programme, 24 % de toutes les communautés des

Premières Nations et des Inuits avaient adopté l'ISBE. À la sixième année du programme, elle était présente dans 41 % de toutes les communautés. En 2014, l'ISBE avait été implantée dans 320 communautés. La pénétration du programme à l'échelle nationale est variable ; entre 14 % (région du Nord) et 98 % (Alberta) des communautés ont établi l'ISBE. À l'échelle nationale, 55 % de toutes les communautés admissibles des Premières Nations et des Inuits profitent maintenant de l'intervention de l'ISBE (voir le tableau 1).

Prestation de services

Les données fédérales existantes de 2006 à 2013 montrent une tendance à la hausse constante du nombre total d'enfants individuels participant au programme (voir la figure 1). Au cours de l'année du programme 2012, 23 585 enfants ont profité d'au moins un service de l'ISBE ; 21 085 ont été dépistés ; 22 245 ont reçu au moins un vernis fluoré ; 2 853 ont reçu au moins un scellant ; et 1 071 ont été traités par TRA. La légère baisse des chiffres en 2013 est attribuable à la transition de la prestation des soins de santé en Colombie-Britannique à l'Autorité sanitaire des Premières Nations (*First Nations Health Authority*), ce qui a réduit le nombre global d'enfants inscrits au programme financé par Santé Canada. Les données du recensement ne fournissent pas de statistiques sur le nombre précis d'enfants de 0 à 7 ans vivant dans les réserves fédérales. Toutefois, les résultats de l'Enquête auprès des ménages de 2011 indiquent que les enfants de 0 à 4 ans représentent 10,7 % de la population des Premières Nations et des Inuits et que les enfants de 5 à 9 ans représentent 9,8 %¹². À partir de ces données, on peut estimer qu'entre 46 000 et 47 000 (15 %) des enfants de 0 à 7 ans vivent dans des communautés des Premières Nations, ce qui laisse entendre qu'à l'échelle nationale, environ 50 % des enfants vivant dans des réserves ont participé à l'ISBE. Cela est conforme au fait que la moitié (320) de toutes les communautés des Premières Nations participent à l'ISBE. Cela indique une utilisation élevée des services de l'ISBE par les individus une fois le programme introduit.

FIGURE 1 : L'Initiative en santé buccodentaire des enfants – Totaux des services dentaires préventifs de 2006 à 2014
(données fournies par le service de la promotion de la santé buccodentaire, Bureau des soins de santé primaires à Ottawa, en Ontario)



Main-d'œuvre

La durabilité du programme dépend de sa capacité à recruter et à maintenir des agents de santé publique dentaire dans les communautés. En 2013, l'effectif national de l'ISBE était composé de 115 thérapeutes dentaires, de 70 hygiénistes dentaires et de 222 représentants en santé dentaire pour l'ISBE. La majorité des thérapeutes dentaires fédéraux travaillent en Saskatchewan (n = 60) et au Manitoba (n = 22). La majorité des hygiénistes dentaires de l'ISBE fournissant des soins se trouvent en Ontario (n = 31), au Québec (n = 12) et en Colombie-Britannique (n = 19). Historiquement, les programmes de formation provinciaux et fédéraux en thérapie dentaire étaient situés en Saskatchewan. Cela a entraîné un nombre proportionnellement plus élevé de thérapeutes dentaires dans les provinces des Prairies, contribuant ainsi à cette répartition de la main-d'œuvre. En raison des restrictions imposées par la réglementation provinciale, aucun thérapeute dentaire n'exerce en Ontario ou au Québec; par conséquent, les hygiénistes dentaires administrent l'ISBE dans ces provinces. Actuellement, il n'existe aucun programme de formation pour les thérapeutes dentaires au Canada.

EXPOSÉ

Partout dans le monde, les peuples autochtones colonisés ont dû faire face à des difficultés semblables pour accéder à des soins de santé équitables^{13,14}. Les Autochtones estiment qu'ils ont peu de pouvoir sur leur santé buccodentaire ou sur les décisions liées aux soins buccodentaires¹⁵. Historiquement, les politiques fédérales canadiennes ont limité l'autonomie des communautés des Premières Nations et des Inuits dans la détermination et la satisfaction de leurs propres besoins en matière de santé^{16,17}. En revanche, l'expansion continue de l'ISBE dans plus de la moitié des 636 communautés autochtones du pays au cours de la dernière décennie est un exemple de collaboration efficace entre les communautés des Premières Nations et des Inuits et les régions sociosanitaires fédérales. L'ISBE a évité le sort habituel d'un programme au financement limité ou à court terme. En général, cette approche minimaliste ne favorise pas la création et le maintien d'un programme durable¹⁸. Cependant, les données démontrent qu'une fois qu'une communauté a mis en œuvre l'ISBE, elle maintient le programme au fil du temps. En outre, les taux de participation au programme sont élevés au sein des communautés de l'ISBE. Il existe une riche diversité culturelle, historique et linguistique parmi les Premières Nations et les Inuits; il n'est donc pas réaliste de supposer qu'il existe une solution «panautochtone» à l'accès aux soins buccodentaires. Pour expliquer le succès de cette collaboration, démontrant que l'ISBE est un modèle viable de prestation de soins de santé buccodentaire préventifs, il faut comprendre la définition de «communauté» dans la culture autochtone ainsi que le concept de «renforcement des capacités communautaires¹⁹». Au Canada, «une communauté des Premières Nations désigne un groupe relativement restreint d'Autochtones résidant dans une seule localité²⁰». La majorité des communautés visées par cette étude sont situées dans des réserves fédérales. Ceux qui vivent dans les réserves partagent généralement des valeurs, des traditions et des pratiques communes enracinées dans leur patrimoine ancestral. Dans les cultures autochtones, la participation de la communauté est essentielle pour les décisions qui touchent l'ensemble de la communauté²¹. Le succès de l'expansion nationale de l'ISBE peut être en partie attribué à son évolution vers un partenariat axé sur la communauté avec le gouvernement fédéral, après avoir été créée dans le cadre du programme fédéral de thérapie dentaire. Le programme de l'ISBE a été conçu pour donner du pouvoir aux communautés en utilisant une approche de planification participative¹⁹. Les programmes communautaires participatifs se caractérisent par 1)

l'appropriation du programme, 2) la détermination du problème par la communauté et 3) l'action et le changement facilités par la communauté²⁰. Les concepts et les objectifs de l'ISBE sont présentés lors d'une première réunion communautaire au cours de laquelle il est reconnu que la communauté est l'entité qui prend la décision éclairée d'introduire le programme (appropriation par la communauté). La communauté doit prendre en compte ses besoins en matière de santé buccodentaire et son état de préparation pour le programme (détermination du problème par la communauté). Elle doit aussi s'engager à fournir un appui structurel au programme sous la forme de l'embauche et du maintien en poste d'un représentant en santé dentaire pour l'ISBE (action et changement communautaires)²².

Une relation réciproque authentique s'est établie entre les autorités sociosanitaires régionales et les communautés des Premières Nations et des Inuits. Le gouvernement s'est engagé à fournir le financement fédéral et le soutien de la main-d'œuvre nécessaires à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants des Premières Nations et des Inuits. Les communautés, quant à elles, se sont engagées à atteindre et à appuyer cet objectif. Le succès de la mise en œuvre de l'ISBE peut être attribué à la prise de contrôle par la communauté des décisions influençant la santé buccodentaire de la communauté. Le gouvernement fédéral finance le programme, mais c'est la communauté qui fournit le capital social pour le mettre en œuvre et le maintenir.

Le renforcement des capacités communautaires se définit comme «l'interaction du capital humain, des ressources organisationnelles et du capital social existant au sein d'une communauté donnée qui peut être exploitée pour résoudre les problèmes collectifs et améliorer ou maintenir le bien-être de cette communauté¹⁸». Un élément important du renforcement de la capacité communautaire comprend un engagement à employer du personnel autochtone pour aider à surmonter les problèmes dentaires constatés par la communauté²³. Les représentants en santé dentaire pour l'ISBE ont étendu la portée du programme au-delà des capacités des hygiénistes et des thérapeutes dentaires contractuels. De plus, ils ont assuré une présence dentaire soutenue dans la communauté. Le Canada a souvent fait appel à des prestataires de services dentaires dans les communautés des Premières Nations et des Inuits qui ne sont ni autochtones ni originaires de la communauté dans laquelle ils travaillent²⁴. Les prestataires de services dentaires non autochtones qui transmettent des renseignements sur la santé buccodentaire ne sont pas toujours faciles à comprendre pour les patients autochtones qui utilisent leurs services²⁵. Cependant, les représentants en santé dentaire pour l'ISBE peuvent transmettre efficacement des messages de santé buccodentaire parce qu'ils partagent une culture et des antécédents avec la communauté. Ce recours aux travailleurs communautaires en santé buccodentaire pour faciliter l'amélioration de la santé buccodentaire des populations marginalisées a été démontré dans d'autres populations autochtones^{26,27}. Cependant, cette approche a rarement été utilisée pour traiter les problèmes de santé buccodentaire au sein des communautés autochtones du Canada. La formation des représentants en santé dentaire pour l'ISBE en qualité d'agents de santé communautaire élargit le champ des personnes susceptibles de fournir de l'éducation en matière de santé buccodentaire à l'avenir et renforce la capacité de la communauté²⁸.

Une des limites de cette enquête est que les données seules ne peuvent expliquer les variations régionales du nombre de communautés participant à l'ISBE. Toutefois, on peut supposer que le nombre relativement faible de communautés participant

à l'ISBE dans la région du Nord peut être lié à des processus de gouvernance de la santé différents entre les territoires et les provinces. Partout au Canada, le nombre de thérapeutes dentaires et d'hygiénistes dentaires en mesure de travailler dans les communautés éloignées et isolées est insuffisant. Cette pénurie de main-d'œuvre, notamment en ce qui concerne les thérapeutes dentaires, pourrait avoir un effet néfaste sur le nombre de communautés aptes à soutenir la mise en œuvre de l'ISBE. Les contraintes budgétaires limitent le nombre de jours financés pour que les communautés individuelles puissent recevoir des visites d'un professionnel de la santé buccodentaire. Il serait difficile de mettre en œuvre efficacement le programme dans les petites communautés ne pouvant tirer parti que de 2 ou 3 jours de services dentaires par mois. Les régions peuvent donner la priorité à la mise en œuvre de l'ISBE dans les communautés éloignées qui n'ont pas d'autre accès aux soins dentaires préventifs ou dans les communautés où le taux d'orientation des enfants vers des traitements dentaires sous anesthésie générale est historiquement élevé. La chirurgie dentaire liée aux caries de la petite enfance est l'intervention chirurgicale ambulatoire la plus courante dans la plupart des hôpitaux pédiatriques et communautaires du Canada²⁹. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'examen des variables qui influencent la «prédisposition» d'une communauté particulière à s'approprier le programme. Par conséquent, en raison de la diversité des cultures des Premières Nations et des Inuits, les autorités sociosanitaires régionales peuvent manquer de clarté quant aux influences sur le processus d'autonomisation de la communauté et à la manière d'aborder ces obstacles dans le contexte de la mise en place de l'ISBE dans la communauté.

Les données relatives aux inscriptions dans les communautés et à la prestation des services démontrent le succès de l'ISBE en matière d'amélioration de l'accès aux soins dentaires préventifs. Cependant, d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure le programme permet de réduire les niveaux de maladies dentaires dans les communautés. Une enquête utilisant les indices épidémiologiques classiques des maladies dentaires est en cours. Ces analyses supplémentaires des résultats sont nécessaires pour évaluer l'efficacité globale de l'ISBE. Si l'intervention s'avère efficace pour réduire les niveaux de maladies dentaires et améliorer l'accès aux soins dentaires préventifs, les possibilités futures incluent l'extension du programme à d'autres groupes d'âge et à d'autres communautés.

CONCLUSION

Les Premières Nations et les Inuits ont historiquement demandé à être autonomes dans la gestion de la prestation des services de santé pour leurs communautés³⁰. Le mouvement d'autodétermination des autochtones a permis aux Premières Nations et aux Inuits de mieux contrôler le choix des programmes de santé publique à intégrer dans leurs communautés, tout en respectant le choix des individus de participer ou non. Comme les organisations des Premières Nations et des Inuits sont de plus en plus responsables de la prestation des services de santé, il est important de les appuyer dans ce processus en définissant les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies qui peuvent être intégrées facilement et de manière rentable dans le nouveau système de gouvernance. Les modèles de prestation de soins de santé buccodentaire utilisés dans les régions urbaines ne suffiront pas à surmonter les difficultés liées à la prestation de soins dentaires aux communautés isolées des Premières Nations et des Inuits. L'initiative pour la santé buccodentaire des enfants s'est avérée être un modèle de prestation qui a amélioré l'accès aux services de prévention buccodentaire pour les enfants.

Références :

1. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Consulté le 24 août 2015 au <http://pse5-esd5.aicn-inac.gc.ca/fnp/Main/Search/SearchFN.aspx?lang=eng>.
2. Rohan S. Opportunities for Co-operative Health Provision in Rural, Remote and Northern Aboriginal Communities. Ottawa (Ontario): Association des Coopératives du Canada, 2003.
3. Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits, 2008-2009. Ottawa (Ontario): Santé Canada, 2011.
4. Santé Canada. Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations, 2010. Ottawa (Ontario): Santé Canada, 2010.
5. Lawrence HP. Oral health interventions among Indigenous populations in Canada. *Int Dent J* 2010;60:229-34.
6. Santé Canada. Manuel de formation pour le (la) représentant(e) en santé dentaire pour l'ISBE. Ottawa (Ontario): Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2005. Consulté le 24 août 2015 au : http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA_HealthSmilesforLife_OralHealthStrategy2014.pdf.
7. Santé des Premières Nations et des Inuits. Consulté le 24 août 2015 au <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/FN/lh-spni-eng.php>.
8. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD004015. PMID: 20238326. doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
9. Harrison RL, Wong T. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:392-99. PMID: 14667011. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00001.x.
10. Harrison R. Oral health promotion for high-risk children: Case studies from British Columbia. *J Canada Dent Assoc* 2003;69(5):292-96. PMID: 12734022.
11. Lewin SA, Babigumira SM, Bosch-Capblanch X, Aja G, Van Wyk B, Glenton C, et al. Lay Health Workers in Primary and Community Health Care: A Systematic Review of Trials. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2006.
12. Les peuples autochtones au Canada: Premières Nations, Métis et Inuits. Enquête nationale auprès des ménages, Statistique Canada, 2011. Ottawa (Ontario). Catalogue no 99-011X201001. ISBN: 978-0-660-20819-0.
13. Jamieson LM, Armfield JM, Roberts-Thomson KF. Oral health inequalities among indigenous and non-indigenous children in the Northern Territory of Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34(4):267-76. PMID: 16856947. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00277.x.
14. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto (Ontario): York University, School of Health Policy and Management, 2010.
15. Jamieson LM, Parker EJ, Richards L. Using qualitative methodology to inform an Indigenous-owned oral health promotion initiative in Australia. *Health Promot Int* 2008;23(1):52-59. PMID: 18056724. doi: 10.1093/heapro/dam042.
16. Adelson N. The embodiment of inequity: Health disparities in aboriginal Canada. *Can J Public Health* 2005;96(Suppl 2):S45-61. PMID: 16078555.
17. Hackett P. From past to present: Understanding First Nations health patterns in a historical context. *Can J Public Health* 2005;96(Suppl 1):S17-21. PMID: 15686148.
18. Traverso-Yepetz M, Maddalena V, Bavington W, Donovan C. Community capacity building for health: A critical look at the practical implications of this approach. *SAGE Open* 2012;2(2):1-12. doi: 10.1177/2158244012446996.
19. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Plan* 2000;15(3): 255-62. PMID: 11012399. doi: 10.1093/heapol/15.3.255.
20. Nash D. Cadre culturel de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Ottawa (Ontario): Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005. Consulté le 24 août 2015 au http://fnlq.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General_developing-a-cultural-framework.pdf.
21. Starkes JM, Baydala LT. La recherche en santé auprès des enfants et des communautés issues des Premières Nations et d'origine inuite ou métisse [article en anglais et en français]. *Paediatr Child Health* 2014;19(2):99-102. PMID 24596485.
22. Kemmis S, McTaggart R. Participatory research in action. Dans: Denzin NK and Lincoln YS (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd., 2000; 271-330.
23. Jamieson LM, Paradies YC, Eades S, Chong A, Maple-Brown L, Morris P, et al. Ten principles relevant to health research among Indigenous Australian populations. *Med J Aust* 2012;197(1):16-18. PMID: 22762218. doi: 10.5694/ mja11.11642.
24. Nash DA, Friedman JW, Mathu-Muju KR, Robinson PG, Satur J, Moffat S, et al. A Review of the Global Literature on Dental Therapists: In the Context of the Movement to Add Therapists to the Oral Health Workforce in the United States. Consulté le 10 avril 2012 au <http://www.wkff.org/resource-directory/resource/2012/04/nash-dental-therapist-literature-review>.
25. Jamieson LM, Parker EJ, Richards L. Using qualitative methodology to inform an Indigenous-owned oral health promotion initiative in Australia. *Health Promot Int* 2008;23(1):52-59. PMID: 18056724. doi: 10.1093/heapro/dam042.
26. Macintosh AC, Schroth RJ, Edwards J, Harms L, Mellon B, Moffatt M. The impact of community workshops on improving early childhood oral health knowledge. *Pediatr Dent* 2010;32(2):110-17. PMID: 20483013.
27. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: A review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J* 1999;187(1):6-12. PMID: 10452185.
28. Harrison RL, Veronneau J, Leroux B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. *J Dent Res* 2012;91(11):1032-37. PMID: 22983408. doi: 10.1177/0022034512459758.
29. Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire: coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2013. ISBN: 978-1-77109-223-4.
30. Kelly MD. Toward a new era of policy: Health care service delivery to First Nations. *Int Indig Policy J* 2011;2(1):11. doi: 10.18584/issn.1916-5781.



LILIANE FOURNIER: UNE IDENTITÉ ET UNE VOCATION EN DEVENIR

– GILLES VILASCO, réd. a.

Après avoir enseigné la philosophie (Université d'Abidjan, 1978-1991; Cégep de Chicoutimi, 1993), Gilles Vilasco a donné des cours en rédaction professionnelle (Université Laval [2003] et Université de Montréal [2008-2019]: *Démarche de rédaction*; *L'édition informatisée*; *Rédaction et communications publiques*; *Rédaction de rapports techniques*). Rédacteur agréé et réviseur professionnel, il fournit à sa clientèle des services couvrant l'ensemble des étapes du processus de production écrite. Il a notamment rédigé une série d'articles pour le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* (2006; 2007) et, depuis 2018, collabore à la version renouvelée de *L'Explorateur*. Gilles Vilasco est le lauréat 2018 du Prix d'excellence Tom-Fairley décerné par Réviseurs Canada.



crédit photo: Normand Huberdeau/Groupe
NH Photographes

Liliane Fournier, 24 ans, née à Puvirnituq (au nord du 60^e parallèle) d'un père québécois et d'une mère inuite, est à l'intersection de plusieurs cultures, entre tradition et modernité. Mère d'un petit garçon de 4 ans, Kyle, elle est présentement inscrite en deuxième année d'études en Techniques d'hygiène dentaire. *L'Explorateur* a voulu savoir pourquoi elle a choisi cette profession: quelle importance revêtent pour elle la santé et l'hygiène buccodentaire? Comment perçoit-elle le rapport des Inuits avec leur santé buccodentaire? Une fois son diplôme obtenu, comment se projette-t-elle dans la vie professionnelle, comment désire-t-elle contribuer à l'amélioration de la santé buccodentaire des Inuits? Du Nord-du-Québec à la Montérégie, de Puvirnituq, communauté du littoral est de la Baie d'Hudson de moins de 2000 habitants, à Saint-Hyacinthe, ville-centre de la MRC des Maskoutains, la vie n'est pas toujours un long fleuve tranquille. Récit d'une nécessaire émigration intérieure.

La vie est métissage

Liliane est née d'un père québécois, Robert Fournier, et d'une mère inuite, Trina Qumaluk. Robert Fournier travaille depuis 26 ans comme employé des services techniques à l'hôpital Inuulitsivik de Puvirnituq, où il occupe avec sa famille un logement de fonction. Trina Qumaluk est née d'un père « blanc » qu'elle n'a pas connu, ayant été adoptée par des parents inuits. Liliane insiste: « Je suis Inuk; c'est mon identité, ma culture, mon mode de vie; j'adore la chasse¹ et la vie dans la toundra. Ma mère m'a appris à faire des vêtements traditionnels, des chapeaux, des bottes; elle m'a aussi initiée à la sculpture; tous les deux ans, il y a un festival d'hiver à Puvirnituq pendant lequel ma mère a souvent eu l'occasion de réaliser de magnifiques sculptures de glace.

