

Vers un modèle de services de santé et de services sociaux
en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or :

La Clinique MINOWÉ

UNE RESSOURCE INTÉGRÉE AU RÉSEAU LOCAL DE LA VALLÉE-DE-L'OR



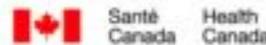
Une initiative conjointe
du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or,
du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
et du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

REMERCIEMENTS

Le contenu de cette proposition reflète l'importance accordée par les partenaires aux besoins de la population autochtone résidant et/ou en transit dans la Vallée-de-l'Or en matière de santé et de services sociaux.

Le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) tiennent à remercier le personnel des trois organisations qui a contribué à l'élaboration de ce document. Merci à tous ceux et celles qui ont partagé leur expérience et leurs connaissances pour assurer la réussite de ce projet.

Le projet pilote visant l'implantation de la Clinique Minowé a été rendu possible grâce à la contribution financière de Santé Canada par le biais du *Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA)*.



Rédaction : Alain Ouellette, Édith Cloutier
Réviseurs du contenu : Sharon Hunter, Gina Richmond, Jérôme Lamont, Régean Bergeron, Nicole Binet
Réviseurs linguistiques : Amélie Lainé, Patricia Auclair, Stéphane Laroche, Nathalie Fiset
Coordination : Marie-Lyse Firlotte
Graphisme : Nadièle St-Pierre

25 novembre 2010

«Évite de suivre le chemin déjà tracé,
aventure-toi plutôt hors des sentiers battus
et laisse ta trace.» - **Ralph Waldo Emerson**





TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	
1.1	Le contexte	6
1.1.1	Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada	6
1.1.2	Le Forum socioéconomique des Premières Nations du Québec (FSÉPNQ)	7
1.1.3	La Clinique Minowé: un modèle de clinique multiservices en milieu urbain pour les Autochtones	9
1.2	Les constats à l'origine de ce projet collectif	11
1.3	La démarche vers la mise sur pied de la clinique Minowé	13
2.	Le profil de santé de la population autochtone	14
3.	Les cibles prioritaires pour améliorer la santé des Autochtones en milieu urbain de la Vallée-de-l'Or	19
4.	Les principes sur lesquels repose le modèle de services	20
5.	Les modes de complémentarité de services	22
6.	Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone	24
6.1	Les services de première ligne	25
6.2	Les services aux jeunes et à leur famille (dont les jeunes en difficulté)	27
6.3	Les services aux personnes qui présentent des dépendances	30
6.4	Les services aux personnes qui présentent des problèmes d'itinérance	31
6.5	Les services aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale	32
6.6	La santé physique	33
7.	Les principales responsabilités du CSSSVO, du CAAVD et du CJAT	34
8.	Les conditions de réussite	36
9.	La mise en œuvre d'un projet d'expérimentation du modèle	37
10.	Conclusion	39
11.	Bibliographie	40

1. Introduction

1.1 | LE CONTEXTE

1.1.1 - LE FONDS DE TRANSITION POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES (FTSA) DE SANTÉ CANADA

Annoncé en 2005, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada a été créé à la suite d'un engagement conjoint entre le gouvernement du Canada et les provinces et territoires dans le but d'améliorer l'état de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Santé Canada affirme que :

« Certains Autochtones se heurtent à des obstacles particuliers lorsqu'il s'agit d'obtenir les services de santé dont ils ont besoin... La langue et la culture peuvent aussi faire en sorte que les Autochtones aient plus difficilement accès aux services dont ils ont besoin. »

Le FTSA de Santé Canada prévoit le versement de 200 millions de dollars sur six ans. À ce jour, le Ministère a financé 311 projets dans l'ensemble des provinces et des territoires. Ce programme prendra fin le 31 mars 2011.

Au Québec, un total de 54 projets ont été approuvés pour un investissement de 13,1 millions \$. Ces projets s'inscrivent dans un plan d'action conjoint élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les Premières Nations et les Inuits et soumis à Santé Canada. Ce plan d'action a comme objectif de réduire l'écart en matière de santé et remédier aux disparités sociales entre la population québécoise et celles issues des Premiers Peuples.

C'est dans ce contexte que le projet intitulé *Un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or* a été élaboré grâce à un partenariat entre :

- le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD);
- le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO);
- et le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT).



Présenté en deux volets, ce projet vise **(1)** l'adaptation et la complémentarité des services en santé et en services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la MRC de la Vallée-de-l'Or et **(2)** l'exportation du modèle vers d'autres centres urbains où l'on retrouve un Centre d'amitié autochtone au Québec.

Le projet du CAAVD avait reçu l'appui de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (ASSS-AT), lors du dépôt de son projet en septembre 2007.

Le projet du CAAVD a débuté le 1^{er} décembre 2008 et a bénéficié d'une contribution financière de 475 877\$.

1.1.2 - LE FORUM SOCIOÉCONOMIQUE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC (FSÉPNQ)

En octobre 2006 se tenait au Québec le premier Forum socioéconomique des Premières Nations à Mashteuiatsh.

