

Approaching reconciliation: Tips from the field

The forced removal of First Nations, Inuit, and Métis children from their families to residential schools for over 120 years presents a complex and challenging legacy for all Canadians to deal with. This past spring, the Truth and Reconciliation Commission (TRC) released its final report and recommendations regarding residential schools and reconciliation, following six years of information gathering and public discussions across the country.¹ The TRC proceedings are particularly poignant for public health professionals – and not solely because the schools violated almost every basic principle of public health, sanitation, and healthy child development. More immediate and pressing are the ongoing health inequities currently experienced by Indigenous peoples in Canada and the direct attribution of these health inequities by the TRC to government policies of cultural genocide. These policies legitimated not only residential schools, but also the appropriation of Indigenous lands, forced community relocations, the replacement of Indigenous governments, and the outlawing of our spiritual practices. In the words of the TRC, the release of its report and its calls to action represents “a rare second chance to seize a lost opportunity for reconciliation.... At stake is Canada’s place as a prosperous, just, and inclusive democracy within that global world.”¹ (pp. 6–7)

So how does one make sense of the compelling and disturbing narratives contained in the TRC reports and engage in actively redressing the legacy of cultural genocide and advancing the process of reconciliation? The TRC defines reconciliation as the “ongoing process of establishing and maintaining respectful relationships”.¹ It also recognizes that reconciliation can mean different things to different people and that it is important to respect these different understandings. Respect for different ways of understanding and living is at the core of any reconciliation activity. The complexity of entrenching this respect into action in all that we do should not be underestimated. We must challenge and transform the foundational disrespect for Indigenous ways of knowing and doing that was used to justify colonial policies and is persistently embedded in our laws, schools, health systems and unconscious minds. Clearly there is no simple or singular approach to showing respect. As a Métis woman actively engaged in practically bridging the worlds of public health and those of the Indigenous communities and organizations with whom I am fortunate to work, in what follows I humbly offer four “field tips” for those of you wanting to walk the talk of respect.

Tip #1: Read the report, “Honouring the truth, reconciling for the future: summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada”. The report succinctly and clearly provides both the factual history and human narratives of cultural genocide in Canada that, unfortunately, the large majority of Canadians are not otherwise exposed to. As a reader you will join the growing movement of “witnesses” who honour and support the thousands of survivors who bravely shared their testimonies so

Comment aborder la réconciliation : conseils du terrain

Le retrait forcé des enfants des Premières Nations, inuits et métis de leurs foyers et leur envoi dans des pensionnats, sur une période de plus de 120 ans, est un héritage complexe et difficile à gérer pour toute la population canadienne. Le printemps dernier, la Commission de vérité et réconciliation a publié son rapport final et ses recommandations sur les pensionnats et la réconciliation, après six ans de collecte d’informations et de discussions publiques menées dans tout le pays¹. Les travaux de la Commission sont particulièrement poignants pour les professionnels de la santé publique – et pas seulement parce que les pensionnats ont enfreint presque tous les principes de base de la santé publique, des techniques sanitaires et du développement sain des enfants et des jeunes. Plus pressantes et immédiates sont les iniquités face à la santé que vivent encore les peuples autochtones au Canada et leur attribution directe, par la Commission, à des politiques gouvernementales de génocide culturel. Ces politiques ont légitimé non seulement les pensionnats, mais aussi l’appropriation des terres autochtones, le déménagement forcé de communautés entières, le remplacement des gouvernements autochtones et l’interdiction des pratiques spirituelles autochtones. Comme le dit la Commission, la publication de son rapport et ses appels à l’action représentent « une rare deuxième chance de saisir une occasion manquée de réconciliation [...] C’est la place du Canada en tant que démocratie prospère, juste et inclusive au sein de cet environnement mondialisé qui est en jeu.¹ » (p. 8)