Étudier en inuktitut et en français

Liliane a suivi le parcours habituel des enfants au Québec et fait ses études primaires et le début du secondaire à Puvirnituq. La Commission scolaire du Nunavik Kativik Ilisarniliriniq, créée en 1975 en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ), offre des services éducatifs aux « 14 communautés du Nunavik. De la maternelle à la deuxième année, l'enseignement est dispensé exclusivement en inuktitut, soit la langue maternelle. L'anglais et le français sont enseignés en tant que langues secondes à partir de la troisième année, et l'inuktitut est enseigné comme matière jusqu'à la fin du secondaire. »² La Commission a l'autorité sur 17 écoles primaires et secondaires

ainsi que cinq centres d'éducation des adultes qui offrent, des cours et des programmes de formation professionnelle en inuktitut, en français et en anglais.

Au moment d'entrer en 3^e année du secondaire, les parents de Liliane décidèrent qu'elle poursuivrait sa scolarité à l'école secondaire de Neufchâtel, à Québec, où vivaient ses grands-parents paternels. Découvrir le « Sud » n'en demeure pas moins tout un choc non pas seulement linguistique, mais surtout *culturel*. L'être humain naît, grandit, forge son identité, apprend et développe ses compétences en fonction d'un modèle culturel, parental, social. Apprendre demeure un réel défi quand on passe d'un modèle à un autre. « C'était difficile, même si le français est la langue de mon père! Mais cette année passée à Québec a certainement permis à mon français de s'améliorer ».

À la fin de sa 3^e année du secondaire à Neufchâtel, Liliane revient à Puvirnituq et poursuit sa scolarité à l'école secondaire Iguarsivik où elle obtient son diplôme de fin d'études en 2016. Au Nunavik, à la fin du cycle secondaire, la Commission scolaire fait passer un examen pour orienter judicieusement les élèves vers les études collégiales. « J'ai obtenu la meilleure note à cet examen et le conseiller d'orientation a décidé, *sans m'en informer*, de m'inscrire au cégep en enseignement normal (français langue première) et non en enseignement adapté (français langue seconde). »



crédit photo: Liliane Fournier

Ainsi, Liliane a été orientée au Cégep Montmorency, à Laval, où elle a commencé une première session. « Je venais de quitter mes parents et j'avais tellement hâte de vivre cette nouvelle vie; pourtant, à la fin de cette première session, j'ai réalisé que *ça ne marchait pas*. J'ai réussi les cours complémentaires comme la création artistique ou le yoga, mais je n'ai pas réussi mon cours de français! J'étais déçue et très perturbée. »

Qu'était-il donc arrivé? Liliane poursuit: « Je sais que je ne ressemble pas beaucoup à une Inuite, que je suis "blanche" de peau, mais je pense que cette décision d'orientation m'a été préjudiciable, car j'avais reçu le même enseignement que tous les autres élèves inuits (primaire et secondaire). Tout était nouveau; la solitude et l'absence de ma famille et de mes proches pesaient lourd; les cours étaient difficiles; j'ai eu des doutes: "dans quoi je veux vraiment étudier?" »

Après une pause, en 2019, soit deux ans après en être parti, Liliane retourne au Cégep Montmorency en prenant soin de s'inscrire en parcours adapté.

Une vocation en devenir

Comme tous les étudiants confrontés au choix d'une profession et d'une filière de formation, Liliane souhaite avoir un métier qui conjugue harmonieusement histoire familiale, développement personnel, habiletés et compétences à acquérir, tout en procurant une sécurité matérielle permettant de répondre aux besoins de sa famille. Liliane pensait étudier pour être... dentiste. En discutant avec la conseillère d'orientation qui l'encadrerait à Montmorency, Liliane prend conscience qu'il n'existe pas de cheminement adapté pour la filière des sciences pures; « j'ai eu peur de ne pas être capable de pouvoir le faire; j'ai alors décidé de changer de

vocation. » Tentée pendant un moment par les activités artistiques, poussée par son goût pour l'art et l'artisanat traditionnel, « j'ai suivi un cours complémentaire en art. Mais les arts ou la production artisanale d'objets d'art peuvent-ils permettre de subvenir aux besoins — au nécessaire et superflu — d'une famille? »

Finalement, à la suggestion de sa conseillère, Liliane a décidé d'explorer l'hygiène dentaire et de mûrir la décision qui conditionnerait sa formation. « Tout d'un coup, affirme-t-elle avec force, *ça a cliqué!* » Liliane a observé que les hygiénistes dentaires, entre autres choses, enlèvent le tartre; elle a tout de suite aimé l'idée de pratiquer cette activité manuelle, surtout qu'elle avait déjà acquis une certaine dextérité manuelle en pratiquant les activités traditionnelles. Par ailleurs, les hygiénistes dentaires font beaucoup de prévention; « moi, j'aime expliquer, enseigner; par exemple, j'explique en ce moment aux lectrices de *L'Explorateur* mon parcours et les choses particulières de ma culture; **c'est quelque chose qui est profondément en moi: j'aime être proche des gens, être dans une relation directe avec eux, leur montrer quelque chose qui est vrai!** Cette profession semblait être faite pour moi! Et de fait, quand j'ai eu mon premier stage, je suis tombée en amour avec ce métier. »

Les morceaux du casse-tête de la vie se mettent en place. Et, quand on est motivé, on réussit aisément le programme adapté! « Je ne veux pas simplement obtenir une note minimale pour réussir mes cours; je veux m'assurer d'effectuer un apprentissage approfondi pour bien apprendre mon futur métier. » Ayant satisfait à cette exigence de réussite, Liliane décide de quitter Laval pour un lieu plus proche de la nature ou de la campagne, et s'inscrit en septembre 2021 au Cégep de Saint-Hyacinthe en Techniques d'hygiène dentaire.

« Être jugé, c'est terrifiant! »

À Puvirnituaq, explique Liliane, il y a en permanence un dentiste et un hygiéniste dentaire. En cas d'urgence, il est possible de se rendre directement à l'hôpital. Dans les points de service du territoire desservi, le dentiste se déplace une fois par mois, voire une fois aux deux mois. « Si tu as un problème et que tu as mal, tu peux avoir mal *pour un petit bout*. » N'oublions pas que les déplacements sur un territoire aussi vaste se font par avion³, dont les coûts s'additionnent aux frais d'hébergement et de subsistance des soignants qui se déplacent dans les communautés.

Par ailleurs, en situation interculturelle, l'on sait que le regard porté sur soi par l'Autre peut affecter l'intérieur et particulièrement l'estime de soi. « Quand j'étais à Puvirnituaq, poursuit Liliane, et que j'appelais pour avoir un rendez-vous, il y avait toujours de la place disponible. Pourquoi? Ce n'est pas parce que les gens oublient leur rendez-vous! C'est parce que, dans ma communauté, il y a de nombreuses personnes qui n'ont jamais entendu parler de santé buccale et qui ont des problèmes manifestes d'hygiène de la bouche et qui auraient besoin de traitements; mais ils ne savent pas ce que ce type de soins peut leur apporter. Moi, en tant qu'Inuite, quand je réfléchis à mon avenir professionnel, je me vois bien aller de village en village pour rencontrer les gens, les informer, leur apprendre les gestes de l'hygiène dentaire. Également, certaines personnes ont peur d'être jugées; être jugé, c'est terrifiant! Les Inuits n'ont pas envie que le(la) professionnel(le) "blanc(he)" puisse raconter avoir reçu un patient qui "puait sérieusement de la bouche"... Moi, en tant qu'Inuite, je veux ouvrir la porte, accueillir la personne qui a besoin de soins ou d'information dans une relation où elle ne se sentira pas jugée, sera à l'aise et ira facilement à un rendez-vous sans avoir peur de recevoir des soins. Combien de fois ai-je entendu "Ah! Ça ne va pas m'aider! De toute façon, ça ne va rien changer, ça va rester comme c'est actuellement!" » Informer, cela correspond



crédit photo: Liliane Fournier

indéniablement aux objectifs des campagnes d'information et de sensibilisation menées par l'Ordre auprès des populations; dans le cas de Liliane, le contexte interculturel met l'accent sur un objectif nouveau et distinct: informer pour combattre le scepticisme ou la crainte d'être trompé et faire disparaître cette méfiance. « Moi, je voudrais être une Inuk qui soigne des Inuits, une soignante, mais aussi et surtout une personne en qui on peut avoir confiance et en présence de laquelle on se sent en sécurité. »

Liliane s'attarde sur ce comportement dont elle a pris conscience et dont elle mesure l'impact négatif: « **Une bouche qui n'est pas en santé, c'est comme une fatalité que les personnes acceptent; mais ce n'est pas une situation normale.** »

Des efforts ont déjà été faits dans le passé en direction des mères et de leurs bébés, ainsi que des élèves des écoles⁴. Liliane remarque: « Au secondaire, des hygiénistes dentaires nous rendent visite et nous enseignent des techniques et c'est profitable; ces techniques sont propres à l'enfance; rendus à l'âge adulte, devons-nous continuer à appliquer ces mêmes techniques de l'enfance, même si nous avons acquis plus de dextérité? Moi, je voudrais faire quelque chose de comparable pour les adultes. » Contribuer au mieux-être global de la personne par une meilleure estime de soi, une meilleure santé et une meilleure hygiène bucco-dentaire... La pratique mobile de l'hygiène dentaire pourrait-elle devenir un élément important dans la définition des meilleures stratégies pour y parvenir? Mais, « hâtons-nous lentement ». Après avoir obtenu son diplôme, Liliane souhaite d'abord acquérir de l'expérience professionnelle et peut-être travailler un petit peu au « Sud ». « Il faut que je retourne chez nous aider mon peuple! C'est ce que je veux faire, **même si je suis consciente que changer les habitudes, ce n'est pas facile**... J'ai appris déjà tellement de choses après simplement une première année; j'aimerais beaucoup enseigner aux adultes pour partager ce que j'ai appris: préparer des affiches pédagogiques ("posters") ou des vidéos spécialement conçues pour les Inuits. Bien sûr, je pourrais travailler dans les écoles, mais ma vocation est plus vers les adultes que les enfants. »

Références :

1. Liliane détaille: « Nous chassons caribou, bernache, oie blanche, phoque, morse, béluga, renard, ours polaire, loup, perdrix (lagopède), bœuf musqué... Nous ramassons baies, herbes, palourdes, moules, etc. »
2. Commission scolaire du Nunavik Kativik Ilisarniliriniq, *Plan stratégique 2016-2023*, [https://www.kativik.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/KAT_STRATEGIC_PLAN_vf_FR_WEB.pdf], (Consulté le 6 mai 2022), p. 5.
3. « Le Nunavik couvre un territoire totalisant à peu près 500 000 km² soit un peu plus du tiers du territoire du Québec, ou la superficie de l'Espagne. Aucune route ne relie les 14 villages de la région, et le Nunavik au sud du Québec. Les collectivités dépendent du transport aérien toute l'année. » L'Encyclopédie canadienne, Article « Nunavik », [<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/nunavik>], (Consulté le 5 mai 2022).
4. Voir l'article consacré à Camille Soria-Poirier publié dans *L'Explorateur*, vol. 31, n° 2 (automne 2021), p. 30-35.



crédit photo: Liliane Fournier



DENISE CHIEF OU L'IMPÉRIEUSE NÉCESSITÉ DE SE RENOUVELER

– GILLES VILASCO, réd. a.



crédit photo : Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

Denise Chief, algonquienne, est une hygiéniste dentaire aussi discrète que chevronnée. Après vingt et une années d'exercice en cabinet privé, elle ressent un jour la nécessité impérieuse d'un renouvellement. S'ajouteront ainsi dix-sept années d'engagement au sein de sa communauté. *L'Explorateur* a souhaité découvrir son parcours et ses motivations. Portrait d'une renaissance spirituelle et professionnelle¹.

Qui est Denise Chief?

Denise Chief est née d'une mère autochtone et d'un père non natif le 23 septembre 1955, à Timiskaming First Nation (TFN), au nord de la tête du lac Témiscamingue², près de la frontière ontarienne. Elle vit

à Brownsburg-Chatham depuis 2016, est mère de deux enfants dont elle est très fière : Yannie Chief³, née en 1979 et Jonathan Chief-Vermette⁴, né en 1992. TFN⁵ est l'une des neuf communautés algonquines du Québec où les aléas de l'histoire et de la colonisation ont eu comme conséquence la perte de la langue ancestrale⁶. Les enfants apprennent les langues française, anglaise et algonquienne à l'école, mais ne peuvent pas vraiment utiliser cette dernière en dehors de l'école, car les parents ne la parlent pas couramment. Aujourd'hui, l'anglais est la langue parlée dans six de ces communautés tandis que trois autres utilisent le français et la langue ancestrale⁷.

Les sept mois suivant sa naissance, Denise vit sur le territoire de la réserve avec sa mère, Clarabelle Chief. Par la suite, André Perreault, père de Denise, décidant de braver l'interdit de son père, épouse Clarabelle; la famille s'installe alors dans la paroisse où André est né, Notre-Dame-du-Nord, voisine de la réserve. André Perreault travaille en ce temps-là pour l'industrie minière en Abitibi. La Loi sur les Indiens stipulait alors qu'une femme autochtone qui épousait un « blanc » était exclue de sa communauté et perdait son statut d'Indienne⁸. Denise précise : « En 1985, avec l'adoption du projet de loi C-31, ma mère a pu reprendre son statut et par le fait même son identité au Registre des Indiens. » [Voir encadré « La Loi sur les Indiens »] Selon le Registre des Indiens, Denise est algonquienne et parle *anglais*; Denise a donc cette langue comme langue « maternelle »; son certificat de baptême porte le nom de sa mère : *Chief*⁹. Vivant avec son père et sa mère dans la paroisse, Denise n'a pas le privilège de fréquenter sa famille *maternelle*. La mère de Denise ayant perdu ses parents très tôt n'a pu approfondir son lien à la langue ancestrale. Ayant été élevée dans la langue française et communiquant en anglais avec sa maman, l'on comprend que Denise ne connaisse que quelques mots de la langue de son peuple.

Inscrite à l'école, elle fera sa scolarité sous le nom de Denise *Perreault*. En effet, ses parents ne voulaient pas de différence entre le nom que portaient leur fille aînée et leur cadet — Ghislain Perreault, né en 1958 — en dépit de leurs certificats de naissance distincts. Ce n'est qu'au moment de s'inscrire au cégep que Denise découvre le nom inscrit sur son acte de naissance, *son* nom de baptême, Chief, prenant ainsi conscience de son appartenance à la communauté algonquienne de TFN. « J'avais un peu de misère, s'exclame-t-elle, à accepter le fait que je ne m'appelais pas Perreault, mais Chief! Et je ne voulais pas m'appeler Chief, car je ne voulais pas être traitée comme ma mère l'avait été¹⁰! Et je ne sais pas comment j'y suis arrivée, mais j'ai fait toutes mes études collégiales avec le nom de Perreault, qui n'était finalement pas conforme à l'état civil... »

Se trouver entre deux cultures et trois langues exige certainement de trouver un point d'ancrage et d'équilibre au fur et à mesure de l'évolution dans la vie. « **Je suis peut-être métissée, mais je suis reconnue comme membre à part entière d'une Première Nation algonquienne, je fais partie de la bande de Timiskaming First Nation.** "*Konimā nidabitawizinadok, anish ninisodawenimigo e kishpone tibendagoziyān Algonquin First Nation, Temiskaming First Nation nidaji tibendagozinan...*" Je l'ai appris au fil de toutes ces années passées à me questionner. »

Denise passe sa petite enfance jusqu'à l'âge de cinq ans (1956-1960) à Notre-Dame-du-Nord. En 1960, la famille déménage plus au nord, à Rouyn-Noranda où elle demeure jusqu'en 1965. Denise entre alors à l'école primaire et y fera sa scolarité jusqu'en quatrième année. « Ma mère parlait anglais; je parlais anglais. Imaginez le défi de suivre une première année d'enseignement primaire en français... Même si je n'avais que cinq ans, je me rappelle très bien mes difficultés avec les voyelles, les "e", les "é", les "ê"; c'était un obstacle; mon père essayait de m'aider à avoir une prononciation correcte... » Denise a neuf ans lorsque ses parents quittent Rouyn-Noranda pour s'installer à Sainte-Thérèse. « L'entreprise General Motors ouvrait l'usine de Boisbriand et mon père y a été recruté, explique Denise. »

L'hygiène dentaire : une vraie vocation

Denise Chief termine son cycle d'études secondaires en 1973 en obtenant son diplôme d'études secondaires à la polyvalente Deux-Montagnes. Denise poursuit : « Il est vrai que je n'ai jamais eu peur d'aller chez le dentiste ; j'étais surtout attirée par le domaine médical ; je me disais que je serais plus tard dentiste ou infirmière, et que je travaillerais certainement dans le domaine de la santé, car je voulais prendre soin des gens et je me préoccupais de la santé globale des personnes. Après avoir rencontré un conseiller d'orientation, j'ai pris conscience qu'il fallait d'abord faire deux années de cégep, ensuite de six à neuf années d'études universitaires. Et j'ai réalisé que, même si *j'étais bonne à l'école*, je n'avais pas vraiment envie de faire d'aussi longues études. » Hasard de l'Histoire, le nouveau programme de formation en hygiène dentaire avait été mis en place une année auparavant, en 1972. « Mon conseiller m'en a parlé, m'a expliqué le cheminement et le débouché professionnel — on travaillait pour un dentiste à l'époque. J'ai découvert que si je ne choisisais pas le métier de dentiste, je pouvais quand même travailler en bouche, et cette perspective me plaisait. D'autant plus que la durée d'études était seulement de trois ans, *ce qui faisait bien mon affaire*. C'est ainsi que j'ai décidé de faire mes études collégiales au cégep de Saint-Jérôme. »

Inscrite en Techniques d'hygiène dentaire, Denise réside avec ses parents à Sainte-Thérèse et prend tous les jours l'autobus pour se rendre au cégep : « Malheureusement, pendant ma dernière session, j'ai été absente deux mois en raison d'un problème de santé et j'ai terminé en situation d'échec dans deux cours. J'ai alors été la seule à ne pas obtenir son diplôme quand mes consœurs et confrères faisaient partie de la *deuxième* cohorte de finissants en hygiène dentaire. J'en ai été profondément déçue, au point que j'ai abandonné l'idée de devenir une hygiéniste dentaire. À cette époque, mon père n'était pas fier de moi parce que je n'avais pas terminé mes études. J'ai décidé de partir, et je suis allée quelques mois aux États-Unis avec mon *chum*. Quand je suis revenue, pour gagner ma vie, je me suis trouvé un emploi comme assistante dentaire, métier que j'ai exercé pendant deux ans. J'ai quitté cet emploi en 1979, quand j'ai eu ma fille Yannie. »

À l'automne 1980, déterminée, Denise décide de réaliser son projet initial — obtenir son DEC et exercer le métier dont elle avait rêvé. Les deux cours qui lui manquaient ne se donnant plus au cégep de Saint-Jérôme, elle s'inscrit au cégep de Maisonneuve. Mère monoparentale¹¹, Denise bénéficie d'une aide du ministère des Affaires indiennes pour ses études et ses déplacements entre Sainte-Thérèse et Montréal. Elle obtient son diplôme d'études collégiales en 1981 et, membre en règle de l'OHDQ, se prépare à débiter sa carrière professionnelle quand se produit un événement aussi perturbant qu'inattendu.