«Ce Forum visait d'abord à être un outil capable d'orchestrer – sur la base d'engagements – des changements structurels permettant l'amélioration des conditions d'existence des Premières Nations du Québec. Les engagements ont été élaborés autour de quatre grands thèmes: Économie et Emploi; Éducation et Culture; Infrastructures et Développement communautaire durable; Santé et Services sociaux.»¹

Le gouvernement du Québec et les autorités des Premières Nations se sont engagés à mettre en œuvre des actions visant à *réduire les écarts en matière de santé et de services sociaux entre la population québécoise et celles issues des Premiers Peuples.*

Parmi les engagements conclus par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'un d'eux implique les Centres d'amitié autochtones du Québec et se libelle comme suit:

«Le MSSS, en partenariat avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), s'engage à favoriser les partenariats dans le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les CSSS ainsi que dans l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones.»²

¹ Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir. Page 1.1

² Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir. Page 2.61



Le partenariat entre le CAAVD, le CSSSVO et le CJAT visant le développement d'un modèle de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or s'inscrit dans l'esprit de l'engagement conclu entre le RCAAQ et le MSSS lors du FSÉPNQ.

En effet, ce projet de développement d'un modèle de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones est aussi en lien avec les recommandations de ***l'Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec***³ pilotée par le RCAAQ. Huit centres d'amitié autochtones du Québec⁴ ont participé aux travaux d'évaluation qui se sont déroulés entre 2007 et 2009.

Cette évaluation a permis au RCAAQ de dresser un portrait des défis rencontrés en milieu urbain par les citoyens autochtones et de mieux cibler leurs besoins en matière de services psychosociaux. Dans le cadre du projet pilote du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, les conclusions tirées de cette évaluation provinciale serviront à enrichir la réflexion menant à l'élaboration du modèle.

Il est prévu, dans une deuxième phase du projet FTSA, que le RCAAQ soit mandaté pour assurer l'exportation du modèle de santé et de services sociaux pour les Autochtones vers d'autres villes du Québec où l'on retrouve un centre d'amitié autochtone.

³ Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec, 2009

⁴ Soit les centres d'amitié autochtones de Val-d'Or, Chibougamau, Senneterre, La Tuque, Launaudière, Sept-Iles, Montréal et Québec.

1.1.3 - LA CLINIQUE MINOWÉ: UN MODÈLE DE CLINIQUE MULTISERVICES EN MILIEU URBAIN POUR LES AUTOCHTONES

Le projet d'élaboration d'un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or a été accueilli favorablement par le bailleur de fonds, Santé Canada, sur la base qu'il propose de nouvelles approches pour l'intégration et l'adaptation des services de santé et de services sociaux pour les Autochtones du territoire de la MRC vivant hors réserve.

Le projet vise à établir :

- **De nouvelles façons de collaborer:** en formalisant de nouveaux partenariats et en consolidant ceux existants.
- **De nouvelles façons de penser:** par de meilleures connaissances et une plus grande compréhension des besoins en matière de services de santé et services sociaux pour les Autochtones.
- **De nouvelles façons de faire:** par l'élaboration de protocoles communs, d'accords de collaboration en matière de planification sociosanitaire et par un accès accru aux services de santé et services sociaux pour les Autochtones.

Entre décembre 2008 et août 2010, les directions générales du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, du CSSSVO et du CJAT ont entrepris les travaux de construction du modèle en mettant à contribution les expertises de leurs équipes de direction, de gestionnaires et un certain nombre d'intervenants. Les travaux ont d'abord porté sur l'identification des zones de complémentarité de services existantes, celles qui sont à consolider ainsi que celles à développer grâce au modèle. Ces sessions de travail ont aussi permis de créer un forum d'échange entre les partenaires en ce qui concerne les réalités du terrain en matière de dispensation de services de santé et services sociaux aux Autochtones sur le territoire.

Elles ont aussi permis de confirmer, selon les observations des intervenants, que le taux de pénétration des Autochtones dans les services du CSSSVO était très faible. Il est apparu évident que des mesures concrètes devaient être mises en place pour remédier à cette situation, considérant les problématiques de santé que rencontrent les Autochtones.

Par ailleurs, la démarche d'échange et de construction du modèle a été accompagnée par un consultant externe qui avait comme mandat de faciliter le dialogue et préciser les orientations. En cours de route, une seconde consultante, qui cumule 35 années d'expérience dans le réseau de la santé et services sociaux, s'est jointe aux travaux, venant bonifier la réflexion collective et la démarche de construction du modèle.



Après plusieurs mois de travail, les partenaires ont élaboré deux plans d'action, l'un qui définit les objectifs en matière d'amélioration d'accès aux services de santé pour les Autochtones du territoire du CSSSVO, l'autre qui oriente les actions visant l'intensification des services auprès des jeunes notamment en matière de protection de la jeunesse.

Pour assurer la mise en œuvre de ces plans d'action, une phase d'expérimentation s'est imposée afin de traduire concrètement en services le modèle élaboré. De plus, une phase d'expérimentation permettra d'évaluer l'impact du modèle sur la population ciblée.

Ainsi, d'un commun accord, les partenaires ont convenu de mettre en place la Clinique Minowé dans les locaux du Centre d'amitié autochtone. Dans la langue algonquienne, Minowé signifie «être en santé». La Clinique Minowé s'inscrit comme une ressource intégrée au réseau local de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or.

