



Mind Pimatisiwin

Mieux-être



santé autochtone

Une réponse novatrice pour renouveler l'offre de soins, services de santé et services sociaux, accroître l'accessibilité à ces services, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain.



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

Centre d'amitié
autochtone
de Val-d'Or



Val-d'Or Native
Friendship
Centre

Mind Pimatisiadin

Mieux-être



santé autochtone

Remerciements

L'initiative présentée dans ce document a été élaborée par le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). Le CISSSAT et le CAAVD remercient l'ensemble des membres du personnel des deux organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce document; ainsi que leurs précieux partenaires.

Rédaction

Édith Cloutier, Stéphane Laroche, Carole Lévesque, Maxime-Auguste Wawanoloath

Corédaction

Louise Beaupré, Natasha Blanchet-Cohen, Chantal Brunelle, Annie Carrier, Carole Charron, Chantal Cusson, Yves Desjardins, Philippe Gagné, Évelyne Grenier-Ouimette, Carole Lahaie, Lyse Landry, Lise Langlois, Sylvie Leblond, Isabelle Ouellet, Nathalie Quirion, Mario Racette, Mélanie Rocher, Caroline Roy, Krystina Sawyer, Line St-Onge, Martin Trottier, Monique Trudel, Maggy Vallières

Graphisme

Peggy Trudel

Contact

Vous pouvez obtenir toute information complémentaire relative à cette initiative en communiquant avec le président-directeur général du CISSSAT, Monsieur Yves Desjardins, ou avec la directrice générale du CAAVD, Madame Édith Cloutier.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

3, 9e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819-764-3264

Site Web : www.ciass-at.gouv.qc.ca

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

1272, 7e Rue, Val-d'Or (Québec) J9P 6W6

Téléphone : 819-825-6857

Site Web : www.caavd.ca

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives du Canada, 2018

ISBN 978-2-9804394-8-3



*Le véritable progrès
ne peut s'accomplir que dans la paix
et le respect des vivants
et de leur environnement
terrestre et spirituel.*

*La paix est une réponse
à toutes les blessures infligées
à notre dignité,
jour après jour.*

La paix est la condition de notre guérison.

- Virginia Pésémapéo Bordeleau, artiste peintre et poète crie

TABLE DES MATIÈRES

Définition du Mino Pimatisi8in	V
Sommaire exécutif	VI
Introduction	1
1 Description détaillée du projet	2
1.1 La problématique d'ensemble	2
1.2 Une réponse nouvelle en matière de soins, services de santé et services sociaux	2
1.3 Les objectifs et les axes de développement du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in	6
1.4 Des services fondés sur les systèmes de savoirs, les normes sociales et les filets de protection autochtones	10
1.5 Les grands piliers sur lesquels reposent l'action du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in	17
1.6 Une relation multilatérale de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises	19
1.7 Les principaux résultats attendus	25
1.8 Les démarches d'évaluation	27
1.9 L'ancrage scientifique	29
2 L'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain	30
2.1 Caractéristiques démographiques	30
2.2 Éléments d'un portrait de santé	32
2.3 L'accessibilité aux soins et services de santé et aux services sociaux	36
3 Une nouvelle configuration de l'offre de services urbains pour les Autochtones	39
3.1 L'apport du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or à l'amélioration des conditions de vie de la population autochtone en ville	39
3.2 La construction d'une relation partenariale avec le CISSSAT dans le cadre de Minowé	40
3.3 Solutions novatrices et perspectives d'avenir	42
3.4 Une nouvelle identité pour le Centre d'amitié	45
4 Budget et conclusion	47
Annexes	
1- Plan de travail 2018-2023	49
2- Budget détaillé	59
Bibliographie	71



Le Mino Pimatisi8in :

un rapport autochtone au mieux-être

En langue anicinabe, le Mino Pimatisi8in désigne l'état d'un mieux-être global, harmonieux et équilibré et, plus largement, la qualité de vie de la population autochtone dans ses liens avec les humains, les êtres vivants et l'univers. Reflétant l'esprit des ancêtres et en constante évolution, le Mino Pimatisi8in est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le monde et d'y interagir dans le respect des valeurs traditionnelles et contemporaines (RCAAQ 2012).

[...] Le Mino Pimatisi8in évoque à la fois un état d'esprit et une certitude que le mieux-être consiste à cultiver notre volonté d'être en harmonie en tout, dans le temps et dans l'espace. Cette quête du mieux-être, individuel et collectif, repose sur un équilibre des différentes dimensions du Cercle de la vie et des interactions entre celles-ci. Elle s'incarne dans un mouvement perpétuel qui sait s'ancrer dans la vie sans jamais être figé. (RCAAQ, 2012, p. 8-9)

La principale qualité du Mino Pimatisi8in est de reposer sur un double ancrage — à la fois identitaire et individuel d'une part, collectif et communautaire d'autre part — qui positionne l'individu, en toutes circonstances, au sein d'une collectivité, en tant que membre apprenant, agissant et réflexif de cette collectivité. Cette démarche est résolument holistique dans le sens où elle traduit un équilibre dont les différentes dimensions et forces se déploient de manière combinée et intégrée sur les plans individuel, familial, communautaire, territorial et cosmogonique.

Source : Lévesque et al. 2018.



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Une réponse novatrice pour renouveler l'offre de services, accroître leur accessibilité, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain

Soucieux d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) ont uni leurs forces et leurs expertises pour créer un collaboratoire¹ permettant de bâtir une offre renouvelée de services de première ligne destinée à la population autochtone.

Ce nouvel espace de médiation et d'interaction se caractérise par ses approches et ses pratiques ancrées dans les savoirs, les traditions, l'identité, la culture et les valeurs autochtones, par la qualité du partenariat et des collaborations sur lesquels il sera bâti et mis en œuvre, de même que par son potentiel d'exemplarité pour d'autres milieux. Il s'agit donc d'un projet phare qui sera volontiers transposable, en tout ou en partie, à d'autres emplacements au Québec.

Le CAAVD a progressivement développé, depuis 1974, une base de services de première ligne destinée aux Autochtones en milieu urbain. Or, au regard des mandataires du Réseau québécois, cette offre de services, relevant pourtant de son domaine de compétence, passe, à peu de choses près, inaperçue. Il est désormais essentiel que celle-ci soit mise en évidence et actualisée afin de répondre aux besoins du milieu et de permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux d'assumer ses obligations en matière responsabilité populationnelle.

En ce sens, ce collaboratoire offrira, dans la foulée de ce qui a déjà été amorcé au CAAVD, des soins, services de santé et services psychosociaux de première ligne, y compris des services de périnatalité, pour la petite enfance, les mères et la famille, des services relatifs à la préservation de l'identité culturelle des enfants et adolescents visés par des mesures de protection de la jeunesse, ainsi que des services communautaires à la population autochtone de tous âges et genres.

Fondé sur une démarche de sécurisation sociale et culturelle, ce collaboratoire permettra aux Autochtones de se positionner comme acteurs premiers de cette nouvelle gamme de services.

¹ Nous appelons collaboratoire un espace de rencontre, de réflexion et d'action qui réunit différents acteurs partageant des visées communes de transformation et d'innovation sociale. Dans le cas du présent projet, le collaboratoire mise sur une coconstruction des connaissances et des compétences nécessaires au renouvellement d'une offre de services destinée à la population autochtone.



Fondé sur une démarche de sécurisation sociale et culturelle, ce collaboratoire permettra aux Autochtones de se positionner comme acteurs premiers de cette nouvelle gamme de services.

Le collaboratoire contribuera à restaurer la relation avec le Réseau par une confiance améliorée et il s'appliquera concrètement à réduire les écarts et les disparités qui existent entre les Autochtones et les Québécois et Canadiens en matière de santé et de services sociaux.

En effet, dans tous les domaines de l'existence les Autochtones enregistrent des taux de réussite beaucoup plus faibles que le reste de la population. Ces écarts en matière de santé, de services sociaux et de conditions de vie sont largement documentés et ont fait l'objet d'une abondante littérature scientifique ces dernières années (voir notamment Greenwood et al., 2015; Boyer, 2015; Allan et Smylie, 2015). Il est notamment question d'écarts relatifs au diabète, aux troubles respiratoires, à l'obésité, à l'hypertension, aux maladies cardiovasculaires, à l'alimentation, au tabagisme, à la santé mentale, aux troubles de l'humeur et au cumul de maladies chroniques (Statistique Canada, 2016).

Il est bien connu que leurs réalités sociosanitaires sont directement associées aux effets délétères du colonialisme et des politiques d'assimilation qui l'ont accompagné (CCNSA, 2013; Reading et Wien, 2009). D'ailleurs, comme le soulignait

la Commission de vérité et de réconciliation du Canada, de pareils écarts « ne seraient pas tolérés s'ils concernaient des Canadiens non autochtones » (CVRC, 2015, p. 190). Qui plus est, ce contexte particulier se double d'une très faible fréquentation des services de santé présentement offerts à l'intérieur du Réseau québécois pour des raisons de méfiance, de soins inappropriés, de comportements discriminatoires ou d'inadéquation des pratiques.

Un des objectifs de ce nouvel espace est, sous ce rapport, de créer des conditions propices à l'amélioration de l'état de santé général dont une des dimensions passe par une plus grande accessibilité à des services qui répondent avec davantage de pertinence et d'acuité aux besoins et aux attentes des personnes autochtones, et aux préceptes sur lesquels se construit le mieux-être.

La formule du collaboratoire, étant donné sa nature innovante, son ouverture sur le changement et sa qualité collective, s'inscrit en droite ligne avec les enseignements du Mino Pimatisi8in², sur lesquels le CAAVD fonde ses actions, ses motivations et ses orientations depuis plus de 40 ans. Dans cette perspective, le partenariat avec le CISSSAT est l'occasion pour le CAAVD de se doter d'une nouvelle identité et de devenir le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP).

Les étapes de la mise en œuvre

Le renouvellement de l'offre de soins, services de santé et services sociaux nécessitera de traverser plusieurs étapes concomitantes ou successives : conceptualisation et développement (accroître la capacité d'agir); expérimentation et implantation (renouveler l'offre de services); réflexivité et apprentissages (assurer l'efficacité); information et savoirs (contribuer à l'avancement des connaissances); transmission et appropriation (partager l'excellence); viabilité et pérennité (contribuer au changement).

Au départ, le partenariat veillera à la mise en place de grands chantiers afin d'enrichir les manières de faire respectives et communes, de partager des outils et des procédures pour mieux travailler ensemble et de structurer l'offre détaillée de services.

Par ailleurs, une importante démarche d'évaluation évolutive accompagnera les activités afin de suivre en temps réel le déploiement et la mise en œuvre de ces services. Parallèlement, la démarche d'évaluation intégrera une composante axée sur la vérification continue des indicateurs de performance du Réseau. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS) sera aussi mis à contribution dans la poursuite d'une démarche vers l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources déployées au CAAMP. Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sera chargé du volet voué à la mesure de l'impact populationnel en termes d'indicateurs de santé.

² En langue anicinabe, le Mino Pimatisi8in désigne l'état d'un bien-être global, harmonieux et équilibré et, plus largement, la qualité de vie de la population autochtone dans ses liens avec les humains, les êtres vivants et l'univers. Reflétant l'esprit des ancêtres et en constante évolution, le Mino Pimatisi8in est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le monde et d'y interagir dans le respect des valeurs traditionnelles et contemporaines (RCAAQ 2012).





Le CAAMP et le CISSSAT comptent également comme partenaire l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) afin de doter le collaboratoire d'un ancrage scientifique destiné à documenter ses activités et réalisations. Cet ancrage engendra une production scientifique basée sur les nouveaux corpus de connaissances constitués pour la circonstance et donnera lieu notamment à la publication de recueils de pratiques et de guides pédagogiques.

Un important mécanisme de transmission multilatérale³ de connaissances, de compétences et d'expertises prendra place à l'intérieur du collaboratoire afin de favoriser, de part et d'autre, la diffusion et l'appropriation d'approches et de pratiques prometteuses, dont celles qui ont trait à la sécurisation sociale et culturelle en milieu autochtone.

Les étapes de la mise en œuvre

Conceptualisation et développement

Accroître la capacité d'agir

Expérimentation et implantation

Renouveler l'offre de services

Réflexivité et apprentissages

Assurer l'efficacité

Information et savoirs

Contribuer à l'avancement des connaissances

Transmission et appropriation

Partager l'excellence

Viabilité et pérennité

Contribuer au changement

³ La transmission multilatérale concerne en premier lieu les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel du CAAMP et du CISSSAT, mais elle vise également les ressources impliquées dans les démarches d'évaluation et dans l'ancrage scientifique.

Par ailleurs, l'expérience exclusive des Autochtones sur le plan du colonialisme et son cortège de mesures vouées à effacer les cultures et les modes d'apprentissage (pensionnats, placements d'enfants, Sixties Scoop, etc.) ont engendré des blessures personnelles, familiales et communautaires uniques qui appellent à la mise en application de pratiques de guérison particulières destinées à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone.

Un collaboratoire qui met en valeur les systèmes de savoirs autochtones

Il est reconnu et documenté qu'il ne suffit plus d'adapter ou d'ajuster les services existants au sein de la société majoritaire à la situation des Autochtones; non seulement faut-il revoir les logiques et les visions qui président généralement à la définition de tels services, il importe également que ces nouveaux services reposent sur des connaissances et des compétences propres aux Autochtones (Lévesque, 2017; Lévesque, 2015; Richmond et Cook, 2016; Smylie, 2015). Les Peuples autochtones ont en effet une vision de la santé bien différente de celle des sociétés non autochtones. La conception de la santé chez les Autochtones rejoint davantage un état de mieux-être global issu de l'équilibre entre les quatre dimensions de la vie (corporelle, émotionnelle, spirituelle et rationnelle) et qui intègre différents aspects, y compris la maîtrise de l'environnement physique et social de même que l'inséparabilité de l'individu, de la famille, de la communauté et du monde en général (Howell et al., 2016; Mark, 2012; FADG, 2006).

Par ailleurs, l'expérience exclusive des Autochtones sur le plan du colonialisme et son cortège de mesures vouées à effacer les cultures et les modes d'apprentissage (pensionnats, placements d'enfants, Sixties Scoop, etc.) ont engendré des blessures personnelles, familiales et communautaires uniques qui appellent à la mise en application de pratiques de guérison particulières destinées à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone.

De telles pratiques ont la propriété ou la qualité d'agir directement auprès des individus afin de leur offrir un environnement sécurisant qui facilite une démarche de guérison en plusieurs étapes : l'acceptation de l'existence du traumatisme vécu, l'écoute de la souffrance personnelle, la compréhension des mécanismes de cette souffrance, le retour à l'équilibre global de la personne et sa reconnexion avec les enseignements de sa culture d'appartenance.

La nécessité d'une réponse systémique

Le CAAVD et le CISSSAT travaillent ensemble depuis plus de dix ans au parachèvement d'un modèle urbain de soins, services de santé et services sociaux pour les Autochtones, longtemps appelé le modèle Minowé. Jusqu'à présent, ce partenariat a mis en lumière la portée considérable de l'action collective du CAAVD et de son travail de proximité auprès de la population autochtone. Il a aussi entraîné une prise de conscience collective des impacts positifs que des services ancrés dans la culture et reposant sur des principes de partage et d'entraide peuvent avoir sur la santé et le mieux-être des gens. Ces expériences convergent maintenant vers une volonté commune de repositionner ce partenariat.

Dans sa phase d'expérimentation (2011-2015), ce modèle a permis d'implanter au CAAVD une clinique à l'intérieur de laquelle étaient offerts des soins et services dispensés par une infirmière clinicienne un travailleur social et un médecin prêtés par le Réseau. La phase d'enrichissement du modèle qui a cours depuis 2016 a permis de faire un pas de plus dans l'amélioration des conditions d'accessibilité aux services en amorçant une démarche de sécurisation sociale et culturelle tant au sein du Réseau de la santé et des services sociaux qu'au CAAVD. Néanmoins, de grands pas restent encore à faire pour augmenter véritablement l'accès des Autochtones aux soins et services de santé et aux services sociaux. La concrétisation de ce nouveau collaboratoire permettra la formulation d'une réponse enrichie, consolidée et, surtout, ancrée dans les systèmes de savoirs autochtones.



Un collaboratoire en phase avec les orientations gouvernementales

Le déploiement du collaboratoire rejoint directement plusieurs des orientations et mesures inscrites au Plan d'action du gouvernement du Québec pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits, pour la période 2017-2022, parmi lesquelles figure le soutien à l'élaboration de stratégies de sécurisation culturelle en vue d'améliorer la prestation des soins, services de santé et services sociaux (SAA, 2017).

De surcroît, ce collaboratoire se place notamment en concordance avec la Politique gouvernementale de prévention en santé, le Plan d'action interministériel en itinérance et le Plan d'action en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En définitive, il permettra au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'exercer sa responsabilité populationnelle, telle qu'elle est décrite à l'intérieur du Plan national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015, p. 11).

Une demande d'aide financière

Une période de cinq ans est nécessaire pour que le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) et le CISSSAT puissent réaliser les phases de développement et de mise en œuvre de ce nouveau collaboratoire, y compris les démarches d'accompagnement évaluatif et d'ancrage scientifique.

Les ressources financières, humaines et matérielles requises sont regroupées sous quatre thèmes :

- 1) déploiement de l'offre de services;
- 2) coordination clinique et compétences culturelles;
- 3) responsabilité partagée;
- 4) qualité, évaluation, performance et éthique.


Ces ressources permettront notamment de structurer et mettre en œuvre l'offre de services renouvelée, de bénéficier d'accompagnements externes sur le plan clinique, sur le plan des pratiques autochtones ainsi que sur le plan de la transmission multilatérale de l'expertise.

À terme, le CAAMP et le CISSSAT souhaiteront obtenir un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour assurer la viabilité et la pérennité de ce collaboratoire et de l'offre de services renouvelée qui y est liée.

Enfin, compte tenu des efforts qui seront déployés pour la population autochtone, il est légitime d'envisager que ces soins et services, qui s'adresseront d'abord aux Autochtones qui vivent ou transitent à Val-d'Or, pourront rejoindre aussi une population non autochtone vulnérable, en état d'exclusion ou de rupture sociale.

Enfin, compte tenu des efforts qui seront déployés pour la population autochtone, il est légitime d'envisager que ces soins et services, qui s'adresseront d'abord aux Autochtones qui vivent ou transitent à Val-d'Or, pourront rejoindre aussi une population non autochtone vulnérable, en état d'exclusion ou de rupture sociale.



A large, white teepee stands in a dense forest. The teepee is made of light-colored fabric and is supported by several wooden poles that converge at the top. The entrance is at the bottom, and the fabric is tied with a series of horizontal bands. The forest around it is lush with green trees and undergrowth. A semi-transparent white box is overlaid on the left side of the image, containing text.

Fondé sur une démarche de sécurisation sociale et culturelle, ce collaboratoire permettra aux Autochtones de se positionner comme acteurs premiers de cette nouvelle gamme de services. Il contribuera à restaurer la relation avec les services publics par une confiance améliorée et il s'appliquera concrètement à réduire les écarts et les disparités qui existent entre les Autochtones et les Québécois et Canadiens en matière de santé et de services sociaux.