« J'ai trouvé un emploi à Montréal ; le premier jour, je prends l'autocar pour me rendre à la clinique dentaire. Mon premier patient requiert un gros détartrage (une classe quatre de tartre). J'ai alors pris conscience qu'avec mon échec et malgré que j'aie réussi par la suite les deux cours qui me manquaient, j'avais perdu confiance en moi. Je n'avais pas travaillé en bouche depuis 75-76 ; je n'étais plus sûre de moi et cela m'a fait me sentir mal ; j'avais peur de faire un geste préjudiciable au patient. Par nature, je suis très minutieuse ; mais je me disais que je ne serais jamais capable d'enlever tout ça en 30 min, avec des patients fixés toutes les demi-heures. J'ai terminé ma journée, mais je n'y suis pas retournée le lendemain, l'expérience avait été trop pénible. »

Pour conjurer cette nouvelle déception et se sentir en confiance pour exercer sereinement sa profession, Denise décide de faire une demande exceptionnelle pour refaire un stage. Par bonheur, un désistement libère une place qu'elle va pouvoir prendre. Denise précise : « Je peux dire que c'a été difficile et que j'ai pensé abandonner à plusieurs reprises. Les enseignants cliniciens m'ont encouragé fortement à continuer, mais ont été très sévères avec moi ; à quelques reprises, je me suis demandé si cette sévérité excessive voulait m'encourager ou me décourager. Dans les circonstances, je pense que j'étais évaluée plus sévèrement ; je me souviens d'un examen, mon frère étant venu comme cobaye, dont je suis sortie en pleurant tellement mon évaluation avait duré longtemps et mes gestes scrutés à la loupe ; et c'était en présence de mon frère... Finalement, comme j'étais déterminée à réussir, mes efforts ont été couronnés de succès. »

Le tumulte se calme pour lui paver un chemin de vie apparemment serein. « En 1984, j'ai mon premier emploi dans une clinique dentaire à Deux-Montagnes, puis à Blainville et ensuite à Boisbriand. J'adore mon travail, les traitements et les suivis parodontaux, j'en ai fait ma spécialité. » Un sentiment de réalisation de soi s'installe, qui s'étend sur 21 ans de travail clinique en cabinet privé pendant lesquels Denise traite des clientèles diversifiées non autochtones. Et soudain, la plénitude lui semble incomplète alors que pointe le désir d'un renouveau. Et ce n'est pas l'effet de la routine des gestes cliniques, d'un trop-plein de détartrage ou d'une excessive minutie. « J'avais le goût de faire autre chose dans le domaine dentaire, d'explorer de nouveaux horizons, sans nécessairement l'avoir identifié : "changer, mais pour quoi au juste" ? s'exclame-t-elle. Je n'avais pas d'expérience en *ortho*, ni en santé communautaire, ni en enseignement ! »

Un renouveau spirituel

C'est dans ce contexte psychologique qu'un événement se produit. Denise raconte, et son émotion est perceptible : « Lors d'un voyage en Gaspésie en 2002, je visite la communauté autochtone de Listuguj. Il y a de la danse traditionnelle, et l'on vient me chercher pour danser avec le groupe. J'entends les tambours, il y a des danseurs habillés de leur costume traditionnel. Ils dansent avec nous. Je suis éblouie et mon cœur ressent un sentiment de bien-être et d'appartenance que je ne connaissais pas. Non loin, il y a un tipi et on nous invite à y entrer et à nous asseoir en cercle. Il y a une femme autochtone qui anime le groupe : nous allons participer à un cercle de partage. Elle nous explique qu'elle passera un bâton de la parole et que chacun d'entre nous pourra parler de n'importe quoi, nos émotions, à quoi on pense, une histoire à raconter, un fait vécu, etc.¹² Lorsqu'une personne tient le bâton de la parole ou tout autre objet significatif désigné, elle est la seule à pouvoir s'exprimer. C'est mon tour, et je ne sais quoi dire tellement je suis émue. On me laisse le temps de réfléchir et de penser à ce que je vais partager. Finalement, j'arrive à sortir quelques mots, ma timidité bloque certaines choses et m'empêche de m'exprimer aisément. Je vais donc avouer que le fait d'être ici me donne envie de retourner dans ma communauté pour y vivre, de connaître mes origines, d'y travailler et apporter *de quoi de bien* à ma communauté. Mais comment puis-je y arriver ? Après la séance de partage, l'animatrice me garde avec elle, ayant bien vu que j'avais besoin d'être guidée dans ce projet ; elle s'adresse alors à moi avec ces mots : "Prends le tabac, jette-le dans le feu sacré qui brûle tout près du tipi et fais ta demande ; ton message sera envoyé au créateur par la fumée du feu sacré ; tout ira bien et continue à y croire..." »

La conscience d'un manque

L'humain est un animal particulier qui forge son identité personnelle par la réflexion et l'action. Comme Denise l'a constaté involontairement lors de son entrée à l'école avec la découverte de son nom, cette quête — « Qui suis-je véritablement, à mes propres yeux et au regard des autres? » — a pris une couleur imprévue. De fait, explique-t-elle, « Je retourne dans ma communauté assez régulièrement pour visiter la famille, j'ai encore de nombreux cousins et cousines, mais je demeure à leurs yeux, la cousine de la ville¹³! Je ne suis pas une des leurs, je n'ai pas vécu dans la communauté, je n'ai pas vécu les préjugés, je n'ai pas vécu le racisme. Pourtant, je me suis toujours sentie à part, différente. À l'école, j'ai moi aussi été victime de harcèlement. Quand je suis arrivée à l'école, à Sainte-Thérèse, j'ai été présentée comme venant d'Abitibi-Témiscamingue; j'ai été immédiatement cataloguée comme arrivant d'une région; il m'a été difficile de m'intégrer aux autres élèves nés en ville... J'ai aussi été présentée comme réussissant bien en classe, car j'avais de bonnes notes; il s'est ajouté alors de la jalousie... On me faisait sentir que je n'étais pas la bienvenue dans la classe; avec en plus mes résultats scolaires, on me mettait à part. Et comme j'étais une fille timide, si on ne venait pas me parler, moi je n'allais pas parler aux autres... Les jeunes se retrouvent en gangs, n'est-ce pas, alors je me faisais *agacer* par les autres filles; c'était une forme de harcèlement qui n'était pas facile à vivre... Pour autant, puis-je appeler cela du racisme? Je ne sais pas, car je n'ai pas les traits aussi marqués que mes pairs; mais, je ne disais pas que ma mère était "indienne", car je ne voulais pas subir ce que ma mère avait souffert, soit tous les préjugés inclus dans le terme de "sauvagesse"... Si j'observe la réaction de mes enfants, ma fille n'a pas été marquée ainsi en entrant à l'école. Quand mon conjoint et moi avons vécu sur la réserve en 2005, mon fils prenait l'autobus scolaire avec les jeunes de la réserve pour aller à l'école secondaire de Notre-Dame-du-Nord; lui, il a connu un peu de harcèlement; né en ville, il se faisait dire: "Qu'est-ce qu'il fait ici, lui?" »

Denise a vécu comme une illumination. « **Je n'avais jamais vécu quelque chose avec une telle dimension de spiritualité; et c'est arrivé! Après Listuguj, j'ai pris conscience que c'était ça que je voulais: retourner vivre dans ma communauté, là où je suis née, retourner voir mes cousins et cousines, faire partie de la famille...** » *"Kā'n wīkad nigī gikendasīn minigik e nigokwag mino manidōwin; kī ijiweba! Ishkwa Listuguj, nigī gikendān mī i'i kā kī nadawenidamān; gidji kīweyān nidōdemigokāg, kā iji taniziyān, gidji kīweyān nidjīnawendaganikāg gidji tibendagoziyān nidōdemigokāg..."* Je ne savais pas comment j'allais réaliser ce nouveau projet, mais c'était ça que je voulais. » Dorénavant, elle était en mesure de répondre à son interrogation existentielle: « "Qui suis-je vraiment?" Une Anishnabe kwe qui veut connaître ses origines, qui veut vivre en communauté, qui veut être acceptée par la communauté. J'aime aider les gens à comprendre et à apprendre; je voyais qu'il y avait des besoins dans les communautés, mais je ne me voyais pas arriver et dire: "Je suis hygiéniste dentaire, comment puis-je vous aider?" J'aurais bien voulu apporter aux autres ce que j'avais appris, mais les conseils de bande à l'époque ne recrutaient pas..." »

Un nouveau départ

Un peu de temps s'écoule. « En 2004, le chef de la communauté de Timiskaming First Nation me contacte pour m'informer qu'il y a un projet pilote de Santé Canada offert aux Premières Nations. Ayant besoin d'une hygiéniste dentaire pour ma communauté, ils ont pensé à moi. **Mon désir de retourner dans ma communauté se concrétise comme me l'avait prédit cette femme au cercle de partage...** » *"Kā misawendaman gidji kīweyān tebwemagan a'a ikwe kā igoyān wīdamage wakabiwin..."* » Après en avoir discuté avec son conjoint et ses enfants, la décision est prise: Denise déménage en septembre à 700 km pour vivre sur le territoire de la réserve et participer au lancement d'un programme pilote dans la communauté dont elle est originaire. « Ma fille était heureuse pour moi; en 2004, elle avait 25 ans, elle avait sa vie, un travail; elle avait perdu son père en bas âge et maintenant elle "perdait" sa mère... Ça été difficile pour elle. »

Denise trouve un logement à louer dans sa communauté avec son fils et son conjoint. Le programme de l'Initiative en santé bucco-dentaire pour les enfants (ISBE)¹⁴ est censé débiter fin août, début septembre; n'ayant toujours pas de nouvelles de *quand et comment elle va commencer*, elle contacte l'administration de la communauté et apprend qu'il est trop tard; à la suite d'un manque de communication, Santé Canada a choisi une autre communauté, reportant l'implantation du projet-pilote à l'année suivante. « Déçue, j'ai dû me chercher un autre emploi, ce qui a été très rapide vu le manque d'hygiénistes dentaires dans la région. J'ai alors travaillé 5 jours/semaine dans une clinique dentaire à Ville-Marie, près de TFN. »

Finalement, en août 2005, elle est recrutée à la faveur de ce nouveau programme fédéral; elle réside pendant quatre ans à TFN avant de s'installer à l'extérieur de la réserve¹⁵. Elle commence enfin son mandat: mettre en place l'ISBE dans deux communautés, celle de TFN et celle de Long Point First Nation (LPFN) à Winneway, distante de 115 km de TFN.



Bonnie Chief, représentante en santé dentaire (RSD), et Denise Chief pendant une activité de groupe au CPE Pidaban, à TFN.
Crédit photo: Denise Chief

Hygiéniste dentaire en santé communautaire autochtone

Travailler pour les communautés autochtones s'imposait à Denise tel un devoir moral. De fait, comme il s'agit d'un emploi à temps partiel, elle continue d'exercer sa profession en cabinet privé de 2004 à 2007 à Ville-Marie et à Notre-Dame-du-Nord de 2007 à 2011. « Employée par Santé Canada, je travaillais 2 jours/semaine pour le programme ISBE et 3 jours en clinique. L'ISBE étant un programme scolaire, expose Denise, et quoique certaines hygiénistes dentaires continuent leur travail pendant l'été, pour ma part, le travail commence à la fin du mois d'août et s'achève à la fin du mois de juin; c'est pourquoi, pendant les périodes d'été de 2007 à 2011, j'ai effectué des remplacements à Chisasibi, Waskaganish ou Waswanipi afin de permettre à mes pairs, employé(e)s permanent(e)s du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, de prendre quelques jours de vacances. »

Quatre communautés situées au Québec ayant accepté de participer à ce nouveau programme fédéral, Denise réalise enfin son rêve d'œuvrer concrètement pour sa communauté. « N'ayant cependant aucune expérience en santé communautaire, et arrivant après la formation initiale qui avait été dispensée aux premières hygiénistes recrutées au tout début du projet-pilote¹⁶, je prends l'initiative de contacter des hygiénistes dentaires en santé publique pour me conseiller afin que je puisse commencer efficacement cette belle aventure. » Denise savait qu'une hygiéniste dentaire, qui travaillait à Ville-Marie pour le Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS A.-T.), mais qu'elle ne connaissait pas, visitait les villages et les écoles. Elle surmonte sa retenue et lui demande de l'accompagner pour observer son approche. « Par la suite, poursuit-elle, afin de mieux apprivoiser ma nouvelle tâche, et après en avoir parlé avec ma gestionnaire de l'époque, j'ai contacté Paule Trépanier, collègue de Santé Canada et employée du CISSS A.-T. Paule, que je ne connaissais pas, non seulement intervenait déjà en santé publique, mais encore avait implanté l'ISBE depuis 2004. Elle a accepté bien volontiers que je passe quelques jours avec elle, ce qui pour moi était un *gros avantage*. » Denise a pu ainsi bénéficier du partage d'une riche expérience de cette dimension particulière du métier.



Présentation de boissons sucrées au kiosque ISBE lors du Jour de la santé à TFN.

Les tâches dévolues à l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

L'ISBE offre des soins dentaires aux enfants des Premières Nations et inuits qui vivent sur le territoire d'une réserve¹⁷. « Quand je commence le programme dans une communauté, je présente l'ISBE au directeur ou à la directrice de la santé du conseil de bande, à l'infirmier(ère) responsable et aux autres intervenants. Je demande s'il est possible de recruter une représentante en santé dentaire (RSD), que je forme¹⁸, et qui pourrait travailler en collaboration avec moi quand j'interviens dans la communauté. J'ai aussi assumé des tâches de formation pratique pour expliquer la nature du programme de l'ISBE à sept hygiénistes dentaires, dont Naomi Hurtubise. Au final, j'ai formé sept représentantes en santé dentaire. La RSD aide l'hygiéniste dentaire dans sa tâche et fait le lien avec la communauté. Par exemple, elle informe les parents de ma prochaine visite pour que je puisse voir leur enfant; elle fait les commandes de produits, etc. Ce qui est un avantage, particulièrement depuis que je n'habite plus la réserve. »

La clientèle visée correspond aux enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans; depuis 2018, on peut offrir les services aux enfants âgés de 12 ans et plus, ainsi qu'aux aînés. L'ISBE a également pour objectif la prévention auprès des parents, des soignants et des futurs parents afin que les enfants adoptent de saines habitudes de vie et d'alimentation dès leur plus jeune âge et maintiennent une bonne santé buccodentaire et générale. Denise détaille : « Le programme consiste à dépister les problèmes chez les enfants, à déterminer si l'enfant est à *faible* ou à *haut risque* de carie. Ils ont un dépistage annuel et deux ou quatre applications de vernis fluoré. Je vois les enfants individuellement, je leur enseigne les bonnes habitudes à prendre pour une bonne santé dentaire; on pratique le brossage de dents quand il y a un lavabo, sinon je leur montre au fauteuil avec un miroir. On échange sur les boissons sucrées et ses effets néfastes si elles sont consommées en trop grande quantité; on discute d'alimentation (comme les collations santé non collantes), de plaque dentaire (comment prendre soin de sa bouche). » Et Denise interrompt ses explications pour rappeler que l'alimentation des Premières Nations et des Inuits a été perturbée au fil des années. Basée sur les ressources naturelles telles que le gibier, le poisson, les petits fruits et leurs récoltes, « l'alimentation a subi d'importantes modifications avec la sédentarité et la consommation de sucres raffinés contribuant à l'émergence de maladies chroniques [telles] que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires¹⁹ » sans omettre les maladies buccodentaires.

« Au cours de la visite, reprend-elle, je peux déterminer si l'enfant a besoin de traitements qui ne sont pas couverts par le programme²⁰. Par exemple, un examen complet avec radiographies chez le dentiste, des traitements de restauration ou d'orthodontie ou bien encore des soins sous anesthésie générale en milieu hospitalier²¹. Dans ce cas, je dirige l'enfant vers les différents centres dentaires avec lesquels je suis en contact à Montréal ou en Ontario et j'aide les parents à obtenir des rendez-vous. Parfois, il arrive que la barrière de la langue cause certains problèmes de communication, que tout le monde s'emploie à corriger. »

Timiskaming First Nation et Long Point First Nation

Denise témoigne : « À TFN — au total 2348 personnes : 647 résidents et 1701 non-résidents²² —, il n'y a pas de clinique dentaire et les patients adultes et enfants sont reçus par les professionnels des cliniques dentaires à l'extérieur de la communauté; par exemple, à Notre-Dame-du-Nord, où nous avons, une belle collaboration avec l'équipe actuelle de la clinique dentaire; à Ville-Marie ou bien encore en Ontario. Constituée de 505 résidents et

de 430 non-résidents²³, LPFN est une communauté semi-isolée; pour m'y rendre, je pars de bonne heure le matin et je prends le chemin du retour vers 16 h 15; c'est un trajet qui prend 1 h 15, quand il n'y a pas de neige; il faut avoir une conduite prudente le soir, car il y a des orignaux; et surtout, il faut prévoir de ne pas manquer d'essence. À Winneway, il y avait une clinique dentaire et un dentiste venant une fois par semaine recevait les adultes et aussi les enfants membres de la communauté; mais depuis qu'il a pris sa retraite en mars 2020, il n'y a plus de dentiste. Mais certains membres de la communauté préféraient se faire soigner ailleurs.»

Denise poursuit: «À TFN, il y a une seule école, appelée Kiwetin Kikinamading (ce qui signifie “Nord-Ouest, école où l'on apprend”) qui compte environ 90 élèves. Il y a également le Centre de la petite enfance (CPE) Pidaban, adjacent à l'école, qui accueille une trentaine d'enfants de la communauté et une trentaine d'enfants allochtones. Je visite l'école et le CPE quatre fois par année pour des suivis individuels et de groupe. Je communique avec la directrice de l'école et nous planifions ensemble les dates pour mes visites dans son établissement. On m'a attribué un local pour y installer mon équipement portable, que je peux ainsi ranger dans un endroit sécurisé, ce qui m'évite d'avoir à transporter tout le matériel à chaque visite à l'école.»

Denise prolonge la description de cette approche: «À TFN, mes premières visites à l'école ont été très appréciées de la part du personnel enseignant et des enfants. Mes dépistages se font tout d'abord dans la classe à la vue de tous les élèves, car il n'y a pas de local où je pourrais intervenir de façon individuelle et en privé. Je travaille en étroite collaboration avec les infirmières du centre de santé ainsi qu'avec d'autres intervenants. Au CPE, quand j'ai débuté, j'ai remarqué qu'il y avait beaucoup d'aliments sucrés lors des collations comme des gâteaux de fabrication industrielle qui contiennent énormément de sucre, des jus, des poudings, des biscuits... Or, tous sont des aliments qui collent aux dents pendant une longue période. J'ai alors décidé de faire venir une nutritionniste à quelques reprises pour modifier le menu des tout-petits afin de privilégier le lait, l'eau, les fruits et les légumes, les fromages et les yogourts. Après discussion, la directrice de la garderie, le responsable des repas et des collations, la nutritionniste et moi avons révisé les menus. La collaboration de la nutritionniste a été précieuse: suggestions d'aliments favorisant une saine alimentation et décision de bannir les boissons sucrées! Les enfants ne boivent que du lait et de l'eau, mangent plus souvent des fruits et légumes, des fromages. Le menu des repas est varié et renferme de bons nutriments. Cela a contribué à améliorer la santé dentaire ainsi que le brossage de dents qui a été instauré dans tous les groupes. Ils se brossent les dents, une fois par jour après le dîner. Malheureusement, depuis un peu plus de deux ans, avec la pandémie, ils ont cessé le brossage au CPE. Quand tout sera plus sécuritaire et que la COVID-19 sera moins présente, ils vont reprendre le brossage de groupe. Il y a quatre ans, j'ai fait les démarches auprès de la directrice de santé et les infirmières pour que l'on puisse avoir une nutritionniste à temps plein pour offrir les services à toute la communauté. Non seulement pour aider à corriger les problèmes associés à l'hygiène dentaire, mais aussi pour contribuer à améliorer les problèmes de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'obésité. Le projet a été accepté et une professionnelle travaille avec nous depuis mon intervention.»

Denise enchaîne: «Je fais aussi des présentations de groupe, des activités en classe, on visionne des vidéos ou des PowerPoint pour enseigner les principes d'hygiène dentaire.» Elle remarque qu'au départ, même si elle travaille en français et en anglais, il n'y avait pas de documentation à distribuer en anglais. «Plus tard,



Activité de groupe dans une classe de LPFN avec une RSD: coloration de la plaque dentaire.

des hygiénistes ont été recrutées pour Listiguj et Paspébiac, qui avaient du matériel pédagogique en anglais; je les ai contactées pour leur demander la possibilité d'une collaboration.»

Denise travaille en collaboration avec les membres de la communauté: «Je fais des consultations “bébé-dents” au centre de santé de la communauté. Je donne des rendez-vous aux parents avec leurs bébés dès la naissance et on peut commencer à faire de l'enseignement. Avec mes collègues soignants, l'on encourage les parents/tuteurs légaux à passer des examens buccodentaires réguliers et à recevoir des traitements s'il y a lieu. On explique la façon dont les bactéries qui causent la carie dentaire sont transmises du parent/tuteur à l'enfant, car on ne naît pas avec cette bactérie de type “streptococcus mutans”. Les bactéries étant transmissibles de plusieurs façons, il est important que les parents/tuteurs les connaissent et tentent d'éviter ces comportements pour le bien-être de leurs enfants. S'il arrive que les parents ne puissent se déplacer, je leur offre d'aller à leur domicile pour voir leurs enfants. Mais ce n'est pas tous les parents qui acceptent, même s'ils me connaissent; je n'ai donc que quelques parents que je visite sur une base régulière afin d'offrir les mêmes services qu'au centre de santé.»