Comment peut-on donc comprendre les témoignages éloquentes et troublants contenus dans les rapports de la Commission, tenter de réparer activement l’héritage du génocide culturel et favoriser le processus de réconciliation? La Commission définit la réconciliation comme étant « un processus continu visant à établir et à maintenir des relations respectueuses¹ ». Elle reconnaît aussi que la réconciliation peut signifier différentes choses pour différentes personnes, et l’importance d’en tenir compte. Le respect de diverses façons de vivre et d’appréhender la réalité est au cœur de toute activité de réconciliation. Il ne faut pas sous-estimer la complexité d’ancre ce respect dans toutes nos actions. Nous devons contester et transformer le manque de respect fondamental envers le savoir et les façons de faire autochtones, qui a servi à justifier les politiques coloniales et qui est encore fermement encastré dans nos lois, nos écoles, nos systèmes de santé et notre inconscient. Il est clair qu’il n’y a pas de méthode simple ou unique de faire preuve de respect. En tant que Métisse travaillant activement à trouver des moyens pratiques de rapprocher les mondes de la santé publique et ceux des communautés et des organismes autochtones avec qui j’ai la chance de travailler, je propose humblement quatre « conseils du terrain » pour ceux et celles d’entre vous qui voulez mettre le discours du respect en pratique.

that we could all begin to heal and move forward. Collectively, as public health professionals, we can show our solidarity. With this in mind, you are welcome and encouraged to add your comment to the “It Matters to Me” page of the TRC website: <http://www.myrobust.com/websites/reconciliation/index.php?p=649>

Tip #2: Engage in self-reflection. Self-reflection is a powerful and demonstrated tool for learning something new, particularly when it comes to bridging human differences. Unfortunately, it is underutilized in public health training and practice. Rather, we are supported by our academic training and the scientific roots of our discipline to think that “we know better” than the individuals and communities we work with. Too often, the problem is framed as the need to find ways to transfer our “better” knowledge and practice to others – leaving little room for the systems of knowledge and practice that are already in place.

We have failed with respect to Indigenous communities. We have failed not only because Indigenous populations in Canada experience significant and cross-cutting disparities in health determinants, health status and health care access (which in many cases are getting worse rather than better), but because we continue to use approaches that mirror those of the European colonists. Approaches that underestimate and/or dismiss local Indigenous systems, capacities and assets. Yet according to former Assembly of First Nations national chief and courageous residential school survivor Phil Fontaine, “The answers lie in our communities”.²

Tip #3: Listen, learn and locate. For public health professionals, respect within the context of reconciliation means coming to the conversation acknowledging that we need to listen first to the experiences and recommendations of Indigenous survivors and their families and communities. There is much to both learn and unlearn if we wish to disrupt colonialist, ill-informed public health responses and move towards Indigenous community-directed solutions. Indigenous histories are still rarely told by Indigenous peoples themselves. According to the Canadian Association of Journalists: “The country’s large newspapers, tv and radio news shows often contain misinfor-mation, sweeping generalizations, and galling stereotypes about Natives and Native affairs.... The result is that most Canadians have little real knowledge of the country’s Native peoples, or the issues that affect them.”³ For its part, with some notable exceptions, the field of public health is almost entirely focused on deficit-based measures and responses when it comes to Indigenous communities.

We must listen carefully, challenge old beliefs, and seek new understandings. The good news is that emerging evidence demonstrates that we can correct both implicit and explicit stereotyping and assumptions using a variety of self-reflexive tools.⁴ Critical listening and learning skills such as “out-grouping” and “perspective talking” (also known as walking in another person’s shoes or moccasins) top the list.

Expand the dialogue regarding Indigenous health and well-being by putting Indigenous social theories, knowledge and practice at the centre rather than the margins. This in turn,

1^{er} conseil : Lire le sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : « Honorer la vérité, réconcilier pour l’avenir ». On y présente de façon claire et succincte des faits historiques et des témoignages du génocide culturel au Canada auxquels la très grande majorité de la population canadienne n’a malheureusement pas accès autrement. En tant que lecteurs, vous vous joindrez au mouvement croissant des « témoins » qui rendent hommage et qui soutiennent les milliers de survivants ayant eu le courage de témoigner publiquement, pour que nous puissions tous commencer à guérir et à avancer. Collectivement, en tant que professionnels de la santé publique, nous pouvons nous montrer solidaires. Dans cet esprit, vous pouvez (et je vous y encourage) ajouter vos commentaires sur la page « Ça me tient à cœur » du site Web de la Commission : <http://www.trc.ca/web-sites/reconciliation/index.php?p=460>