INTRODUCTION

Soucieux d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) ont uni leurs forces et leurs expertises pour créer un collaboratoire⁴ permettant de bâtir une offre renouvelée de services de première ligne destinée à la population autochtone.

Ce nouvel espace de médiation et d'interaction se caractérise par ses approches et ses pratiques ancrées dans les savoirs, les traditions, l'identité, la culture et les valeurs autochtones, par la qualité du partenariat et des collaborations sur lesquels il sera bâti et mis en œuvre, de même que par son potentiel d'exemplarité pour d'autres milieux. Il s'agit donc d'un projet phare qui sera volontiers transposable, en tout ou en partie, à d'autres emplacements au Québec.

Le CAAVD a progressivement développé, depuis 1974, une base de services de première ligne destinée aux Autochtones en milieu urbain. Or, au regard des mandataires du Réseau, cette offre de services, relevant pourtant de son domaine de compétence, passe, à peu de choses près, inaperçue. Il est désormais essentiel que celle-ci soit mise en évidence et actualisée afin de répondre aux besoins du milieu et de permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux d'assumer ses obligations en matière responsabilité populationnelle.

En ce sens, ce collaboratoire offrira, dans la foulée de ce qui a déjà été amorcé au CAAVD, des soins, services de santé et services psychosociaux de première ligne, y compris des services de périnatalité, pour la petite enfance, les mères et la famille, des services relatifs à la préservation de l'identité culturelle des enfants et adolescents visés par des mesures de protection de la jeunesse, ainsi que des services communautaires à la population autochtone de tous âges et genres.

Fondé sur une démarche de sécurisation sociale et culturelle, ce collaboratoire permettra aux Autochtones de se positionner comme acteurs premiers de cette nouvelle gamme de services. Il contribuera à restaurer la relation avec le Réseau par une confiance améliorée et il s'appliquera concrètement à réduire les écarts et les disparités qui existent entre les Autochtones et les Québécois et Canadiens en matière de santé et de services sociaux.

⁴ Nous appelons collaboratoire un espace de rencontre, de réflexion et d'action qui réunit différents acteurs partageant des visées communes de transformation et d'innovation sociale. Dans le cas du présent projet, le collaboratoire mise sur une coconstruction des connaissances et des compétences nécessaires au renouvellement d'une offre de services destinée à la population autochtone.

1. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU PROJET

1.1 La problématique d'ensemble

Les indicateurs qui illustrent l'état de santé des Peuples autochtones comparativement à l'état de santé des populations allochtones mettent en évidence une situation tout à fait alarmante (CVRC, 2015; Lévesque, 2017; Lévesque, 2015; Smylie, 2015; Reading, 2015; CCNSA, 2013; Haskell et Randall, 2009). Des efforts de redressement doivent impérativement être déployés et envisagés sur plusieurs fronts. Les Autochtones, étant les premiers concernés, doivent inévitablement se retrouver au cœur des réponses pour réduire les disparités en matière de santé et améliorer leurs conditions de vie.

Il importe notamment que les acteurs du système de santé et de services sociaux prennent conscience du legs délétère du colonialisme et qu'ils soient avisés des particularités sociales et culturelles des Autochtones (Brascoupé et Waters, 2009). Plus encore, la réponse au manque d'accessibilité⁵ et aux lacunes en termes de prévention des facteurs de risque et de promotion de la santé se doit d'être systémique, d'être perçue au regard de la spécificité des déterminants autochtones de la santé et de faire appel aux solutions proposées par les Autochtones (Lévesque, 2017). Par ailleurs, il n'existe aucune ambiguïté juridictionnelle à propos de la compétence des instances provinciales au sujet de la santé autochtone en milieu urbain (CCNSA, 2011). Dans ce contexte, il est de rigueur que le ministère de la Santé et des Services sociaux assume, en étroite collaboration avec les organisations pertinentes en la matière, sa responsabilité populationnelle à l'égard des Autochtones (CSSSPNQL, 2015).

1.2 Une réponse nouvelle en matière de soins, services de santé et services sociaux

Soucieux d'accroître l'accessibilité des Autochtones aux soins, services de santé et services sociaux, et ultimement d'améliorer leur état de santé et leurs conditions de vie, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) ont uni leurs forces pour développer une offre renouvelée et renforcée de services de première ligne en milieu urbain pour les Autochtones à Val-d'Or. La force de cette offre renouvelée de soins et services réside dans sa cohérence avec des processus de guérison particuliers destinés à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone. Ces services se distingueront des autres services de première ligne de la région, de par les approches et les pratiques issues des systèmes de savoirs autochtones, leur caractère inédit et novateur, leur potentiel exportable à d'autres milieux et la qualité du partenariat sur lequel les services seront bâtis et mis en œuvre. Ces services seront déployés à l'intérieur même des locaux du CAAVD.

Le CISSSAT et le CAAVD ont créé un espace de rencontre, de réflexion et d'action qui prend la forme d'un collaboratoire permettant de bâtir l'offre de services de première ligne renouvelée. La formule du collaboratoire s'inscrit en droite ligne des enseignements du Mino Pimatisi8in qui, en langue *anicinabe*, désigne l'état d'un mieux-être global. Dans cette perspective, le partenariat avec le CISSSAT est l'occasion pour le CAAVD de se doter d'une nouvelle identité et de devenir le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP).

Les Autochtones, étant les premiers concernés, doivent inévitablement se retrouver au cœur des réponses pour réduire les disparités en matière de santé et améliorer leurs conditions de vie.

⁵ À distinguer de l'existence de services disponibles. En effet, objectivée au regard des déterminants autochtones de la santé et des manières d'être, de faire et de voir autochtones, la disponibilité ne constitue pas l'équivalent de l'accessibilité.



Ensemble, le Centre d'amitié autochtone et le CISSSAT, qui travaillent de concert depuis plus de dix ans en vue d'améliorer la santé des Autochtones, ont choisi de repositionner et d'enrichir leur partenariat afin de faire un pas de plus dans l'amélioration des conditions de vie des Autochtones et dans l'augmentation de leur accessibilité aux soins, services de santé et services sociaux.

Ils souhaitent ancrer leur démarche partenariale dans les systèmes de manière durable et procurer ainsi des retombées encore plus bénéfiques et pérennes, fondées sur une transmission multilatérale⁶ de connaissances, de compétences et d'expertises.

Concrètement, le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in synchronisera son offre renouvelée de soins et de services de première ligne avec l'ensemble des services développés au cours des 45 dernières années au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : services psychosociaux, services psychoéducatifs, services de santé, services d'accès à la justice, services d'enrichissement des compétences, services à la communauté, services en éducation et services d'économie sociale. Les pages qui suivent présentent les principaux services de santé et services sociaux renouvelés qui seront offerts au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in.

⁶ La transmission multilatérale concerne en premier lieu les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel du CAAMP et du CISSSAT, mais elle vise également les ressources impliquées dans les démarches d'évaluation et dans l'ancrage scientifique.

Soins, services de santé et services sociaux de première ligne

Soins et services de santé

Services de santé courante

Accueil, évaluation et orientation
Prélèvements sanguins
Immunisation
Traitements
(ex : changement de pansement et sonde, injection de médicaments, lavage d'oreilles, pesée de 21 jours pour les nouveaux-nés, tension artérielle)
Suivis
(ex : cholestérol, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, pansements)

Services de périnatalité

Enseignements prénataux
Sensibilisation et prévention
Examens physiques de la mère et du bébé
Suivi de grossesse et de naissance
Lien d'attachement
Allaitement / alimentation / OLO
Immunisation
Alcoolisation foetale
Compétences parentales
Relevailles
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Prévention de la maladie et promotion de la santé

(ex : saines habitudes de vie, contraception, diabète et maladies chroniques, ITSS, dépendance)

Gestion des maladies chroniques

Dépistage

(ex : tension artérielle, glycémie, ITSS, grossesse)

Services de proximité

(ex : maison, rues, parcs, organismes)

Services médicaux

Ces soins et services s'adresseront d'abord aux Autochtones qui vivent ou transitent à Val-d'Or, mais ils rejoindront aussi une population non autochtone vulnérable, en situation d'exclusion ou de rupture sociale, laquelle pourrait retrouver une résonance à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in, de par ses fondements, ses approches et ses pratiques qui s'appuient sur des notions de respect, de confiance, d'altérité, de proximité et d'appartenance communautaire.

Services communautaires

Développement communautaire

Création d'environnements sains et sécuritaires

Implication sociale et participation citoyenne

Prévention de la rupture sociale

Services psychosociaux

Services psychosociaux généraux

Accueil, analyse, orientation et références
Consultation sociale individuelle, de couple et familiale de courte durée (ex : difficultés personnelles d'adaptations et relationnelles)
Interventions complémentaires à Info-Social (ex : référence et inscription d'usagers)
Postvention

Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille

Programme de dépistage 18 mois / 3 ans
Programme intervention intensive en négligence
Programme d'intervention en attachement
Programme de préparation et d'accompagnement à la vie adulte
Programme de traitement des troubles de comportement
Programme d'intervention de crise individuelle et familiale
Soutien à la persévérance scolaire / réussite éducative (incluant des interventions individuelles ou collectives en milieux préscolaire et scolaire / suivis psychoéducatifs)
Intervention sociale en situation de crise suicidaire

Préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones

Structurer les services relatifs à la préservation de l'identité culturelle des enfants et des adolescents autochtones visés par des mesures en protection de la jeunesse.

Services de santé mentale jeunesse / adulte

Évaluation et suivi psychologique des enfants et des parents
Intervention psychosociale en santé mentale (ex : anxiété, phobie, idéations suicidaires, anorexie, etc.)

Services de dépendance

Service de repérage
Services de détection et orientation
Services s'intervention précoce
Suivis psychosociaux au terme d'un traitement spécialisé

Services pour la clientèle en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Services professionnels pour le maintien des acquis
Services de soutien à la famille et aux proches
Services psychosociaux pour la personne, la famille et les proches
Activités socioprofessionnelles et communautaires
Soutien aux autres programmes-services et aux partenaires de la collectivité

Services de proximité

(ex : maison, rues, parcs, organismes)

1.3 Les objectifs et les axes de développement du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in

Le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in vise à améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain à Val-d'Or par des approches et des pratiques propres aux Premiers Peuples. La concrétisation du collaboratoire inclut six axes de développement : conceptualisation et développement; expérimentation et implantation; réflexivité et apprentissages; information et savoirs; transmission et appropriation; viabilité et pérennité. Essentiellement, de grands chantiers seront mis en place pour enrichir les mécanismes de travail entre le CAAMP et le CISSSAT, mettre en commun des outils et des procédures de travail et structurer l'offre détaillée de services. Les diverses composantes de l'offre de services seront ensuite expérimentées, évaluées en temps réel, bonifiées et enfin déployées de manière durable. Plus précisément, les moyens de réalisation seront répartis selon les six grands axes suivants :



Axe 1

Conceptualisation et développement : Accroître la capacité d'agir

L'axe 1 – Conceptualisation et développement – vise à **accroître la capacité d'agir du CAAMP et du CISSSAT pour bâtir la confiance des Autochtones envers les soins et services de santé et les services sociaux**, par la création d'un collaboratoire permettant la conceptualisation et le développement d'une offre renouvelée de services culturellement et socialement sécurisants fondée sur une transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises.

Divers moyens d'actions seront déployés pour atteindre cet objectif. Il s'agira pour le CAAMP et le CISSSAT:

Le déploiement de ces moyens d'action se fera à l'intérieur de sept grands chantiers de travail qui seront mis en place dès le début de cette grande initiative, dans le but précis de planifier, structurer et organiser les services à offrir à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in, puis de les arrimer aux autres services du Centre d'amitié ainsi qu'à ceux du CISSSAT.

- De créer un collaboratoire à l'intérieur duquel sera conceptualisée, développée et mise en œuvre l'offre de services renouvelée en santé et services sociaux au CAAMP
- D'approfondir et documenter les différentes possibilités qui s'offrent à eux dans le renouvellement des soins, services de santé et services sociaux
- D'enrichir leurs mécanismes de travail et de concertation
- De reconnaître les compétences et expertises des intervenants du CAAMP à l'intérieur du CISSSAT
- De mettre en commun les outils de travail et les procédures permettant aux partenaires de mieux travailler ensemble
- De structurer l'offre de services de santé et de services sociaux culturellement et socialement sécurisants du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in

Chantier 1

Mettre en place une offre de services en santé publique qui repose sur les déterminants autochtones de la santé

Chantier 2

Reconfigurer les services de santé de première ligne à offrir à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in

Chantier 3

Accroître et optimiser les services sociaux de première ligne à l'enfance, à la jeunesse, aux adultes et à la famille à offrir à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in

Chantier 4

Structurer les services relatifs à la préservation de l'identité culturelle des enfants et des adolescents autochtones visés par des mesures en protection de la jeunesse

Chantier 5

Planifier le déploiement de l'offre de services de première ligne à l'intérieur de processus de guérison particuliers destinés à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone (cercles de partage, retraites de guérison en milieu naturel/forestier, cueillette ou culture de plantes médicinales, cérémonies spirituelles, etc.)

Chantier 6

Assurer le partage et l'intégration de méthodes et d'outils de travail entre le CISSSAT et le CAAMP

Chantier 7

Assurer des services de qualité, sécuritaires et performants

Les travaux réalisés dans le cadre de ces sept grands chantiers stratégiques permettront la mise en place graduelle des diverses composantes de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in, à travers le deuxième axe du plan de travail.

Axe 2

Expérimentation et implantation : Renouveler l'offre de services

L'axe 2 – Expérimentation et implantation – consiste à **accroître l'accès des Autochtones à des soins, services de santé et services sociaux culturellement et socialement sécurisants à Val-d'Or** par la concrétisation et le développement du collaboratoire associé au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in, en partenariat avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les services de santé de première ligne

Les services sociaux de première ligne

Les services communautaires

L'axe d'expérimentation et implantation inclut également une série d'activités favorisant :

- La reconnaissance du CAAMP en tant que prestataire de services contribuant directement à diminuer les écarts en matière de santé et de services sociaux
- Le déploiement de soins, services de santé et services sociaux à l'intérieur de processus de guérison particuliers destinés à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone
- L'harmonisation de l'offre renouvelée de services de première ligne avec l'ensemble des services du Centre d'amitié et avec ceux du CISSSAT
- La mise en oeuvre des pratiques, des mécanismes de concertation et des méthodes de transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises entre le CAAMP, le CISSSAT et les autres ressources impliquées

Axe 3

Réflexivité et apprentissages : Assurer l'efficacité

L'axe 3 – Réflexivité et apprentissages – vise à **assurer l'efficacité du collaboratoire du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue** par la réalisation d'une combinaison de démarches d'évaluation (amélioration continue, efficacité des processus et impact populationnel) permettant de suivre le développement et la mise en oeuvre de l'offre de services renouvelée en santé et services sociaux, et de stimuler les réflexions, les apprentissages et les rétroactions. Il en résultera un réajustement et une bonification des approches, des pratiques et des services expérimentés, en fonction des rétroactions et des recommandations issues des démarches d'évaluation. Une composante de l'évaluation sera rattachée aux cadres normatifs en vigueur au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et au sein de diverses instances de recherche telles que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce volet sera mené de façon continue.

Axe 4

Information et savoirs : Contribuer à l'avancement des connaissances

L'axe 4 - Information et savoirs - a pour but de **soutenir le développement et la mise en œuvre du collaboratoire et son inscription dans une visée de transformation sociale**, par l'entremise d'un ancrage scientifique fondé sur la coconstruction des savoirs entre les intervenants du CAAMP, les intervenant du CISSSAT et les chercheurs de l'Institut national de recherche scientifique (INRS)/DIALOG - Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones. Cet ancrage scientifique assurera le suivi des interventions, la collecte, la documentation et la synthèse des savoirs, la conception d'outils de connaissances, la diffusion et la valorisation de l'expérience du projet, ainsi que la transmission et la mobilisation des savoirs.

Axe 5

Transmission et appropriation : Partager l'excellence

L'axe 5 - Transmission et appropriation - consiste à **engager les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel du CISSSAT et du CAAMP dans le déploiement d'approches et de pratiques prometteuses en matière de soins, services de santé et services sociaux pour les Autochtones**. Il est question ici de favoriser l'acquisition et l'appropriation de nouveaux corpus de connaissances et de compétences destinés à accroître l'efficacité des services offerts, par le développement et la mise en œuvre de mécanismes de transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises.

Cela se traduira notamment par la réalisation des activités suivantes :

- Élaborer et déployer une offre de formation et de stages, des outils pédagogiques et des mécanismes de suivi
- Créer des postes de navigateurs de services⁷ détenant les connaissances culturelles et sociales propres aux Autochtones
- Expérimenter et implanter des pratiques prometteuses en matière de santé et de services sociaux pour les Autochtones et les inscrire dans une démarche de sécurisation sociale et culturelle

Axe 6

Viabilité et pérennité - Contribuer au changement

L'axe 6 - Viabilité et pérennité - consiste à **mobiliser les acquis afin de contribuer directement à l'amélioration des conditions de santé et des conditions de vie de la population autochtone**, à accroître le potentiel de transférabilité dans d'autres milieux et à obtenir un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour assurer la pérennité de l'offre de services renouvelée en santé et services sociaux.

Pour ce faire, il s'agira de :

- Valider le caractère transformatif de la démarche conjointe CAAMP-CISSSAT
- Inscrire le projet comme modèle d'innovation sociale en contexte autochtone
- Maximiser et valoriser les retombées de l'initiative à l'échelle du Québec et ailleurs

⁷ La profession de « navigateur de services » s'inspire de l'expérience des Maoris de Nouvelle-Zélande en ce qui a trait à l'autodétermination en matière de santé et dans d'autres domaines connexes. Ces intervenants, aux compétences culturelles autochtones remarquables, soutiennent les familles maories (et non seulement les individus) afin que leurs membres précisent leurs besoins et leurs aspirations et qu'ils établissent des projets quant à leur éducation, leur santé ou leurs métiers. Les navigateurs guident les familles vers des services adéquats dont la définition repose sur les valeurs autochtones de respect, d'entraide, d'équité, de partage et de confiance (Bennett et Liu, 2017).