Le plus jeune client de Denise Chief, âgé d'une semaine, né avec deux dents néonatales.

Algonquins of Barriere Lake et Communauté Anishnabe de Kitcisakik

«En 2010, ma gestionnaire me demande si j'accepterais d'offrir le programme ISBE dans une communauté située dans la réserve faunique La Vérendrye, au bord du réservoir Cabonga, qui se nomme les Algonquins de Barriere Lake, à Lac-Rapide²⁴.» La langue ancestrale de cette communauté, située dans la région administrative de l'Outaouais, à 6 km de la route transcanadienne 117, est bien sûr l'algonquin. L'anglais est la langue seconde. Il y a 585 résidents et 210 non-résidents selon le recensement de 2021²⁵. Denise décrit la réalité vécue : «Il faut savoir qu'il n'y a pas d'électricité; seule une génératrice alimente la communauté²⁶. S'il y a une panne, elle peut durer plusieurs heures, voire plusieurs jours. Dans ce cas, l'école, la garderie ainsi que les autres établissements sont fermés. De même, s'il y a un décès, par respect au défunt, tous les établissements sont fermés. Lorsque cela se produit, je dois modifier mon horaire de travail et, si c'est impossible, je dois écourter la visite qui était prévue pour plusieurs jours.»

Quelle solution Denise a-t-elle imaginée pour apporter une aide la plus efficace possible? «Je visite la communauté pendant cinq jours toutes les quatre à six semaines, en faisant en voiture un trajet de 320 km; je vois les enfants à l'école, à la garderie et je fais des rencontres à la clinique dentaire avec les parents et les femmes enceintes. J'ai observé que les bébés boivent régulièrement des boissons sucrées et dorment avec un biberon de lait; j'essaie de corriger cette situation en recommandant aux parents de ne donner que de l'eau dans le biberon la nuit, pour prévenir les caries de la petite enfance. À chaque visite, que ce soit à l'école ou à la clinique dentaire où je vois les jeunes enfants avec les parents, je prépare des sacs que je leur remets avec tout ce dont ils ont besoin pour prendre soin de leurs dents et gencives à la maison : une brosse à dents adaptée selon leur âge, du dentifrice, de la soie dentaire et un porte-fils, des dépliants éducatifs. J'adresse une note aux parents avec le résultat de mon dépistage et, s'il y a lieu, je signale la nécessité de voir un dentiste. S'ils ont besoin d'être dirigés pour un examen complet ou un examen d'urgence, ou pour des traitements spécifiques ou urgents, j'offre aux parents de les aider à trouver un dentiste, car je peux lui expliquer dans ce cas la raison de voir l'enfant ou le parent assez rapidement. Il y a des parents qui me parlent de leurs problèmes dentaires et j'essaie de les convaincre de voir un dentiste régulièrement comme aux six mois, avant qu'ils se retrouvent avec un problème aggravé nécessitant une

intervention en urgence. L'accès aux services dentaires en dehors de la communauté est difficile, poursuit-elle. Ils ont besoin d'un transport médical, et doivent faire plus de 100 km pour aller voir un dentiste. L'hôpital de Val-d'Or (ville la plus proche) — où se font les traitements en anesthésie générale — est à 160 km de Lac-Rapide. Ils doivent partir vers 4 h 30 du matin afin d'arriver à temps pour un rendez-vous programmé à 7 h. Parfois, rendu sur place, le rendez-vous est annulé, car l'enfant n'était pas à jeun, ou bien parce que l'enfant est entretemps tombé malade, ou parce qu'il y a eu une tempête hivernale, ou bien encore parce que le taxi ne s'est pas présenté ou aussi parce que les parents ont oublié... En conséquence de quoi l'enfant ne reçoit pas les soins nécessaires et le rendez-vous est reporté de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. Quand tout se déroule normalement, les membres de cette communauté sont, comme tout le monde, à risque de développer des infections; ils doivent alors encore se déplacer pour aller chercher une prescription d'antibiotiques.»

Ce n'est pas pour autant un désert médical. «Sur le territoire de la communauté, explique Denise, il y a un dispensaire (un établissement de santé du gouvernement fédéral) où l'on offre un service infirmier (soins médicaux et différents programmes de santé); le personnel se compose de trois infirmier(ère)s sur place quotidiennement. Il y a également une clinique dentaire fonctionnelle avec appareil radiographique, stérilisateur, mais *il n'y a pas de dentiste*. Il y a déjà eu une équipe dentaire qui venait sur une base régulière, mais, s'il arrive un incident ou une approche un peu brusque de la part du professionnel dentaire, les membres de la communauté de Lac-Rapide perdent rapidement confiance et préfèrent se déplacer, en dépit de toutes les difficultés que cela implique. En cas d'urgence dentaire, les infirmier(ère)s vont envoyer les patients à l'hôpital ou bien, s'il y a de la disponibilité, les faire voir par un dentiste dans la région; il y a des cliniques dentaires à Val-d'Or, à Maniwaki (à 130 km de Lac-Rapide), à Mont-Laurier (à 143 km de la communauté) et à Gracefield (distant de 173 km). Alors l'accessibilité aux soins n'est pas évidente...»

Denise intervient également dans une autre communauté Anishnabe, la communauté de Kitcisakik²⁷, située aussi dans la réserve faunique La Vérendrye, sur les bords du Grand lac Victoria, à 90 km au sud-est de Val-d'Or, dont les membres (516 personnes, dont 378 résidents et 138 non-résidents) parlent l'algonquin et le français. Il n'y a pas d'électricité²⁸. Comme il est facile de se l'imaginer, les difficultés vécues sont similaires à celles décrites pour la communauté de Lac-Rapide. Mais ce n'est pas tout : comme c'est le cas dans de nombreuses réserves autochtones, il n'y a pas d'eau courante potable; il faut aller chercher de l'eau au bloc sanitaire. Ce sont des obstacles pratiques à surmonter, préalables à tout travail clinique ou de prévention...

Une nécessaire adaptation à la vie moderne

Le programme des services de santé non assurés (SSNA) de Services aux Autochtones Canada fournit aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont les prestations dentaires. Ce programme couvre la plupart des actes dentaires qui visent à traiter les affections dentaires ou leurs conséquences²⁹. Mais, parfois, disposer d'un document officiel permettant d'accéder auxdits services peut s'avérer un défi kafkaïen... Denise en fournit quelques exemples : «Un enfant qui n'est pas inscrit au Registre des Indiens ne peut pas obtenir le numéro de bande à laquelle il appartient. Pour le transport médical, on a besoin de ce numéro de bande pour que le chauffeur puisse être payé. Si un enfant



Enfants heureux après une journée de scellants dentaires à Lac-Rapide, avec Denise Chief, Franck Giverne, coordonnateur de l'ISBE et Georgina Whiteduck, représentante en santé dentaire.

est traité en Ontario, où il ne peut utiliser sa carte de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), il a besoin de son numéro de bande. Souvent, les enfants ne sont pas encore inscrits au Registre des Indiens ou n'ont pas leur carte de la RAMQ, ce qui ne leur permet pas de recevoir les soins et services auxquels ils ont droit.» Dans ce cas, Denise effectue les démarches administratives pour procéder à l'inscription au Registre. La difficulté étant que l'enfant n'a pas d'acte de naissance officiel (paroisse ou aujourd'hui état civil). Heureusement, explique Denise, une solution de remplacement existe: «En situation d'urgence, pour éviter un délai d'attente de nombreux mois pour obtenir les documents officiels, je peux recourir au principe de Jordan³⁰ qui vise à répondre aux besoins non comblés des enfants des Premières Nations, peu importe où ils vivent au Canada. Il y a dans chaque communauté une personne qui est responsable de la mise en œuvre de ce principe; je lui adresse une lettre pour demander une prise en charge pour le cas particulier dont je m'occupe; cette personne achemine ma demande au responsable du gouvernement fédéral pour qu'elle soit approuvée, ce qui permet d'obtenir la prise en charge du patient. Dans ce cas, le jeune est reçu et traité en clinique privée au Québec ou en Ontario. Le financement du gouvernement du Canada permet de combler toutes sortes de besoins en matière de santé, de services sociaux, d'éducation et des besoins uniques.»

En conclusion, un unique message

Denise Chief, au sommet de sa carrière professionnelle, peut être fière du travail accompli et d'avoir partagé ses connaissances, apportant ainsi une contribution décisive à sa communauté. Sa détermination lui a permis de réaliser son rêve professionnel et d'exercer son métier pour sa communauté. L'on pourrait dire avec Antoine de Saint-Exupéry qu'*agir pour le bien commun, c'est regarder avec les autres dans la même direction*³¹... Devenue grave, Denise résume ainsi les choses: «Au début, je me suis rendu compte que la carie rampante était bien présente chez la plupart des élèves. J'en ai été dévastée; **mon cœur de mère et d'hygiéniste dentaire m'a confirmé qu'ils avaient plus que besoin de mon aide.** "*Nide'e e-djōdjiwiyān ashidj kā bīniyādjīn wībidān sōngichigade niwīdōkāzowin nawadj dash...*" Après 17 ans de service dans ma communauté, je constate qu'à TFN — et c'est une réelle satisfaction —, le taux de carie a grandement diminué.» Avoir un effet décisif sur la réalité sociale autochtone, telle était la motivation de Denise, qui poursuit: «Quand j'ai commencé à aller visiter les enfants du CPE en 2005, je devais diriger plusieurs enfants de deux ou trois ans vers des examens chez le dentiste en vue de traitements sous anesthésie générale, car la carie de la petite enfance était bien trop présente. Ce sont des enfants dont le nombre de dents cariées et l'état d'infection requéraient des soins immédiats. L'objectif du programme ISBE est de faire diminuer les cas d'anesthésie générale et d'enseigner aux parents/tuteurs, aux femmes enceintes et aux enfants comment prévenir la maladie buccodentaire.» Aujourd'hui, c'est chose faite dans la communauté algonquienne de TFN. Certes, la tâche est loin d'être terminée. Denise conclut avec le message clé qu'elle donne aux parents, qu'il est important de comprendre et dont il faut se souvenir: «C'est la fréquence de l'exposition au sucre et non la quantité de sucre qui influe sur la prédisposition à la carie dentaire. Il est possible d'éviter COMPLÈTEMENT la carie dentaire, qui est la maladie infectieuse chronique la plus fréquente chez l'enfant; je le répète souvent dans mes lettres et lorsque je rencontre les parents individuellement: "*Cavities are totally preventable*". — Tel est mon message.»

La Loi sur les Indiens

Le 1^{er} juillet 1867, l'Acte de l'Amérique du Nord britannique réunit le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, le Québec et l'Ontario. Neuf années plus tard, la Loi sur les Indiens (1876) est adoptée. Dès lors, «le gouvernement est responsable de l'éducation des jeunes Autochtones et de leur assimilation à la société canadienne.»* Les pensionnats indiens, écoles subventionnées par le gouvernement et dirigées par les églises anglicane, méthodiste et catholique romaine, sont institués. «À son apogée, vers 1930, le réseau des pensionnats regroupe en tout 80 établissements.»*

La Loi sur les Indiens stipulait qu'une femme autochtone qui épousait un «blanc» était exclue de sa communauté et perdait son statut d'Indienne. En 1985, le gouvernement progressiste-conservateur de Brian Mulroney dépose au Parlement le projet de loi C-31 pour amender les articles discriminatoires de cette loi et «rétablir[r] le statut indien pour les femmes qui l'ont perdu à la suite d'un mariage avec un homme sans statut. Parmi les autres modifications, le projet de loi a permis aussi à tous les enfants de première génération issus de ces mariages, ainsi qu'aux individus s'étant émancipés, de retrouver leur statut légal. Plus de 114 000 personnes ont obtenu ou ont retrouvé leur statut d'Indien [...]»**.

Cependant, peu après l'adoption du projet de loi C-31, les femmes ont commencé à contester les dispositions de la Loi sur les Indiens concernant l'inscription en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés. Elles ont fait valoir que la discrimination fondée sur le sexe se poursuivait et croyaient que certaines règles d'inscription issues de la Loi sur les Indiens étaient encore injustes. En 2011, ces nouvelles contestations ont permis l'adoption de «Modifications au projet de loi C-31»***.

Était-ce pour autant la fin de toute discrimination pour les femmes autochtones? Le témoignage de Michèle Audette, donné en 2012 aux étudiantes de la Clinique internationale de défense des droits humains de l'Université du Québec à Montréal (CIDDHU), démontre éloquentement que la réponse est négative. La CIDDHU analyse le potentiel d'injustice et de discrimination du statut juridique d'Indien dans un rapport intitulé *Femmes autochtones au Canada — Discrimination intersectionnelle et droit à l'identité***** et relève que les femmes autochtones «ne sont pas seulement discriminées parce qu'elles sont femmes, ou autochtones, mais bien parce qu'elles sont femmes et autochtones. Autrement dit, elles sont victimes d'une discrimination intersectionnelle. Le concept d'intersectionnalité propose de reconnaître l'existence d'une interaction entre les motifs de discrimination qui va au-delà d'une simple accumulation [...]»*****.

* Voir L'Encyclopédie canadienne, article «Pensionnats indiens au Canada», [https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/pensionnats], (Consulté le 7 juin 2022). Pour se représenter ce que signifie concrètement ce processus d'assimilation, il faut écouter l'ancien chef du Conseil de la Première Nation Abitibiwinni, Richard Ejinagosi Kistabish, survivant du pensionnat de Saint-Marc-de-Figuery, expliquer à Franco Nuovo ce qu'il a vécu: «Préserver ses racines», Dessine-moi un dimanche, dimanche 5 juin 2022 (20 min), Radio Canada Ohdio, [https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/dessine-moi-un-dimanche/segments/entrevue/404092/abitibiwinni-ancinabe-langue-culture-nation-chef-pensionnat], (Consulté le 5 juin 2022).

** L'Encyclopédie canadienne, article «Bill C-31», [https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/bill-c-31], (Consulté le 22 mai 2022).

*** Voir le dépliant de l'Assemblée des Premières Nations, Affaires juridiques et justice, «En quoi consistent les projets de loi C-31 et C-3?», [http://www.afn.ca/wp-content/uploads/2020/01/16-19-02-06-AFN-Fact-Sheet-Bill-C-31-Bill-C-3-final-revised_FR.pdf], (Consulté le 22 mai 2022).

**** *Femmes autochtones au Canada — Discrimination intersectionnelle et droit à l'identité*, Laurence Guénette, Andréa Rousseau et Isabelle Sauriol-Nadeau, sous la direction de Marc Perron, Clinique internationale de défense des droits humains de l'Université du Québec à Montréal (CIDDHU), novembre 2012, [https://cidhu.uqam.ca/fichier/document/femmes-autochtones-au-canada_fr.pdf], (Consulté le 22 mai 2022).

***** CIDDHU, ouvrage cité, p. 6.

Références :

1. *L'Explorateur* et Gilles Vilasco tiennent à remercier très sincèrement Denise Chief pour sa grande disponibilité, sa générosité et la grande qualité de sa collaboration dans la préparation de ce numéro et particulièrement pour son témoignage. Les photos illustrant l'article ont été aimablement fournies par l'intéressée.
2. Banque de noms de lieux du Québec, Fiche descriptive «Lac Témiscamingue», [https://toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/Fiche.aspx?no_seq=61979], (Consulté le 22 mai 2022).
3. Comme Denise et son conjoint «non natif» n'étaient pas mariés, Yannick porte le nom de sa mère; Denise et lui se sont séparés assez tôt; il est décédé à l'âge de 37 ans, quand Yannick était en bas âge.
4. Le père de Jonathan et conjoint de Denise se nomme Mario Vermette.
5. La réserve algonquine de Timiskaming First Nation compte 647 résidents et 1701 résidents hors réserve pour un total de 2348 membres. La lectrice intéressée peut consulter avec profit dans ce numéro de *L'Explorateur* la présentation des communautés autochtones au Québec pour vérifier la localisation géographique, les données populationnelles et les toponymes des différentes communautés algonquines: *Les nations 2021*, publié par Services aux Autochtones Canada.
6. Il faut cependant savoir que les membres de la communauté des Algonquins of Barriere Lake (Lac-Rapide) parlent pour la plupart couramment la langue ancestrale.
7. Ces trois communautés francophones sont les suivantes: le Conseil de la Première Nation Abitibiwinini (à Pikogan); la Nation Anishnabe du Lac Simon (au Lac-Simon); la Communauté anicinape de Kitcisakik (à Kitcisakik).
8. Fait notable, la Loi autorisait néanmoins l'inverse: une femme non-autochtone qui épousait un Indien acquerrait le statut d'Indienne.
9. L'on reconnaît aisément dans ce patronyme le vocable anglais signifiant en français «chef». Le vrai nom de Denise est Massinikijik, car elle appartient à la lignée de chefs héréditaires du clan Massinikijik. De fait, à la fois pour rendre hommage à la fonction exercée et faciliter la communication, le colonisateur a utilisé l'expression anglaise «hereditary chiefs» qui, raccourcie, est devenue le patronyme «Chief». «Telle est l'origine de mon nom anglais, explique Denise; les sœurs et frères plus âgés que ma mère ont été baptisés sous le nom de notre clan; sur l'acte de baptême du frère aîné de ma mère, il est inscrit "Georges Massinikijik"; les plus jeunes ont simplement eu "Chief" comme nom de famille, sans doute moins long à écrire pour un curé qui ne voulait pas d'un nom algonquin...»
10. Denise connaissait parfaitement l'histoire de sa mère: une «sauvagessse» (comme on disait à l'époque) qui, par amour, avait de surcroît perdu son statut d'Indienne...
11. Denise et le père (non-natif) de Yannick étant séparés, pendant cette période, Denise bénéficie de l'aide de sa maman et de son ex-belle-mère pour garder sa fille.
12. «Le cercle de partage est une pratique couramment utilisée par les peuples autochtones. Dans le cadre de ces cercles, chaque participant est libre de s'exprimer. Le bâton de parole ou un objet que vous définirez comme étant le bâton de parole (ce peut être un bâton, une roche ou tout autre objet significatif [...]) sera passé à chaque personne faisant partie du cercle. Le bâton de parole circulera dans le sens des aiguilles d'une montre. Lorsqu'une personne tient le bâton de parole, elle est la seule à pouvoir s'exprimer. Les cercles de partage favorisent, entre autres, l'inclusion, les échanges, le respect et l'écoute active.» Source: *8^e Feu — À voir pour tout savoir, Guide d'animation et d'échange à la suite du visionnement de la série «8^e feu: Les Autochtones et le Canada, le sentier de l'avenir*», diffusée en quatre épisodes sur les ondes de la télévision de Radio-Canada en janvier 2012, [<https://ici.radio-canada.ca/television/8efeux/serie.shtml>], (Consulté le 22 mai 2022).
13. Cf. l'expression péjorative ou moqueuse «Indien de béton»...
14. Voir l'article de Franck Giverne «Aperçu des programmes de soins buccodentaires fournis par Services aux Autochtones Canada» publié dans ce numéro de *L'Explorateur*.
15. Il y a une pénurie de logements sur la réserve et le propriétaire du logement loué souhaite l'utiliser pour sa famille. Denise déménage en 2008 et s'installe avec sa famille à Nédélec, où elle séjourne pendant huit ans. Depuis 2016, elle réside à Brownsburg-Chatham.
16. La Nation Anishnabe du Lac Simon, où Paule Trépanier, hygiéniste dentaire en poste au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue est affectée; le Conseil des Atikamekw de Wemotaci, où Marie-Line Ayotte hygiéniste dentaire est affectée — en 2008-2009, Denise Chief la remplacera quand elle sera en congé de maternité; la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh, à Mashteuiatsh, où Karine St-Pierre est affectée; la communauté Atikamekw de Manawan, dont l'hygiéniste dentaire affectée va quitter le programme; en 2005 cette communauté sera remplacée par Timiskaming First Nation, où Denise Chief est affectée; le Conseil de la Première Nation Abitibiwinini, communauté choisie au lancement du programme, verra également le projet annulé en raison du départ de l'hygiéniste dentaire affecté à Pikogan. Au fil des années, des accords de financement sont conclus entre le gouvernement fédéral et les conseils de bande pour généraliser l'application du programme aux 28 communautés; dans ce cadre, ce sont les conseils de bande qui recrutent les hygiénistes dentaires, avec cependant une différence dans la rémunération et les avantages sociaux liés à l'emploi.
17. Voir le détail des soins fournis dans l'article de Franck Giverne publié dans ce numéro de *L'Explorateur*.
18. Denise Chief donne une formation qui repose sur le *Manuel de formation et de référence de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE)*. Ce manuel décrit les composantes de l'ISBE, précise les rôles et responsabilités des prestataires de services de santé buccodentaire et explique comment livrer, enregistrer et surveiller les services. Publié par Services aux Autochtones Canada, il a fait l'objet d'une révision en 2018.
19. Voir le document de référence produit par la Vice-présidence aux affaires scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec, *L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec*, Québec, INSPQ, 2015, 65 p. Également disponible en ligne: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2054_alimentation_premieres_nations_inuits.pdf, (Consulté le 22 mai 2022).
20. Voir le «principe de Jordan» dans l'article de Franck Giverne publié dans ce numéro de *L'Explorateur*.
21. Voir l'article «Isabelle Gemme ou le secret d'une pratique épanouie» traitant de ce besoin, publié dans *L'Explorateur*, Vol. 31, n° 1, 2021, p. 64-67.
22. Cf. *Les nations 2021*, ouvrage cité.
23. Cf. *Les nations 2021*, ouvrage cité.
24. Banque de noms de lieux du Québec, Fiche descriptive «Lac-Rapide», [https://toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/Fiche.aspx?no_seq=178724], (Consulté le 22 mai 2022).
25. Cf. *Les nations 2021*, ouvrage cité.
26. Voir l'article «Électrification de Lac-Rapide: le chef se dit optimiste», Ici Ottawa-Gatineau, [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1850031/hydro-quebec-tony-wawatie-electricite-logement-federal>], (Consulté le 22 mai 2022).
27. Banque de noms de lieux du Québec, Fiche descriptive «Kitcisakik», [https://toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/Fiche.aspx?no_seq=339985], (Consulté le 22 mai 2022).
28. La lectrice de *L'Explorateur* attentive à l'actualité se souviendra sans doute de l'apparition dans les médias, le 2 mai dernier, de Sophie Brochu, PDG d'Hydro-Québec, pour annoncer, avec beaucoup d'émotion, l'électrification du village de Kitcisakik prévue pour l'année 2025. Voir «La communauté de Kitcisakik aura accès à l'électricité en 2025», Ici Abitibi-Témiscamingue, [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1880301/projet-electrification-animiki-ickote-hydro-quebec>], (Consulté le 22 mai 2022).
29. «À propos du programme des services de santé non assurés», Services aux Autochtones Canada, [<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553>], (Consulté le 22 mai 2022).
30. Voir dans ce numéro l'article de Franck Giverne.
31. «Liés à nos frères par un but commun et qui se situe en dehors de nous, alors seulement nous respirons et l'expérience nous montre qu'aimer ce n'est point nous regarder l'un l'autre, mais regarder ensemble dans la même direction. Il n'est de camarades que s'ils s'unissent dans la même cordée, vers le même sommet en quoi ils se retrouvent.» Antoine de Saint-Exupéry, *Terre des hommes*, Paris, Gallimard, 1939, p. 234-235.