Afin d'assurer l'offre de services identifiés dans les plans d'action, deux ressources y sont dédiées : une infirmière de proximité et un agent de relations humaines. Ces ressources humaines sont des employés du CSSSVO et du CJAT affectés à la Clinique Minowé jusqu'à la fin de la phase d'expérimentation prévue le 31 mars 2011. Dans l'éventualité d'une prolongation de cette phase, ces ressources humaines seront maintenues.

1.2 | LES CONSTATS À L'ORIGINE DE CE PROJET COLLECTIF

POUR LES TROIS ORGANISATIONS, L'IMPLANTATION D'UN MODÈLE D'ORGANISATION, D'ADAPTATION ET DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MILIEU URBAIN DESTINÉS AUX AUTOCHTONES DE LA MRC DE LA VALLÉE-DE-L'OR EST BASÉE SUR LES CONSTATS SUIVANTS :

1. Pour des raisons historiques, culturelles, de méfiance envers les institutions non autochtones, de méconnaissance des services et à cause de problèmes de communication, les Autochtones sollicitent peu les services du CSSSVO à l'exception des soins de l'urgence hospitalière et des soins d'obstétrique.
2. Malgré l'accessibilité des services du CSSSVO à la population en général, malgré la présence active d'un infirmier de liaison en santé mentale et la participation du CAAVD à des tables de concertation avec le CSSSVO, on constate que les services du CSSSVO rejoignent peu la population autochtone.
3. Bien qu'il soit difficile de définir avec précision le taux de pénétration des services de première ligne du CSSSVO auprès de la population autochtone, les échanges avec les intervenants nous indiquent que peu d'Autochtones utilisent ces services. Ainsi nous faisons face à une problématique importante compte tenu de l'acuité des problèmes de santé et des problèmes sociaux au sein de cette population.
4. Pour répondre à cette problématique, le CAAVD a développé nombre d'activités et de services qui ont pour objectifs de promouvoir la santé globale des Autochtones, d'assurer un support psychosocial tout en misant sur les actions, les savoirs et les expériences des Autochtones. Ces services sont assurés par une équipe multidisciplinaire composée, entre autres, d'agents de relations humaines, d'organismes communautaires, d'éducateurs, de psychoéducateurs.
5. Le CAAVD est devenu le principal lieu de référence, de services et d'entraide pour la population autochtone de Val-d'Or, résidente et en transit.
6. De nombreux jeunes autochtones présentent des problèmes psychosociaux importants qui compromettent ou pourraient compromettre leur sécurité et leur développement. Le CJAT désire améliorer le support aux jeunes ainsi qu'à leur famille tout en assurant la pertinence culturelle de ses interventions.

7. La méfiance et l'incompréhension viennent teinter les rapports entre le CJAT et la communauté autochtone. Le contexte légal de la mission du CJAT contribue à compliquer les perceptions.
8. La concrétisation d'un nouveau modèle d'adaptation et de complémentarité des services de santé et des services sociaux en milieu urbain doit reposer sur le partage de l'expertise des trois partenaires afin de rejoindre la population autochtone et d'offrir les services dont elle a besoin.

Pour assurer des services de santé et des services sociaux de manière continue aux citoyens autochtones, les stratégies d'intervention et l'organisation des services doivent être «culturellement pertinentes» et fondées sur une approche globale des problèmes de santé et de services sociaux. La culture autochtone privilégie une conception holistique de la santé.

«... le holisme s'inspire d'une conception intégrée de la santé humaine, c'est-à-dire la prise en considération de tous les aspects de la vie d'une personne dans son environnement global. [...] Une nouvelle approche autochtone en matière de guérison combinerait les apports de l'analyse autochtone traditionnelle et contemporaine ainsi que celle, naissante, des déterminants de la santé. Elle respecterait les besoins, les valeurs et les traditions des personnes à qui elle s'adresse.»⁵

Cette dimension est essentielle dans l'organisation des services, sans quoi il sera difficile de rejoindre et d'offrir des soins à la population autochtone. Agir sur la santé d'une population, c'est aussi agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. À cet égard, soulignons que l'ensemble des activités des secteurs du développement communautaire et celui du développement social du CAAVD contribuent à l'amélioration de la santé des Autochtones à Val-d'Or.

Force est d'admettre qu'en remédiant aux disparités en matière de santé et de services sociaux séparant les Premières Nations du reste de la population québécoise, c'est toute une communauté qui en sera gagnante.

⁵ Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1996

1.3 | LA DÉMARCHE VERS LA MISE SUR PIED DE LA CLINIQUE MINOWÉ

Au cours de la dernière année, des rencontres entre les directions générales, le personnel d'encadrement et des intervenants du CSSSVO, du CJAT et du CAAVD ont mené à un consensus sur des principes de collaboration, des modalités de complémentarité de services et sur la définition d'un projet d'expérimentation.