1.4 Des services fondés sur les systèmes de savoirs, les normes sociales et les filets de protection autochtones

Plutôt que de viser un prolongement de l'offre de services du Réseau de la santé et des services sociaux vers la population autochtone à Val-d'Or, le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in et le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont opté pour la formule du collaboratoire. Ainsi, la reconfiguration de l'offre de services reflètera les pratiques, les valeurs, les savoirs et les modalités de l'interaction sociale qui constituent les piliers de l'action communautaire autochtone. Ainsi faut-il rappeler que « les Autochtones ont bien d'autres choses à offrir que des besoins. Les réponses doivent venir d'eux-mêmes. Ce sont eux qui ont ce bagage, ces modes d'apprentissage particuliers, ces systèmes de savoirs dans lesquels il faut puiser pour restaurer les façons de faire. » (Lévesque, 2017)

Les Peuples autochtones ont en effet une vision de la santé bien différente de celle des sociétés non autochtones. La conception de la santé chez les Autochtones rejoint davantage un état de mieux-être global issu de l'équilibre entre les quatre dimensions de la vie (corporelle, émotionnelle, spirituelle et rationnelle) et qui intègre différents aspects, y compris la maîtrise de l'environnement physique et social de même que

l'inséparabilité de l'individu, de la famille, de la communauté et du monde en général (Mark, 2012). Les membres des Premiers Peuples utilisent différents concepts pour désigner ce mieux-être. Les Anicinabek notamment évoquent le Mino Pimatisi8in pour nommer cet état de bien-être.

La principale qualité du Mino Pimatisi8in est de reposer sur un ancrage à la fois identitaire et social qui positionne l'individu, en toutes circonstances, dans une collectivité, en tant que membre de cette collectivité, qu'elle soit appelée communauté autochtone (réserve), communauté d'appartenance ou communauté autochtone urbaine.

Le Mino Pimatisi8in est résolument holistique dans le sens où il traduit un équilibre dont les différentes dimensions et forces se déploient de manière combinée et intégrée sur les plans individuel, familial, communautaire, territorial et cosmogonique. En conséquence, isoler la personne (qu'elle ait 5 ans ou 80 ans) de son monde de significations et de relations (comme ce fut le cas à grande échelle avec les pensionnats par exemple ou encore lorsqu'il y a placement d'enfant autochtone dans des familles d'accueil non autochtones), c'est provoquer une rupture dans son développement et son plein épanouissement. C'est également rompre le cercle de transmission des connaissances et des compétences qui assurent la connexion avec le Mino Pimatisi8in.

*[L]es Autochtones ont bien d'autres choses à offrir que des besoins.
Les réponses doivent venir d'eux-mêmes. Ce sont eux
qui ont ce bagage, ces modes d'apprentissage particuliers,
ces systèmes de savoirs dans lesquels il faut puiser pour
restaurer les façons de faire.*

(Lévesque, 2017)

S'il y a tant d'écarts, une des pistes à explorer c'est bien cette question de la correspondance entre des visions de la santé. C'est fondamental pour faire des pas dans une démarche de sécurisation culturelle.

(Lévesque, 2017)

Cette quête du Mino Pimatisi8in exige, à terme, de revoir non seulement les habitudes et les pratiques en matière de santé, mais également de redéfinir les logiques qui sous-tendent les choix et les décisions à cet égard afin d'offrir des services renouvelés qui intègrent cette vision du monde et du relationnel et un accompagnement qui dépasse la simple présence pour devenir une occasion privilégiée de régénérescence (Lévesque *et al.*, 2018).

En milieu autochtone, l'amélioration de la santé va de pair avec le renforcement des conditions physiques, sociales, économiques et culturelles à la fois au niveau individuel, mais aussi au niveau communautaire. [Dans la société québécoise ou canadienne], lorsque l'on tente de répondre à des besoins en matière de santé pour les Autochtones, il est très rare que l'on passe par ce type de concept, que l'on prenne en considération cette vision du monde particulière qui amène les personnes autochtones à interagir différemment les unes avec les autres. On y va plus directement pour un besoin précis, de manière souvent technique, et on a notre propre vision de la santé. S'il y a tant d'écarts, une des pistes à explorer c'est bien cette question de la correspondance entre des visions de la santé. C'est fondamental pour faire des pas dans une démarche de sécurisation culturelle. (Lévesque, 2017)

Le cadre conceptuel associé au Mino Pimatisi8in est ainsi de large portée et s'attache à rendre compte autant des déterminants autochtones de la santé que des phases de la vie ou de l'interdépendance entre les facettes de l'être humain. Ce cadre apparaît tout à fait adéquat pour le déploiement de l'offre de services de première ligne renouvelée dont il est question.

L'expérience exclusive des Autochtones sur le plan du colonialisme et son cortège de mesures vouées à effacer les cultures et les modes d'apprentissage (pensionnats, placements d'enfants, Sixties Scoop, etc.) ont engendré des blessures personnelles, familiales et communautaires uniques qui appellent à la mise en application de pratiques de guérison particulières destinées à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone.

De telles pratiques ont la propriété ou la qualité d'agir directement auprès des individus afin de leur offrir un environnement sécurisant qui facilite une démarche de guérison en plusieurs étapes : l'acceptation de l'existence du traumatisme vécu, l'écoute de la souffrance personnelle, la compréhension des mécanismes de cette souffrance, le retour à l'équilibre global de la personne et sa reconnexion avec les enseignements de sa culture d'appartenance. La section qui suit présente un ensemble de pratiques prometteuses en matière de guérison autochtone.



PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE DE GUÉRISON AUTOCHTONE

De telles pratiques ont la propriété ou la qualité d'agir directement auprès des individus afin de leur offrir un environnement sécurisant qui facilite une démarche de guérison en plusieurs étapes :

L'acceptation de l'existence du traumatisme vécu

L'écoute de la souffrance personnelle

La compréhension des mécanismes de cette souffrance

Le retour à l'équilibre global de la personne

Sa reconnexion avec les enseignements de sa culture d'appartenance

PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE DE GUÉRISON AUTOCHTONE

Counselling dispensé par les aînés et les guérisseurs/aidants

Dans la vie quotidienne, en ville ou dans d'autres circonstances, il est également possible d'avoir recours aux conseils des aînés et des guérisseurs, aussi appelés des aidants dans certains contextes. Les aînés sont des personnes reconnues à ce titre par d'autres aînés, connues pour leurs bons comportements en communauté et envers leur famille, leur tempérance ou sobriété, pour la vaste étendue de leurs connaissances et le respect qui leur est dévolu.

Les guérisseurs ou aidants sont des personnes qui, par divers moyens, utilisent leurs connaissances afin de favoriser la guérison chez des personnes qui leur demandent soutien. Ils utilisent les plantes sauvages, des éléments de la faune et des éléments spirituels afin de favoriser, de manière participative, la guérison.

Retraites de guérison fermées en milieu naturel/forestier

Une des méthodes privilégiées favorisant la guérison de personnes ayant vécu de multiples traumatismes consiste en une retraite d'une durée de quelques jours à plusieurs semaines en milieu naturel et/ou forestier. Un des objectifs de cette modalité est la reprise de contact de la personne avec la nature et les apprentissages associés au mode de vie traditionnel. Ces éléments de reconnexion culturelle sont souvent considérés comme cruciaux dans les démarches de guérison. La formule peut changer selon qu'il s'agisse d'une retraite pour hommes, pour jeunes, pour femmes ou pour aînés. Il peut s'agir de groupes de quatre à quinze individus.

Par ailleurs, bien que ces groupes puissent être dirigés par un personnel autochtone utilisant des méthodes traditionnelles, de telles retraites peuvent aussi comprendre des professionnels de la santé ou du travail social qui œuvrent de concert avec le personnel autochtone. En fait, la composition des groupes et du personnel se doit d'être adaptée aux circonstances particulières qui justifient la planification de telles retraites.

Cercles de partage et cercles de guérison

Les cercles de partage et les cercles de guérison sont des activités permettant aux personnes qui ont vécu des traumatismes de verbaliser leurs expériences, de briser leur solitude et d'amorcer une démarche de guérison, dans un contexte culturellement sécurisant. Ces cercles sont également désignés comme « cercles de parole », dans la mesure où une grande partie du processus est associée au partage de son vécu par la parole dans une perspective de purification puis de régénération. Ces cercles sont habituellement accompagnés de protocoles menés par un aîné.



Activités de réappropriation de l'histoire

Bien qu'un grand nombre d'Autochtones soit renseigné à propos des effets néfastes et intergénérationnels des traumatismes liés à la colonisation, aux guerres, aux épidémies et, plus récemment, aux pensionnats, ce n'est pas le cas pour tous les Autochtones. En ce sens, des activités permettant aux personnes de se réapproprier leur histoire et l'histoire vécue par leurs ancêtres sont habituellement considérées comme fondamentales dans les démarches de guérison individuelles et collectives. Cela dit, il n'est pas exclusivement question, dans de telles activités, de mettre l'accent sur des aspects « négatifs » de l'histoire. Il s'agit également de mieux connaître l'histoire de sa nation, les parcours de différents personnages historiques marquants, les affiliations entre les nations et les communautés, l'emplacement des territoires traditionnels de chasse et de trappe, notamment.

Activités de réappropriation d'éléments de la culture immatérielle

La culture immatérielle est liée, en outre, aux valeurs, aux langues autochtones, au mode de vie en milieu forestier et à la reconstruction de relations saines et équilibrées sur les plans familial et social. Ces activités sont également liées à des compétences essentielles du mode de vie traditionnel comme le dépeçage, la navigation sur rivière et l'allumage de feu. Il s'agit d'une modalité importante quant au soutien à la fierté culturelle et à la poursuite de démarches de guérison.

Cueillette et/ou culture de plantes médicinales

Les pratiques traditionnelles de guérison sont, dans la vaste majorité des cas, liées à l'utilisation de plantes médicinales. Bien évidemment, nous comptons parmi celles-ci les quatre plantes sacrées (le foin d'odeur, le cèdre, le tabac et la sauge). Cela dit, certains troubles et certaines cérémonies peuvent nécessiter l'utilisation d'autres plantes, connues pour leurs vertus par les herboristes traditionnels, souvent des aînés. Par ailleurs, certaines des plantes utilisées ne poussent pas naturellement en Abitibi et étaient traditionnellement obtenues par l'entremise des longs circuits d'échanges entre les nations alliées (ces circuits pouvaient faire plusieurs milliers de kilomètres et impliquer des dizaines de nations intermédiaires). Dans ces circonstances, à l'époque contemporaine, il est possible de faire pousser la plupart des plantes utiles dans un jardin. Bien sûr, un grand nombre de ces plantes sont cueillies directement en forêt.

Activités de réappropriation d'éléments de la culture matérielle

La culture matérielle est associée aux objets qui étaient/sont utilisés dans le cadre du mode de vie traditionnel autochtone. La complexité des travaux à effectuer dans le cadre de ces activités est variable. Il peut s'agir de broderie, de perlage, de confection de mocassins, de mitaines, de vêtements. Il peut également s'agir de confection de couteaux croches, de paniers d'écorce, de paniers de frêne, de sacs. Plus encore, il peut s'agir de la fabrication de wigwams (ou d'autres habitations traditionnelles), de canots d'écorce, de raquettes, de tambours à main ou de tambours de Pow-Wow. L'objectif consiste évidemment à ce que des individus et des groupes puissent acquérir des compétences associées à la fabrication d'objets. Toutefois, un autre aspect majeur de ces activités a trait à la fierté culturelle. Aussi, il s'agit d'espaces privilégiés pour l'intervention psychosociale.

Activités de récits

La manière autochtone privilégiée pour la transmission de la culture est sans contredit le récit. Le récit peut prendre différentes formes telles que les contes, les légendes et les histoires qui racontent des épisodes de la vie des ancêtres. Dans tous les cas, les récits servent à rappeler des valeurs, des manières de faire, de manières d'entrevoir les problèmes et les solutions. En ce sens, ce sont des activités qui permettent aux personnes et aux groupes de donner davantage de sens à leur existence et qui sont centrales quant à la transmission d'un éventail d'éléments culturels.



Activités d'apprentissage de chants, de danses et de musiques de Pow-Wow

Une méthode traditionnelle de reconnexion des personnes à leur culture a trait à l'apprentissage des chants, des musiques (au tambour) et des danses traditionnelles autochtones. Cette modalité est, habituellement, étroitement liée à des démarches de guérison. En effet, la gamme des apprentissages qui est associée à la pratique des Pow-Wow est vaste et comprend, en outre, la confection des régalias (habits de Pow-Wow), l'apprentissage des dons et contre-dons liés aux cérémonies, l'apprentissage des rythmes au tambour de Pow-Wow et au tambour à main, l'apprentissage des chants, l'apprentissage des protocoles à respecter. Ces éléments contribuent souvent de manière déterminante, chez les personnes qui participent à ces activités, à maintenir des relations saines et à poursuivre harmonieusement leur démarche de guérison.



Activités culinaires traditionnelles et repas communautaires

Associé à une partie déterminante du mode de vie traditionnel, le « fait alimentaire » est un élément essentiel à prendre en considération. Les activités effectuées dans ce cadre ont trait à la chasse et à la trappe, à la préparation des mets, aux modes de cuisson particuliers et à la convocation des personnes invitées pour le partage de la nourriture. Finalement, les activités de repas communautaire sont des opportunités de création de liens sociaux.

Activités physiques et activités sportives traditionnelles

Cette composante a trait à la dimension physique, mais également aux dimensions émotionnelle, spirituelle et rationnelle de l'humain. En effet, l'activité physique est au cœur du mode de vie traditionnel et renforce toutes les dimensions constitutives de l'humain. Qu'il s'agisse de sports traditionnels comme la crosse ou de sports plus contemporains comme le hockey, ou alors d'activités servant aux déplacements comme la raquette ou le canot, le sport n'est pas du tout étranger aux cultures autochtones et il est essentiel à l'équilibre des quatre dimensions de l'être humain.

Cérémonies particulières

De nombreuses cérémonies sont présentes dans les cultures autochtones. Celles-ci varient selon les contextes (deuil, naissance, maladie, période de l'année, éléments). Ces cérémonies particulières font partie intégrante du mode de vie traditionnel et permettent aux personnes et aux groupes de poursuivre leurs démarches de guérison de manière soutenue.

Activités associées au cercle d'influence (roue de médecine)

Le cercle d'influence est une autre manière de parler de la roue de la médecine et des enseignements qui lui sont associés. D'un point de vue « matériel », il existe deux formes de cercles d'influence : ceux qui sont représentés sur papier et ceux qui sont faits de pierres disposées à même le sol. Le cercle sur papier est une représentation tandis que celui fabriqué à même le sol est « le vrai » cercle d'influence. Dans les deux cas, le cercle d'influence comprend les quatre couleurs liées aux quatre directions et aux quatre phases de l'existence humaine :

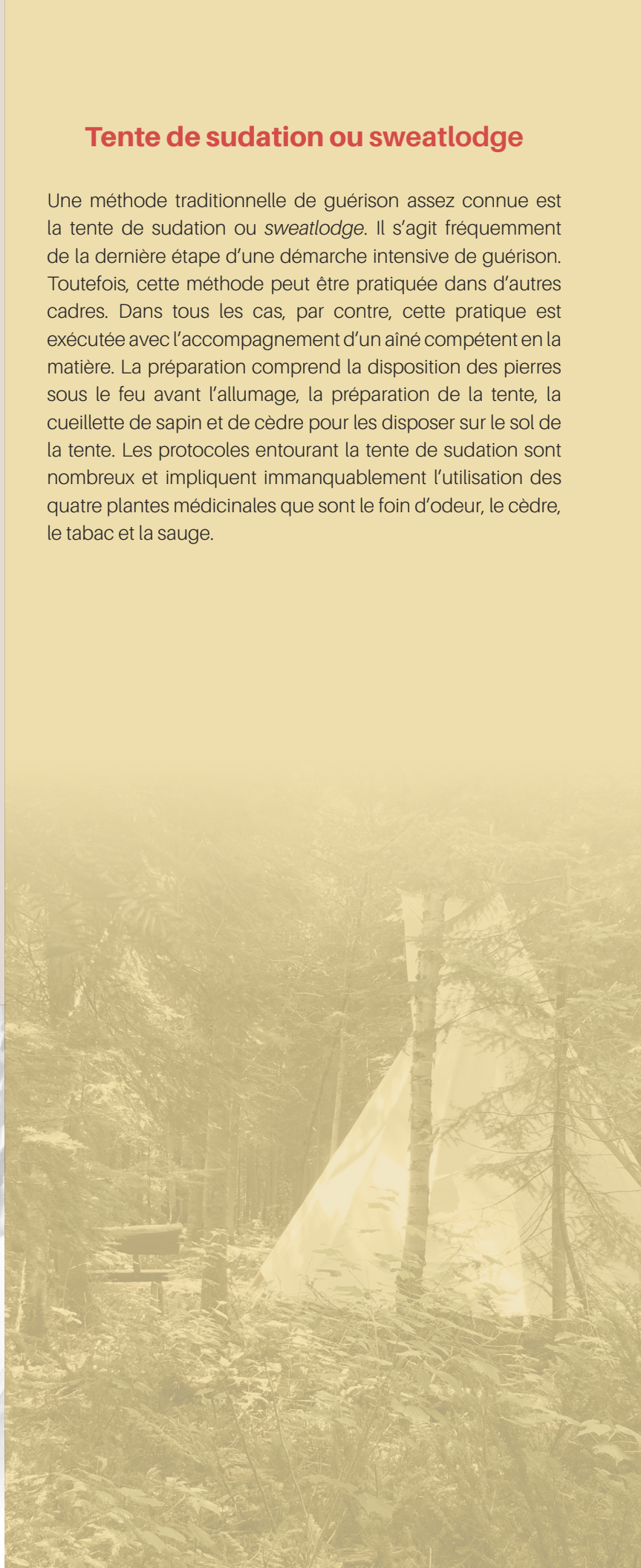
Jaune / Est / Enfance
Rouge / Sud / Adolescence / Jeune adulte
Noir / Ouest / Adulte mature
Blanc / Nord / Aîné

Les différentes constituantes de l'humain (rationnel / émotionnel / physique / spirituel) sont également liées au cercle d'influence.

Il est ainsi prévu que nous confectionnions, avec l'aide des personnes ayant des connaissances en la matière, un cercle d'influence fait de pierres au site culturel Kinawit. Le cercle d'influence doit être considéré en tant qu'outil qui est utilisé par les aînés afin de dispenser leurs enseignements, qui dépassent ce qu'il est possible d'évoquer ici, sur papier.

Tente de sudation ou sweatlodge

Une méthode traditionnelle de guérison assez connue est la tente de sudation ou *sweatlodge*. Il s'agit fréquemment de la dernière étape d'une démarche intensive de guérison. Toutefois, cette méthode peut être pratiquée dans d'autres cadres. Dans tous les cas, par contre, cette pratique est exécutée avec l'accompagnement d'un aîné compétent en la matière. La préparation comprend la disposition des pierres sous le feu avant l'allumage, la préparation de la tente, la cueillette de sapin et de cèdre pour les disposer sur le sol de la tente. Les protocoles entourant la tente de sudation sont nombreux et impliquent inmanquablement l'utilisation des quatre plantes médicinales que sont le foin d'odeur, le cèdre, le tabac et la sauge.