RÉALITÉS ET DÉFIS DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE AUTOCHTONE

– GILLES VILASCO, réd. a.

Au 21^e siècle, «le bon soin, au bon moment, au bon endroit, par le bon professionnel» semble une évidence¹. Pour que l'idéal de l'accès et de la pertinence des soins soit communément partagé, faut-il rajouter à *proximité*, dans le respect des droits de la personne autochtone, en sécurisation culturelle² consciente³? L'Explorateur a rencontré plusieurs hygiénistes dentaires des Premières Nations afin de mieux connaître les enjeux de santé et d'hygiène buccodentaire dans leurs communautés respectives et découvrir les défis de l'avenir à relever.

Participants



Denise Chief

Hygiéniste dentaire,
Timiskaming First
Nation*, Long Point First
Nation**, Algonquins
of Barriere Lake***,
Communauté Anishnabe
de Kitcisakik****

Denise Chief est née le 23 septembre 1955 d'une mère autochtone et d'un père québécois à Timiskaming First Nation (TFN), communauté algonquaine à côté de la ville de Notre-Dame-du-Nord, où l'anglais est la langue parlée. Ayant été

crédit photo: Normand Huberdeau/
Groupe NH Photographes

élevée dans la langue française et communiquant en anglais avec sa maman, Denise Chief ne connaît que quelques mots de la langue de son peuple. Diplômée en Techniques d'hygiène dentaire (cégep de Saint-Jérôme, 1981), elle exerce son métier en cabinet privé pendant 21 années. Et soudain, pointe la nécessité impérieuse d'un renouvellement: s'ajouteront ainsi 17 années d'engagement au sein de sa communauté, au cours desquelles elle implante l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) et en assure le développement au bénéfice des membres des Premières Nations de quatre communautés (Timiskaming First Nation, Long Point First Nation, Algonquins of Barriere Lake, Communauté Anishnabe de Kitcisakik). Elle travaille également auprès des communautés des terres crie de la Baie-James: de 2007 à 2011, Denise Chief effectue pendant l'été des remplacements d'employé(e)s permanent(e)s du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, à Chisasibi, Waskaganish ou Waswanipi.

* Timiskaming First Nation, <https://tfnadmin.wixsite.com/tfnadmin>

** Long Point First Nation, <https://longpointfirstnation.com/>

*** Archivée – Les Algonquins de Barriere Lake, <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100016352/1621719028072>

**** Communauté Anishnabe de Kitcisakik, <https://territoireanishnabe.com/>



Tanissa Ottawa

Hygiéniste dentaire,
Communauté Atikamekw
de Manawan, Services de
santé Masko-Siwin*

Tanissa Ottawa, âgée de 39 ans, est mère de quatre enfants — la naissance d'un cinquième est prévue pour octobre 2022. Native de la communauté Atikamekw de Manawan, elle est née à Joliette — la majorité des mères de cette communauté accouchent à l'hôpital de cette ville. D'ascendance Atikamekw, elle parle couramment sa langue mater-

crédit photo: Normand Huberdeau/
Groupe NH Photographes

nelle ainsi que le français qu'elle a appris à l'école primaire et secondaire; par curiosité et par goût, elle possède aussi quelques notions d'allemand, car c'est cette langue qu'elle a choisie pendant ses études collégiales. Tanissa Ottawa, diplômée en Techniques d'hygiène dentaire (cégep de Trois-Rivières, 2007) et membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, est recrutée en 2008 par le conseil Atikamekw de Manawan où elle travaille depuis ce jour au centre de santé Masko-Siwin. Elle applique l'ISBE qui s'insère dans le programme Awasiaw (santé maternelle et infantile), essentiellement axé sur la santé dentaire publique.

* Services de santé, Communauté Atikamekw de Manawan
http://www.manawan.com/sante_mission



crédit photo: Normand Huberdeau/
Groupe NH Photographes

Jessica Launière

Hygiéniste dentaire,
Pekuakamiulnuatsh
Takuhikan*, Santé des
jeunes et des familles
Mashteuiatsh

Jessica Launière, originaire de la communauté de Mashteuiatsh — nommée jusqu'en 1985 « Pointe-Bleue », couleur de l'avancée de la terre dans le lac Saint-Jean —, est née d'un père autochtone et d'une mère québécoise; sa langue maternelle est le français et elle parle un peu sa langue ancestrale; elle a fait toutes

ses études en français, à Mashteuiatsh pour les cycles primaire et secondaire, puis à Roberval pour les quatrième et cinquième années du secondaire qui ne se donnaient pas à Mashteuiatsh. En 2010, Jessica Launière s'installe à Sainte-Hedwidge — petit village à dix minutes de la communauté de Mashteuiatsh, situé à proximité de Roberval —, s'inscrit à l'éducation aux adultes et obtient son certificat d'études secondaires. Après avoir eu son deuxième enfant, elle décide d'entreprendre, en 2013, des études au cégep de Saint-Félicien (Tremplin-DEC), avant de s'inscrire au seul établissement de la région offrant la formation en Techniques d'hygiène dentaire, le cégep de Chicoutimi; elle fait tous les jours, matin et soir, 1 h 20 de route entre Sainte-Hedwidge et Chicoutimi pour se rendre au cégep. En 2019, après avoir obtenu son diplôme, elle décroche son premier emploi comme hygiéniste dentaire dans une clinique privée de Saint-Félicien. Puis, ayant appris l'ouverture d'un poste à Mashteuiatsh, elle fait rapidement les démarches pour déposer sa candidature. En octobre 2019, elle est recrutée par le conseil de bande de la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh* pour œuvrer à la santé des jeunes et des familles à Mashteuiatsh. Après la naissance de son troisième enfant, Jessica Launière reprend, en juillet 2021, son travail en santé dentaire publique auprès des membres de sa communauté.

* Pekuakamiulnuatsh Takuhikan est l'organisation politique et administrative de la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh (Innuatsh du Pekuakami). (Source: <https://www.mashteuiatsh.ca/bureau-politique-l/conseil-de-bande.html>)



crédit photo: Normand Huberdeau/
Groupe NH Photographes

Naomi Hurtubise

Hygiéniste dentaire,
Kebaowek First Nation
Health and Wellness
Centre* et Kitigan-Zibi
Anishnabeg Health and
Social Services**

Naomi Hurtubise, 28 ans, est native de Timiskaming First Nation (TFN), communauté algonquienne à côté de la ville de Notre-Dame-du-Nord, d'une mère autochtone et d'un père québécois originaire de Notre-Dame-du-Nord. Si sa langue maternelle est le français, elle a fait toutes ses études en anglais:

cycles primaire et secondaire effectués à TFN (Temiskaming District Secondary School Diploma Completion). Elle entreprend des études collégiales en 2013, au Collège Algonquin d'arts appliqués et de technologie à Ottawa, en Ontario, et obtient diplôme et titre professionnels en juin 2016 (Dental Hygiene Advanced Diploma, Algonquin College [Ottawa, Ontario]; Completion of National Dental Hygiene Certification Board and Jurisprudence Examinations). Elle réside présentement dans la communauté de Kitigan Zibi Anishnabeg, communauté algonquienne à côté de la ville de Maniwaki, avec son conjoint et leurs deux jeunes enfants, une fille âgée de trois ans et un garçon âgé d'un an. Après l'obtention de son diplôme, Naomi Hurtubise commence sa carrière professionnelle en septembre 2016 dans le cadre de l'Initiative pour la santé buccodentaire des enfants (ISBE) / Children's Oral Health Initiative Dental Hygienist (COHI) pour la Première Nation de Kebaowek, emploi à temps partiel. Elle fait également l'expérience d'une pratique en cabinet privé puisqu'elle a travaillé pendant une année (décembre 2016-décembre 2017) dans une clinique dentaire à Notre-Dame-du-Nord. Au fil des années, elle a poursuivi sa vocation en intervenant pour l'ISBE auprès de diverses communautés autochtones: de décembre 2017 à février 2019 au centre de santé Unamen Shipu (communauté Innus), près de La Romaine; de mars 2019 à aujourd'hui au Kitigan Zibi Anishnabeg Health and Social Services. Aujourd'hui, employée par les conseils de bande de la Première Nation de Kebaowek et de Kitigan Zibi Anishnabeg, elle met en œuvre l'ISBE dans ces deux communautés.

* Centre de santé Kebaowek [<https://kebaowek.ca/fr/HC.html>].

** Kitigan Zibi Health & Social Services [<https://kitiganzibi.ca/health-social-services/>].

COMMENT AVEZ-VOUS DÉCOUVERT QUE VOTRE VOCATION ÉTAIT D'ÊTRE HYGIÉNISTE DENTAIRE?

Naomi Hurtubise – J'ai toujours su que je voulais être hygiéniste dentaire. C'est une activité qui m'a intéressée très jeune, dès l'école primaire, en ayant l'habitude de voir une hygiéniste dentaire entrer dans ma classe et nous parler de soins buccodentaires. **Cette hygiéniste dentaire qui est la première dont j'ai reçu les soins à la clinique dentaire de TFN, qui m'a servie de modèle et est maintenant ma collègue, c'est Denise Chief.** Par la suite, tout au long de mes années au secondaire, j'ai eu la chance de travailler avec Denise en tant que stagiaire pendant l'été et de l'aider pour certaines activités lorsqu'elle visitait différentes communautés. C'est ainsi que je l'ai suivie en 2014-2015 dans ses interventions au Temiskaming First Nation Health Centre, au Barriere Lake Health Centre et au Long-Point First Nation Health Centre. Voir son travail dans le domaine et comment elle a réussi à *changer les choses* dans la vie des jeunes enfants et des familles, voilà ce qui m'a donné la passion pour ce domaine, et j'ai décidé d'en faire aussi ma carrière.

Jessica Launière – En fait, la première chose que je remarque chez les gens, ce sont les dents. C'est par passion que j'ai fait ce choix; c'est quelque chose de très personnel. Au départ, je ne croyais pas travailler dans ma communauté parce qu'il n'y avait pas de clinique dentaire directement à Mashteuiatsh, mais lorsque l'opportunité s'est présentée à moi pour y travailler en santé dentaire publique, je me suis dit « Pourquoi pas! » C'est ainsi que j'ai découvert une autre facette du métier qui m'intéresse et dans laquelle il y a beaucoup de besoins. J'ai toujours souhaité travailler en santé, sans vouloir pour autant être infirmière (je n'aime pas la vue du sang...); il peut arriver qu'il y ait du sang dans la bouche, mais je suis capable de me contrôler, ajoute-t-elle avec un sourire. Voilà comment et pourquoi j'ai voulu devenir hygiéniste dentaire.

Tanissa Ottawa – J’aime la nature ; à Manawan, nous sommes très bien entourés par la forêt et les lacs, et j’ai toujours habité dans ma communauté — comme j’ai toujours su que je reviendrais travailler dans et pour ma communauté après mes études. J’ai toujours rêvé qu’un jour j’allais travailler dans le domaine de la santé, mais je ne m’étais pas encore fixé d’objectif de carrière lorsque j’ai fini mon secondaire en 2000. En 2003, une amie avait choisi d’étudier en Techniques de diététique au cégep de Trois-Rivières ; en feuilletant le recueil des cours offerts par ce cégep, j’ai décidé de m’y inscrire aussi, en Techniques d’hygiène dentaire. Dès ma première année, j’ai réalisé que je ne m’étais pas trompée ; j’adorais la matière, j’appréciais beaucoup les enseignants ; et j’étais dans un groupe où même si je ne parlais pas beaucoup, mes camarades de classe m’ont toujours intégrée. C’a été trois belles années et j’ai cheminé sans difficulté jusqu’à l’obtention de mon diplôme en 2007⁴. L’année suivante, j’ai commencé à travailler à temps complet au centre de santé Masko-Siwin de Manawan.

Denise Chief – Quand j’étais jeune, le domaine médical m’intéressait beaucoup et j’ai souhaité être infirmière ou devenir dentiste ; j’étais intéressée par la santé, je voulais soigner et je me voyais bien dans le domaine des soins infirmiers ou des soins dentaires ; ça correspondait à mon but dans la vie. Finalement, la formation en Techniques d’hygiène dentaire venant tout juste d’être créée en 1972, j’ai choisi de m’y inscrire⁵.

À VOTRE ENTRÉE DANS LA PROFESSION, DES SERVICES DE SANTÉ ET D’HYGIÈNE BUCCODENTAIRE ÉTAIENT-ILS DISPONIBLES DANS VOS COMMUNAUTÉS ?

Jessica Launière – Il n’y avait pas de dentiste établi dans la réserve et les services les plus proches se situaient à Roberval ; par contre, il y avait une hygiéniste dentaire qui œuvrait dans la communauté, dans le cadre de l’ISBE. Moi, je suis employée par le conseil de bande et je travaille en collaboration avec l’ISBE. Des services en hygiène dentaire se donnaient, mais il faut savoir que les besoins sont énormes, particulièrement du point de vue de la prévention, de la sensibilisation et de la formation des jeunes ainsi que des parents.

Naomi Hurtubise – Quand j’ai été recrutée dans le cadre de l’ISBE par le conseil de bande pour œuvrer d’abord à Kebaowek, et ensuite à Kitigan Zibi, dans ces deux postes j’ai remplacé une hygiéniste dentaire (l’une pour des raisons de proximité, car elle venait de Montréal, l’autre parce qu’elle souhaitait réorienter sa carrière). Dans les deux cas, comme il y a une ville proche (Ottawa, par exemple est à 90 min de route), les services dentaires et les services d’hygiène dentaire étaient accessibles à condition de se déplacer. En raison de l’ampleur des besoins dans les communautés, l’ISBE a permis d’améliorer grandement la situation avec les services par exemple touchant le fluor ou les interventions que je peux faire en enseignement et prévention touchant l’alimentation dans les écoles ou les CPE.

Denise Chief – Quand j’ai commencé avec l’ISBE à TFN, il y avait effectivement un environnement de services accessibles. TFN est situé à côté de Notre-Dame-du-Nord, où il y a un dentiste ; à Ville-Marie, située à 30 min environ de TFN, il y avait à ce moment-là deux dentistes ; en Ontario, à 20 min, il est aisé de trouver des dentistes. En dépit de ce contexte favorable, les besoins de la communauté à satisfaire étaient réels et pressants. Lors de ma première intervention en dépistage, j’ai dû diriger de nombreux enfants — parfois âgés de moins de trois ans — en anesthésie générale préalable aux soins ; et je trouvais très triste d’avoir l’obligation médicale de le faire ! En 21 années de pratique en cabinet privé, je n’avais jamais vécu une telle situation ! À Winneway, il



Dépistage avec Skyden Kistabish
crédit photo : Jessica Launière

y avait également un dentiste qui travaillait sur la réserve deux fois par semaine. Sinon, il était possible de se rendre dans la ville la plus proche, à Val-d’Or, à Notre-Dame-du-Nord ou à New Liskeard.

Tanissa Ottawa – En 2008, quand j’ai commencé à travailler à temps complet au centre de santé Masko-Siwin de Manawan, il y avait — et il y a toujours — une dentiste non native, D^r S. Cardin, qui reçoit des patients depuis une trentaine d’années. Je me souviens que c’est elle qui me voyait quand j’étais enfant. Par ailleurs, il est possible aussi pour les gens d’aller consulter à Joliette ou à Trois-Rivières. Il y avait déjà les services de l’ISBE offerts par une hygiéniste dentaire non autochtone avant que je ne sois recrutée à mon tour par le centre de santé Masko-Siwin. Ces services sont dispensés à la communauté au centre de santé Masko-Siwin ou autres endroits comme les écoles, CPE ou le centre Mihawoso (anciennement le Centre mère-enfant).

À QUOI RESSEMBLENT VOS TÂCHES D’UNE JOURNÉE TYPE DE TRAVAIL ?

Jessica Launière — Ayant été recrutée à temps complet par le conseil de bande de la Première Nation des Pekuakamiunuatsh pour œuvrer à la santé des jeunes et des familles à Mashteuiatsh, je m’occupe des enfants de tous les établissements se trouvant sur notre territoire : dès le CPE, à l’école primaire et secondaire ; je m’occupe également de tous les adultes de la communauté incluant les aînés. Je fais beaucoup de prévention pendant mes rencontres avec les jeunes et les adultes ; je fais du dépistage pour les élèves du primaire de la première à la sixième année, pour être en mesure de surveiller la santé des nouvelles dents ; je fais des scellants ; j’enseigne comment faire un brossage des dents efficace et minutieux ; je fournis des brosses à dents, du fil dentaire, de la pâte dentifrice ; j’organise des rencontres d’information — sauf que cette année, en raison d’un incendie de notre édifice, mon bureau n’a pas été accessible et mes activités ont été ralenties ; mais les activités annulées ont été reportées au mois de septembre prochain.

Bien sûr, les tâches administratives: dossiers à remplir; inscription des nouveaux élèves avec les formulaires de consentement signés des parents — comme mes collègues, je ne peux pas donner de soins à un enfant si je n'ai pas l'autorisation des parents, ne serait-ce qu'au moyen d'une autorisation donnée par téléphone. Avant, toute l'administration se faisait en mode papier; aujourd'hui, une solution informatique a été mise en place, permettant de numériser tous les documents papier et de saisir directement les informations qui vont dans le dossier créé par patient. J'ai la chance d'avoir une pièce aménagée pour travailler, avec lavabo, compresseur, etc., de grandes armoires où je range la documentation que j'utilise, où tout mon équipement est à demeure, ce qui est un grand avantage. Mon bureau étant proche, s'il arrive que mes collègues du centre de santé aient besoin de ma collaboration pour un nouveau-né ou une personne adulte, ou au cas où ils auraient besoin de documentation ou de matériel, je suis disponible s'ils me joignent directement ou me laissent un message téléphonique. Lorsqu'il y a des séances de vaccination de bébés ou de jeunes enfants, je me joins à mes collègues pour profiter de l'occasion pour faire de la prévention; je demande aux parents ou aux personnes qui accompagnent l'enfant de me suivre dans une autre salle et je réponds à leurs questions s'ils en ont et je leur remets du matériel pédagogique ou éducatif, ainsi que les brosses à dents, dentifrice, etc., pour tous les membres de la famille — on sait que parfois les familles ont de nombreux enfants. À Mashteuiatsh, nous avons une Maison de la famille dont le rôle est d'accueillir les enfants avant l'entrée à l'école; ce qui me donne une occasion de les voir afin de faire du dépistage et de la prévention.