LA CONSTRUCTION DU MODÈLE D'ORGANISATION, D'ADAPTATION ET DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES SE TRADUIT PAR LES ACTIONS SUIVANTES :

1. La signature d'ententes de partenariat entre le CSSSVO-CAAVD en avril 2009 et le CJAT-CAAVD en octobre 2009.
2. La rédaction d'un document commun qui définit le modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux en milieu urbain destinés aux Autochtones de la MRC de la Vallée-de-l'Or et dont le pivot est une clinique multiservices en milieu autochtone.
3. L'élaboration de deux plans d'action : l'un qui vise à arrimer les services entre le CSSSVO et le CAAVD, l'autre visant l'arrimage entre les services du CJAT et du CAAVD.
4. La mise en œuvre d'une phase d'expérimentation d'un modèle intégré de clinique multiservices dans les locaux du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : la Clinique Minowé.
5. La présentation du modèle à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
6. L'évaluation et la documentation de la phase d'expérimentation.
7. La consultation et la participation des autres établissements de deuxième ligne à la construction du modèle d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services (le Centre Normand, le CRDI Clair Foyer et le CR La Maison).
8. La consultation et la participation des partenaires institutionnels (Commission scolaire, justice, etc.) et des groupes communautaires concernés par le modèle d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services.
9. La consultation et la participation des communautés autochtones et institutions de santé et de services sociaux des Premières Nations, principalement algonquines et cries, concernées par le modèle d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services.
10. La mise en place de moyens visant à soutenir la démarche menant à la pérennité du modèle d'adaptation de services et de la Clinique Minowé au CAAVD.

2. Le profil de santé de la population autochtone

Le *Plan directeur de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec* affirme que :

«Comparativement au reste de la population québécoise, et plus largement de la population canadienne, les Premières Nations du Québec accusent un retard alarmant en matière de santé et de qualité de vie. Les disparités couvrent quasiment tous les domaines de la santé et du développement social. Le plus alarmant est que certaines d'entre elles ont même tendance à s'amplifier, au lieu de se résorber. En comparaison avec la population canadienne, une personne issue des Premières Nations du Québec :

- vit en moyenne 6 à 7 ans de moins
- est quatre fois plus exposée à l'inaccessibilité et aux carences en ce qui a trait aux soins de santé et de services sociaux
- est deux à trois fois plus sujette à l'obésité et à l'embonpoint
- encourt deux à trois fois plus de risques d'être atteinte du diabète et huit à dix fois plus de risques d'être atteinte de la tuberculose
- risque de vivre, dès sa plus jeune enfance, des situations de pauvreté, de négligence et de placements, dans des proportions de trois à cinq fois plus élevées
- est cinq fois plus exposée au suicide.»⁶

«On estime que les adultes des Premières Nations présentent des taux de dépression, modérés à grave, deux fois plus élevés que les taux enregistrés dans les communautés non autochtones. Pire encore, au sujet de la détresse psychologique, les Premières Nations consultent les spécialistes deux fois moins que le reste des Canadiens.

La santé mentale pose aussi de sérieux problèmes pour un grand nombre de personnes et de communautés. Les personnes les plus vulnérables n'ont pas toujours accès aux ressources requises pour faire face aux situations difficiles et parfois dramatiques. Cette précarité serait en grande partie liée à l'accumulation des problématiques du vécu, à une perte de contrôle sur les choix et les ressources, à une perte identitaire et parfois aux séquelles intergénérationnelles du régime des pensionnats indiens sur les survivants, leurs familles et les communautés.»⁷

⁶ Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, CSSSPNQL

⁷ Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, CSSSPNQL

Mentionnons que la prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) dans les populations à haut risque, y compris les communautés des Premières Nations, peut atteindre la proportion d'un enfant sur cinq.

Ces constats, conjugués à une croissance de la population autochtone en milieu urbain et conséquemment à un accroissement des besoins de services, sont parmi les facteurs qui nous amènent aujourd'hui à vouloir développer un modèle de services de santé et de services sociaux pour cette population urbaine.

SOULIGNONS AUSSI LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- De 2001 à 2006, on observe une croissance de 70% de la population autochtone hors réserve au Québec.⁸ À Val-d'Or, cette hausse est de 24% et il est permis de croire que cette croissance se poursuivra. Dans l'ensemble de la MRC de la Vallée-de-l'Or, 2 825 personnes déclarent une identité autochtone, soit 6,8% des 41 275 résidants. Le nombre et la proportion de la population autochtone de Val-d'Or augmentent régulièrement au fil des années; il s'agit d'une population jeune et en croissance démographique.⁹

Mais il faut ajouter que Val-d'Or représente aussi une plaque tournante pour les Algonquins et les Cris de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Baie-James. Le nouveau Pavillon des Premiers Peuples à l'Université du Québec à Val-d'Or crée également une augmentation de la population autochtone.

Mentionnons que la population algonquaine des communautés de Lac Simon et Kitcisakik fréquente Val-d'Or sur une base quotidienne. Plusieurs jeunes autochtones de Lac Simon et Kitcisakik viennent résider à Val-d'Or pour fréquenter l'école.

- La population autochtone de la Vallée-de-l'Or est en croissance.