1.5 Les grands piliers sur lesquels reposent l'action du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in

La culture organisationnelle du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in repose sur cinq grands piliers, qui présentent de nombreux points de convergence et qui se complètent l'un l'autre. Chacun propose d'accorder une attention spéciale non seulement aux individus, mais aussi au milieu de vie et à l'environnement communautaire et social dans lequel ils évoluent. Chacun, à sa manière, s'inscrit dans une dynamique de transformation des pratiques de prévention, d'accompagnement, de soins et de suivi avec comme finalité commune l'amélioration de la qualité de vie des hommes, des femmes, des enfants et des aînés autochtones. Chacun reconnaît la spécificité du monde autochtone et la manière propre dont se construisent les relations entre les individus, leur famille élargie et leur communauté d'appartenance. Ces piliers combinés orientent le choix des activités à entreprendre au sein du projet et permettent de baliser les étapes qu'il faut traverser afin de combler les besoins ciblés et d'atteindre les objectifs.

Pilier 1 : La décolonisation

D'un point de vue pragmatique, les démarches de décolonisation sont généralement fondées sur la prise en compte et la revitalisation des manières autochtones d'être et de comprendre le monde afin que les générations actuelles et futures puissent en tirer parti à l'époque contemporaine, et ce dans le cadre d'efforts de réappropriation de prérogatives (en matière d'éducation, de santé, de territoire, par exemple) qui leurs ont été retirées au fil de l'histoire (Tully, 2000, p. 42).

Ainsi, la décolonisation ne se traduit pas par un rejet tous azimuts des savoirs issus du monde non autochtone. Elle a plutôt trait à un recentrement des peuples autochtones autour de leurs préoccupations actuelles et de leurs manières d'appréhender le monde, cela permettant d'orienter les actions à mettre en œuvre d'après leurs propres intentions, perspectives et objectifs (Smith, 1999, p. 39).

En ce sens, la décolonisation est étroitement liée à des efforts d'autodétermination des peuples autochtones dans divers domaines, au moyen de démarches qui s'opèrent malgré les structures sociopolitiques établies lors des processus de colonisation, en vue de les transformer. De telles intentions transformatives sont en grande partie portées par l'agentivité autochtone.

Pilier 2 : L'agentivité autochtone

L'agentivité, traduction du terme anglais «agency», désigne globalement la capacité d'agir d'un groupe, et ce malgré des conditions d'existence qu'il n'a pas choisies et qui peuvent s'avérer défavorables. En somme, « l'agentivité fait référence [...] à la capacité des agents à agir pour faire advenir le monde qu'ils souhaitent voir se réaliser » (De Saint-Georges, 2005, p. 203).

En contexte autochtone, l'agentivité renvoie à la capacité collective de prendre en main sa destinée, de participer directement à la prise de décisions sur son avenir, d'inverser le cours de la colonisation, de proposer des réponses alternatives aux inégalités de pouvoir en place. C'est aussi la capacité de créer des environnements sécurisants et de déployer des pratiques qui favorisent l'amélioration des conditions de vie des individus et la reconstruction de leur dignité.

Pilier 3 : L'approche écosystémique

L'approche écosystémique propose de ne pas isoler la personne du milieu (familial et communautaire) auquel elle appartient et avec lequel elle interagit. Elle suggère un cadre de référence qui met l'accent sur les relations positives que l'individu entretient avec son environnement. La nature de ces relations et leur déploiement dans un contexte serein et sécurisant sont essentiels à son épanouissement. En contexte autochtone, il existe un réseau élargi de parenté biologique, sociale et territoriale qui comporte des droits, des obligations et des responsabilités. La communauté autochtone, par exemple, ne désigne pas seulement un lieu d'ancrage géographique, mais aussi et surtout la synthèse des connexions sociales, relationnelles et spirituelles qui composent l'histoire et la filiation de chaque personne, son appartenance au groupe et sa place au sein de l'univers.

Pilier 4 : L'innovation sociale

L'innovation sociale est un vecteur majeur de développement social et humain au sein de la société québécoise. Semblable approche propose un changement dans les pratiques existantes de manière à apporter une réponse durable à des enjeux de société majeurs tels que les inégalités sociales, les inégalités en matière de santé, ou encore les situations de marginalisation perpétrées à l'endroit d'un groupe social donné. L'innovation sociale vise des changements de nature structurelle, organisationnelle et institutionnelle afin que les mentalités, les comportements et les manières de faire se renouvellent pour accroître leur efficacité et leurs retombées. Elle repose sur une vision avancée de la coopération et du partage entre acteurs de différents horizons qui œuvrent ensemble à transformer des conditions adverses en conditions de succès et de progrès social

Pilier 5 : La sécurisation sociale et culturelle

La sécurisation sociale et culturelle est une démarche d'affirmation, de transformation et de réconciliation qui vise à réduire les écarts et les inégalités qui existent entre la population autochtone et la population canadienne et québécoise en matière de santé comme en d'autres domaines. Elle reconnaît la légitimité de la différence sociale et culturelle des Autochtones. Elle considère les effets durables de la colonisation, du racisme systémique et du traumatisme intergénérationnel qui en découlent. Elle propose une réponse au déséquilibre de pouvoirs qui existe entre la société dominante et les Autochtones. Cette démarche traduit aussi une volonté collective et communautaire de transformation et d'innovation sociale de la part des Autochtones, puisqu'elle vise la réduction des inégalités, elle repose sur le principe fondateur de la justice sociale, et surtout, elle s'inscrit dans une intention claire et légitime d'affirmation politique et identitaire, de gouvernance autochtone. (Lévesque, 2017)



1.6 Une relation multilatérale de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises

En plus de contribuer à améliorer la santé et les conditions de vie des Autochtones par un accès accru à une offre de services culturellement et socialement sécurisants directement en milieu autochtone, en misant notamment sur la valorisation de la culture, de la langue, des modalités d'interaction familiale et sociale autochtones, le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) se dotera d'un important mécanisme multilatéral de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises. Ce mécanisme concerne en premier lieu les échanges avec les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel du CISSAT, mais il vise également les ressources impliquées dans les démarches d'évaluation et dans l'ancrage scientifique.

La section qui suit présente quelques pratiques prometteuses en termes de modalités de transmission connaissances, de compétences et d'expertises à mettre en place tout au long du renouvellement de l'offre de services du CAAMP pour stimuler l'influence multilatérale entre les deux principaux partenaires et les autres ressources impliquées.



Pratiques prometteuses documentées et éprouvées en matière de relation multilatérale entre partenaires

Pistes d'action pour stimuler la relation multilatérale entre les partenaires

La réduction des écarts en matière de santé sur un même territoire exige une concertation étroite entre les populations distinctes qui y cohabitent, ainsi qu'avec les intermédiaires qui les représentent d'office. Ces considérations sont primordiales dans la mesure où « le territoire d'une région n'est pas un tout indifférencié, mais un organisme dont les composantes ont leur vie propre et que pour favoriser le mieux-être de l'ensemble, il faut tenir compte de chacune des parties » (Boisvert, 2013, p. 207).

Cela dit, même si nous parlons ici d'un seul mécanisme, il semble évident que celui-ci prendra de multiples formes. Il est également fort probable que ce mécanisme se transformera au fil du temps d'après des modalités d'échanges ponctuelles. La répétition de telles modalités donnera vraisemblablement lieu à une stabilisation de la configuration du mécanisme en question. À première vue, il apparaît que la tenue de séminaires interinstitutionnels est une approche favorable au développement de l'interface que nous souhaitons susciter.

[L]e séminaire facilite l'élargissement des réseaux de collaboration à des niveaux interpersonnels (entre les professionnels de différentes institutions) et interinstitutionnels. Ces liens directs qui s'établissent à la fois au cours du séminaire et dans ses marges (l'avant et l'après) facilitent la référence, la consultation et la concertation. Ils donnent un visage humain aux procédures et aux protocoles interinstitutionnels qui, étant donné la surcharge qui caractérise l'ensemble du réseau, sont souvent essentiellement défensifs. (Rousseau *et al.*, 2005, p. 118)

De semblables séminaires seraient en outre propices à l'identification des problématiques à aborder, à l'aménagement de méthodes facilitant la circulation fluide des pratiques prometteuses et à l'élaboration conjointe des stratégies de long cours à mettre en œuvre. Ces exercices de mise en commun devraient idéalement réunir les acteurs de premier plan en termes de prises de décisions à différentes échelles.

Les échanges soutenus et le rapprochement entre les acteurs (chercheurs, intervenants et gestionnaires) pourraient aider les chercheurs à mieux comprendre les besoins des intervenants et des gestionnaires et ainsi à augmenter l'applicabilité, l'adaptabilité et la validité méthodologique perçue des données probantes produites. (Gervais, Chagnon et Paccioni, 2011, p. 59)

Ces passerelles seraient à même d'augmenter l'accessibilité aux soins et services et de restreindre les coûts sociaux et matériels associés aux délais de transmission et aux dissemblances structurelles entre les institutions partenaires. En effet, « [l]es passages d'une institution à l'autre sont la source de nombreux heurts à cause, d'une part, du décalage des mandats et des cadres de référence et, d'autre part, de l'accentuation des problèmes que pose la continuité des soins, déjà aigus au sein même des institutions » (Rousseau *et al.*, 2005, p. 116-117).

Pourtant, il est à l'évidence essentiel de ne pas limiter les relations multilatérales à des échanges ponctuels, même si ceux-ci sont relativement fréquents. C'est-à-dire qu'il est fondamental de s'assurer qu'il s'agisse d'un processus continu et évolutif. Pour ce faire, l'idée du « navigateur de services », doté d'un profil particulier (connaissances extensives du monde autochtone et des institutions allochtones) aurait une place prépondérante dans la poursuite de ces objectifs. Ainsi, tout bien considéré, « [l]a mise en œuvre des approches intégrées requiert de nouvelles pratiques professionnelles pour se déployer et la création de "nouveaux métiers" pour assurer une interface efficace entre les idéateurs de ces approches, les populations et les milieux visés » (Turcotte et al., 2011, p. 57).

L'apport des navigateurs de services au mécanisme en question sera en ce sens décisif puisque « [l]es données probantes perçues comme fiables, présentées *en temps opportun* ainsi que dans un format synthétique et vulgarisé, auraient davantage de chances d'être utilisées au sein des pratiques cliniques et de gestion » (Gervais, Chagnon et Paccioni, 2011, p. 58 [nos soulignés]).

Navigateur de services

La profession de navigateur de services s'inspire de l'expérience des Maoris de Nouvelle-Zélande en ce qui a trait à l'autodétermination en matière de santé et dans d'autres domaines connexes. Ces intervenants, habituellement issus du milieu autochtone, soutiennent les familles (et non seulement les individus) afin que leurs membres précisent leurs besoins et leurs aspirations et qu'ils établissent des projets quant à leur éducation, leur santé ou leurs métiers. En ce sens, ils jouent un rôle quant à la mise en évidence des relations entre les déterminants de la santé. Leur travail repose sur les valeurs de respect, d'entraide, d'équité, de partage et de confiance (Bennett et Liu, 2017).

Une des principales caractéristiques des navigateurs de services est d'identifier les obstacles qui engendrent des conditions propices à la production de faibles résultats au regard des indicateurs de santé et de dénouer les éléments qui posent problème. Ils agissent notamment à titre d'intermédiaire pour faire circuler les informations essentielles aux membres d'une famille ou d'une communauté en matière d'accès aux soins de santé, du général (première ligne) jusqu'au particulier (deuxième et troisième lignes) (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Ils sont recrutés parmi les « leaders naturels » d'une communauté particulière (Henderson et Kendall, 2011). L'accompagnement des familles pour les rendez-vous, pour expliquer les procédures quant à un service particulier, pour rendre fluide le passage d'un service à un autre ou simplement pour améliorer la confiance de membres d'une famille envers le système de santé est un des rôles primordiaux du navigateur de services (Slater *et al.*, 2013).

Par ailleurs, les navigateurs de services travaillent à construire des relations à long terme avec des professionnels de la santé. Connaissant de manière détaillée l'historique et les éléments problématiques de la santé d'une famille ou d'une communauté, ils sont en mesure de donner rapidement des informations cruciales aux professionnels de la santé et de « naviguer » plus efficacement à travers le continuum des soins et services avec ces professionnels et les familles (Slater *et al.*, 2013). De manière plus structurelle, les navigateurs de services, en tant que témoins des parcours des familles au long du continuum des soins et services de santé et des difficultés qu'elles rencontrent, sont en mesure de formuler des recommandations aux décideurs des institutions afin que les manières de faire et de voir se transforment à la faveur d'une efficacité améliorée (Cram, 2014). Le rôle global des navigateurs de services est étroitement lié à l'intention d'accélérer la diminution des disparités en matière de santé et d'accès aux soins et services (Henderson et Kendall, 2011; Cram 2014).

Certaines stratégies peuvent être mises à profit pour favoriser la transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises, par exemple :

« Stratégie relationnelle » qui consiste à « créer des alliances basées sur des relations interpersonnelles de proximité »;

« Stratégie structurelle » avec laquelle « on cherche à établir des espaces de rencontre, à développer ou à investir des structures formelles permettant le regroupement d'acteurs hétérogènes, c'est-à-dire de personnes qui proviennent de lieux divers et dont les intérêts, a priori, ne sont pas tous convergents »;

« Stratégie par relais » qui peut être perçue « comme une variante de la stratégie relationnelle », à la différence « qu'elle procède à travers la médiation de personnes qui ont déjà des relations établies ou qui sont dans des situations favorables pour développer des relations »;

« Stratégie de soutien », qui est essentiellement logistique, qui « peut impliquer des activités de reddition de comptes, de planification ou d'assistance technique dans des demandes de financement » et qui peut consister en de l'aide « à l'organisation d'événements »;

« Stratégie formative », qui mise sur « sur la transmission et la diffusion de connaissances suivant des formes plus orthodoxes » et dans laquelle la formation « cherche à susciter de l'intérêt chez le plus grand nombre d'adhérents potentiels ». (Turcotte *et al.*, 2011, p. 66-67)

Dans l'ensemble, nous projetons que le mécanisme multilatéral de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises sera à même d'augmenter considérablement les capacités opérationnelles des partenaires et de progresser ensemble vers des objectifs communs. Ainsi, « [l]a connaissance de l'autre comprend aussi une reconnaissance des similitudes et des convergences » (Rousseau *et al.*, 2005, p. 118).

Dans l'ensemble, nous projetons que le mécanisme multilatéral de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises sera à même d'augmenter considérablement les capacités opérationnelles des partenaires et de progresser ensemble vers des objectifs communs. Ainsi, « [l]a connaissance de l'autre comprend aussi une reconnaissance des similitudes et des convergences »

*(Rousseau *et al.*, 2005, p. 118).*



1.7 Les principaux résultats attendus

La réalisation des activités de chacun des axes de développement et de mise en œuvre de l'offre renouvelée de services permettra l'atteinte à court et moyen termes de plusieurs résultats répartis à deux niveaux :

1) Résultats quant à l'efficacité et à la performance des processus logistiques et cliniques	
Repositionnement et enrichissement du partenariat entre le CAAMP et le CISSSAT;	Capacité accrue à assurer l'efficacité du collaboratoire du CAAMP et du CISSSAT tout au long du développement et de la mise en œuvre de l'offre de services renouvelée en santé et services sociaux;
Conceptualisation d'une interface de soins, services de santé et services sociaux culturellement et socialement sécurisants pour les Autochtones;	Accès à de nouveaux recueils de connaissances, pratiques et compétences aptes à influencer la conception de soins, services de santé et services sociaux culturellement et socialement sécurisants pour les Autochtones;
Développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance;	Acquisition et appropriation de nouveaux corpus de connaissances et de compétences destinés à accroître l'efficacité des services offerts;
Déploiement d'une offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux culturellement pertinents et socialement sécurisants à l'intérieur du CAAMP;	Obtention d'un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour assurer la pérennité de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisiwin.
Arrimage de l'offre renouvelée de services de première ligne avec les autres services du CAAMP et avec ceux du CISSSAT;	

2) Résultats d'impact auprès des membres de la communauté autochtone urbaine	
Augmentation de l'accès des Autochtones aux soins, services de santé et services sociaux;	Adoption par les Autochtones de comportements individuels et collectifs durables favorisant l'amélioration de leur santé et le mieux-être :
Augmentation des connaissances, des compétences et de la capacité d'agir des Autochtones en matière de prévention et d'amélioration de leur santé;	<ul style="list-style-type: none">• Développement d'un réseau de soutien et d'entraide;• Adoption de saines habitudes de vie;• Prévention des facteurs de risque en matière de dépendance;• Réduction du nombre de personnes qui ignorent qu'elles sont infectées par une ITSS;• Réduction du nombre de signalements en protection de la jeunesse.

Le degré d'atteinte de ces résultats, et la manière dont ils seront réalisés, seront mesurés au cours des cinq prochaines années, au moyen d'une combinaison de démarches d'évaluation (amélioration continue du collaboratoire, efficacité des processus et excellence clinique, impact populationnel).

Les partenaires verront à y associer des instances existantes telles que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À plus long terme, l'atteinte de ces résultats à court et moyen termes contribuera à réduire les écarts de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones. Les activités permettront non seulement de dépister et de traiter précocement la maladie, d'intervenir de façon individuelle et en groupe, mais également de concentrer collectivement nos efforts afin de protéger la santé des personnes et de leur famille.

L'évaluation sera aussi dotée de paramètres de mesure continue d'indicateurs de performance utilisés et validés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Avec l'appui de partenaires tels que l'INESSS et l'INSPQ, il est convenu que les paramètres de gestion, de reddition de comptes et d'objectifs prioritaires seront mis en concordance avec les critères du MSSS.



1.8 Les démarches d'évaluation

Amélioration continue du collaboratoire – évaluation évolutive

L'évaluation évolutive présente une grande pertinence étant donné le contexte d'innovation dans lequel se positionne le collaboratoire du CAAMP et du CISSSAT, alors que des changements de nature systémique sont envisagés dans les organisations partenaires ainsi que dans la prestation des soins et services du domaine de la santé et des services sociaux. L'évaluation évolutive met l'accent sur l'apprentissage adaptatif, la rétroaction en temps réel et les interventions actives en vue d'éclairer la prise de décisions et l'atteinte de l'objectif général, soit l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des Autochtones en milieu urbain à Val-d'Or. L'accompagnement par l'équipe d'évaluation tout au long du projet contribuera à mobiliser et à dynamiser les partenaires dans leur processus de transformation et à faciliter la transmission de connaissances en vue de l'adoption de nouvelles pratiques en matière de santé et services sociaux.

Les approches d'évaluation évolutive préconisées sont les suivantes :

- Mettre l'accent sur l'apprentissage adaptatif, la rétroaction en temps réel, les interventions actives en vue d'éclairer la prise de décisions et l'atteinte des visées;
- Appuyer les processus qui impliquent une analyse des stratégies, des approches et des conditions de mise en œuvre. Cette analyse contribue à la compréhension et à l'amélioration de la mise en œuvre du projet;
- Suivre le progrès des visées d'évaluation, ce qui consiste à documenter, observer et décrire les changements apportés au niveau de chaque axe.