Naomi Hurtubise – Si moi aussi j'ai été recrutée par le conseil de bande, à la différence de mes trois collègues, je n'ai pas le privilège de travailler pour ma communauté de naissance (TFN), mais pour deux autres communautés algonquines: Kitigan Zibi Anishinabeg, proche de Maniwaki, où je réside actuellement, et la Première Nation de Kebaowek qui est relativement éloignée; je suis employée à temps partiel pour ces deux communautés pour mettre en œuvre l'ISBE. À Kitigan Zibi, je ne dispose pas encore d'un bureau; j'ai une roulotte où est entreposé tout mon équipement, à côté du centre de santé, mais je devrais avoir prochainement un espace mis à ma disposition au centre de santé pour effectuer mes tâches et recevoir les membres de la communauté, les enfants accompagnés de leurs parents, les adultes et les aînés. Présentement, lorsque je dois recevoir des membres de la communauté et répondre à leurs questions, je demande à l'infirmière de me prêter sa salle pour la journée. Je vois les élèves dans les établissements scolaires — il y a trois écoles à Kitigan Zibi; je vois également les enfants à la garderie; je rencontre les groupes de mamans et leurs bébés. En fait, comme je n'ai pas encore de bureau, je profite de toutes les occasions de regroupement pour donner de l'information touchant l'hygiène buccodentaire. Comme mes collègues, je prépare les formulaires de consentement à recueillir avant de prodiguer des soins aux enfants. Ce n'est pas toujours une tâche administrative facile, car parfois les enfants sortent de la communauté pour résider ailleurs; il arrive aussi que les parents appartiennent à des communautés distinctes, ce qui fait que lorsque l'enfant change de lieu de vie pour quelque raison que ce soit, je ne le vois plus pendant plusieurs mois... Mais j'essaie de les revoir aussitôt qu'ils sont de retour à Kitigan Zibi. Également, je publie deux ou trois articles dans le bulletin d'information des communautés où je travaille, avec des jeux ou des concours pour encourager les enfants à se brosser les dents, boire de l'eau, faire attention à leur alimentation...

L'éloignement entraîne un certain nombre de conséquences quant à la manière d'exercer mon métier que ce soit *au sein d'une communauté ou quand je me rends dans l'autre communauté où je travaille*. Une partie de mon travail consiste à faire des visites avec mon équipement. J'ai un fauteuil dentaire mobile que je déplace de ma roulotte pour le ranger dans mon véhicule avec le reste de l'équipement dont j'ai besoin; à mon arrivée dans les écoles ou les centres communautaires, je sors tout l'équipement du véhicule pour l'installer dans l'endroit disponible que l'on m'a assigné: c'est ma clinique pour la journée dans la communauté où je vis ou *pour les trois ou quatre jours* que je passe dans la communauté où je me suis déplacée. Je vois le maximum d'enfants que je peux recevoir et, à la fin, je range mon équipement dans la voiture.

À partir de Kitigan Zibi, je me déplace en voiture pour me rendre à Kebaowek pour offrir les services de l'ISBE, et c'est un trajet d'environ 500 km; conduire de chez moi à mon lieu de travail à Kebaowek est un exercice contraignant; pendant les mois d'hiver, je dois souvent annuler ou reporter mon voyage dans la communauté en raison de tempêtes de neige ou de fermetures de routes⁶. Après une journée de travail à recevoir les enfants pour le dépistage ou les soins, je remplis les formulaires à transmettre au programme de l'ISBE pour le suivi statistique du programme.

Tanissa Ottawa — Mes activités sont variées; je m'occupe des enfants de tous les établissements qui se trouvent dans la communauté: dès le CPE, à l'école primaire et secondaire et je m'occupe également des femmes enceintes de la communauté. Je fais beaucoup de prévention pendant mes rencontres; je collecte des autorisations annuellement afin de faire du dépistage pour les élèves du primaire ou de faire des scellants. Après mon congé de maternité, je vais intégrer le fluorure diamine d'argent parmi les soins offerts. Lors des rencontres préventives, j'enseigne comment prendre soin de sa santé buccodentaire. Je fournis des brosses à dents, de la soie dentaire, de la pâte dentifrice; je parle beaucoup de l'alimentation et de la fréquence des glucides ingérés par exemple. Il y a des semaines où je vais être davantage au centre de santé Masko-Siwin et d'autres où je vais consacrer mon temps aux enfants des écoles ou au CPE Kokom Tcitcatci. Nous avons un deuxième CPE qui ouvrira ses portes dans les prochains jours et je vais ainsi pouvoir m'occuper de plus d'enfants.

Au centre Mihawoso, dont l'une des vocations est d'accueillir beaucoup d'activités communautaires, je planifie souvent les rencontres de groupe avec les femmes enceintes, les parents et les enfants, pour effectuer le dépistage et enseigner les gestes préventifs. Je suis une marraine d'allaitement depuis 2007 et j'intègre ce volet dans mes ateliers avec les femmes enceintes. Lors des séances de vaccination, je me joins à mes collègues afin de profiter de l'occasion pour transmettre les informations touchant les suivis dentaires, les bonnes habitudes buccodentaires et alimentaires. Je réponds à leurs questions s'ils en ont et je leur remets du matériel éducatif, ainsi qu'un kit de brossage des dents, pour tous les membres de la famille au besoin. Et comme je dispose d'une salle de travail au dispensaire, si le besoin se présente au cours de mes rencontres, je suis en mesure d'aller immédiatement plus loin: je fais le dépistage de l'enfant; s'il y a une urgence à donner des soins, avec bien sûr l'accord des parents, je sollicite l'intervention du Dr S. Cardin pour examiner l'enfant, si son horaire le permet. L'ISBE à Manawan a été intégrée au programme de santé maternelle et infantile Awasiaw, ce qui me permettait, avant la pandémie, d'accompagner les infirmières qui faisaient la première visite pour le bébé au domicile des mamans venant d'accoucher; après, j'accompagne les Kokomicic en santé maternelle visitant les femmes enceintes — ces représentantes en santé maternelle sont l'équivalent d'auxiliaires familiales; elles

fournissent aux parents les informations par exemple concernant la vaccination; pendant ces visites, je complétais les informations concernant la santé et l'hygiène buccodentaire. Et je prenais avec moi mon équipement pour faire du dépistage et des applications de fluor si jamais il y avait d'autres enfants à voir. Il ne faut pas perdre de vue que certains parents ont des difficultés à se déplacer au centre de santé, car ils ne peuvent laisser seuls les autres membres de la famille; dans ce cas, il est préférable que je puisse me rendre sur place et prendre le temps de discuter avec la maman et de voir les enfants. Comme nous disposons d'une radio communautaire, il est possible d'y recourir pour faire passer des messages sur les activités à venir, et ce, en Atikamekw et en français. À l'occasion, avec la collaboration de la technicienne en diététique, nous faisons des capsules d'information (boissons saines c. boissons sucrées, etc.) que les animateurs diffusent au cours de la journée.

Denise Chief — L'ISBE offrant des soins dentaires aux enfants des Premières Nations et inuits qui vivent sur le territoire d'une réserve m'a donné l'occasion de réaliser mon rêve d'œuvrer concrètement pour ma communauté. La clientèle visée correspond aux enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans; depuis 2018, on peut offrir les services aux enfants âgés de 12 ans et plus, ainsi qu'aux aînés. L'ISBE a également pour objectif la prévention auprès des parents, des enfants et des futurs parents afin que les enfants adoptent de saines habitudes de vie et d'alimentation dès leur plus jeune âge et maintiennent une bonne santé buccodentaire et générale. Le programme consiste à dépister les problèmes chez les enfants, à déterminer si l'enfant est à *faible* ou à *haut risque* de carie. Ils ont un dépistage annuel et deux ou quatre applications de vernis fluoré. Je vois les enfants individuellement, je leur enseigne les bonnes habitudes à prendre pour une bonne santé dentaire; on pratique le brossage de dents quand il y a un lavabo, sinon je leur montre au fauteuil avec un miroir. On échange sur les boissons sucrées et ses effets néfastes si elles sont consommées en trop grande quantité; on discute d'alimentation (comme les collations santé non collantes), de plaque dentaire (comment prendre soin de sa bouche). Au cours de la visite, je peux déterminer si l'enfant a besoin de traitements qui ne sont pas couverts par le programme⁷. Par exemple, un examen complet avec radiographies chez le dentiste, des traitements de restauration ou d'orthodontie ou bien encore des soins sous anesthésie générale en milieu hospitalier. Dans ce cas, je dirige l'enfant vers les différents centres dentaires avec lesquels je suis en contact à Montréal ou en Ontario et j'aide les parents à obtenir des rendez-vous — parfois il arrive que la barrière de la langue cause certains problèmes de communication, sans omettre le contexte interculturel...



Brossage de dents en classe à Winneway
crédit photo: Denise Chief

QUELS SONT LES BESOINS LES PLUS PRESSANTS DES COMMUNAUTÉS?

Naomi Hurtubise — Les soins de la bouche (curatifs ou préventifs) et le brossage des dents demeurent des préoccupations récemment inculquées aux jeunes⁸. Les clients que je rencontre se préoccupent effectivement de leur hygiène buccodentaire, mais l'impact de l'alimentation et de la nutrition sur la santé buccodentaire n'est pas pris en compte dans les deux communautés, le lien n'est pas fait. Par exemple, je vois beaucoup d'enfants qui sont encouragés par les parents et les grands-parents à se brosser régulièrement les dents, mais il m'arrive de constater que certains utilisent beaucoup le sucre dans leur alimentation.

Jessica Launière — Traditionnellement, l'alimentation était naturelle puisqu'elle reposait sur les fruits de la chasse et de la cueillette; aujourd'hui, tout ce que l'on retrouve, ce sont des aliments modifiés, ce qui a changé radicalement les effets sur la dentition et la bouche. C'est la même chose avec l'apparition du sucre, devenu comme une véritable *drogue*.



crédit photo: Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

Naomi Hurtubise – Il faut bien sûr rappeler que certaines communautés manquent d'eau potable. C'est notamment le cas depuis plusieurs décennies à Kitigan Zibi où, rappelle le Chef Dylan Whiteduck dans une entrevue en septembre 2021 à CBC/Radio-Canada⁹, environ 300 domiciles sur le territoire de la communauté n'ont pas d'eau potable en raison de la présence d'uranium dans la nappe phréatique; toutes ces personnes vivent ainsi avec un avis permanent d'interdiction de consommation d'eau... Ce problème a souvent été posé, mais n'a toujours pas été réglé, en dépit des projets présentés aux autorités politiques, tout comme c'est le cas dans 29 communautés autochtones au Canada¹⁰. Pour effectuer les activités quotidiennes de la vie (activités domestiques; hygiène corporelle; brossage des dents; bain au bébé...), il faut, chaque semaine, faire livrer chez soi des récipients d'eau potable... Ce qui permet de comprendre pourquoi l'enfant arrive à l'école avec un jus : à la maison, il ne peut pas remplir une bouteille d'eau qu'il prendrait avec lui. Et, parce qu'ils se méfient de la qualité de l'eau, les parents interdisent à leur enfant de remplir une bouteille d'eau à l'école.

Denise Chief – J'observe, avec Jessica et Naomi, que la routine du brossage de dents est bien établie chez les jeunes et que les parents en ont conscience. J'ai également travaillé pour faire prendre conscience aux adultes et aux enfants du lien entre la nutrition, l'alimentation et la santé buccodentaire, avec pour résultat aujourd'hui la modification des menus et, à TFN, le recrutement d'une nutritionniste à temps complet. **L'hygiène dentaire est alors la porte d'entrée vers la santé globale de l'humain.** Même si j'écris occasionnellement des articles sur ce sujet dans le bulletin de la communauté, il y a encore beaucoup de travail à faire pour changer les habitudes alimentaires.



Jessica Launière et les gagnantes du concours de brossage dans le cadre du mois de la santé buccodentaire
crédit photo: Jessica Launière

Jessica Launière – À Mashteuiatsh, nous bénéficions des services d'une nutritionniste à temps plein. Nous avons constitué un groupe de personnes-ressources, le groupe Uauitishitutau, pour mettre en œuvre une approche globale de la santé et du bien-être (santé des dents, santé mentale, nutrition). Nous n'avons pas de problème d'accès à l'eau potable, mais, pour favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie et boire le plus souvent de l'eau, nous avons implanté des abreuvoirs (pour boire et remplir une gourde) au centre Amishkuisht, à l'école Amishk et à l'école secondaire Kassinu Mamu; un effort continu d'amélioration de ce genre d'équipement est fait en fonction des disponibilités budgétaires. Dans le même ordre d'idées, nous avons créé le défi «tchin-tchin» et fait fabriquer des gourdes sur lesquelles est écrit en Nehlueun et en français : «J'ai soif de santé: je bois de l'eau» – «Niminukuan nipi, Tshetshi miluelniuiian»; nous avons commandé des verres qui, une fois remplis, changent de couleur. Nous utilisons beaucoup la mascotte «Nipi» (goutte d'eau) pour organiser des activités qui intriguent et motivent beaucoup les enfants pour ancrer solidement les nouvelles habitudes. Il y a encore beaucoup de sensibilisation à faire; auprès des parents, afin qu'ils montrent l'exemple à leurs enfants, et qu'ils prennent conscience de l'importance de la santé buccodentaire pour vivre en santé; en brossant leurs dents eux-mêmes, ils améliorent leur santé, mais aussi celle de leurs enfants. Il y a aussi beaucoup de travail à faire avec les enfants, qui à leur tour deviendront parents et seront déjà sensibilisés de l'importance de ces nouvelles habitudes pour le bien de leurs propres enfants à venir. Petit à petit, notre travail porte fruit et c'est en partageant nos connaissances que nous allons réussir. C'est un peu ce qu'on fait au moyen de toutes sortes d'activités.

Denise Chief – À TFN et LPFN, il n'y a pas de problème d'accès à l'eau potable; quand j'arrive dans les classes, les élèves ont tous, sur leur pupitre, leur bouteille d'eau, et savent qu'il est préférable d'avoir de l'eau plutôt que de boire un jus gorgé de sucre; c'est un véritable changement qui a été ainsi réalisé. Par contre, la communauté de Kitcisakik est confrontée au problème d'accès à l'eau potable, obligeant les membres à se rendre à un bloc sanitaire pour disposer de toutes les commodités¹¹. Alors, quand je questionne les enfants sur le brossage des dents à la maison, certains me répondent «Oui, on aimerait bien, mais on n'a pas d'eau»! Il faut aussi savoir que dans ce contexte, parfois l'eau disponible dans la maison doit être réservée à d'autres usages.

Tanissa Ottawa – Tout comme Naomi le mentionne, je vois plusieurs enfants qui sont encouragés par les parents ou les grands-parents à prendre soin de leur santé buccodentaire et, d'un autre côté, ils offrent des boissons sucrées à volonté par exemple. En 2017, afin de bâtir un programme de santé adapté aux besoins de la communauté, une étude a été commandée par le centre de santé Masko-Siwin dont les résultats avaient montré qu'il y avait une situation préoccupante d'insécurité alimentaire parmi les membres de la communauté. Cette étude, effectuée par M. Bernard Roy, faisait ressortir trois grandes priorités; la première touchait l'encadrement et la protection des enfants; la seconde visait la santé mentale pour lutter contre la détresse psychologique; la troisième concernait l'amélioration des habitudes de vie. Il se trouve que de par mon métier et dans le cadre de l'ISBE, je travaille sur les priorités 1 et 3. Aujourd'hui, il y a à Manawan, le phénomène de l'insécurité alimentaire¹². Dans ce contexte, pour aider à lutter contre la pauvreté, les services sociaux du conseil de bande organisent la distribution de paniers alimentaires aux familles au milieu du mois. Également le centre Mihawoso remet des coupons d'achat aux parents qui en ont besoin pour leur famille. Les résultats de cette étude avec notre réalité d'aujourd'hui fournissent des données pouvant aider à l'élaboration des programmes, des interventions et des politiques publiques en sécurité alimentaire ainsi qu'en nutrition. Par le fait même, cela contribuerait à améliorer la santé buccodentaire des gens.

QU'EST-CE QUE L'ISBE A APPORTÉ À VOS COMMUNAUTÉS?

Denise Chief – Les membres des communautés savent que l'hygiéniste dentaire est présente et est là pour répondre à leurs questions. Il y a dix-sept ans quand j'ai commencé l'ISBE, ils n'allaient pas chez le dentiste; aujourd'hui, dans ma communauté et dans celles où il y a des cabinets proches des réserves, ce n'est plus le cas et les gens vont se faire traiter régulièrement; ils sont beaucoup plus conscients et prennent en charge leur hygiène et leur santé buccodentaire; c'est une amélioration notable. Également, j'ai noté une diminution importante des cas d'anesthésie générale; c'est l'effet des efforts de prévention qui ont été faits; les gens font attention. Il y a encore des endroits où il y a de grandes améliorations à faire, particulièrement pour les territoires éloignés avec la difficulté de pouvoir faire des suivis réguliers. Voir chaque année plus de trois cents enfants est une avancée incontestable. Avec plusieurs façons d'entrer en contact avec leurs parents: à la garderie, au CPE, à l'école, dans les centres d'hébergement de personnes âgées, la radio communautaire, les ateliers. L'ISBE est un programme qui mérite de rester et de perdurer.

Naomi Hurtubise — Depuis que j'interviens dans le cadre de l'ISBE, j'observe une grande différence entre les enfants qui ont fait l'objet d'un suivi et ceux qui, plus vieux, n'ont pas été pris en charge par le programme. C'est frappant dans les familles où il peut y avoir, par exemple, des enfants qui ont été suivis depuis qu'ils sont nés et d'autres pour qui cela n'a été que partiel, voire pas du tout. Heureusement, pour cette dernière catégorie d'enfants, les caries sont traitées, l'hygiéniste faisant beaucoup d'enseignement et de recommandations à l'occasion des visites à domicile des familles. L'ISBE a donc permis de réaliser une avancée décisive.

Jessica Launière – L'ISBE fournit une aide précieuse en matériel, en donnant des formations et en effectuant des mises à jour... Avec Claude, représentante en santé dentaire (RSD) et aussi assistante dentaire, nous essayons de mettre en œuvre les nouvelles informations aussitôt reçues et de les inclure dans nos méthodes. Par exemple, le fluorure diamine d'argent qui a récemment été introduit et qui facilite les choses et nous permet d'aller plus vite; les rencontres avec d'autres hygiénistes dentaires participant au programme permettent de se tenir informées des réalités différentes vécues ailleurs: difficultés ou problèmes (l'eau potable, par exemple, ou l'électricité); initiatives dont on peut s'inspirer (présence sur Facebook, par exemple).

Tanissa Ottawa — Aujourd'hui, je peux dire qu'avec l'ISBE, les membres de ma communauté savent que **prendre soin de sa santé dentaire, ce n'est pas seulement recevoir des traitements dentaires, mais c'est aussi prévenir ces traitements dentaires.** Et je trouve que c'est très important de ne pas oublier cela. Quand j'ai commencé à travailler, j'avais l'impression que certains parents considéraient que les traitements faits sous anesthésie générale étaient un parcours normal de la petite enfance; je trouvais cela très triste, et je me disais en moi-même «Il va falloir changer cette mentalité», car c'est quelque chose que l'on peut — et que l'on doit — prévenir.

QU'EST-CE QUE VOUS AIMERIEZ CHANGER POUR AMÉLIORER LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DANS VOS COMMUNAUTÉS?

Denise Chief – J'approche de la retraite... mais, si j'étais plus jeune, mon rêve serait qu'il y ait un cabinet d'hygiène dentaire dans la communauté, avec tout l'équipement; je serais alors présente à temps plein dans la communauté pour recevoir toutes les clientèles (enfants, adultes et aînés) ayant des besoins, surtout depuis que la modernisation de la profession permet un exercice professionnel autonome. Ensuite, je vois tellement d'enfants qui souffrent de toutes sortes de maux, avec des abcès douloureux, que j'aimerais qu'ils puissent tous disposer d'une bonne santé buccodentaire!