«De fait, de 2003 à 2007, on y a enregistré un taux d'accroissement de 14%, ce qui s'avère nettement supérieur au taux de croissance du reste de la population du territoire ou même celui des Autochtones du Québec (7%). Les membres des Premières Nations se caractérisent également par la jeunesse de leur population. En Abitibi-Témiscamingue, les moins de 15 ans composent le tiers de la population autochtone alors que cette part n'est que de 18% chez les non-Autochtones.¹⁰ À l'autre extrême, les gens âgés de 65 ans et plus sont très peu nombreux, leur poids démographique est de 3% seulement comparé à 12% pour le reste de la population du territoire.»¹¹

⁸ Statistique Canada, données de 2001 et 2006

⁹ «Autochtones et non-Autochtones à Val-d'Or, bons voisins?», UQAT, 2009

¹⁰ L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, Les portraits de la région, Les Premières Nations, avril 2009

¹¹ Portrait de santé en bref... 2008, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

D'autre part, le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017* élaboré par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador met en évidence les éléments suivants:

LA PRÉCARITÉ DU NIVEAU DE VIE DES PREMIÈRES NATIONS EST CONFIRMÉE PAR L'ÉTAT DE PLUSIEURS INDICATEURS QUI INFLUENCENT FORTEMENT LA QUALITÉ ET LE NIVEAU DE VIE DES INDIVIDUS:

- **Le chômage:** 52% de la population des Premières Nations en âge de travailler est sans emploi.
- **La pauvreté:** presque 60% des adultes ont un revenu annuel inférieur à 20 000\$.
- **Le niveau de scolarisation:** 49% des adultes n'ont pas terminé leurs études secondaires.
- **L'usage des langues ancestrales,** véhicule de toutes les valeurs sociales et socle essentiel des cultures et civilisations autochtones, est en déperdition.
- **Les habitudes de vie:** tabagisme (35% plus de fumeurs chez les Premières Nations que chez les Allochtones), consommation excessive d'alcool (30% plus fréquente chez les Premières Nations que parmi les Québécois), consommation de drogues (66% des jeunes des Premières Nations entre 18 et 24 ans).
- **L'alimentation:** 65% des adolescents ne consomment que des aliments non nutritifs.
- **Les pratiques sexuelles:** taux de prévalence de chlamydie génitale et d'infections gonococciques jusqu'à dix fois supérieur à l'ensemble du Québec.
- **Les infrastructures résidentielles:** déficit de logements, accentué par la poussée démographique; les habitations sont, dans bien des cas, désuètes, exigües et non sécuritaires.
- **L'accès à l'eau potable:** une maison sur quatre ne dispose pas d'eau courante exempte de polluants.
- **L'environnement:** la dégradation environnementale a un impact négatif plus grand sur les Premières Nations que sur les autres Québécois et Canadiens.

«La problématique du cancer est en forte hausse dans les populations autochtones. Alors qu'elle était presque inexistante il y a quelques décennies, elle atteint aujourd'hui des niveaux élevés qui préoccupent les instances de santé publique.»¹²

¹² Cancer chez les Autochtones du Québec vivant dans les réserves et les villages nordiques, de 1984 à 2004 — Incidence et mortalité, Rabiâ Louchini, Michel Beaupré INSPQ 2009

EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, D'AUTRES INDICATEURS CONFIRMENT L'IMPORTANCE D'ADAPTER LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX :

- Dans la région de Val-d'Or, les jeunes autochtones représentent 29 % des signalements « hors réserve ». Au 30 avril 2009, il y avait 50 jeunes autochtones *hors réserve* de la région de Val-d'Or suivis par le CJAT. 27 de ces jeunes, soit plus de 50 %, résidaient en famille d'accueil.

Actuellement, il n'y a pas de familles d'accueil autochtones pour les jeunes de Val-d'Or.

- La négligence (60 %) et les troubles de comportement constituent les principales raisons pour lesquelles la santé et la sécurité des enfants sont compromises. La durée des suivis du CJAT est d'environ 24 mois.
- À la Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence **Le Nid** de Val-d'Or, en 2007-2008, on a admis 151 femmes et enfants autochtones sur un total de 207 admissions, représentant 73 % de la clientèle.
- Les Autochtones ont composé 34 % de la clientèle ayant occupé des lits au refuge **La Piaule** en 2009-2010. Sur un total de 386 personnes desservies au cours de l'année, 131 étaient des Autochtones, majoritairement d'origine crie et algonquine.
- Quant au **Dortoir**, un hébergement d'urgence pour les sans-abri, il a accueilli en 2008-2009, 137 personnes dont 65 % étaient des Autochtones et en 2009-2010, 238 personnes, dont 78 % étaient issues des Premières Nations.
- **L'enquête terrain sur les besoins en itinérance** (CAAVD/GRF mai 2009) mentionne que les Autochtones sont surreprésentés dans la population itinérante de Val-d'Or.
- Selon l'infirmière de première ligne du projet **Pikatemps**, clinique de dépistage VIH/SIDA et hépatite, 45 % des clients étaient des Autochtones au cours de l'année 2007-2008.

LA FRÉQUENTATION ET LES BESOINS DE SERVICES AU CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR REFLÈTENT AUSSI L'IMPORTANCE DES BESOINS DE SERVICES DE CETTE POPULATION:

- En 2009-2010, un total de 6 361 interventions auprès de 568 personnes ont été effectuées dans le cadre du programme d'intervention psychosociale Le Nid d'Aigle du CAAVD. Ce service privilégie une approche holistique qui permet de créer un équilibre dans l'âme, le corps et le cœur, ainsi que le développement des compétences et de l'autonomie de la personne (empowerment).

- Les interventions psychosociales du CAAVD se traduisent notamment par de l'accompagnement, de l'écoute, du counselling, de la transmission d'information, des références et de l'orientation en thérapie.

Elles touchent principalement des problématiques liées à la dépendance, aux relations parents-enfants, aux besoins de soutien psychosocial des jeunes et des adultes, à l'itinérance/errance, à la santé mentale, à la justice et à des situations qui requièrent du dépannage alimentaire et résidentiel.