Efficacité des processus et excellence clinique

Une partie importante de l'évaluation des processus cliniques et organisationnels sera déléguée à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'INESSS constitue l'autorité provinciale en matière d'excellence clinique et d'utilisation efficace des ressources en santé et services sociaux. L'INESSS se charge notamment de réunir les perspectives des divers acteurs concernés afin d'élaborer des guides de pratiques cliniques et d'émettre des recommandations ayant trait à la performance des processus cliniques et de gouvernance, au regard des meilleures pratiques, scientifiquement éprouvées. Aussi, l'INESSS évalue les coûts et bénéfices associés à la mise en œuvre d'interventions particulières en santé et en services sociaux et en informe le MSSS.

Impact populationnel

La section de l'évaluation qui a trait à la mesure des indicateurs de santé, des besoins et de l'évolution de l'état de santé de la population visée sera en majeure partie déléguée à l'Institut national de santé publique (INSPQ). L'INSPQ se charge notamment de recueillir des données couvrant des problématiques actuelles en santé publique (immunisation, prévention des traumatismes, prévention de la violence interpersonnelle, périnatalité et petite enfance, promotion de la santé mentale, habitudes de vie et prévention des maladies chroniques, nutrition et activité physique, par exemple), en lien avec les besoins des segments particuliers de la population du Québec. Parallèlement, l'INSPQ produit, met à jour et diffuse des connaissances en santé publique, informe les instances concernées des impacts populationnels des politiques publiques et rend compte des moyens efficaces étant susceptibles de contribuer à la résolution de problématiques de santé publique.



1.9 L'ancrage scientifique

L'ancrage scientifique permet au collaborateur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue de s'inscrire dans un processus continu de co-crédation, d'analyse, d'organisation et de suivi des connaissances issues du projet :

Les travaux requis conduiront à :

- Définir et caractériser les déterminants autochtones de la santé en se basant sur la littérature existante et sur l'expérience terrain;
- Documenter, au fur et à mesure de leur déploiement, le déroulement des différentes activités du projet;
- Recueillir des informations de première main sur les interventions réalisées et les pratiques mises en œuvre;
- Identifier, à partir de la littérature scientifique, gouvernementale et autochtone, des expériences similaires et les documenter;
- Circonscrire les tendances et le type de contribution particulière qui se dessinent au sein du projet;
- Situer le projet parmi les grandes tendances du domaine à l'échelle nationale et internationale ;
- Fournir aux décideurs, aux acteurs et aux intervenants une information synthétisée afin de soutenir leurs actions et leurs décisions;
- Faciliter le partage, la circulation et la transmission de l'information;
- Soutenir le processus d'appropriation et d'apprentissage déployé dans le cadre du projet.



⁸ Cet ancrage scientifique sera placé sous la responsabilité d'une équipe de chercheurs de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS)/DIALOG - Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones.

2. L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES CONDITIONS DE VIE DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

2.1 Caractéristiques démographiques

Les Anicinabek habitent le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue depuis plus de 8000 ans. Dès la fondation de Val-d'Or en 1935, les Autochtones sont présents dans la ville ou à proximité de celle-ci. C'est également la situation dans de nombreuses villes du Québec. En effet, la présence autochtone en milieu urbain, de manière générale dans la province, est en constante progression depuis les deux dernières décennies. À titre d'exemple, les données de Statistique Canada révèlent que 54 % des Premières Nations au Québec résident de manière permanente dans les villes (Statistique Canada, 2017). Bien plus qu'un lieu de convergence, la ville est devenue un lieu de résidence et de réalisation pour un nombre sans cesse grandissant d'Autochtones.

Cette présence n'est plus seulement une affaire de personnes; elle est aussi une affaire de collectivités et d'institutions, de réseaux et de projets. En effet, si la ville demeure une destination ou un passage dans le parcours professionnel et le cheminement scolaire de nombreuses personnes, voire un refuge ou un lieu d'exil pour plusieurs autres, elle est également en position de devenir un relais entre les communautés autochtones d'une part, et entre les Premières nations d'autre part. Ce faisant, de nouveaux liens se tissent entre la ville et la communauté autochtone [...]. Des ponts se construisent de plus en plus fréquemment entre ces deux milieux de vie longtemps perçus et étudiés comme opposés, voire incompatibles. (Lévesque, 2003, p. 25)

En tant que lieu de résidence et de transition d'Autochtones d'origines diverses, la ville se situe donc comme un espace de rencontre et de mise en commun des expériences. La réalité autochtone contemporaine, caractérisée par une hypermobilité, s'exprime et s'affirme en milieu urbain.

[La ville] est devenue un vecteur structurant de la modernité autochtone. Que ce soit afin de poursuivre des études, pour occuper un emploi, faire entendre leur voix, défendre leurs droits, affirmer leur identité culturelle, créer une entreprise, prendre part aux débats publics, vivre en famille, exprimer leur art, recevoir des soins de santé ou trouver un refuge, la ville est un espace de vie et de réalisations personnelles, professionnelles et institutionnelles incontournable pour les membres et les instances des Premières Nations et du Peuple Inuit. (Lévesque, 2016, p. 1)

Parallèlement, les Premiers Peuples connaissent une croissance démographique de quatre à cinq fois supérieure à celle de la population québécoise et canadienne. Le nombre de naissances est de trois à quatre fois supérieur chez les Autochtones, l'âge de la première grossesse est fréquemment inférieur à 18 ans et les lignées générationnelles composées de personnes vivantes sont plus étendues et peuvent compter jusqu'à six générations.



En 2016, quelque 32 491 personnes habitent la ville de Val-d'Or, dont 1540 déclarent avoir une identité autochtone, ce qui représente 4,7 % de la population. En comparaison, 850 individus déclaraient en 2011 avoir une identité autochtone parmi la population totale de 31 220 personnes, ce qui représentait alors 2,7 % de la population. La ville compte donc 690 personnes autochtones de plus en 2016 par rapport à 2011, soit une augmentation de plus de 80 % en cinq ans. Dans l'ensemble de la MRC de la Vallée-de-l'Or, une proportion de 8,3 % de la population déclare avoir une identité autochtone en 2016, soit 3590 des 43 226 résidents. Il s'agit d'une population jeune et en forte croissance démographique (Statistique Canada, 2017).

[La ville] est devenue un vecteur structurant de la modernité autochtone. Que ce soit afin de poursuivre des études, pour occuper un emploi, faire entendre leur voix, défendre leurs droits, affirmer leur identité culturelle, créer une entreprise, prendre part aux débats publics, vivre en famille, exprimer leur art, recevoir des soins de santé ou trouver un refuge, la ville est un espace de vie et de réalisations personnelles, professionnelles et institutionnelles incontournable pour les membres et les instances des Premières Nations et du Peuple Inuit.

(Lévesque, 2016, p. 1)

Mentionnons ici que la présence d'un Centre d'amitié autochtone dans une ville comme Val-d'Or crée de nouvelles possibilités de mobilité et de circulation. Certes, les données de Statistique Canada font état de 1540 Autochtones qui vivaient à Val-d'Or en 2016. Mais en introduisant le concept de zone d'influence territoriale⁹ du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, ce sont, en 2016, plus de 8000 Autochtones en Abitibi-Témiscamingue qui, pour la grande majorité, convergent à Val-d'Or ou pour plusieurs y résident. À cela s'ajoute la population des communautés crie de la Baie-James, qui est également très présente à Val-d'Or pour des séjours de plus ou moins longue durée. On estime à plus de 20 000 le nombre d'individus autochtones considérés comme des utilisateurs potentiels de services divers dans la ville de Val-d'Or, notamment les services de santé et les services sociaux.

2.2 Éléments d'un portrait de santé¹⁰

Il est bien connu et bien documenté qu'il existe d'importants écarts entre les conditions de vie sociale et économique et les conditions de santé de la population autochtone au Canada d'une part, et celles de la population canadienne dans son ensemble d'autre part (CCDP, 2013).

Alors que l'indice composite de développement humain positionne régulièrement le Canada parmi les cinq meilleurs pays au monde, cet indice positionne les Peuples autochtones du pays au moins au 70e rang.

Dès la naissance, les Autochtones de toutes origines s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans toutes les sphères de leur vie personnelle, familiale et sociale : incidence plus élevée de maladies chroniques — dont le diabète et la tuberculose —, d'accidents, de suicide et de violence physique et psychologique; surpeuplement des maisons; problématiques psychosociales majeures; pauvreté exacerbée; obésité endémique; fréquence très élevée du placement d'enfants; taux de scolarisation et taux d'activité plus faibles; espérance de vie moindre; inégalités de genre; accès limité à l'eau potable (Macdonald et Wilson, 2013).

S'ajoutent des difficultés supplémentaires pour la population autochtone qui réside dans les villes : manque de soins et de ressources appropriés; accès entravé aux services de santé du réseau canadien ou québécois; isolement social; surreprésentation parmi la population itinérante et en milieu carcéral; conditions de logement insalubres et non sécuritaires; insécurité alimentaire et déficiences nutritionnelles; situations répétées de racisme et de discrimination; chômage chronique. En conséquence, une pression accrue s'exerce sur les services publics des villes qui disposent rarement des ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins multiples et croissants de cette clientèle autochtone, des besoins qui sont la plupart du temps mal connus et surtout mal compris. De plus, la cohabitation interpersonnelle entre Autochtones et Canadiens est difficile et souvent source de tensions et d'insécurité autant pour la population autochtone que pour la population québécoise ou canadienne concernée. (Lévesque et al., 2018).

9 Ce concept se caractérise ainsi : « Le bassin ou zone d'influence territoriale d'un Centre d'amitié autochtone est l'aire de distribution et de circulation de la population autochtone à l'intérieur d'un territoire donné. [...] Cette zone d'influence est le théâtre d'un ensemble de relations de diverses natures (sociales, commerciales, économiques, etc.). À l'intérieur de cette zone, le Centre d'amitié agit comme un pôle de convergence qui engendre une nouvelle mobilité ou circulation des individus. [...] La zone d'influence de Val-d'Or comprend l'ensemble des territoires de cinq MRC, Abitibi, Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda, Témiscamingue et Vallée-de-l'Or, incluant toutes les municipalités et communautés autochtones qui y sont localisées. » (Lévesque et al., 2011)

10 Il importe de préciser qu'au Québec, comme ailleurs au Canada d'ailleurs, « il y a un grand manque d'informations statistiques exactes, complètes et à jour » en matière de santé autochtone. Ainsi, à l'instar des mandataires du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, nous pouvons affirmer que la présentation des données sur les indicateurs de la santé autochtone « reflète la rareté des données complètes, exactes et à jour sur la santé des Autochtones qui sont désagrégées selon les sous-populations et l'emplacement géographique » (CCNSA, 2013, p. 3). Le constat selon lequel les données concernant la santé autochtone sont fortement lacunaires (même qu'il est évoqué que ce qui est disponible est issu d'un exercice de « rapiéçage », ce qui se traduit par des limitations majeures en termes d'analyse et d'interprétation) est réitéré par Allan et Smylie (2015, p. 43-44).

Conditions de vie et de santé des Autochtones au Canada

Les tableaux qui suivent présentent les principaux constats ayant trait aux conditions de vie, à l'état de santé des Autochtones et aux écarts qui persistent avec le reste de la société québécoise et canadienne :

Le développement de la petite enfance et la santé maternelle sont comparables à la situation des pays en développement

- Les femmes autochtones affichent un taux de naissance 1,5 fois plus élevé que les autres femmes au Canada;
- Les taux de mortalité infantile sont comparables à ceux des pays en voie de développement : Chili, Sri Lanka et Fiji et supérieurs à ceux de la Lettonie et de la Lituanie;
- Les taux de mortalité infantile peuvent atteindre quatre fois ceux que l'on enregistre chez les non-Autochtones;
- Le taux de mortalité infantile dans les réserves des Premières Nations est de 8/1000 naissances vivantes. Au Nunavut, cette statistique voit doubler son numérateur (nombre de naissances de bébés inuits vivants). Le taux pour l'ensemble du pays s'approche davantage de 5 pour 1000;
- Le risque d'hospitalisation pour des maladies évitables comme la varicelle est 50 fois plus élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens.

Les faits en santé communautaire démontrent les ravages qui sévissent au sein des communautés autochtones

- Par rapport à l'ensemble de la population, le surpeuplement des logements au sein des réserves est cinq fois plus courant. En l'an 2000, plus de 40 % des foyers des Premières Nations n'étaient pas adéquats;
- Les taux de tuberculose s'élèvent à 0,027 %, contre 0,005 % pour l'ensemble de la population canadienne, ce qui représente plus du quintuple;
- Les familles monoparentales sont nombreuses dans les communautés autochtones : 35 % des enfants autochtones vivent avec un seul parent, contre 17 % des enfants non autochtones;
- En moyenne, 55,6 % des Autochtones habitant les villes canadiennes vivaient dans la pauvreté en 1995. La proportion d'enfants autochtones vivant dans la pauvreté en 2003 atteignait 52,3 %.

Santé mentale

- Les Autochtones vivant dans les réserves ont vécu, dans une proportion de 12 %, un épisode de dépression profonde dans leur vie. Cette proportion est de 7 % au sein de la population en général;
- Des études rétrospectives ont révélé divers problèmes de santé mentale dans 70-90 % des cas de suicide chez les jeunes : troubles de l'humeur, toxicomanie, comportements perturbateurs ou anxiété. Dans 18 % des cas, aucune preuve de troubles psychiatriques n'a été décelée;
- Les statistiques du Service correctionnel du Canada révèlent que bien que les Autochtones constituent moins de 4 % de la population canadienne, ils représentent près du cinquième des détenus des établissements fédéraux;
- Les Autochtones sont trois fois plus susceptibles que les non-Autochtones de faire l'objet de persécution violente (soit 319/1000 contre 101/1000). Les risques de violence envers les femmes autochtones sont 3,5 fois plus élevés qu'envers les femmes non autochtones (soit 343/1000 contre 96/1000).

Dépendances et toxicomanie

- L'intoxication à l'alcool est le principal facteur contribuant au suicide chez les Autochtones;
- L'alcool et la toxicomanie étaient respectivement considérés comme étant des problèmes dans 73 % et 59 % des communautés des Premières Nations;
- Plus du quart des Autochtones au Canada ont un problème de toxicomanie;
- Un jeune Autochtone sur cinq admet avoir fait usage de solvants. De ce nombre, le tiers a moins de 15 ans.

Blessures et suicide

- Les types de blessures au sein de la population autochtone s'apparentent à ceux de l'ensemble de la population canadienne, mais les taux sont considérablement plus élevés;
- Le taux de suicide chez les Inuits atteint 135/100 000 personnes;
- Le taux de suicide chez les Premières Nations s'élève à 24/100 000 personnes. Ce taux est de 14/100 000 au sein de l'ensemble de la population;
- Le taux de suicide au Canada est de 12/100 000 personnes;
- Le suicide frappe principalement les jeunes Autochtones de 14 à 24 ans.

VIH/sida

- La proportion de cas de sida chez les Autochtones, qui représentait 1,7 % de l'ensemble des cas au Canada en 1992, a augmenté à 7,2 % en 2011;
- Sur l'ensemble des personnes ayant reçu un résultat d'analyse de VIH positif, 48,1 % étaient des femmes autochtones et 32,4 % étaient des Autochtones de moins de 30 ans; Chez les non-Autochtones, ces pourcentages se chiffrent respectivement à 21 % et à 20,7 %.

Obésité

- Des données autodéclarées de 2007 démontrent que le taux d'obésité est plus élevé chez les adultes autochtones hors réserve que chez les non-Autochtones (soit 24,8 % contre 16,6 %);
- La prévalence de l'obésité est élevée chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, soit 31,8 % chez les hommes adultes; 41,1 % chez les femmes adultes; 14,0 % chez les jeunes et 36,2 % chez les enfants.

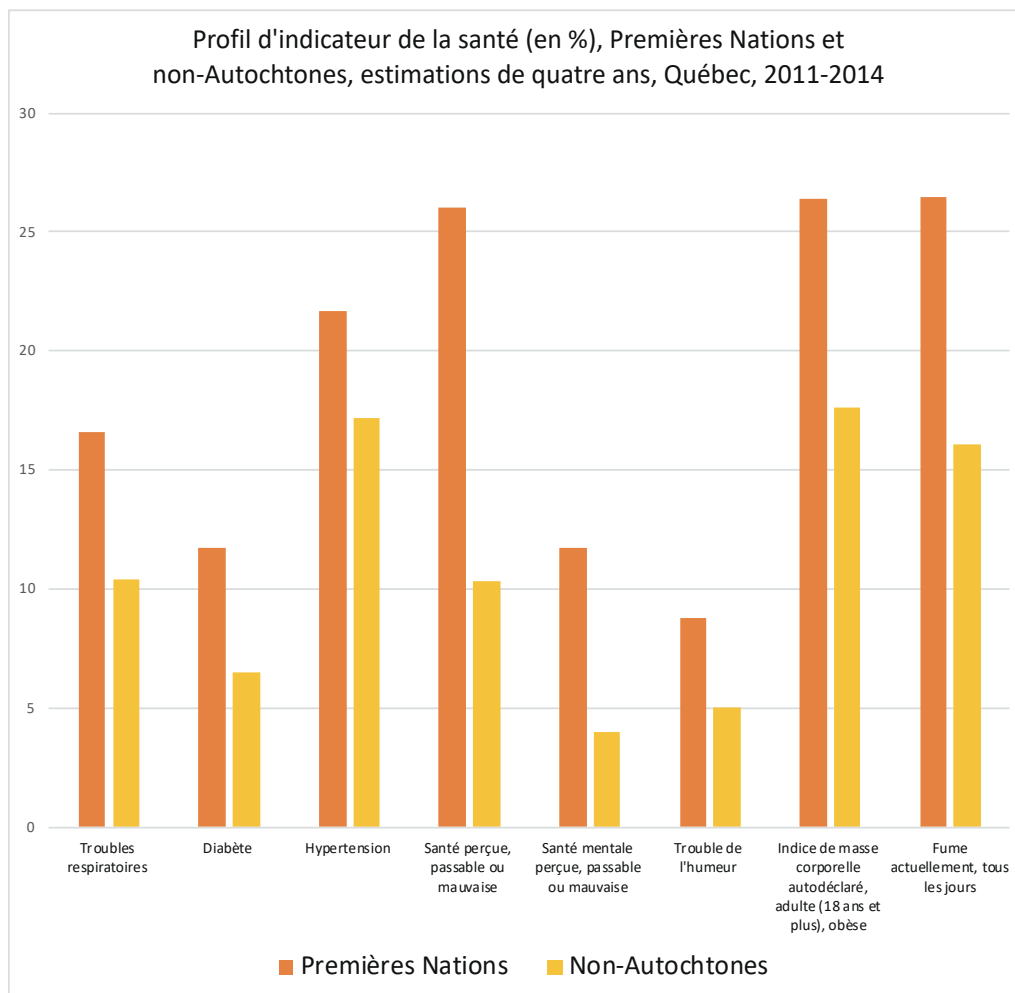
Maladie chronique

- Plus de la moitié des Métis de plus de 15 ans se déclarent atteints d'un problème de santé chronique. Les problèmes les plus courants sont l'arthrite ou les rhumatismes, l'hypertension artérielle et l'asthme. Le pourcentage de personnes atteintes est plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne;
- Les taux de caries dentaires chez les enfants autochtones en Ontario sont de deux à cinq fois plus élevés que ceux que l'on enregistre chez les enfants non autochtones;
- La prévalence du diabète s'élève à 17,2 % chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, à 10,3 % chez les membres des Premières Nations hors réserve et à 7,3 % chez les Métis, contre 5 % chez les non-Autochtones.