Naomi Hurtubise – Pour améliorer l'accessibilité des familles aux soins, je rêve d'une présence permanente d'un dentiste dans les communautés où je travaille, et que les cabinets dentaires des villes les plus proches des réserves acceptent de prendre de nouveaux clients. J'aimerais également vivre dans un monde sans préjugés pour que les Autochtones en général et les Algonquins en particulier puissent se sentir en confiance quand ils se présentent pour des soins. De plus, j'aimerais travailler à temps complet comme Jessica ou Tanissa, car mes activités, étant liées au budget qui les autorise, sont limitées alors que je pourrais faire tellement plus! J'ai plein d'idées pour améliorer la santé buccodentaire des membres de ma communauté. J'aimerais disposer de davantage de temps dans les écoles et les garderies pour faire de l'enseignement, car ça prend du temps... Finalement, j'aimerais réaliser le rêve de Denise Chief et être en mesure de faire des nettoyages dans un cabinet bien installé et qui n'est pas un cabinet mobile; quand je reçois les enfants, souvent les parents me demandent si je peux aussi les traiter. Et pour conclure cette liste, la communauté veut le meilleur pour ses enfants, **les parents veulent le meilleur pour leurs enfants, mais le seul obstacle, comme partout ailleurs, demeure l'absence d'enseignement et de conseils en alimentation et nutrition.**

Jessica Launière – J'aimerais que les personnes soient moins craintives quand il est question de prendre un rendez-vous pour des soins buccodentaires — que les gens prennent cela avec grand sérieux plutôt que d'oublier leur rendez-vous... ou répondre par orgueil «j'ai pas mal, ça se peut pas»... Également, je regrette souvent de ne pas pouvoir me dédoubler... Et si j'avais une baguette magique, j'aurais 15 Jessica dans la communauté! Avec la pandémie de COVID-19, on a pris beaucoup de retard alors que les besoins sont patents (Denise nous disait avoir vu 30 enfants en deux jours et réalisé 137 scellants).



Collègue de nos participantes à la table ronde, Mme Sylvie Dumontier, H.D. pendant les journées scellants à l'école primaire Simon Pineshish Ottawa en 2019.
crédit photo: Tanissa Ottawa

Tanissa Ottawa — Afin de contribuer grandement à améliorer la santé dentaire des enfants, ce serait idéal que les rendez-vous pour les soins buccodentaires soient considérés comme essentiels, tout comme les suivis chez le pédiatre. **Améliorer la santé buccodentaire, c'est améliorer la santé globale des gens.** La pandémie a mis sur pause plein d'activités; mon programme a été mis sur pause; la nutritionniste qui venait périodiquement n'est pas encore revenue. J'ai hâte de rencontrer les nouveaux écoliers qui ont commencé à l'automne 2020 et à l'automne 2021. Je crois aussi que pendant la pandémie, en dépit de tous les

efforts déployés avant la crise, les mauvaises habitudes alimentaires ont beaucoup refait surface. Y aura-t-il un recul sur les taux de caries dentaires et du nombre de traitements dentaires sous anesthésie générale? J'ai peur que ce soit le cas. La santé buccodentaire va tellement avec les bonnes habitudes alimentaires et sur ce, améliorer les habitudes alimentaires prend alors une grande importance. Et même si j'ai très hâte de revoir tout ce beau monde, comme je suis enceinte, je vais être obligée d'attendre encore un peu avant de pouvoir redémarrer mes activités et le programme de l'ISBE.

Références :

- 1 Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal consacrait récemment un dossier à ce thème « Le bon service, au bon endroit, au bon moment » dans un numéro de son bulletin, *Nous/Us, Le magazine du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*, volume 1, numéro 3, octobre 2019, [https://ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss-ouestmtl/Magazine_nous_us/NOUS_No3-FR.pdf], (Consulté le 6 juin 2022).
- 2 Après le décès de Joyce Echaquan, le ministère des Affaires autochtones envisageait d'inclure la notion de « sécurisation culturelle » dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (*Le Devoir*, 26 avril 2022, p. A 4). Voici la définition de cette notion donnée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : « La sécurisation culturelle désigne des soins qui sont prodigués dans le respect de l'identité culturelle du patient, qui visent l'équité et qui sont exempts de relations de pouvoir nocives entretenues par le système de santé dominant (Alic, 2010; Downing, Kowal et Paradies, 2011; Garneau et Pepin, 2012; Rix, Barclay, Wilson, Stirling et Tong, 2013). [...] La sécurisation culturelle pourrait trouver écho auprès d'autres communautés, mais le concept à sa base même est en lien avec le rapport de domination et de colonialisme subi dans le passé par le peuple autochtone. [...] » Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Pratique professionnelle, « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent — Pistes d'application auprès des communautés autochtones », Anne-Marie Leclerc, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), Kévin Vézeau-Beaulieu, inf., B. Sc., Marie-Claude Rivard, Ph. D., et Paule Miquelon, Ph. D., 21 oct. 2020, [<https://www.oiiq.org/securisation-culturelle-en-sante-un-concept-emergent>], (Consulté le 6 juin 2022). Voir également le « Principe de Joyce », reproduit dans ce numéro, « qui vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. » Principe de Joyce, [<https://principedejoyce.com/fr/index>], (Consulté le 1^{er} juin 2022). La lectrice souhaitant approfondir la notion de « sécurisation culturelle » peut se référer avec profit au document suivant : *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Édition mars 2021, [<https://publications.mssss.gouv.qc.ca/mssss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>], (Consulté le 6 juin 2022).
- 3 Comment mieux soigner les personnes autochtones? « Le décès tragique de Joyce Echaquan en septembre 2020 a révélé la nécessité de repenser les soins offerts aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Dans différentes régions du Québec, plusieurs initiatives visent à permettre aux personnes de ces communautés d'obtenir des soins de qualité. » dans « Mieux soigner les personnes autochtones — L'engagement de médecins de famille », *Le Médecin du Québec*, Nouvelles syndicales et professionnelles, Nathalie Vallerand, 30 mars 2022, En ligne, [<https://lemedecinquebec.org/archives/2022/4/mieux-soigner-les-personnes-autochtones-l-engagement-de-medecins-de-famille/>], (Consulté le 6 juin 2022).
- 4 Tanissa Ottawa précise : « En dernière année, je devais passer mon épreuve uniforme de français afin d'avoir mon DEC, et j'ai vécu un échec et ça m'a ébranlé! Je me suis consolée en me disant que le français n'était pas ma langue maternelle, même si sur l'examen, il était bel et bien écrit "français langue maternelle". Je me suis promis que j'allais le reprendre et réussir. Et j'ai pris le temps de réviser, à mon rythme, tous mes cours de français du cégep I à IV. Quand j'étudiais, je prenais beaucoup de notes pendant les cours et j'avais pris l'habitude de tout réécrire au propre une fois rendue à mon appartement. En décembre 2006, j'ai repassé l'examen et je l'ai réussi; ma détermination avait été payante. En 2007, je recevais mon diplôme par la poste — étant de nature introvertie, je ne m'étais pas présentée lors de la remise des diplômes à Trois-Rivières, le recevoir par la poste me suffisait amplement. »
- 5 La lectrice intéressée trouvera davantage d'information sur les motivations de Denise Chief dans le *Portrait* publié dans ce numéro.
- 6 Il est sûr que la fermeture de routes et des écoles en raison de tempêtes de neige fait partie du mode de vie sur le continent nord-américain; mais l'impact sur les besoins en santé n'est pas comparable selon qu'on réside en ville, à la campagne ou dans une région isolée.
- 7 Voir le « Principe de Jordan » dans l'article de Franck Giverne publié dans ce numéro de *L'Explorateur*.
- 8 Compte tenu du mode de vie des générations antérieures, nonobstant les pratiques liées à la pharmacopée traditionnelle qui mériteraient sans doute de plus grandes investigations, force est de constater une différence entre les jeunes et leurs parents et grands-parents.
- 9 "First Nations want federal party co-operation, commitment to clean water", CBC/Radio-Canada, [<https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/indigenous-communities-near-ottawa-still-need-clean-water-election-2021-1.6174175>], (Consulté le 6 juin 2022).
- 10 Avis à long terme concernant la qualité de l'eau potable visant les systèmes publics d'approvisionnement en eau dans les réserves, mise à jour du 28 mai 2022, Services aux Autochtones Canada, L'eau dans les communautés des Premières Nations, [<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1506514143353/1533317130660>], (Consulté le 6 juin 2022).
- 11 Au début du mois de mai 2022, « le chef du Conseil des Anicinapek de Kitcisakik, Régis Pénosway, a [...] tenu à remercier ses membres pour leur patience et leur résilience, eux qui vivent sans eau ni électricité depuis toutes ces années. [...] Pour que le village puisse être fonctionnel, les installations publiques telles que le centre de santé, la garderie, l'école primaire, la salle du conseil et le bloc sanitaire sont reliées par des fils électriques à une immense génératrice au diesel. [...] Mais l'électrification du village ne règle pas tout. En effet, il reste un autre besoin de base à combler pour ces habitants qui n'ont toujours pas l'eau courante. Ceux-ci doivent se rendre au bloc sanitaire du village pour remplir des gallons d'eau qu'ils transportent chez eux. C'est là aussi qu'ils prennent leur douche et qu'ils font leur lavage. » Jessica Nadeau, « Le village de Kitcisakik aura finalement l'accès à l'électricité », *Le Devoir*, 3 mai 2022, [<https://www.ledevoir.com/societe/706101/le-village-de-kitcisakik-aura-l-acces-a-l-electricite>], (Consulté le 6 juin 2022).
- 12 À titre de rappel, « L'insécurité alimentaire se définit comme un accès inadéquat ou incertain aux aliments en raison d'un manque de ressources financières [...] ». Les individus qui en sont touchés ont une moins bonne santé physique et mentale (ex. dépression, diabète, maladies cardiovasculaires) [...]. L'insécurité alimentaire est étroitement liée aux caractéristiques socioéconomiques des ménages, dont la scolarité, le revenu et la structure familiale [...] et a des répercussions coûteuses en matière de soins de santé [...] ». *Les inégalités sociales de santé au Québec — L'insécurité alimentaire*, INSPQ, [<https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/inscurite-alimentaire>], (Consulté le 6 juin 2022). Avant la pandémie, au Québec, environ deux millions de personnes étaient en situation d'insécurité alimentaire. N'ayant plus d'argent pour acheter la nourriture requise pour vivre, de nombreuses personnes ont ainsi été frappées par une vulnérabilité nouvelle, l'insécurité alimentaire, les obligeant à se tourner vers les banques alimentaires. « Parmi elles, des immigrants, des étudiants postsecondaires, des bénéficiaires de l'aide sociale ou d'indemnités et même des familles. » C'est ce que révèle l'étude PARCOURS de la Chaire de recherche du Canada « Approches communautaires et inégalités de santé », réalisée en collaboration avec les banques alimentaires et les directions de santé publique par Geneviève Mercille, cochercheuse principale de l'étude PARCOURS, citée par Brigitte Trahan, *Le Nouvelliste*, 28 avril 2021, [<https://www.lenouvelliste.ca/2021/04/28/linsecurite-alimentaire-gagne-du-terrain-au-quebec-726f5ef4c09db37ca9522d7ab5439a6>], (Consulté le 6 juin 2022).



LA DISCRIMINATION: QUELLES EN SONT LES CONSÉQUENCES DÉONTOLOGIQUES?

- JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

- M^{re} LAURENCE REY EL FATIH, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

Commission de vérité et réconciliation du Canada¹, Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec: écoute, réconciliation et progrès², racisme et discrimination systémiques dans les compétences de la Ville de Montréal³, Joyce Echaquan, Journée nationale de la vérité et de la réconciliation⁴. Qu'est-ce qui sous-tend tous ces éléments? Tristement, la discrimination et le racisme à l'égard des Premières Nations et des Inuits. La lutte contre la discrimination est l'affaire de tous, les hygiénistes dentaires compris.

Et pourtant... La Charte des droits et libertés de la personne⁵ (ci-après la «Charte») ne peut être plus claire:

«10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.»

En d'autres mots, toute personne qui subit une distinction, une exclusion ou une préférence pour les raisons énumérées à l'article 10 de la Charte est susceptible d'être considérée comme victime de discrimination. Pour conclure à la présence de discrimination, les tribunaux ont établi une grille d'analyse en deux temps⁶:

1. À première vue, existe-t-il une distinction, exclusion ou préférence fondée sur les motifs prohibés à l'article 10 et ce motif est-il la principale cause pour agir différemment (traitement différent)?
2. Ce traitement différent peut-il être justifié? Il appartiendra alors à la personne visée par les allégations de discrimination de faire la démonstration que la mesure en question a un but légitime et qu'il lui serait impossible d'agir autrement.

Dans un tel cas, il est impératif de mener une réflexion sérieuse sur les méthodes alternatives possibles et sur les raisons qui sous-tendent le fait qu'une norme ou une pratique n'a pas été appliquée équitablement pour des motifs visés à la Charte⁷.

Il est également important de retenir qu'il n'est pas du tout nécessaire ou pertinent de prendre en considération le fait que la personne concernée ait eu l'intention de faire preuve de discrimination ou non pour conclure à son existence. C'est plutôt son effet préjudiciable sur la personne discriminée qui importe⁸.

Ainsi, à titre d'exemple, l'hygiéniste dentaire ne peut donc pas refuser d'offrir ses services professionnels à une personne ou encore la traiter différemment pour des motifs énumérés plus haut sans une sérieuse justification. Le Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec⁹ (ci-après, le «Code de déontologie») abonde en ce sens. Le paragraphe 7 de l'article 48 stipule que l'hygiéniste dentaire ne peut refuser de fournir des soins sans raison valable. Au surplus, l'article 7 du Code de déontologie oblige les hygiénistes dentaires à mener leurs entrevues de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de ses clients, lorsque ces derniers l'en informent.

De plus, les modifications apportées au *Code des professions* en 2017 ont également mis en avant-plan l'importance pour les ordres d'être sensibilisés et ouverts à la diversité ethnoculturelle, notamment en imposant l'obligation à certaines personnes de suivre une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle¹⁰.

Il est à noter également que le *Code des professions* prévoyait ceci à l'article 57: «Nul professionnel ne peut refuser de fournir des services à une personne pour des raisons de race, de couleur, de sexe, d'âge, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale de cette personne.»

Cette disposition a toutefois été abrogée en septembre 2020 avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*¹¹ puisqu'elle était notamment superflue¹². En effet, toute personne, dont tout professionnel, a l'obligation de respecter les droits garantis par la Charte. D'ailleurs, en ce qui concerne les droits individuels, cette loi est considérée comme quasi constitutionnelle ou «supralégislative», c'est-à-dire qu'elle peut avoir préséance sur d'autres lois et peut en invalider si elles lui sont incompatibles¹³.

Ainsi, il est clair qu'au-delà de leurs responsabilités en tant que citoyens, les professionnels, à ce titre, se doivent d'agir sans discrimination ou racisme. Les exemples qui suivent sont quelques illustrations des conséquences que de tels agissements dérogatoires peuvent avoir sur le plan déontologique.

QU'EN DIT LA JURISPRUDENCE?

Ordre des infirmières et infirmiers c. Paule Rocray¹⁴

La décision Rocray implique une infirmière qui cumule plusieurs années d'expérience. Cette dernière faisait face à deux (2) chefs d'infractions, soit d'avoir fait preuve de violence verbale envers sa cliente, J. E., et de négligence dans les soins et les traitements prodigués à cette dernière. Elle a plaidé coupable à la première occasion. La syndique adjointe dans cette affaire fait valoir la gravité des propos tenus ainsi que la vulnérabilité de la cliente lorsqu'elle les a entendus. Elle avance que ces paroles sont inacceptables et vont à l'encontre de ce qui est attendu d'une infirmière ou d'un infirmier et même à l'encontre des valeurs fondamentales de la profession, c'est-à-dire l'importance du respect de la personne et de sa dignité.

Le conseil de discipline a retenu que les circonstances de l'affaire en cause démontrent l'état de grave vulnérabilité de la cliente J. E. Il est d'avis que l'intimée aurait dû reconnaître cette vulnérabilité plutôt que la mettre en doute et même la reprocher à la cliente. Il ajoute aussi :

«[146] Il n'y a aucune justification possible au mépris et à la négligence dont elle a fait montre à l'égard de la cliente J. E.

[147] Le Conseil juge également préoccupant que l'intimée ne réalise pas que ses propos étaient discriminatoires envers les autochtones quoiqu'elle affirme que ce n'était pas son intention. Il est plus que souhaitable qu'elle prenne les mesures nécessaires pour modifier son comportement et enrayer ses préjugés¹⁵. »

Le conseil de discipline a donc entériné la suggestion commune d'une radiation d'une année sur le chef un (1) et de six (6) mois sur le chef deux (2), le tout à purger concurremment.

Ordre des criminologues c. Valérie Côté¹⁶

Dans l'affaire Côté de l'Ordre des criminologues du Québec, madame Côté a plaidé coupable au fait d'avoir posé un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession de criminologue en publiant sur des réseaux sociaux des propos vexatoires à l'égard des membres des Premières Nations. En effet, elle a fait une demi-douzaine de commentaires en réponse à un ancien chef des Pekuakamiulnuatsh qui avait publié une lettre ouverte sur son profil Facebook.

Le conseil de discipline a été d'avis que le comportement de madame Côté, criminologue ayant une dizaine d'années d'expérience au moment des faits, était inapproprié en publiant des propos vexatoires à l'égard des membres des Premières Nations. Ce faisant, elle a commis un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de sa profession. Il lui a donc imposé une amende de 2500 \$.

Le fait que la criminologue ait transmis une lettre d'excuse à l'ancien chef est un élément qui a joué en sa faveur lorsqu'est venu le temps d'imposer la sanction. Dans l'établissement de cette sanction, ont notamment été pris en compte les facteurs suivants : elle a plaidé coupable à la première occasion, elle a fait montre d'une collaboration exemplaire lors de l'enquête disciplinaire et les risques de récidives ont été considérés comme étant absents. De plus, elle a fait la lecture de l'ouvrage *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, publié par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et l'Institut Tshakapesh¹⁷.

Collège des médecins c. Pierre Mailloux¹⁸

Cette tristement célèbre affaire a eu un grand écho sur la place publique, puisque plusieurs des infractions commises par l'intimé, monsieur Mailloux, se sont notamment déroulées lors de l'émission bien connue « *Tout le monde en parle* ».

En effet, la plainte portée à l'encontre de l'intimé comportait plusieurs chefs d'infractions, dont celui d'avoir véhiculé de manière intempestive et fautive un message concernant le quotient intellectuel « des noirs et des amérindiens » dans le cadre de cette émission. En tenant de tels propos, monsieur Mailloux a contrevenu à plusieurs obligations du médecin, notamment le fait qu'il a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être et qu'il ne peut faire de représentation fautive, trompeuse ou incomplète au public.

Le conseil de discipline en est venu à la conclusion que, par ses propos, le « Doc Mailloux » avait manifestement porté atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession. Il a souligné par la même occasion que, même si le « Doc Mailloux » se présentait comme un « personnage » invité à l'émission, « il est clair qu'un professionnel demeure assujéti aux obligations déontologiques qui découlent de ce statut en toutes circonstances et qu'ainsi, il est susceptible de répondre de ses actes devant ses pairs, et ce, même si ces actes ne constituent pas l'exercice de sa profession¹⁹. »

Le conseil a aussi rappelé la grande confiance que le public en général accorde aux médecins et ajoute ceci : « Ainsi, le statut de psychiatre de l'intimé donne une crédibilité à ses propos dont il est important pour ce dernier de tenir compte, en faisant preuve de modération²⁰. »

Au terme d'une saga judiciaire, une amende de 5 000 \$ a finalement été imposée à l'intimé pour cette infraction²¹.

QU'Y A-T-IL À RETENIR?

Bien que les exemples présentés précédemment abordent la question de la discrimination par l'intermédiaire d'articles plus généraux des codes de déontologie, comme le fait d'agir avec manque de modération ou encore de commettre un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, certains codes de déontologie comportent des dispositions traitant directement des enjeux relatifs à la discrimination²².

Nous ne pouvons qu'espérer qu'il y ait de plus en plus de codes déontologiques qui iront en ce sens afin que ces enjeux de fond puissent être abordés de front devant les conseils de discipline et que les syndicats et syndicats adjoints disposent des outils réglementaires nécessaires pour ce faire.

Finalement, au-delà des considérations d'ordre déontologique, la lutte aux préjugés, au racisme et à la discrimination est un combat de tous les instants. Il s'agit d'une responsabilité collective. Le statut de professionnel octroie des privilèges et confère une crédibilité dans le regard du public et de clientèles parfois très vulnérables. Le professionnel doit être à la hauteur de cette confiance qui lui est accordée. Cette confiance passe sans conteste par un respect profond et mutuel des différences. Après tout, la protection du public ne passe-t-elle pas nécessairement par là ?