- Le CAAVD offre d'autres services liés au développement communautaire, social, économique ainsi qu'au développement des compétences. Ces services offerts à la communauté autochtone rejoignent plusieurs dimensions de la vie de la personne.

Les principaux champs d'intervention concernent le respect et la transmission de la culture autochtone, le développement des enfants et des jeunes (stimulation précoce et soutien aux familles, aide aux devoirs, local des jeunes, activités culturelles, physiques et de loisirs, interventions psychosociales, camp de jour), la promotion de saines habitudes de vie, le partage des traditions, le soutien aux anciens élèves des pensionnats indiens, le soutien aux aînés, le transport médical et le développement économique (cafétéria, hôtellerie, boutique d'art, partenariat avec le CPE Abinodjic-Miguam).

3. Les cibles prioritaires pour améliorer la santé des Autochtones en milieu urbain de la Vallée-de-l'Or

À PARTIR DES AXES D'INTERVENTIONS IDENTIFIÉES DANS LE *PLAN DIRECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC 2007-2017*, DES CONSTATS RÉALISÉS PAR LES INTERVENANTS DU CAAVD, DU CSSSVO, DU CJAT ET DES ORIENTATIONS DU MSSS, NOUS RECOMMANDONS LES CIBLES D'INTERVENTIONS PRIORITAIRES SUIVANTES :

- Mettre en place des interventions qui contribuent à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille dans le cadre d'une approche intégrée et culturellement pertinente.
- Offrir, directement dans les lieux physiques du CAAVD, des services de première ligne tels que définis à l'article 6.1 de ce document, adaptés à la réalité culturelle et répondant aux problématiques spécifiques des Premières Nations à Val-d'Or, dans le but de rejoindre un plus grand nombre possible de personnes.
- Miser sur la prévention et la promotion de la santé, renforcer les liens entre les services de santé et les services sociaux et la communauté autochtone de Val-d'Or. Intervenir de manière globale pour lutter contre les maladies chroniques dont le diabète.
- Agir de manière concertée entre le CASSSVO, le CJAT et le CAAVD pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services.
- Réaliser une mise à jour périodique des connaissances concernant le profil de santé des Autochtones en milieu urbain et en transit à Val-d'Or.

4. Les principes sur lesquels repose le modèle de services

LES PARTENAIRES, SOIT LE CAAVD, LE CSSSVO ET LE CJAT CONVIENNENT D'ÉLABORER LE MODÈLE DE SERVICES EN TENANT COMPTE DES PRINCIPES SUIVANTS:

1. Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, le CSSSVO doit assurer des services de santé et des services sociaux à la population autochtone en milieu urbain et en transit dans la Vallée-de-l'Or.
2. Le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue constitue un partenaire important dans l'offre de services aux jeunes et un acteur souvent exclusif lorsqu'il s'agit des services liés à la protection de la jeunesse.
3. Les partenaires reconnaissent que le CAAVD offre des services qui contribuent au mieux-être et à l'amélioration de la qualité de vie de la population autochtone. Le CAAVD constitue le principal organisme de services en contact avec la population autochtone en milieu urbain.
4. Les partenaires reconnaissent que le CAAVD est un acteur important du projet local d'organisation de services du CSSSVO et ses partenaires, et à cet égard, les services offerts par le CAAVD font partie de l'offre globale de services à la population autochtone.

5. Le CSSSVO, le CJAT et le CAAVD s'engagent mutuellement à concevoir et à actualiser une organisation de soins et de services culturellement pertinents, et ce, dans une mise en commun de leurs expertises respectives.
6. Les services de santé et les services sociaux offerts en milieu urbain aux Autochtones doivent tenir compte des problèmes de santé, des problématiques sociales et des priorités spécifiques à cette population.
7. La complémentarité de services implique la référence aux services requis, la continuité et la coordination des services.
8. Le CSSSVO, le CJAT et le CAAVD s'engagent à mettre en place un mécanisme permanent pour coordonner, adapter et développer les services requis.

Le modèle d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones en milieu urbain et en transit, doit être en constante évolution.

9. Le CSSSVO, le CJAT et le CAAVD s'engagent à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action qui tient compte des ressources et des expertises des partenaires, qui identifie les ressources supplémentaires requises pour l'actualiser à court et à moyen terme et finalement, qui identifie un mode de financement récurrent qui assure la pérennité des services.

5. Les modes de complémentarité de services

L'ORGANISATION ET L'ADAPTATION DES SERVICES EN MILIEU URBAIN AUX AUTOCHTONES IMPLIQUENT DE DÉFINIR ET DE PARTAGER LES RESPONSABILITÉS ENTRE LES PARTENAIRES ET ASSURER UNE CONTINUITÉ DE SERVICES ENTRE EUX. POUR CHACUN DES SECTEURS DE SERVICES, LES RESPONSABILITÉS ET LA CONTINUITÉ DE SERVICES SE DÉFINISSENT À PARTIR DES DIFFÉRENTS MODES DE COMPLÉMENTARITÉ SUIVANTS :

1. Les services du CSSSVO sont offerts dans un souci d'adapter les services et de tenir compte de la réalité autochtone qui confère au territoire une certaine particularité.