Source : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2013.

Profil d'indicateur de la santé

Les écarts en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones sont relatifs à plusieurs aspects de la santé et du mieux-être. Comme on peut le constater en prenant connaissance de la figure suivante, dans tous les cas, non seulement les proportions qui concernent les Autochtones sont-elles largement supérieures aux résultats obtenus pour la population non autochtone, mais en plus la figure illustre très clairement les disparités observées.



Par ailleurs, lorsque nous considérons les déterminants globaux de la santé au Canada, des écarts majeurs entre les membres des Premières Nations et la population canadienne en général persistent. De telle sorte que 22 % des membres des Premières Nations qui vivent hors des réserves sont touchés par l'insécurité alimentaire. Cette proportion grimpe à 54 % pour ce qui est des membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, alors que l'insécurité alimentaire touche 7 % de la population non autochtone. Relativement à l'éducation, 67 % membres des Premières Nations ont obtenu un diplôme d'études secondaires, comparativement à 88 % de la population non autochtone.

Quant à l'obtention d'un grade d'études postsecondaires, la proportion est de 45 % chez les Premières Nations et de 65 % au sein de la population non autochtone. D'autre part, 23 % des membres inscrits des Premières Nations ont des besoins impérieux en matière de logement, comparativement à 12 % pour ce qui est de la population non autochtone. Aussi, 30 % des membres des Premières Nations vivent dans une situation de faible revenu, alors que c'est le cas pour 15 % de la population non autochtone. (ASPC, 2016)

2.3 L'accessibilité aux soins, services de santé et services sociaux

L'écart en matière de santé observé entre les populations autochtones et le reste de la société québécoise ou canadienne est tributaire de l'accessibilité aux soins, services de santé et services sociaux. Précisons ici que les soins et services actuellement offerts dans le Réseau québécois de la santé, bien qu'ils soient disponibles au sens strict à l'ensemble de la population, ne sont pas nécessairement fréquentés et utilisés étant donné les multiples entraves institutionnelles, juridictionnelles, organisationnelles et sociales auxquelles les personnes autochtones sont confrontées tout au cours de leur vie. Pour améliorer le degré d'accessibilité, les soins, services de santé et services sociaux doivent d'abord être redéfinis de manière à tenir compte des déterminants autochtones du mieux-être. De plus, ces déterminants doivent prendre en considération non seulement l'état de santé proprement dit, mais également les conditions désavantagées dans lesquelles vivent les Autochtones.

Selon la chercheuse autochtone Janet Smylie : « 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 d'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. » (Smylie, 2015, p. 262)

Il s'avère également que beaucoup d'Autochtones ne font pas confiance aux services et au personnel de santé des réseaux publics; en conséquence, ils fréquentent peu les cliniques, les centres de santé et les hôpitaux, sauf en cas d'urgence, voire d'extrême urgence. Une situation qui engendre d'autres problèmes graves, dont des diagnostics tardifs, des traitements plus complexes, le manque d'accompagnement et de ressources, une médication inappropriée, l'absence de suivi et de mesures de prévention (Allan et Smylie, 2015). Ces disparités sont encore accentuées par des manifestations de racisme et de discrimination institutionnelles qui colorent les échanges de nombre d'Autochtones avec le personnel médical et soignant (Allan et Smylie, 2015).

Les mesures à mettre en œuvre et à consolider dans l'objectif de favoriser le lien de confiance entre les personnes autochtones et les professionnels de la santé et des services sociaux ont particulièrement trait à l'acquisition de compétences culturelles liées aux savoirs autochtones. D'ailleurs, il y a plus de vingt ans, la Commission royale sur les peuples autochtones attirait l'attention sur la nécessité de concevoir de nouveaux modèles de santé se basant sur les systèmes de savoirs autochtones en matière de soins, de prévention, d'intervention et de guérison (CRPA, 1996).

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 d'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.

(Smylie, 2015, p. 262)



Les avenues à explorer doivent assurer une réelle contribution de ces peuples à la prise de décision et à la gouvernance de leurs affaires sociales et publiques; elles doivent proposer un réel partage des pouvoirs et reposer sur une vision collective, démocratique et compréhensive de la santé pour le bénéfice des premiers concernés.

(Lévesque et al., 2018)

Depuis 1996, plusieurs initiatives novatrices ont vu le jour et de nouveaux programmes gouvernementaux ont été instaurés, mais il reste de nombreuses embûches à surmonter, notamment celle de reconnaître l'autorité, la compétence juridictionnelle et l'expertise des instances et organisations autochtones dans la conception et la mise en œuvre de ces nouveaux modèles. De plus, pour que ces initiatives soient couronnées de succès et puissent engendrer des impacts positifs durables, il importe également :

- De modifier les logiques d'action sur lesquelles reposent encore trop souvent la conception des politiques gouvernementales contemporaines destinées aux Peuples autochtones et la majorité des programmes de financement qui en découlent;
- De mieux former le personnel médical (à la fois autochtone et non autochtone) aux réalités et défis de la population;
- De renouveler la nature et les objectifs de l'offre de services.

Les avenues à explorer doivent assurer une réelle contribution de ces peuples à la prise de décision et à la gouvernance de leurs affaires sociales et publiques; elles doivent proposer un réel partage des pouvoirs et reposer sur une vision collective, démocratique et compréhensive de la santé pour le bénéfice des premiers concernés. (Lévesque et al., 2018)

Le renouvellement de l'offre de soins, services de santé et services sociaux doit donc dépasser le stade de sa diversification pour intégrer des dimensions structurelles et systémiques en phase avec les réalités autochtones.



3. UNE NOUVELLE CONFIGURATION DE L'OFFRE DE SERVICES URBAINS POUR LES AUTOCHTONES

3.1 L'apport du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or à l'amélioration des conditions de vie de la population autochtone en ville

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) est un carrefour de services urbains, un milieu de vie et un ancrage culturel pour les Premiers Peuples. Voué au mieux-être, à la justice et à l'inclusion sociale, il favorise la cohabitation harmonieuse dans son milieu. Chef de file d'une société civile autochtone engagée, le CAAVD contribue activement au développement social, communautaire, économique et culturel de sa collectivité par des stratégies novatrices et proactives. Au Centre d'amitié, la programmation et la prestation des services reposent sur des valeurs d'engagement, de respect, d'intégrité et de solidarité.

Fondé en 1974, le Centre d'amitié autochtone multiplie les initiatives afin d'améliorer la qualité de vie des Autochtones qui résident ou transitent à Val-d'Or, de promouvoir la culture autochtone, de militer pour la reconnaissance et la défense des droits et intérêts des Autochtones et de bâtir des ponts entre Autochtones et non-Autochtones. Ses champs d'action se sont considérablement transformés au fil des décennies. De lieu de rencontre et de ralliement, le Centre est devenu un point de services polyvalent, un carrefour culturel pour tous les citoyens autochtones de la ville de Val-d'Or et de la région environnante, ainsi qu'un foyer d'apprentissage, de transmission intergénérationnelle et de formation pour des centaines d'Autochtones.

En accord avec sa mission, le Centre d'amitié a développé au fil des ans une offre de services culturellement et socialement sécurisants pour répondre aux besoins de l'ensemble des personnes autochtones, quelles que soient leur réalité et la nature de leurs besoins : suivis psychosociaux, soutien psychoéducatif, services de santé, accès à la justice, développement des compétences, services éducatifs, habitation communautaire.



3.2 La construction d'une relation partenariale avec le CISSSAT par la mise sur pied de la Clinique Minowé

En matière de santé et de services sociaux, des efforts considérables ont été investis au cours de la dernière décennie pour concevoir et expérimenter un modèle de soins, services de santé et services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones dans la Vallée-de-l'Or – le modèle Minowé –, dans le cadre d'une importante démarche partenariale qui a mis en scène le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et les instances locales du Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

La Clinique Minowé a vu le jour à la suite du Forum socio-économique des Premières Nations du Québec de Mashteuiatsh en 2006, un événement marquant au cours duquel le gouvernement du Québec et les autorités autochtones se sont engagés à œuvrer à l'amélioration des conditions de vie des Premiers Peuples du Québec. L'un des engagements conjoints conclus lors de ce Forum implique le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), et se libelle comme suit :

Le [ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec], en partenariat avec le [R]egroupement des centres d'amitié autochtones, s'engage à favoriser le partenariat et le transfert de connaissance et d'expertise entre les centres de services sociaux et les centres d'amitié autochtones pour identifier les zones de complémentarité et de partenariat possible[s] dans les services offerts aux Premières Nations. (Forum socio-économique des Premières Nations, APNQL, 2007)

C'est dans ce contexte que s'est établi, en 2009, un important partenariat entre le CAAVD et les instances locales du Réseau québécois, en l'occurrence le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or, aujourd'hui regroupés sous la dénomination du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). De cette alliance est née la Clinique Minowé en santé et services sociaux.

Minowé est une démarche d'innovation sociale qui s'appuie sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes pour permettre aux Autochtones de se sentir en sécurité, de développer un lien de confiance avec le personnel et d'être partenaires dans le processus décisionnel en matière de soins, services de santé et services sociaux.

En 2016, le CAAVD et le CISSSAT ont décidé de renouveler leur partenariat et d'entraîner Minowé dans une nouvelle phase de développement visant à élargir la portée de la stratégie en implantant la démarche de sécurisation sociale et culturelle à travers le continuum de services de santé et de services sociaux, y compris dans le Réseau québécois de la santé et des services sociaux.¹¹

Le CAAVD a reçu l'appui financier de Santé Canada pour permettre la réalisation de la démarche de développement du modèle Minowé avec ses partenaires, d'abord via le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) entre 2008 et 2011, puis par l'intermédiaire du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), entre 2012 et 2015 pour le déploiement du modèle dans d'autres villes du Québec et de 2016 à 2020 pour repositionner et poursuivre le développement du modèle.

¹¹ Les phases de développement de la stratégie Minowé sont décrites dans la fiche synthèse qui fait état de l'évolution du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.



Certes, la stratégie Minowé contribue à développer la confiance des Autochtones envers les soins, services de santé et services sociaux, mais de grands pas restent encore à faire pour augmenter véritablement l'accès des personnes autochtones aux services de santé et aux services sociaux.

En conséquence, il importe de saisir cette opportunité que procure le partenariat entre le CAAVD et le CISSSAT pour progresser d'une manière encore plus efficiente et pertinente sur le chemin de l'innovation menant à une véritable transformation sociale. À ce chapitre, les deux partenaires sont d'avis que cette opportunité d'innovation réside dans la création d'un collaboratoire permettant une coconstruction des connaissances et des compétences nécessaires au renouvellement d'une offre de services de première ligne destinée à la population autochtone.

Le [ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec], en partenariat avec le [R]groupement des centres d'amitié autochtones, s'engage à favoriser le partenariat et le transfert de connaissance et d'expertise entre les centres de services sociaux et les centres d'amitié autochtones pour identifier les zones de complémentarité et de partenariat possible[s] dans les services offerts aux Premières Nations.

(Forum socio-économique des Premières Nations, APNQL, 2007)



3.3 Solutions novatrices et perspectives d'avenir

Un collaboratoire en phase avec les grands défis actuels

La présente période constitue une conjoncture favorable pour la concrétisation de l'offre de services renouvelée du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in. En effet, au cours des dernières années, plusieurs instances ont abordé de front des questions cruciales relatives au mieux-être des Peuples autochtones au Québec et au Canada.

Premièrement, mentionnons que la dernière décennie a été décisive en ce qui a trait au renforcement de la base de services de première ligne destinée aux Autochtones urbains de Val-d'Or, en développement depuis 1974. En effet, dans le cadre d'un important partenariat avec le CISSSAT, le Centre d'amitié a mis sur pied la Clinique Minowé en santé et services sociaux. Cette Clinique a été développée à la suite du Forum socioéconomique des Premières Nations du Québec de Mashteuiatsh en 2006, au cours duquel le gouvernement du Québec s'est engagé à soutenir l'amélioration des conditions de vie des Autochtones (APNQL, 2007). L'expérimentation du modèle Minowé, de 2011 à 2015, a permis de constater les bénéfices d'une approche holistique qui valorise les relations partenariales et qui met l'accent sur la prévention et le travail de proximité avec les familles. En 2016, la phase 2.0 de Minowé a été entreprise dans l'objectif d'élargir la portée de la stratégie, notamment au moyen d'une coordination renforcée et du développement de protocoles de collaboration avec les instances du Réseau. C'est dans ce contexte d'enrichissement et de repositionnement de Minowé que les pourparlers ont mené à la conceptualisation de l'offre de services renouvelée dont il est aujourd'hui question.



Deuxièmement, la présente conjoncture est liée à l'adoption, en octobre 2017, du projet de loi no 99 modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Cette modification donne lieu à davantage de marge de manœuvre en matière de préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones par des instances autochtones.

Troisièmement, il importe de souligner la constitution de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès, le 21 décembre 2016. Présidée par l'honorable Jacques Viens, cette instance répond, selon les propos du premier ministre Philippe Couillard, à « la nécessité d'agir rapidement pour rétablir le lien de confiance brisé depuis les événements de Val-d'Or » (CERP, 2018).

Par ailleurs, le renouvellement de l'offre de services du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) rejoint directement plusieurs orientations et mesures formulées dans le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022, qui a été lancé le 28 juin 2017. Contenant 110 mesures, ce plan est le premier du genre à être présenté au Québec. Lors de son lancement, il a été évoqué qu'il s'agit d'un outil évolutif qui s'adaptera en outre aux recommandations de la Commission Viens (SAA, 2017).

De plus, dans un rapport intitulé «*Les conditions de vie des femmes autochtones en lien avec les agressions sexuelles et la violence conjugale*», diffusé par l'Assemblée nationale du Québec en mai 2018, il est recommandé « que le gouvernement du Québec, en collaboration avec des partenaires autochtones :

- Soutienne la mise sur pied de centres de guérison dans les communautés autochtones qui en expriment le besoin;
- Élabore un mécanisme de reconnaissance des démarches et des outils de guérison traditionnels autochtones par les différentes entités gouvernementales ».

D'autre part, à l'échelle du Canada, il est de rigueur de porter attention aux recommandations concernant la santé et le mieux-être des Autochtones qui ont été énoncées par la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). La CVRC demande à tous les ordres de gouvernement « de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats » et de reconnaître les droits autochtones en matière de santé, ce qui intègre le droit à l'autonomie. D'autre part, la CVRC demande que les écarts en matière de santé soient comblés.



Aussi, cette instance demande aux divers acteurs « de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones » (CVRC, 2012).

Finalement, au niveau international, il importe de prendre en considération les observations du Rapporteur spécial de l'Organisation des Nations Unies sur les droits des Peuples autochtones, James Anaya. Lors de sa visite au Canada en 2014, celui-ci a mentionné que le Canada fait face à une crise majeure relativement à la situation des Autochtones au Canada¹². En matière de santé et de mieux-être, il a souligné que des écarts significatifs subsistent toujours, notamment en ce qui a trait à l'espérance de vie, à la mortalité infantile, au suicide, aux blessures et aux maladies transmissibles et chroniques. Ses conclusions ont entre autres fait ressortir que les écarts observés ne se sont pas réduits au cours des dernières années et que les initiatives visant à résoudre les problématiques vécues par les Autochtones ont été insuffisantes (ONU, 2014).

Il est d'ailleurs rapporté dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones que « les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions » (ONU, 2008).

Dans l'ensemble, cet état de fait appuie le renouvellement de l'offre de services du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in. S'agissant d'un modèle d'innovation culturellement et socialement sécurisant pour les Autochtones, porteur de transformation sociale et exportable à d'autres milieux, il permettra à toutes les parties d'exercer leurs mandats avec rigueur.

3.4. Une nouvelle identité pour le Centre d'amitié

Depuis 1974, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or s'est développé en prenant compte des réalités, des besoins et des multiples observations des membres de la communauté. Il apparaît plus que jamais évident que le mieux-être et la santé sont des éléments tout à fait prioritaires que nous devons considérer avec attention et saisir dans toute leur complexité. Or, le mieux-être global, traduisant un équilibre entre les différentes dimensions de la vie, a fait l'objet d'une conceptualisation dans la plupart des cultures autochtones de l'Amérique du Nord¹². En *anicinabemowin*, la langue des Anicinabek, cet état global d'harmonie correspond au « Mino Pimatisi8in ». De ce point de vue, il a été résolu de donner au Centre une identité qui rend compte de la richesse de la culture autochtone en matière de poursuite du mieux-être global.

Le concept du Mino Pimatisi8in est étroitement lié à une vision holistique du monde, dans laquelle il est considéré que l'ensemble des aspects de la vie et de la participation à la vie sont interdépendants. En ce sens, la santé et le mieux-être sont rattachés à une vie personnelle, familiale et communautaire saine, aux perspectives d'avenir en matière d'éducation, d'emploi et de réalisations en tous genres, à l'expression par la parole, les activités physiques et l'art. Le Centre s'applique d'ailleurs à réunir les conditions nécessaires à ce que tous ces aspects entrent en interrelation afin de donner aux membres de la communauté des opportunités de guérison, le cas échéant, mais également des occasions de relever de grands défis et de se dépasser.

La formule du collaboratoire, étant donné sa nature innovante, son ouverture sur le changement et sa qualité collective, s'inscrit en droite ligne des enseignements du Mino Pimatisi8in sur lesquels le Centre d'amitié autochtone fonde ses actions, ses motivations et ses orientations depuis plus de 40 ans. Dans cette perspective, le partenariat avec le CISSAT est l'occasion pour le Centre d'amitié de se doter d'une nouvelle identité et de devenir le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in.

¹² À cet égard, le Rapporteur spécial mentionne que les statistiques sont saisissantes. Ainsi, 96 des 100 collectivités canadiennes qui se trouvent au bas du classement du « Community Well-Being Index » sont des collectivités Premières Nations, alors qu'une seule collectivité des Premières Nations est dans les 100 collectivités qui se situent dans le haut du même classement (ONU, 2014, p. 7).

¹³ Par exemple, cette notion renvoie au « Miro Matisiwin » en langue atikamekw et au « Minu Inniuin » en langue innue (RCAAQ, 2012, p. 11).



4. BUDGET ET CONCLUSION

Plan de travail et budget

Les pages qui suivent présentent le plan de travail (annexe 1) pour les cinq prochaines années, de même que le budget détaillé (annexe 2) nécessaire à la mise en œuvre de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux destinée à la population autochtone.

Des plans de travail annuels découlant du plan quinquennal seront élaborés dès l'automne 2018, période ciblée pour le démarrage du projet et la création du collaboratoire qui permettra de bâtir l'offre renouvelée de services de première ligne.

