



Mind Pimatisiwin

Mieux-être



santé autochtone

Une réponse novatrice pour renouveler l'offre de soins et services de santé et de 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



Avril 2018

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





La quête du *Mino Pimatisiïin*

En langue anicinabe, le *Mino Pimatisiïin* 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 Pimatisiïin* 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 Pimatisiïin* 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. Cette quête du mieux-être s'incarne dans un mouvement perpétuel qui sait s'ancrer dans la vie sans jamais être figé. (RCAAQ 2012 : 8-9)

La principale qualité du *Mino Pimatisiïin* 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. (RCAAQ 2012).



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 accueillant une offre de services de première ligne renouvelée. 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 en l'occurrence 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 pour répondre aux besoins du milieu et permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux d'assumer ses obligations au regard de la responsabilité populationnelle.

En ce sens, ce collaboratoire offrira, dans la foulée de ce qui a déjà été amorcé au CAAVD, des soins de santé et des services psychosociaux de première ligne, des services de périnatalité, pour la petite enfance, les mères et la famille, des services sociaux en matière de jeunesse, ainsi que des services communautaires à la population autochtone de tous âges et genres. Fondé sur une démarche de sécurisation sociale et culturelle, il 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 visera à réduire les écarts et les disparités qui existent entre ces derniers 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.



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 destinées à la population autochtone.

Améliorer l'état de santé

Un des objectifs de ce nouvel espace est 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 de la quête et des enseignements du Mino Pimatisi8in² sur lesquelles le CAAVD fonde ses actions, ses motivations et ses orientations depuis plus de 40 ans. Dans cette perspective, le partenariat avec le CISSS-AT est l'occasion pour le CAAVD de se doter d'une nouvelle identité et de devenir le Centre d'amitié autochtone Mino Pimatisi8in (CAAMP).

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).

Les étapes de la mise en œuvre

Le renouvellement de l'offre de services en santé et services sociaux nécessitera de traverser plusieurs étapes concomitantes ou successives : conceptualisation et développement; expérimentation et implantation; réflexivité et apprentissages; information et savoirs; transfert et appropriation; viabilité et pérennité. 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'indicateur de santé.

Le CAAMP et le CISSSAT comptent également comme partenaire l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) afin d'assortir les activités d'une veille scientifique destinée à documenter les activités et réalisations du collaboratoire. Cette veille engendrera 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 transfert bilatéral de connaissances, de compétences et d'expertises prendra place à l'intérieur du collaboratoire afin de favoriser de part et d'autre l'adoption d'approches et de pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes.



Un laboratoire 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 partagent une vision de la santé bien différente de celle des autres peuples. Cette conception rejoint davantage un état de mieux-être global issu de l'équilibre entre les quatre dimensions de la nature humaine (affective, rationnelle, corporelle et spirituelle), intégrant les différents aspects de la vie, y compris la maîtrise de l'environnement physique et social, et prônant l'inséparabilité de l'individu, de la famille, de la communauté et du monde (Howell et al, 2016; FADG, 2006).

De plus, les Autochtones considérés de manière globale, partagent une réalité coloniale exclusive à l'intérieur du Canada. Ce colonialisme a engendré des dépossession territoriales, des pertes de contrôle individuelles sur sa propre existence, des dysfonctionnements familiaux, des blessures identitaires, une détérioration des conditions d'appartenance au groupe qui se répercutent aujourd'hui dans leur état de santé déficient. En conséquence, la nouvelle offre de services devra s'inscrire dans une visée de décolonisation, de revalorisation des systèmes de connaissances autochtones et de restauration de la relation entre les Autochtones et les services de santé.

Elle devra également conduire à l'articulation entre une inscription des Autochtones dans la modernité et le maintien des modalités traditionnelles d'être, se traduisant par une attention et une sensibilité à la fois pour les pratiques de guérison traditionnelles et pour la biomédecine conventionnelle. Plus encore, il ressort des écrits à cet égard qu'un intérêt pour des formes de convergence entre les deux systèmes de savoirs est manifeste. Par exemple, la Commission royale sur les peuples autochtone (CRPA, 1996) préconise le déploiement d'une démarche hybride qui organise des passerelles entre la biomédecine et les perspectives autochtones. Il s'agit en somme de favoriser une synergie entre des principes traditionnels et occidentaux eu égard à la santé, afin d'en arriver à la conception d'une approche contemporaine autochtone en matière de santé, susceptible de convenir à tous les Autochtones, à peu de choses près (Lemchuck-Favel et Jock, 2004).

La nécessité d'une réponse systémique

Le CAAVD et le CISSAT travaillent ensemble depuis plus de dix ans au parachèvement d'un modèle urbain de services de santé et de 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 et un travailleur social 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 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. L'existence de ce nouveau laboratoire permettra la formulation d'une réponse enrichie, consolidée, et surtout ancrée dans les systèmes de savoirs autochtones afin d'en assurer la durabilité et la pérennité.

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 services de santé et de services sociaux (SAA, 2017). De plus, il est en concordance avec la Politique gouvernementale de prévention en santé, dotée d'une enveloppe de 3,5 M\$, qui a pour objectif « d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie population du Québec et de réduire les inégalités sociales de santé ». En définitive, ce projet phare permettra au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'exercer sa responsabilité populationnelle, en d'autres mots à l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et bien-être de la population d'un territoire donné en : 1) rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ; 2) assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ; 3) agissant en amont, sur les déterminants de la santé.

Un tel exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Les CISSS et CIUSSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur leurs territoires. De telle sorte qu'une continuité est assurée entre l'ensemble des soins et services de santé et des services sociaux.

Une demande d'aide financière

Une période de cinq ans est nécessaire pour que le 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 de veille 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 du transfert l'expertise bilatérale.

À terme, le CAAMP et le CISSSAT souhaiteront obtenir une reconnaissance combinée à l'octroi d'un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour assurer sa viabilité et sa pérennité.

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.



Bibliographie

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.

Boyer, Yvonne. 2015. *Moving Aboriginal Health Forward: Discarding Canada's Legal Barriers*. Vancouver/Saskatoon, UBC Press/Purich Publishing.

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.

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.

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.

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.

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*, Vol. 11, No. 1, p.111-132.

Lemchuck-Favel, Laurel, et Richard Jock. 2004. « Aboriginal Health Systems in Canada: Nine Case Studies ». *The Journal of Aboriginal Health/Journal de la santé autochtone*, Vol. 6, No. 1, p. 28-5.

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*, Vol. 34, No. 2, p. 16-19.

Lévesque, Carole. 2017. Institut national de la recherche scientifique (INRS). *Présentation de la démarche de sécurisation culturelle devant la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec*. Val-d'Or. 17 octobre 2017. Enregistrement de la présentation dans <https://www.cerp.gouv.qc.ca>. [En ligne]. Page consultée le 16 mars 2018.

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.

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*, Vol. 37, No. 2, p. 1-16.

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.

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*, Vol. 106, No. 5, p. 261-264.

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.