2^e conseil : Faire un exercice d’auto-réflexion. L’auto-réflexion est un outil d’apprentissage puissant et éprouvé, surtout lorsqu’il s’agit de concilier des différences humaines. Il est malheureusement sous-utilisé dans la formation et la pratique en santé publique. Notre formation théorique et les racines scientifiques de notre discipline nous incitent plutôt à penser que « nous savons mieux » que les personnes et les communautés avec qui nous travaillons. Trop souvent, le problème est présenté comme s’il fallait trouver des moyens de transférer à d’autres nos connaissances et nos pratiques « supérieures » – ce qui laisse peu de place aux systèmes de connaissances et de pratiques déjà en place.

Nous avons échoué en ce qui a trait aux communautés autochtones. Nous avons échoué non seulement parce que les populations autochtones du Canada présentent des disparités importantes et transversales sur le plan des déterminants de la santé, de l’état de santé et de l’accès aux soins de santé (disparités qui s’aggravent au lieu de s’améliorer dans bien des cas), mais parce que nous continuons à utiliser des approches qui reproduisent celles des colons européens. Des approches qui sous-estiment et/ou qui rejettent les systèmes, les capacités et les atouts locaux des Autochtones. Pourtant, comme l’a dit l’ancien chef national de l’Assemblée des Premières nations (et courageux survivant des pensionnats) Phil Fontaine, « Les réponses se trouvent dans nos communautés². » (traduction libre)

3^e conseil : Écouter, apprendre et nous situer. Pour les professionnels de la santé publique, le respect, dans le contexte de la réconciliation, signifie nous joindre à la conversation en reconnaissant que nous devons d’abord écouter les expériences et les recommandations des survivants autochtones et de leurs familles et communautés. Il y a beaucoup à apprendre et à désapprendre si nous souhaitons interrompre les réponses de santé publique colonialistes et mal informées pour passer à des solutions orientées par les communautés autochtones. Les histoires autochtones sont encore rarement racontées par les Autochtones eux-mêmes. Selon l’Association canadienne des journalistes, « Dans les grands journaux du pays, comme dans les principales émissions d’information télévisées et radiophoniques, les nouvelles concernant les autochtones comportent souvent de

opens up new and transformative opportunities for change. As public health professionals committed to reconciliation, we must ensure that we are better equipped to recognize and respect not only the context of Indigenous community challenges but also community assets and strengths. Given the diversity and sophistication of local Indigenous community systems, it is no surprise that it commonly takes years for outsiders to develop cross-cultural communication competencies.⁵ Finally, remember that you shouldn't expect yourself or anyone else to learn everything about Indigenous peoples. Learn to locate yourself, your worldviews, and your knowledge base honestly with others as you do this work. For non-Indigenous allies – don't try to become an "Indian expert"; rather, learn how to recognize, learn from and support "expert Indians".

Tip #4: Challenge yourself and your family, friends and colleagues to come up with some concrete ways of responding to the TRC's Calls to Action. The 94 recommendations for action made by the TRC may seem overwhelming at first. Many of them call specifically upon federal, provincial and territorial governments for action, so they may also seem initially to be outside of our immediate spheres of influence or responsibility. It is essential that we challenge this initial response and recognize that as public health professionals we are well positioned to advocate for and support the implementation of policy change.

We have been gifted with a set of directions for moving forward, that draws on literally hundreds of thousands of years of collective lived Indigenous experience and wisdom (6,750 statements gathered over 238 days of hearings). The calls to action provide an opportunity to collectively work towards a context in which Indigenous peoples can experience individual and community health, well-being, and equitable access to Canada's health and social resources. The seven TRC recommendations specific to health, nested within the larger set of recommendations, comprise a comprehensive blueprint for lasting and tangible change. The TRC report and recommendations directly address several key policy flaws which have repeatedly blocked progress for decades, including: jurisdictional disputes between the federal and provincial/territorial governments regarding responsibility for Indigenous health services and programs across geography and Indigenous subpopulations; the need for sustainable funding for Aboriginal healing initiatives; and perhaps most importantly, the tension between any reconciliation process and the repeated breach of trust by the federal government with respect to its promises and responsibilities regarding Indigenous rights, lands, livelihood and resources.