Le budget détaillé présenté à l'annexe 2 s'appuie quant à lui sur une évaluation des ressources requises pour :

- 1) structurer et déployer l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux;
- 2) assurer la gestion de projet, la coordination clinique de même que la fluidité des démarches de transmission multilatérale des connaissances, des compétences et des expertises;
- 3) mettre en place et assurer le suivi des démarches d'évaluation et d'amélioration continue (qualité, performance et éthique). Le budget inclut une répartition annuelle des sommes requises, dont voici un aperçu :

Répartition des ressources financières requises	Total
An 1	1 339 431 \$
An 2	1 916 825 \$
An 3	2 200 793 \$
An 4	2 212 412 \$
An 5	2 229 323 \$
An 6 et années suivantes	1 938 366 \$

Le développement et le déploiement de l'offre renouvelée de soins et services prévoit une intégration progressive des ressources. À terme, une vingtaine de ressources humaines seront nécessaires pour assurer la viabilité et la pérennité de l'offre renouvelée de soins et services de première ligne pour les Autochtones.

Conclusion

Il a été démontré dans les pages précédentes, références à l'appui, que les conditions de vie et de santé des Autochtones sont nettement inférieures à celles de la population canadienne, que l'amélioration de leur santé globale doit inévitablement passer par un meilleur accès à des soins et services qui prennent en compte cette vision autochtone de la santé qu'est le Mino Pimatisi8in, et que les Autochtones doivent faire partie des solutions pour contribuer véritablement à bâtir leur mieux-être.

C'est précisément ce que proposent le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), à travers la création d'un collaboratoire qui positionnera les Autochtones comme acteurs premiers d'une nouvelle gamme de soins, services de santé et services sociaux de première ligne. Reposant sur une démarche de co-construction et de transmission des savoirs entre les deux partenaires, cette offre renouvelée de soins et services entraînera le déploiement d'approches et de pratiques prometteuses en matière de guérison autochtone.

La preuve est faite que les façons de faire actuelles dans le Réseau québécois de la santé et des services sociaux ne fonctionnent pas auprès des Autochtones. Le CISSSAT et le CAAVD ont uni leurs forces pour développer une réponse qui contribuera véritablement à réduire les disparités qui existent toujours entre Autochtones et Allochtones en matière de santé. Les deux partenaires ont cependant besoin de ressources financières pour déployer cette solution, la documenter, l'évaluer et en faire un modèle de réussite, un modèle transposable dans d'autres milieux et porteur de transformation sociale.

Annexe 1

**PLAN DE TRAVAIL
2018-2023**

OBJECTIF GÉNÉRAL	Améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain à Val-d'Or par des approches et des pratiques propres aux Premiers Peuples en matière de soins, services de santé et services sociaux.
-------------------------	---

Axe 1 Conceptualisation et développement Accroître la capacité d'agir	
Objectif spécifique	Accroître la capacité d'agir du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) pour bâtir la confiance des Autochtones envers les services de santé et les services sociaux, par la création d'un collaboratoire permettant la conceptualisation et le développement d'une offre renouvelée de services culturellement et socialement sécurisants fondée sur une transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises.
Moyens d'action	<p>Créer un collaboratoire à l'intérieur duquel sera conceptualisée, développée et mise en œuvre une offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in.</p> <p>Approfondir et documenter les différentes possibilités qui s'offrent au CAAMP et au CISSSAT dans le renouvellement des soins, services de santé et services sociaux.</p> <p>Enrichir les mécanismes de travail et de concertation entre le CAAMP et le CISSSAT.</p> <p>Reconnaître les compétences et expertises des intervenants du CAAMP à l'intérieur du CISSSAT.</p> <p>Mettre en commun les outils de travail et les procédures permettant au CAAMP et au CISSSAT de mieux travailler ensemble.</p> <p>Structurer l'offre soins, services de santé et services sociaux culturellement et socialement sécurisants au CAAMP.</p>

Axe 1 Conceptualisation et développement Accroître la capacité d’agir		
Activités	Mise en chantier # 1	Mettre en place une offre de services en santé publique qui repose sur les déterminants autochtones de la santé : <ul style="list-style-type: none"> • Prévention et promotion de la santé • Partage de connaissances
	Mise en chantier # 2	Reconfigurer les soins et services de santé de première ligne à offrir à l’intérieur du Centre d’amitié autochtone Mino Pimatisi8in : <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services infirmiers et de services médicaux • Protocole, procédures et méthodes de soins • Arrimage avec les services du CAAMP et ceux du CISSSAT
	Mise en chantier # 3	Accroître et optimiser les services sociaux de première ligne à l’enfance, à la jeunesse, aux adultes et à la famille à offrir à l’intérieur du Centre d’amitié autochtone Mino Pimatisi8in : <ul style="list-style-type: none"> • Protocoles et procédures
	Mise en chantier # 4	Structurer les services relatifs à la préservation de l’identité culturelle des enfants et des adolescents autochtones visés par des mesures en protection de la jeunesse.
	Mise en chantier # 5	Planifier le déploiement de l’offre de services de première ligne à l’intérieur de processus de guérison particuliers destinés à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone (cercles de partage, retraites de guérison en milieu naturel/forestier, cueillette ou culture de plantes médicinales, cérémonies spirituelles, etc.).
	Mise en chantier # 6	Assurer le partage et l’intégration de méthodes et d’outils de travail entre le CISSSAT et le CAAMP : <ul style="list-style-type: none"> • Outils de saisie de données, de dépistage, de suivi, d’évaluation, d’archivage • Outils et modalités pour l’accessibilité des données cliniques et le respect de la notion de confidentialité • Table de correspondance entre les interventions du CAAMP et celles du CISSSAT – méthodes de mesure
	Mise en chantier # 7	Assurer des services de qualité, sécuritaires et performants : <ul style="list-style-type: none"> • Outils et modalités de gestion de risques et de prestation sécuritaire des soins et des services • Amélioration continue de la qualité des pratiques et des services • Amélioration continue de la performance des services offerts et développés

Axe 2 Expérimentation et implantation Renouveler l'offre de services							
Objectif spécifique	Accroître l'accès des Autochtones à des soins, services de santé et services sociaux culturellement et socialement sécurisants dans la Vallée-de-l'Or par la mise en œuvre de l'offre de services renouvelée au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP), en partenariat avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT).						
Moyens d'action	<p>Mettre en place, de manière graduelle, les diverses composantes de l'offre de services renouvelée du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in, à l'intérieur d'une démarche de sécurisation culturelle.</p> <p>Reconnaître le CAAMP en tant que prestataire de services contribuant directement à diminuer les écarts en matière de santé et de services sociaux.</p> <p>Moduler l'infrastructure de services par un arrimage d'expertises, de savoirs, d'outils, de responsabilités et de pratiques du CAAMP et du CISSSAT.</p>						
Activités	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Offrir des soins et services de santé de première ligne</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé courante • Services de périnatalité • Prévention de la maladie et promotion de la santé • Gestion des maladies chroniques • Dépistage (tension artérielle, glycémie, ITSS, grossesse) • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) • Services médicaux </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Offrir des services psychosociaux de première ligne</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Services psychosociaux généraux • Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille • Préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones • Services de santé mentale jeunesse / adulte • Services de dépendance • Services pour la clientèle en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Offrir des services communautaires</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Développement communautaire • Création d'environnements sains et sécuritaires • Implication sociale et participation citoyenne • Préservation de la rupture sociale </td> </tr> </table> <p>Déployer les soins, services de santé et services sociaux à l'intérieur de processus de guérison particuliers destinés à reconstruire les univers de significations, de relations et de savoirs sur lesquels repose la vie en société en contexte autochtone.</p> <p>Harmoniser l'offre renouvelée de services de première ligne avec l'ensemble des services du CAAMP et avec ceux du CISSSAT.</p> <p>Mettre en œuvre des pratiques, des mécanismes de concertation et des méthodes de transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises.</p>	Offrir des soins et services de santé de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Services de santé courante • Services de périnatalité • Prévention de la maladie et promotion de la santé • Gestion des maladies chroniques • Dépistage (tension artérielle, glycémie, ITSS, grossesse) • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) • Services médicaux 	Offrir des services psychosociaux de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Services psychosociaux généraux • Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille • Préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones • Services de santé mentale jeunesse / adulte • Services de dépendance • Services pour la clientèle en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) 	Offrir des services communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Développement communautaire • Création d'environnements sains et sécuritaires • Implication sociale et participation citoyenne • Préservation de la rupture sociale
Offrir des soins et services de santé de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Services de santé courante • Services de périnatalité • Prévention de la maladie et promotion de la santé • Gestion des maladies chroniques • Dépistage (tension artérielle, glycémie, ITSS, grossesse) • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) • Services médicaux 						
Offrir des services psychosociaux de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Services psychosociaux généraux • Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille • Préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones • Services de santé mentale jeunesse / adulte • Services de dépendance • Services pour la clientèle en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique • Services de proximité (maisons, rues, parcs, organismes) 						
Offrir des services communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Développement communautaire • Création d'environnements sains et sécuritaires • Implication sociale et participation citoyenne • Préservation de la rupture sociale 						

Axe 3 Réflexivité et apprentissages Assurer l'efficacité	
Objectif spécifique	Assurer l'efficacité du collaboratoire du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) par la réalisation d'une combinaison de démarches d'évaluation (amélioration continue, efficacité des processus et impact populationnel) permettant de suivre le développement et la mise en œuvre de l'offre de services renouvelée en santé et services sociaux, et de stimuler les réflexions, les apprentissages et les rétroactions.
Moyens d'action	<p>Réaliser une évaluation évolutive du développement et de la mise en œuvre de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (amélioration continue).</p> <p>Ajuster et bonifier les approches, les pratiques et les services expérimentés en fonction des rétroactions en temps réel et des recommandations issues de l'évaluation évolutive.</p> <p>Poursuivre une démarche vers l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources déployées au CAAMP (INESSS).</p> <p>Mesurer l'impact populationnel en termes d'indicateurs de santé (INSPQ).</p>
Activités	<p>Bénéficier d'un accompagnement régulier ainsi que de fréquentes activités de réflexion et de cueillette de données.</p> <p>Recevoir des rétroactions en temps réel afin de stimuler la réflexion et l'amélioration continue du collaboratoire du CAAMP et du CISSSAT dans le renouvellement de l'offre de services de santé et de services sociaux.</p> <p>Créer des espaces favorisant l'appropriation des données recueillies et des apprentissages auprès des partenaires.</p> <p>Recevoir du soutien dans la cohérence et l'arrimage de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux avec les autres services du CAAMP et avec ceux du CISSSAT.</p> <p>Documenter les stratégies adoptées, les apprentissages tirés de la mise en œuvre, l'atteinte des visées et comment chaque axe du plan de travail contribue à la mise en œuvre de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux.</p> <p>Suivre le degré de réalisation des objectifs et le niveau d'atteinte des résultats attendus de chaque axe d'intervention du plan de travail.</p> <p>Assurer une vérification continue des indicateurs de performance au regard des critères du Réseau de la santé et des services sociaux.</p> <p>Mesurer l'impact de l'offre de services renouvelée dans la vie des personnes rejointes.</p>

Axe 4 Information et savoirs Contribuer à l'avancement des connaissances	
Objectif spécifique	Soutenir le développement et la mise en œuvre du collaboratoire et son inscription dans une visée de transformation sociale, par l'entremise d'un ancrage scientifique fondé sur la coconstruction des savoirs entre les intervenants du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP), les intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et les chercheurs de DIALOG - Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones.
Moyens d'action	Assurer, au moyen d'un ancrage scientifique, le suivi des interventions, la collecte, la documentation et la synthèse des savoirs, la conception d'outils de connaissances, la diffusion et la valorisation de l'expérience du projet, ainsi que la transmission et la mobilisation des savoirs.
Activités	<p>Documenter, au fur et à mesure de leur déploiement des différentes activités de développement et de mise en œuvre de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux.</p> <p>Recueillir des informations de première main sur les interventions réalisées et les pratiques mises en œuvre.</p> <p>Identifier, à partir de la littérature scientifique, gouvernementale et autochtone, des expériences similaires et les documenter.</p> <p>Circonscrire les tendances et le type de contribution particulière qui se dessinent au sein du projet.</p> <p>Situer le collaboratoire du CAAMP et du CISSSAT parmi les grandes tendances du domaine à l'échelle nationale et internationale.</p> <p>Fournir aux décideurs, acteurs et intervenants une information synthétisée afin de soutenir leurs actions et décisions (notamment par la conception d'outils de connaissances et de formation).</p> <p>Faciliter le partage, la circulation et la transmission de l'information.</p> <p>Soutenir le processus d'appropriation et d'apprentissage déployé dans le cadre du développement et de la mise en œuvre de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in.</p>

Axe 5 Information et savoirs Contribuer à l'avancement des connaissances	
Objectif spécifique	Engager les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) dans le déploiement d'approches et de pratiques prometteuses en matière de soins, services de santé et services sociaux pour les Autochtones.
Moyens d'action	Développer et mettre en œuvre des mécanismes de transmission multilatérale de connaissances, de compétences et d'expertises.
Activités	<p>Élaborer et déployer des modalités de transmission de connaissances, de compétences et d'expertises entre le CISSSAT et le CAAMP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de formation • Offre de stages • Outils pédagogiques • Mécanismes de suivi <p>Faciliter la transmission de connaissances, de compétences et d'expertises en continu par la création de postes de navigateurs de services détenant les connaissances culturelles et sociales propres aux Autochtones :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification continue des besoins, des services, des possibilités de formation • Transmission de connaissances et de compétences culturelles et sociales • Soutien à la création de liens de confiance • Organisation d'événements / séminaires interinstitutionnels • Fluidité des démarches entre les différentes instances <p>Expérimenter et implanter des pratiques prometteuses en matière de soins, services de santé et services sociaux pour les Autochtones et les inscrire dans une démarche de sécurisation sociale et culturelle.</p>

Axe 6 Viabilité et pérennité Contribuer au changement	
Objectif spécifique	Assurer la pérennité de l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP) par la mobilisation des acquis permettant l'obtention d'un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'amélioration des conditions de santé et des conditions de vie de la population autochtone et l'accroissement du potentiel de transférabilité dans d'autres milieux.
Moyens d'action	<p>Valider le caractère transformatif de la démarche conjointe entre le CAAMP et le CISSSAT.</p> <p>Inscrire le projet comme modèle d'innovation sociale en contexte autochtone.</p> <p>Maximiser et valoriser les retombées de l'initiative à l'échelle du Québec et ailleurs.</p>
Activités	<p>Déployer de manière durable les diverses composantes de l'offre de soins, services de santé et services sociaux, dans leur forme évaluée et actualisée.</p> <p>Présenter l'offre renouvelée de soins, services de santé et services sociaux aux représentants des autres Centres d'amitié autochtones, des communautés autochtones, des organismes en santé et services sociaux, des instances gouvernementales (dont les CISSS et les CIUSSS) et des acteurs du monde de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rédaction de mémoires • Participation à diverses forums et colloques en santé et services sociaux • Organisation de séminaires d'envergure nationale et internationale <p>Mettre en place les conditions gagnantes pour assurer une pratique de mieux-être et de formation continue à l'intérieur du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in.</p> <p>Étudier le potentiel de déploiement de certaines composantes de services du Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in dans d'autres milieux.</p>

Annexe 2

BUDGET

Ressources requises à terme pour la mise en œuvre du
Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP)

Budget réparti sur 5 ans

	Budget annuel récurrent	Budget additionnel non récurrent réparti sur 5 ans	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
A - Budget annuel (B+C)	1 846 549 \$	587 961 \$	1 339 431 \$	1 916 825 \$	2 200 793 \$	2 212 412 \$	2 229 323 \$	1 938 366 \$
B - Coût annuel des ressources en salaires et formation	1 564 049 \$	263 461 \$	918 697 \$	1 578 310 \$	1 858 623 \$	1 877 210 \$	1 895 981 \$	1 641 456 \$
C - Autres charges	282 500 \$	324 500 \$	420 734 \$	338 515 \$	342 170 \$	335 202 \$	333 342 \$	296 910 \$

Coût annuel des ressources en salaires et formation : détails budgétaires (B)

OFFRE DE SERVICES	employeur (CISSS ou CAAMP)	ETC	titre emploi	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
Soins et services de santé									
Services de santé courante	CAAMP	1	infirmière clinicienne	85 537 \$	86 392 \$	87 256 \$	88 129 \$	89 010 \$	89 900 \$
	CAAMP	1	agente administrative classe 2	51 009 \$	51 519 \$	52 034 \$	52 555 \$	53 080 \$	53 611 \$
Services de périnatalité			infirmière clinicienne						
	CAAMP	0,3	nutritionniste	24 853 \$	25 102 \$	25 353 \$	25 606 \$	25 862 \$	26 121 \$
	CAAMP	0,7	technicienne en diététique	48 119 \$	48 600 \$	49 086 \$	49 577 \$	50 073 \$	50 574 \$
	CAAMP	1	travailleur social membre de son ordre	85 561 \$	86 417 \$	87 281 \$	88 154 \$	89 035 \$	89 925 \$
Prévention de la maladie et promotion de la santé			infirmière clinicienne	NA	aucun coût supplémentaire				
	CAAMP	1	ARH profil travailleur social	NA	86 417 \$	87 281 \$	88 154 \$	89 036 \$	NA
	CISSS	0,1	kinésologue	NA	7 861 \$	7 940 \$	8 019 \$	8 099 \$	8 180 \$
Gestion des maladies chroniques			infirmière clinicienne	NA	aucun coût supplémentaire				
Dépistage			infirmière clinicienne	NA	aucun coût supplémentaire				
Services de proximité				NA	aucun coût supplémentaire				
Services auprès de la clientèle en santé mentale	CAAMP	0,5	infirmière clinicienne	NA	42 769 \$	43 197 \$	43 629 \$	44 065 \$	44 506 \$
Services médicaux				aucun coût supplémentaire					

Coût annuel des ressources en salaires et formation : détails budgétaires (B)

OFFRE DE SERVICES	em- ploveur (CISSS ou CAAMP)	ETC	titre emploi	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
Services psychosociaux									
Services psychosociaux généraux	CAAMP	1	spécialiste en activités cliniques profil travail social	87 325 \$	88 198 \$	89 080 \$	89 971 \$	90 871 \$	91 779 \$
	CISSS	1	APPR de la DSM	87 325 \$	88 198 \$	89 080 \$	89 971 \$	90 871 \$	NA
	CAAMP	1	psychologue	NA	104 197 \$	105 239 \$	106 291 \$	107 354 \$	108 428 \$
	CAAMP	1	travailleur social membre de son ordre	85 561 \$	86 417 \$	87 281 \$	88 154 \$	89 035 \$	89 925 \$
- Accueil, analyse, orientation et références			ARH	aucun coût supplémentaire					
- Consultation sociale individuelle, de couple et familiale de courte durée			ARH	aucun coût supplémentaire					
- Interventions complémentaires à Info-Social			ARH	aucun coût supplémentaire					
- Postvention			ARH	aucun coût supplémentaire					
Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme de dépistage 18 mois / 3 ans			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme intervention intensive en négligence			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme d'intervention en attachement			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme de préparation et d'accompagnement à la vie adulte			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme de traitement des troubles de comportement			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Programme d'intervention de crise individuel et familiale			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					
- Soutien à la persévérance scolaire / réussite éducative			déjà 1 psychoéducateur, 2 éducateurs spécialisés, 3 éducateurs petite enfance.	aucun coût supplémentaire					