Priver les gens de leurs droits fondamentaux revient à contester leur humanité même.

— Nelson Mandela, militant sud-africain des droits civiques

Pour s'ouvrir à la diversité ethnoculturelle et mieux en comprendre les enjeux, voici quelques références :

Site internet :

<https://www.cdpedj.gc.ca/fr/vos-obligations/ce-qui-est-interdit/la-discrimination>

Lectures :

- Pierre Lepage, *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et Institut Tshakapesh, 2019.
- *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*, Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015.
- *Rapport final*, Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, 2019.

Références :

1. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525#chp2>, site consulté le 04-04-2022.
2. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf, site consulté le 04-04-2022.
3. <https://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P99/rapport-reds.pdf>, site consulté le 04-04-2022.
4. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/journee-nationale-verite-reconciliation.html>, site consulté le 04-04-2022.

5. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.
6. Caroline Briand et Fady Toban, *Le mot en «D» : discrimination en droit professionnel et déontologie*, dans les *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire*, Éditions Yvon Blais, vol. 512, 2022, p. 35 citant notamment *Singh c. Montreal Gateway Terminals Partnership*, 2016 QCCS 4521, par. 205-209, appel rejeté dans 2019 QCCA 1494.
7. *Id.*, note 6, p. 36.
8. *Id.*
9. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C-26, r. 140.
10. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 62.01.
11. L.Q. 2020, c. 15.
12. Assemblée nationale, *Commission des institutions*, *Journal des débats*, 42^e législature, 1^{re} session, vol. 45, no 92., 2 septembre 2020.
13. Henri Brun, *Les institutions démocratiques du Québec et du Canada*, Montréal, Wilson & Lafleur, 2013, p. 149.
14. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rocray*, 2021 QCCDINF 34 (CanLII).
15. *Id.*, par. 146-147.
16. *Criminologues (Ordre professionnel des) c. Côté*, 2020 QCCDCRIM 1 (CanLII).
17. Pierre Lepage, *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et Institut Tshakapesh, 2019. <https://www.cdpedj.gc.ca/storage/app/media/publications/Mythes-Realites.pdf>
18. *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux*, 2009 QC CDCM 46763 (CanLII). Cette décision a été portée en appel par l'intimé auprès du Tribunal des professions (*Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2014 QCTP 113). Ce dernier a confirmé la décision du Conseil de discipline sur la culpabilité. Il a toutefois réduit la sanction à 5000\$ plutôt que 5 ans de radiation pour le chef d'infraction concerné. L'intimé a porté cette décision en révision judiciaire auprès de la Cour supérieure, laquelle a annulé la décision du Tribunal des professions et lui a retourné le dossier (*Mailloux c. Deschênes*, 2015 QCCS 2619 [CanLII]). Les parties ont ensuite respectivement porté le dossier en appel auprès de la Cour d'appel, laquelle a finalement annulé la décision de la Cour supérieure (*Deschênes c. Mailloux*, 2017 QCCA 845).
19. *Id.*, par. 121.
20. *Id.*, par. 123.
21. *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux*, 2012 QC CDCM 61510 (CanLII). Voir supra, note 8.
22. Voir notamment le *Code de déontologie des chimistes*, RLRQ c. C-15, r. 4, RLRQ c. C-15, r. 4, article 22; le *Code de déontologie des membres de l'Ordre des conseillers en ressources humaines et en relations industrielles agréés du Québec*, RLRQ c. C-26, r. 81, articles 12, 47 et 50 et le *Code de déontologie des avocats*, RLRQ c. B-1, r. 3.1, article 4.1.





LACUNES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) OBSERVÉES AU COURS DU PROGRAMME D'INSPECTION PROFESSIONNELLE 2021-2022

- **MASENGU JOËLLE MBANGA, H.D.**, coordonnatrice de l'inspection professionnelle

L'inspection professionnelle est un mécanisme important de prévention au sein des ordres professionnels. Ce processus vise à renseigner, à clarifier, à améliorer, à prévenir et à aider les membres. Ceux-ci ont, quant à eux, le devoir de prodiguer à la population des soins de qualité et sécuritaires. Le comité d'inspection professionnelle (CIP) résume, dans cet article, quelques lacunes observées en prévention et contrôle des infections (PCI) lors des inspections de la dernière année, et des recommandations pour corriger ces situations.

Selon [l'article 7](#) du [Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec](#)¹,

«Un hygiéniste dentaire doit disposer dans son cabinet de l'équipement nécessaire pour assurer l'asepsie de ses instruments et respecter les normes d'hygiène, de salubrité et de sécurité des locaux appropriées à l'exercice de sa profession.»

Selon [l'article 23](#) de ce même règlement, l'hygiéniste dentaire doit s'assurer que «les mesures de salubrité conformes aux normes scientifiques généralement acceptées doivent être prises pour éviter les dangers de contamination et d'épidémie.»

La prévention à tous les niveaux étant au cœur de notre profession, il est de notre devoir de nous assurer que les mesures de PCI sont respectées dans notre pratique.

Les objectifs principaux du contrôle des infections

Protéger les patients et le personnel contre les infections;

Réduire le nombre de microorganismes pathogènes pour permettre au système immunitaire de prévenir les infections;

Briser le cycle de l'infection et éliminer la contamination croisée.

Source: Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire.

Le *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*², publié conjointement en 2009 par l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, mentionne, à l'annexe V «Classification de Spaulding appliquée à la pratique de la médecine dentaire» (p. 56), les procédés recommandés pour les instruments, appareils, équipements et surfaces. Ceux-ci sont classés selon 3 catégories:

Classification	Définition	Procédé
Critique	Pénètre les tissus mous ou durs (membranes, os et dents). Touche les tissus mous ayant perdu leur intégrité.	Stérilisation
Semi-critique	Entre en contact avec les muqueuses et les dents, mais sans pénétration.	Stérilisation
Non critique	Ne touche pas les membranes muqueuses, mais risque la contamination croisée par aérosols, gouttelettes, mains ou instruments souillés par le sang ou par les liquides biologiques.	Désinfection

Source: Contenu adapté du *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*.

Considérant qu'en milieu dentaire cette classification peut être complexe, étant donné la grande diversité des dispositifs médicaux (DM) et le fait que la limite entre le critique et le semi-critique est mince, il est recommandé de **stériliser tout ce qui peut l'être**. Il est important de se rappeler que chacun des procédés, soit la **stérilisation** et la **désinfection**, doit être précédé d'un nettoyage approprié (contenu adapté du *Document d'information sur le contrôle des infections – Médecine dentaire*)

TABLEAU RÉSUMÉ DE CERTAINES LACUNES OBSERVÉES ET RECOMMANDATIONS POUR LE MILIEU DENTAIRE

Observations	Recommandations
Ne pas stériliser un instrument ou un appareil entrant en contact avec les muqueuses.	Tout dispositif médical (DM) entrant en contact avec des muqueuses ou les dents doit être stérilisé.
Ne pas changer après chaque patient, l'enveloppe protectrice jetable recouvrant une surface.	Tous les recouvrements jetables sont à usage unique. Ils doivent être changés entre chaque patient et ne jamais être réutilisés même si désinfectés.
Ne pas emballer un (des) instrument(s) ou une (des) cassette(s), pour la stérilisation.	Tout DM à stériliser doit être nettoyé, préemballé et scellé adéquatement, car les DM non emballés se contaminent immédiatement après la sortie du stérilisateur.
Ne pas utiliser le bon cycle de stérilisation.	Tout DM doit être stérilisé selon sa catégorie et les recommandations du fabricant.
Réutiliser un (des) article(s) jetable(s).	Tout DM jetable est d'usage unique. Il ne doit jamais être réutilisé ni conservé pour un usage futur, même pour le même patient.
Ne pas respecter une (des) mesure(s) requise(s) selon les normes reconnues et selon la classification du matériel (critique, semi-critique, non critique). Ex.: seulement désinfecter un DM qui doit être soumis à la stérilisation.	Tout DM doit être retraité selon les procédés conformes aux normes scientifiques pour les instruments, appareils, équipements et surfaces (nettoyage, désinfection, stérilisation).
Ne pas choisir ou utiliser adéquatement les équipements de protection individuels (ÉPI) appropriés selon les procédures.	Tout ÉPI doit être sélectionné selon les procédures à accomplir et utilisé adéquatement tout en respectant la fréquence de changement de celui-ci. Ex.: masque à changer entre chaque patient ou lorsque souillé ou humide.
Ne pas nettoyer et désinfecter adéquatement une ou des surfaces ou ne pas respecter le temps de contact requis du désinfectant.	Tout désinfectant pour le milieu dentaire doit : • Avoir une identification numérique émise par Santé Canada (DIN); • Être de catégorie hospitalière avec une activité intermédiaire; • Avoir la mention tuberculocide ou terme(s) équivalent(s); • Être utilisé en respectant les indications du fabricant Ex.: temps de contact.
Utiliser du matériel non destiné à l'usage médical. Ex.: instrument ou dispositif acheté en ligne ou en commerce, non conçu pour usage dentaire ou médical.	Tout instrument ou matériel choisi doit être homologué au Canada et destiné à un usage médical (DM).
Ne pas respecter les recommandations du MSSS en situation de pandémie.	En situation de pandémie ou d'urgence sanitaire, les directives émises par le MSSS doivent être appliquées de manière stricte.

En conclusion, les lacunes observées étant préjudiciables pour les patients et contraires aux normes et aux données actuelles de la science, l'hygiéniste dentaire doit s'abstenir de poser de tels actes. Les précautions standards (universelles) doivent être appliquées en tout temps afin de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI).

Considérant que les recommandations peuvent être modifiées par les instances ou autorités réglementaires, il est du devoir de l'hygiéniste dentaire de toujours se tenir à jour des nouvelles normes et recommandations afin de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, dictées par les [articles 9 et 10](#) du [Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec](#)³.

RAPPEL DE CERTAINS PRINCIPES EN PCI

1. Appliquer les mesures de précaution standards et maintenir la chaîne d'asepsie;
2. Connaître, comprendre et rendre accessible à tous les protocoles de PCI;
3. Désigner un ou une responsable et former tout le personnel en PCI;
4. Se prémunir contre les infections par un programme de vaccination adéquat;
5. Traiter tout patient comme s'il était infectieux;
6. Traiter tout matériel souillé comme un vecteur de transmission d'infections;
7. Stériliser tout ce qui peut l'être et ne jamais seulement désinfecter ce qui peut être stérilisé;
8. Ne jamais réutiliser le matériel jetable, ce matériel est à usage unique;
9. Toujours faire précéder la désinfection et la stérilisation d'un nettoyage adéquat;
10. Respecter la classification pour le retraitement des DM: critique, semi-critique, non critique.

Source: Contenu adapté du *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*.

Références:

1. Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20138/>, (Consulté le 19 mai 2022).
2. *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire* (édition 2009), Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, http://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/11/contrôle-des-infections-2009_Médecine-dentaire.pdf, (Consulté le 19 mai 2022).
3. Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26.%20r.%20140/>, (Consulté le 19 mai 2022).

SERVICE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Masengu Joëlle Mbanga, H.D.

Coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Jinette Laparé, adjointe administrative

Carolle Bujold, H.D., inspectrice

Manon L'Abbée, H.D., inspectrice

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Véronique Dionne, H.D., présidente du comité

Mylène Chauret, H.D.

Julie Chrétien, H.D.

Marie-Josée Dufour, H.D.

A woman with grey hair, smiling, wearing a black dental scrub top and dark pants. A blue stethoscope is around her neck. She is standing next to a modern dental chair.

14/15

OCTOBRE 2022

**CONGRÈS DE
L'OHDQ**

**CENTRE DE CONGRÈS
DE SAINT-HYACINTHE**

UNE NOUVELLE
ÈRE S'AMORCE :
**SOYONS
PRÉPARÉS !**

NOUVEAUTÉS !

- **DES FRAIS D'INSCRIPTION
AU CONGRÈS RÉDUITS :**

250 \$ + taxes

(total des repas inclus dans le 250 \$ est de 120 \$)

- **PRÉ-CONGRÈS SUR LA GESTION
D'ENTREPRISE EN HYGIÈNE
DENTAIRE (OPTIONNEL)**

75 \$ + taxes

(total des repas inclus dans le 75 \$ est de 12 \$)

**Participez au congrès, au
pré-congrès ou aux
deux événements!**



EN SAVOIR PLUS SUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

- **MYRIAM BAPTISTE**, adjointe à la présidence et aux communications

1. Express Scripts — Programme des services de santé non assurés (SSNA)

<https://nihb-ssna.express-scripts.ca/fr>

Express scripts est un gestionnaire réputé de régimes de soins au Canada collaborant avec des sociétés d'assurance de premier plan, des tiers administrateurs et des organismes gouvernementaux. Son site « Bienvenue au Programme des services de santé non assurés (SSNA) » fournit une passerelle permettant aux Autochtones d'accéder directement aux renseignements relatifs aux services de soins dentaires, traitement des demandes de règlements d'assurance médicaments, d'équipement médical et fournitures médicales, de soins de la vue et de counseling en santé mentale.



2. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

<https://www.ccnsa.ca/524/Publication.nccih?cat=20&year=2020&type=6>

Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) est une organisation autochtone nationale conçue par le gouvernement du Canada; existant depuis 2005, elle est financée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Sa « Base de connaissances et publications » est un système de partage des connaissances qui contribue grandement à l'amélioration de la santé publique et qui, de plus, assure une bonne équité en santé des Premières Nations, Inuit et Métis.



3. Le peuple invisible

https://www.onf.ca/film/peuple_invisible/

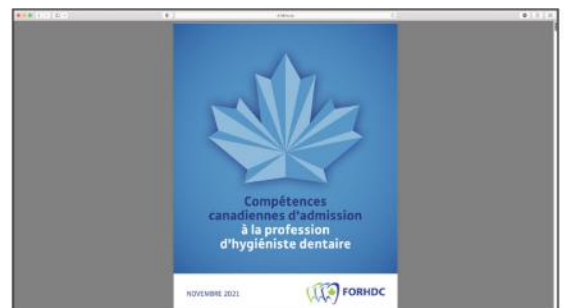
Sur le site de l'ONF, vous pouvez visionner le long métrage des réalisateurs Richard Desjardins et Robert Monderie, intitulé : *Le peuple invisible* (2007). Découvrez l'histoire et les conditions de vie de la nation algonquienne.



4. Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire du Canada

https://www.fdhrc.ca/wp/wp-content/uploads/2021/12/CoCAPHD_FORHDC_Novembre_2021_vf3.pdf

Au mois de novembre 2021, la Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire du Canada (FORHDC) a produit un document sur les compétences canadiennes d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire. Toujours dans l'optique de protéger le public, ce document sert de référence et décrit de manière détaillée les connaissances, habiletés, aptitudes, comportements et jugements requis pour chacune des compétences, et ce, indépendamment du niveau de scolarité ou de l'expérience du praticien.





NOUS RECRUTONS!

Horaire flexible et stable	Salaire compétitif et programme d'avantages sociaux complet	Parcours d'intégration adapté aux finissants
----------------------------	---	--

Faire partie de notre équipe c'est :

- Une pratique modulée dans divers champs de spécialisation.
- Un département de formation continue.
- Un milieu multidisciplinaire où règne le plaisir de travailler en équipe.

30 cliniques aux 4 coins du Québec

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires!
cv@centreslapointe.com

Sandra Cruz-Parra
Hygiéniste dentaire

Lapointe
centres dentaires



Profitez de la force de votre groupe



En tant que **membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, vous pouvez économiser sur vos **assurances auto, habitation et entreprise** grâce au partenariat entre votre association professionnelle et **La Personnelle**.

Découvrez les avantages de faire partie de votre groupe.

lapersonnelle.com/ohdq

1 888 476-8737



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.



PRIX ET BOURSES DE L'ORDRE, IL EST TEMPS DE POSER VOTRE CANDIDATURE!

BOURSE MÉRITAS

Si tu es en dernière année d'étude en Techniques d'hygiène dentaire, tu as jusqu'au **30 juin pour nous envoyer ta candidature** pour la Bourse Méritas. Tu pourrais être l'un des lauréats qui se mériteront l'une des quatre bourses de 1 000 \$! Le comité des prix et des bourses a hâte de te lire!

[En savoir plus](#)

PRIX SYLVIE-DE-GRANDMONT

Ce prix d'excellence vise à souligner l'engagement exceptionnel d'un hygiéniste dentaire envers sa profession, et ce, par des réalisations qui en ont permis le rayonnement. **La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2022.**

[En savoir plus](#)

MÉRITE DU CIQ

Ce prix est décerné par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) sur recommandation des ordres professionnels et remis à un de leurs membres s'étant distingué par son apport exceptionnel à sa profession et à son ordre professionnel. **La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2022.**

[En savoir plus](#)

HORAIRE D'ÉTÉ

Pour les vacances estivales, **du 8 juillet au 2 septembre 2022, le personnel de l'Ordre est en service de 8 h à 12 h 15 et de 13 h à 16 h 30 du lundi au jeudi. Le vendredi, en mode virtuel seulement, de 8 h à 12 h.**

Le personnel de l'Ordre travaille en mode hybride (virtuel et présence). **Il est donc important de vérifier si la personne que vous souhaitez rencontrer sera présente au siège social avant de vous y présenter.**

VOUS DÉMÉNAGEZ ?

Si vous avez déménagé ou le ferez prochainement, vous devez effectuer votre changement d'adresse dans le portail membre au **www.ohdq.com**.



HAUSSE DU TAUX DIRECTEUR: QUELS SONT LES IMPACTS?

LA BANQUE DU CANADA A HAUSSÉ SON TAUX DIRECTEUR. SI VOUS VOUS DEMANDEZ POURQUOI ET QUELS SERONT LES IMPACTS DE CETTE HAUSSE SUR VOS PLANS FINANCIERS, VOICI QUELQUES RÉPONSES.

Qu'est-ce que le taux d'intérêt directeur?

On appelle taux directeur, le taux d'intérêt fixé par une institution financière relative à un pays ou à un groupe de pays. Concrètement, il permet de déterminer ce que va coûter l'emprunt d'argent auprès d'une banque centrale.

Dans notre cas, c'est la Banque du Canada qui mène le jeu pour réguler, entre autres l'activité économique du pays. Une fois qu'elle décide du taux directeur, **les institutions financières l'appliquent pour établir le taux d'intérêt des prêts** (personnels, hypothécaires, etc.) qu'elles offrent aux clients.

La hausse actuelle vise à essayer de contrer l'inflation. Cette dernière est en progression au pays et aux États-Unis.

Quel est l'impact de la hausse du taux directeur sur mes finances?

Lorsque le taux directeur augmente, une majorité de gens paie plus d'intérêts sur leurs prêts, et les ménages et les entreprises ont tendance à réduire leurs dépenses. À l'avenir, la demande pour les biens et services devrait ainsi baisser et leurs prix pourraient se stabiliser:

- Si vous prévoyez acheter une première propriété, la hausse des taux hypothécaires pourrait venir modifier vos plans, en affectant votre capacité d'emprunt et votre budget des premières années.
- Découvrez votre capacité d'emprunt grâce à la préautorisation hypothécaire.
- Si vous avez une hypothèque à taux variable, vos versements hypothécaires mensuels augmenteront. Les prêts à taux fixe ne seront touchés qu'au moment de votre renouvellement.
- Apprenez la différence entre un taux fixe ou un taux variable
- Si vous investissez dans de nouveaux placements, comme des certificats de placement garantis (CPG) ou des obligations canadiennes, leur rendement pourrait augmenter. Si vous détenez des fonds communs, vous pourriez observer une baisse temporaire de la valeur de votre portefeuille.
- Démystifiez l'importance de l'inflation lors de votre planification retraite
- Si vous trouvez que le prix des aliments, de l'essence et des meubles a augmenté dans la dernière année, bonne nouvelle: leurs coûts devraient se stabiliser à moyen terme.
- Créez un budget simple et équilibré

Hausse du taux directeur: dois-je revoir mes plans financiers?

Face à une hausse du taux directeur, prenez le temps d'analyser vos projets en cours et futurs. Vous pourrez ensuite prendre des décisions éclairées, comme poursuivre la réalisation d'un projet ou la repousser de quelques mois pour épargner davantage. Pour faire les choix les plus justes, discutez-en avec votre conseiller financier.



Découvrez les avantages et privilèges de l'offre pour les hygiénistes dentaires à bnc.ca/specialiste-sante

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