In closing, it is perhaps fitting to give residential school survivor Reverend Stan McKay the final word:

"[We cannot] perpetuate the paternalistic concept that only Aboriginal peoples are in need of healing.... The perpetrators are wounded and marked by history in ways that are different from the victims, but both groups require healing.... How can a conversation about reconciliation take place if all involved do not adopt an attitude of humility and respect? ... We all have stories to tell and in order to grow in

fausses informations, des généralisations hâtives et des stéréotypes exaspérants [...] C'est ainsi que la plupart des Canadiens n'ont qu'une connaissance très limitée des autochtones de leur pays ou des questions qui les concernent³. » Pour sa part, à quelques exceptions près, lorsqu'il s'agit des communautés autochtones le domaine de la santé publique concentre presque entièrement son action sur des mesures et des réponses axées sur les lacunes.

Nous devons écouter attentivement, remettre en cause les vieilles croyances et chercher de nouvelles connaissances. Heureusement, selon les données les plus récentes, il est possible de corriger les stéréotypes et les hypothèses, qu'ils soient implicites ou explicites, à l'aide d'une panoplie d'outils d'autoréflexion⁴. Des aptitudes d'écoute et d'apprentissage essentielles, comme la consultation des groupes connexes (*out-grouping*) et la discussion des points de vue de chacun (*perspective talking*) (également appelés « se mettre à la place de l'autre » ou « faire un bout de chemin dans ses mocassins ») sont en tête de liste.

Élargissons le dialogue sur la santé et le bien-être autochtones en mettant les théories, les connaissances et les pratiques sociales des Autochtones au centre plutôt que dans la marge. En retour, ceci ouvrira de nouvelles possibilités de changement et de transformation. En tant que professionnels de la santé publique engagés dans un processus de réconciliation, nous devons nous assurer d'être mieux équipés pour reconnaître et respecter non seulement le contexte des difficultés vécues par les communautés autochtones, mais aussi les atouts et les forces de ces communautés. Vu la diversité et le raffinement des systèmes communautaires autochtones locaux, il n'est pas étonnant qu'il faille souvent des années aux étrangers pour acquérir des compétences de communication interculturelle⁵. Enfin, souvenons-nous qu'il ne faut pas nous attendre à tout apprendre sur les Autochtones, ni avoir une telle attente envers les autres. Apprenons à nous situer honnêtement vis-à-vis des autres, avec notre vision du monde et nos connaissances propres, en faisant ce travail. Et j'ai ce conseil pour nos alliés non autochtones : n'essayez pas de devenir « experts des Amérindiens »; apprenez plutôt à reconnaître les « experts amérindiens », à apprendre d'eux et à les soutenir.

4^e conseil : Mettez-vous, votre famille, vos amis et vos collègues au défi de trouver des façons concrètes de répondre aux appels à l'action de la Commission.

Les 94 actions recommandées par la Commission peuvent sembler une montagne à première vue. Beaucoup s'adressent spécifiquement au gouvernement fédéral et à ceux des provinces et des territoires et peuvent donc aussi paraître au départ se situer hors de notre sphère d'influence ou de responsabilité. Il est essentiel de récuser cette réaction initiale et de reconnaître qu'en tant que professionnels de la santé publique, nous sommes bien placés pour promulguer et pour appuyer la mise en œuvre de changements d'orientations.

On nous a fait cadeau d'une série d'indications pour avancer; elles reposent sur des centaines de milliers d'années d'expérience vécue et de sagesse autochtone (littéralement : 6 750 témoignages ont été recueillis en plus de 238 jours d'audiences). Les appels à l'action sont l'occasion de créer ensemble un contexte où les Autochtones pourront faire l'expérience, individuellement et collectivement, de

tolerance and understanding we must listen to the stories of others.»¹ (pp. 9–10)