Coût annuel des ressources en salaires et formation : détails budgétaires (B)

OFFRE DE SERVICES	employeur (CISSS ou CAAMP)	ETC	titre emploi	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
Services psychosociaux (suite)									
Intervention sociale en situation de crise suicidaire			équipe ARH en place	aucun coût supplémentaire					
Préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones	CAAMP	1	ARH profil travailleur social membre de son ordre	NA	86 417 \$	87 281 \$	88 154 \$	89 036 \$	89 926 \$
Services de santé mentale jeunesse / adulte - Évaluation et suivi psychologique des enfants et des parents	CAAMP		psychologue	NA	aucun coût supplémentaire				
Services de santé mentale jeunesse / adulte - Intervention psychosociale en santé mentale	CAAMP	1	travailleur social membre de son ordre	NA	86 417 \$	87 281 \$	88 154 \$	89 036 \$	89 926 \$
Services de dépendance			travailleur social membre de son ordre	NA	aucun coût supplémentaire				
- Service de repérage			équipe ARH en place	NA	aucun coût supplémentaire				
- Services de détection et orientation			équipe ARH en place	NA	aucun coût supplémentaire				
- Services s'intervention précoce			équipe ARH en place	NA	aucun coût supplémentaire				
			équipe ARH en place	NA	aucun coût supplémentaire				
- Suivis psychosociaux au terme d'un traitement spécialisé			équipe ARH en place	NA	aucun coût supplémentaire				
Services pour la clientèle en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique			travailleur social	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Services professionnels pour le maintien des acquis	CAAMP	1	ergothérapeute	NA	NA	88430	89 314 \$	90 207 \$	91 110 \$
	CAAMP	1	orthophoniste	NA	NA	89918	90 817 \$	91 725 \$	92 643 \$
- Services de soutien à la famille et aux proches			équipe ARH et équipe jeunesse déjà en place	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Services psychosociaux pour la personne, la famille et les proches			équipe ARH et équipe jeunesse déjà en place	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Activités socioprofessionnelles et communautaires			équipe ARH et équipe jeunesse déjà en place	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Soutien aux autres programmes-services et aux partenaires de la collectivité			équipe ARH et équipe jeunesse déjà en place	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
Services de proximité	CAAMP	1	ARH - travailleur de milieu, qui complète l'équipe des 3 accueillants de chez Willie	NA	86417	87 281 \$	88 154 \$	89 036 \$	89 926 \$

Coût annuel des ressources en salaires et formation : détails budgétaires (B)

OFFRE DE SERVICES	employeur (CISSS ou CAAMP)	ETC	titre emploi	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
Services communautaires									
- Développement communautaire		1	organisateur communautaire	NA	NA	86182	87 044 \$	87 914 \$	88 793 \$
- Création d'environnements sains et sécuritaires			déjà 3 organisateurs communautaires qui notamment organisent des activités culturelles	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Implication sociale et participation citoyenne			déjà 3 organisateurs communautaires qui notamment organisent des activités culturelles	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
- Prévention de la rupture sociale			ARH; même ressource que pour les services de proximité pour les services psychosociaux	NA	NA	aucun coût supplémentaire			
Qualité, évaluation, performance et éthique									
Déployer la culture et les pratiques en gestion de risques et une démarche d'amélioration continue	CAAMP	1	APPR - profil gestion de risques et amélioration continue	87325	88 198 \$	89 080 \$	89 971 \$	90 871 \$	91 779 \$
	CISSS	1	APPR - profil gestion de projet, performance, gestion de risques et amélioration continue	87325	88 198 \$	89 080 \$	89 971 \$	90 871 \$	NA
Déploiement et gestion de projet									
Coordination clinique et compétences culturelles	CAAMP	1	Agent de planification, programmation et recherche - Coordonnateur de la composante traditionnelle de l'offre de services- porteur de savoirs	87325	88 198 \$	89 080 \$	89 971 \$	90 871 \$	91 779 \$
	CAAMP		psychologue conseil sur les savoirs autochtones	honoraires professionnels					NA
	CAAMP		ainés, guérisseurs traditionnels, guides spirituels, porteurs de savoirs anichnabe	honoraires professionnels					NA
	CAAMP	2	navigateurs de services	NA	149931	151 430 \$	152 945 \$	154 474 \$	156 019 \$
	CAAMP	1	gestionnaire de services	122173	123 395 \$	124 629 \$	125 875 \$	127 134 \$	128 405 \$
	CAAMP	1	technicien en administration	64820	65 468 \$	66 123 \$	66 784 \$	67 452 \$	68 126 \$
B - Coût annuel des ressources en salaires et formation				918 697 \$	1 578 310 \$	1 858 623 \$	1 877 210 \$	1 895 981 \$	1 641 456 \$
	Budget annuel récurrent	Budget additionnel non récurrent réparti sur 5 ans							
Ressources totales requises à terme (ETC)	18,6	3							
Coût annuel des ressources en salaires	1 544 740 \$	260 209 \$							
frais de formation annuels (1,25% de la masse salariale)	19 309 \$	3 253 \$							
B - Coût annuel des ressources en salaires et formation	1 564 049 \$	263 462 \$							

Autres charges : détails budgétaires (C)

AUTRES CHARGES	Budget annuel récurrent	Budget additionnel non récurrent réparti sur 5 ans	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
location d'espace (120 pi2) : services première ligne	30 000 \$		30 000 \$	30 300 \$	30 603 \$	30 909 \$	31 218 \$	31 530 \$
Location d'espace (120 pi2) : services de guérison traditionnelle	30 000 \$	24 000 \$	32 667 \$	35 687 \$	36 044 \$	36 405 \$	36 769 \$	31 531 \$
frais de déplacements (incluant transport de prélèvements (4000) et transport approvisionnement (1500))	21 000 \$	36 000 \$	28 200 \$	28 482 \$	28 767 \$	29 054 \$	29 345 \$	22 071 \$
frais de déplacements (expertises externes-conseil)	15 000 \$	16 000 \$	18 602 \$	18 825 \$	19 051 \$	18 306 \$	18 020 \$	15 765 \$
frais de séjour	8 000 \$	100 000 \$	30 515 \$	31 048 \$	31 591 \$	26 059 \$	23 397 \$	8 408 \$
honoraires professionnels	50 000 \$	35 000 \$	58 750 \$	59 338 \$	59 931 \$	56 924 \$	55 672 \$	52 550 \$
honoraires et frais pour l'actualisation de l'évaluation évolutive	35 000 \$	25 000 \$	40 000 \$	40 400 \$	40 804 \$	41 212 \$	41 624 \$	36 785 \$
matériel et équipement associés à la composante traditionnelle	10 000 \$		10 000 \$	10 100 \$	10 201 \$	10 303 \$	10 406 \$	10 510 \$
Achat de deux véhicules électriques + borne de recharge		88 500 \$	88 500 \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
matériel et équipement non médical (incluant l'ajout d'un poste informatique)	6 000 \$		6 000 \$	6 060 \$	6 121 \$	6 182 \$	6 244 \$	6 306 \$
équipement médical	10 000 \$		10 000 \$	10 100 \$	10 201 \$	10 303 \$	10 406 \$	10 510 \$
fournitures médicales	5 000 \$		5 000 \$	5 050 \$	5 101 \$	5 152 \$	5 203 \$	5 255 \$
vaccins et médicaments	10 000 \$		10 000 \$	10 100 \$	10 201 \$	10 303 \$	10 406 \$	10 510 \$
communications et frais d'impression	10 000 \$		10 000 \$	10 100 \$	10 201 \$	10 303 \$	10 406 \$	10 510 \$
frais de traduction	3 500 \$		3 500 \$	3 535 \$	3 570 \$	3 606 \$	3 642 \$	3 679 \$
frais d'administration et d'audit	15 000 \$		15 000 \$	15 150 \$	15 302 \$	15 455 \$	15 609 \$	15 765 \$
support informatique et à la saisie de données (entente de services)	24 000 \$		24 000 \$	24 240 \$	24 482 \$	24 727 \$	24 974 \$	25 224 \$
C- Autres charges	282 500 \$	324 500 \$	420 734 \$	338 515 \$	342 170 \$	335 202 \$	333 342 \$	296 910 \$

Synthèse budgétaire

	Budget annuel récurrent	Budget additionnel non récurrent réparti sur 5 ans	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	Budget récurrent (au terme du projet pilote)
A - Budget annuel (B+C)	1 846 549 \$	587 961 \$	1 339 431 \$	1 916 825 \$	2 200 793 \$	2 212 412 \$	2 229 323 \$	1 938 366 \$
B - Coût annuel des ressources en salaires et formation	1 564 049 \$	263 461 \$	918 697 \$	1 578 310 \$	1 858 623 \$	1 877 210 \$	1 895 981 \$	1 641 456 \$
C - Autres charges	282 500 \$	324 500 \$	420 734 \$	338 515 \$	342 170 \$	335 202 \$	333 342 \$	296 910 \$

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 2016. *État de santé des Canadiens 2016. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique*. Ottawa, ASPC.
- Allan, Billie, et Janet Smylie. 2015. *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, Wellesley Institute.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2007. *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir*. Wendake, APNQL.
- Assemblée nationale du Québec. Commission des relations avec les citoyens. 2018. *Les conditions de vie des femmes autochtones en lien avec les agressions sexuelles et la violence conjugale. Observations, conclusions et recommandations*. Québec, Direction générale des affaires parlementaires.
- Bennett, Simon T., et James H. Liu. 2017. « Historical trajectories for reclaiming an indigenous identity in mental health interventions for Aotearoa/New Zealand—Māori values, biculturalism, and multiculturalism ». *International Journal of Intercultural Relation*, Volume 62, p. 93-102.
- Boisvert, Réal. 2013. « Réduction des inégalités sociales de santé : Dispositions actanciennes et intelligence collective au service du développement des communautés ». *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 26, N° 1, p. 197-214.
- Boyer, Yvonne. 2015. *Moving Aboriginal Health Forward: Discarding Canada's Legal Barriers*. Vancouver/Saskatoon, UBC Press/Purich Publishing.
- Brascoupé, Simon, et Catherine Waters. 2009. « Cultural Safety: Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness ». *The Journal of Aboriginal Health/ Journal de la santé autochtone*, Volume 5, N° 2, p. 6-41.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). 2013. *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. Prince George, C.-B., Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). 2011. *À la recherche des autochtones dans les mesures législatives et les politiques sur la santé, 1970 à 2008. Projet de synthèse politique*. Prince George, C.-B., Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Cloutier, Édith. 2013. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). *Rapport annuel 2012-2013*. Extrait du message de la directrice générale Édith Cloutier.
- Cloutier, Édith. 2015. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). *Rapport annuel 2014-2015*. Extrait du Mot de la directrice générale Édith Cloutier.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2013. « Feuille de renseignement sur la santé des Autochtones ». *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Santé des Autochtones*. [En ligne]. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health-f>. Page consultée le 25 avril 2018.
- Commission canadienne des droits de la personne (CCDP). 2013. *Rapport sur les droits à l'égalité des peuples autochtones*. Ottawa, CCDP.

- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès (CERP). 2018. « La Commission ». *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec*. [En ligne]. <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=3>. Page consultée le 28 mars 2018.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). 2015. *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec. Synthèse des services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit au Québec*. Wendake, CSSSPNQL.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2012. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Winnipeg, CVRC.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2015. *Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Volume 5. Pensionnats du Canada : Les séquelles*. Montréal/Kingston, McGill-Queen's University Press.
- Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). 1996. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. 5 volumes*. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services du Canada.
- Cram, Fiona. 2014. *Improving Māori access to health care: Research report*. Auckland, Katoa Ltd.
- De Saint-Georges, Ingrid. 2005. « Discours, anticipation et action. Les constructions discursives de l'avenir dans une institution de formation de travail », in Laurent Filliettaz et Jean-Paul Bronckart (dir.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*. Leuven, Peeters Louvain-la Neuve, p. 201-219.
- Doolan-Noble, Fiona, Danielle Smith, Robin Gauld, Debra L. Waters, Anthony Cooke, et Helen Reriti. 2013. « Evolution of a health navigator model of care within a primary care setting: a case study ». *Australian Health Review*, Volume 37, No 4, p. 523-528.
- Fondation autochtone de guérison (FADG). 2006. *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison. Volume III. Pratiques de guérison prometteuses en collectivités autochtones*. Ottawa, Fondation autochtone de guérison.
- Gervais, M.J., François Chagnon et André Paccioni. 2011. « Augmenter l'utilisation des données probantes par les intervenants et les gestionnaires en centre jeunesse ». *Service social*, Volume 57, N° 1, p. 49-62.
- Greenwood, Margo, Sarah de Leeuw, Nicole Marie Lindsay et Charlotte Reading (dir.). 2015. *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*. Toronto, Canadian Scholars' Press.
- Haskell, Lori, et Melanie Randall. 2009. « Disrupted Attachments: A Social Context Complex Trauma Framework and the Lives of Aboriginal Peoples in Canada ». *Journal of Aboriginal Health*, Volume 5, N° 1, p. 48-99.
- Henderson, Saras, et Elizabeth Kendall. 2011. « 'Community navigators': making a difference by promoting health in culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Logan, Queensland ». *Australian Journal of Primary Health*, Volume 17, No 4, p. 347-354.
- Howell, Teresa, Monique Auger, Tonya Gomes, Francis Lee Brown et Alana Young Leon. 2016. « Sharing Our Wisdom: A Holistic Aboriginal Health Initiative ». *International Journal of Indigenous Health*, Volume 11, N° 1, p.111-132.

- Lévesque, Carole, Édith Cloutier, Ioana Radu, Dominique Parent-Manseau, Stéphane Laroche et Natasha Blanchet-Cohen. 2018 [en voie de publication]. *Agir pour améliorer la santé des Autochtones dans les villes québécoises et canadiennes : l'exemple de la Clinique Minowé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. Montréal, Institut national de recherche scientifique.
- Lévesque, Carole, Philippe Apparicio, Martin Gagnon, Katharina Guth, Édith Cloutier et Josée Goulet. 2011. *Cartographie sociale et économique de la population autochtone des villes du Québec, La ville de Val-d'Or et la zone d'influence territoriale du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. Cahier 2011-01. Montréal, Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.
- Lévesque, Carole. 2003. « La présence des Autochtones dans les villes du Québec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés », in David Newhouse et Evelyn J. Peters (dir.), *Des gens d'ici. Les Autochtones en milieu urbain*. Ottawa, Programme de Recherche sur les politiques, p. 25-37.
- Lévesque, Carole. 2015. « Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone ». *Droits et libertés*, Volume 34, N° 2, p. 16-19.
- Lévesque, Carole. 2016. *La présence autochtone dans les villes du Québec : actions, tendances et enjeux*. Montréal, Institut national de recherche scientifique.
- Lévesque, Carole. 2017. Institut national de la recherche scientifique (INRS). « Présentation de la démarche de sécurisation culturelle ». *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec. Val-d'Or. 17 octobre 2017*. [En ligne]. <https://www.cerp.gouv.qc.ca>. Page consultée le 16 mars 2018.
- Macdonald, Davis, et Daniel Wilson. 2013. *Poverty or Prosperity. Indigenous Children in Canada*. Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives and Save the Children Canada.
- Mark, Janet. 2012. *Vision holistique. Présentation au Symposium sur la santé et le bien-être des Autochtones*. 31 octobre 2012. Val-d'Or, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2015. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Organisation des Nations Unies [Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme] (ONU). 2014. « Report of the Special Rapporteur on the rights of indigenous peoples, James Anaya - Addendum - The situation of indigenous peoples in Canada ». *Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme*. [En ligne]. http://ap.ohchr.org/documents/dpage_f.aspx?si=A/HRC/27/52/Add.2. Page consultée le 2 mai 2018.
- Organisation des Nations Unies (ONU). 2008. « Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones ». Article 23.
- Pésémapéo Bordeleau, Virginia. 2012. « De rouge et de blanc ». *Mémoire d'encrier*. Montréal, p56.
- Reading, Charlotte, et Fred Wien. 2009. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George, C.-B., Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

- Reading, Charlotte. 2015. « Structural Determinants of Aboriginal Peoples' Health », in Greenwood, Margo, Sarah de Leeuw, Nicole Marie Lindsay, Charlotte Reading (dir.), *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*. Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 3-15.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). 2012. *Mino Madjiwin - Innovation et développement en économie sociale autochtone*. Wendake, RCAAQ.
- Richmond, Chantelle A. M., et Catherine Cook. 2016. « Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy ». *Public Health Reviews*, Volume 37, No 2, p. 1-16
- Rousseau, Cécile, Néomée Alain, Sylvaine DePlaen, Michèle Chiasson-Lavoie, Alberto Elejalde, Anne Lynch et Ellen Moss. 2005. « Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : L'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle ». *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 17, No 2, p. 109-125.
- Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). 2017. *Faire plus, faire mieux. Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits. 2017-2022*. Québec, Direction des communications du ministère du Conseil exécutif et du Secrétariat du Conseil du trésor.
- Slater, Tania, Anna Matheson, Cheryl Davies, Huia Tavite, Triny Ruhe, Maureen Holdaway et Lis Ellison-Loschmann. 2013. « 'It's whanaungatanga and all that kind of stuff': Maori cancer patients' experiences of health services ». *Journal of Primary Health Care*, Volume 5, No 4, p. 308-314.
- Smith, Linda Tuhiwai, 1999. *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. Dunedin et Londres, Zed Books et University of Otago Press.
- Smylie, Janet. 2015. « Approaching reconciliation: Tips from the field/Comment aborder la réconciliation : conseils du terrain ». *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, Volume 106, No 5, p. 261-264.
- Statistique Canada, 2017. « Recensement de 2016 ». *Statistique Canada*. [En ligne]. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/>. Page consultée le 15 mars 2018.
- Statistique Canada. 2016. « Tableau 105-0512 - Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le groupe d'âge et sexe, estimations de quatre ans, Canada, provinces et territoires, occasionnel (taux), CANSIM (base de données) ». *Statistique Canada*. [En ligne]. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1050512>. Page consultée le 7 mars 2018.
- Tully, James. 2000. « The Struggles of Indigenous Peoples for and of Freedom », in Duncan Ivison, Paul Patton et Will Saunders (dir.), *Political Theory and the Rights of Indigenous Peoples*. Cambridge, Cambridge University Press, p. 36-59.
- Turcotte, Louis, Robert Bastien, Carole Clavier et Yves Couturier. 2011. « Ce que nous apprend le travail des agents pivots sur les approches intégrées : analyse exploratoire du cas de l'approche-école en santé ». *Service social*, Volume 57, No 2, p. 55-73.



**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue**

Québec 