Janet Smylie, MD, MPH, FCFP

Centre for Research on Inner City Health, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital; Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON

doi: 10.17269/CJPH.106.5262

REFERENCES

1. The Truth and Reconciliation Commission of Canada. *Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Winnipeg, MB, 2015.
2. Dan M, Fontaine P, Farber B. Genocide: The Canadian Perspective Panel. Presented at: *Challenging Health Inequities Indigenous Health Conference*. Toronto, ON, 2014. Available at: <http://www.cpd.utoronto.ca/indigenouhealth/files/2014/11/Indigenous-Health-Full-Program.pdf>
3. Department of Indian Affairs. *Annual Report of the Department of Indian Affairs 1884*. Ottawa, ON, 1884. Available at: <http://central.bac-lac.gc.ca/item/?id=1884-IAAR-RAAI&op=pdf&app=indianaffairs>. Cited By: The Truth and Reconciliation Commission of Canada. *Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Winnipeg, MB, 2015; p. 350.
4. Devine P, Forscher P, Austin A, William T. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *J Exp Soc Psychol* 2012; 48(6):1267–78. PMID: 23524616. doi: 10.1016/j.jesp.2012.06.003.
5. Kelly L, Brown JB. Listening to native patients: Changes in physicians' understanding and behaviour. *Can Fam Physician* 2002;48:1645–52. PMID: 12449549.

la santé, du bien-être et de l'accès équitable aux ressources sanitaires et sociales du Canada. Les sept recommandations de la Commission spécifiquement axées sur la santé, qui s'inscrivent dans le vaste ensemble des recommandations, comprennent un plan directeur pour instaurer des changements durables et tangibles. Le rapport et les recommandations de la Commission abordent directement plusieurs failles politiques importantes qui ont à maintes reprises entravé les progrès pendant des dizaines d'années, notamment : les conflits de compétences entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux au sujet de la responsabilité pour les services et les programmes de santé des Autochtones d'une zone géographique et d'une sous-population autochtone à l'autre; le besoin de financement durable pour les initiatives de guérison autochtones; et, ce qui est peut-être le plus important, la tension entre tout processus de réconciliation et les abus de confiance répétés du gouvernement fédéral quant à ses promesses et à ses responsabilités à l'égard des droits, des terres, des moyens d'existence et des ressources des Autochtones.

Pour terminer, il convient peut-être de laisser le dernier mot au révérend Stan McKay, lui aussi survivant des pensionnats :

« [Nous ne pouvons] perpétue[r] le concept inspiré par l'idée paternaliste que seuls les Autochtones ont besoin de guérison. [...] Les auteurs d'actes de violence sont affligés par des traumatismes et ils sont à bien des égards marqués par l'histoire, mais de façon différente des victimes. [...] Comment un dialogue en vue de la réconciliation peut-il être tenu si tous les intervenants n'adoptent pas une attitude d'humilité et de respect? [...] Nous avons tous des histoires à raconter et, pour évoluer vers une plus grande tolérance et une meilleure compréhension, nous devons écouter les histoires des autres¹. » (p. 12)

Janet Smylie, M.D., M.P.H., FCMF

Centre for Research on Inner City Health, Institut des connaissances Li Ka Shing, Hôpital St. Michael; École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

doi : 10.17269/CJPH.106.5262

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, Winnipeg (Manitoba), 2015.
2. Dan M, Fontaine P et Farber B. « Genocide: The Canadian Perspective Panel », *Challenging Health Inequities Indigenous Health Conference* (présentation lors de la conférence), Toronto (Ontario), 2014. Sur Internet: <http://www.cpd.utoronto.ca/indigenouhealth/files/2014/11/Indigenous-Health-Full-Program.pdf>.
3. Department of Indian Affairs. *Annual Report of the Department of Indian Affairs 1884*, Ottawa (Ontario), 1884. Sur Internet : <http://central.bac-lac.gc.ca/item/?id=1884-IAAR-RAAI&op=pdf&app=indianaffairs>. Cité par la Commission de vérité et réconciliation du Canada dans *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, Winnipeg (Manitoba), 2015, p. 322.
4. Devine P, Forscher P, Austin A et William T. « Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention », *J Exp Soc Psychol*, vol. 48, n° 6 (2012), p. 1267-78.
5. Kelly L, et Brown J. « Listening to Native patients: Changes in physicians' understanding and behaviour », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 48, n° 10 (2002), p. 1645–52.