Un agent de liaison du CSSSVO et un agent de liaison du CAAVD, dûment désignés, s'assurent de la continuité de services, des références entre les organisations et de la résolution des problèmes opérationnels.

2. Les services du CJAT sont offerts dans un souci d'adapter les services et de tenir compte de la réalité autochtone qui confère au territoire une certaine particularité.

Un agent de liaison du CJAT et un agent de liaison du CAAVD, dûment désignés, s'assurent de la continuité de services, des références entre les organisations et de la résolution des problèmes opérationnels.

3. Par son expertise et ses interventions psychosociales, le CAAVD contribuera à enrichir les services offerts par le CSSSVO et le CJAT dans ses lieux physiques.
Lorsque requis, des ententes de services seront élaborées conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*.
4. Les services actuels offerts par le CAAVD s'intègrent dans le cadre de ses activités courantes. Ces services sont reconnus par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux comme faisant partie de l'offre de services à la population autochtone.
5. Les services sont offerts au CAAVD conjointement par des ressources du CSSSVO et du CAAVD, et/ou du CJAT et du CAAVD.
Par exemple, des intervenants du CSSSVO ou du CJAT offrent des services dans les locaux du CAAVD en collaboration avec les intervenants du CAAVD. La population autochtone peut alors avoir accès aux services du CSSSVO et du CJAT dans un milieu culturel autochtone.
6. Les services sont offerts conjointement par le CSSSVO, le CAAVD et le CJAT dans le cadre de projets spéciaux et/ou d'activités particulières.

Des modalités de référence, d'accès aux services, de coordination, de plans de services individualisés et de formation sont élaborées dans le cadre de protocoles d'entente entre les partenaires pour soutenir, selon les besoins, chacun des modes de complémentarité de services.

6. Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone

La création d'un modèle intégré de services de santé et de services sociaux en *milieu urbain* pour les Autochtones est une réponse aux adaptations et aux changements apportés dans la trajectoire de services pour cette population en pleine croissance. À la lumière des travaux entrepris à ce jour dans le cadre du projet FTSA, les partenaires concluent que :

La meilleure stratégie pour améliorer la santé et le mieux-être de la population autochtone sur le territoire de la MRC Vallée-de-l'Or se traduit par la création d'une équipe interdisciplinaire en santé et services sociaux, dont les interventions reposent sur une approche communautaire et intégrée au réseau local de services de santé et de services sociaux. Cette équipe, formée d'une infirmière de proximité (employée du CSSSVO) et d'un agent de relations humaines (employé du CJAT), est désignée sous le nom de Clinique Minowé. Dans la langue algonquine, Minowé signifie « être en santé ».

6.1 | LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS À RÉALISER DANS LE CADRE DE L'ADAPTATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LA POPULATION AUTOCHTONE SONT :

- ⇒ Améliorer l'accessibilité de la population autochtone aux services psychosociaux généraux, aux soins de santé de première ligne et aux interventions de prévention, et ce, dans le cadre d'une approche culturellement pertinente.
- ⇒ Mettre en place des collaborations qui favorisent une continuité de services entre le CSSSVO et le CAAVD.

POUR RÉALISER CES OBJECTIFS, NOUS PROPOSONS LES ADAPTATIONS SUIVANTES :

- A** Mettre en place des mécanismes de liaison dont **une fonction d'agent de liaison au CSSSVO** qui aura pour responsabilité de faciliter l'accès des Autochtones aux services du CSSSVO, assurer une continuité de services entre le CSSSVO et le CAAVD, favoriser la résolution des problèmes opérationnels et informer le CAAVD de la mise en place des nouveaux services au CSSSVO et des modalités d'accès.
Les agents de liaison du CSSSVO et du CAAVD auront la responsabilité d'harmoniser les outils d'intervention lorsque cela sera nécessaire.
- B** Mettre en place des modalités de travail qui permettront aux intervenants du CSSSVO et à ceux du CAAVD de collaborer dans le cadre des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation offerts à la population autochtone en besoin de services.
- C** Créer, par l'intermédiaire de la Clinique Minowé, **une équipe multidisciplinaire, composée d'une infirmière de proximité et d'un agent de relations humaines**, pour offrir des services de première ligne à la population autochtone de Val-d'Or.
Les services à développer concernent principalement les interventions de soins infirmiers de première ligne et les services psychosociaux de première ligne. Ces services seront dispensés par du personnel du CSSSVO et du CJAT dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire appelée Clinique Minowé dans les lieux physiques du CAAVD.
- D** La collaboration et les actions communes des trois partenaires contribueront à mettre en place **une approche globale intégrée pour les enfants, les jeunes et leur famille.** (Voir 6.2 Services aux jeunes et à leur famille, dont les jeunes en difficulté).

6. Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone

- E** Adapter certains services de première ligne du CSSSVO pour assurer, entre autres, une meilleure accessibilité des Autochtones aux interventions sur la prévention du diabète, les campagnes de vaccination, les interventions de nursing pré et post chirurgie et/ou hospitalisation, le 24/7 psychosocial de l'organisme la Petite rencontre, etc.
- F** Développer un mécanisme qui permettrait de faciliter **l'accès à une médecine communautaire en milieu urbain** à la population autochtone.
- G** Soutenir les efforts du CAAVD visant à assurer **la pérennité de ses services actuels d'intervention psychosociale** ainsi que ses services d'accueil offerts grâce à un financement non récurrent de Service Canada.
- H** Soutenir les efforts du CAAVD visant à assurer **la pérennité de ses services actuels de prévention** du diabète et de promotion des saines habitudes de vie.
- I** Offrir de **la formation à des intervenants du CSSSVO** sur la réalité autochtone.
- J** Offrir de **la formation aux intervenants du CAAVD** lors de sessions de formations du personnel du CSSSVO pour resserrer le partenariat entre les intervenants et enrichir les pratiques professionnelles des intervenants du CAAVD.
- K** Dresser un **portrait de santé de la population autochtone de Val-d'Or** et en faire la mise à jour périodique. Le CSSSVO, la Direction de la santé publique de l'Agence des services de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et le CAAVD seraient d'éventuels partenaires dans ce travail.

6.2 | LES SERVICES AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE (DONT LES JEUNES EN DIFFICULTÉ)

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS À RÉALISER DANS LE CADRE DE L'ADAPTATION DES SERVICES AUX JEUNES AUTOCHTONES SONT :

- ⇒ Assurer une approche globale intégrée, culturellement pertinente pour les enfants, les jeunes et leur famille, c'est-à-dire une approche qui tient compte de tous les aspects de la vie et qui intègre l'ensemble des services dispensés.
- ⇒ Mettre en place des activités de prévention qui visent les saines habitudes de vie, le développement de l'enfant, le développement des compétences parentales, la réussite scolaire des jeunes Autochtones et assurer des interventions psychosociales de première ligne à ceux qui présentent des besoins spécifiques et à leur famille.
- ⇒ Assurer aux parents des jeunes en difficulté le support dont ils ont besoin pour encadrer et aider leurs enfants.
- ⇒ Assurer aux jeunes Autochtones des milieux de vie substituts culturellement pertinents lorsque les jeunes doivent vivre hors de leur milieu familial.
- ⇒ Assurer aux jeunes Autochtones, dont la sécurité et le développement sont compromis, un soutien psychosocial culturellement pertinent.

POUR RÉALISER CES OBJECTIFS, NOUS PROPOSONS LES ADAPTATIONS SUIVANTES :

- A** Assurer **un continuum d'interventions de première ligne culturellement pertinentes de la naissance à la majorité** de façon à agir sur les différentes dimensions de la vie et offrir des soins et des services dans le cadre d'une approche globale.

Ces soins et services de première ligne aux enfants, aux jeunes et à leur famille sont offerts par **l'agent de relations humaines et l'infirmière de proximité de la Clinique Minowé au CAAVD**.

Dans ce cadre, les soins périnataux seront offerts, entre autres, par **l'infirmière de la Clinique Minowé** et coordonnés avec l'actuel programme 0 à 2 ans du CAAVD de façon à intégrer les dimensions culturelles, les saines habitudes de vie, le développement de l'enfant, le développement des compétences parentales. Les services de première ligne de la Clinique comportent le dépistage des enfants à risque d'instabilité et de discontinuité au niveau familial.

6. Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone

B Reconnaître **les services offerts par la Clinique Minowé auprès des jeunes et de leur famille dans le cadre de référence lorsque le signalement n'est pas retenu par la DPJ.**

C **Adapter aux familles autochtones le programme Soutien intensif aux parents** (programme d'intervention et de modeling concernant les habiletés parentales) et l'offrir dans le cadre des activités régulières du CAAVD en partenariat avec le CSSSVO. Former des groupes parents-adolescents en coanimation CAAVD-CSSSVO.

D Associer les intervenantes du CAAVD aux intervenants du CJAT dans le cadre **des interventions auprès des jeunes, des parents de la famille élargie des enfants au cours des différentes étapes du processus de protection de la jeunesse soit l'évaluation, l'orientation et l'application des mesures.**

Développer l'intervention de groupe au CAAVD auprès des parents autochtones, entre autres, sur le thème du développement des habiletés parentales. Associer les intervenants du CAAVD dans la démarche de clarification du projet de vie dès les premiers jours du placement de façon à tout mettre en œuvre pour favoriser le retour de l'enfant dans son milieu familial.

Les activités réalisées dans le cadre du partenariat entre le CAAVD et le CJAT respectent les règles de confidentialité prescrites par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* et les pratiques mises en place par les établissements concernés.

E Assurer aux familles **un suivi psychosocial au CAAVD à la suite de la fermeture de dossier au CJAT.**

F Soutenir les efforts du CAAVD visant à assurer **la pérennité et le développement des services qui visent la prévention, la promotion de la santé et l'intervention psychosociale auprès des jeunes.** Entre autres, il est important d'assurer une intervention psychosociale continue au local des jeunes autochtones du CAAVD (Wawate Miguam) et d'assurer une intervention complémentaire et en lien avec le milieu scolaire dans une optique de prévention.

- G Utiliser les services **de l'agent de liaison du CSSSVO pour assurer une meilleure référence des jeunes vers les services de deuxième ligne**, lorsque requis (déficience intellectuelle, déficience physique et TED) et vers les services plus spécifiques du CSSSVO (par exemple l'orthophonie et l'ergothérapie).

Ces nouvelles pratiques devraient permettre d'adapter et d'inclure les évaluations du CAAVD dans le processus d'évaluation/référence de façon à éviter les doublons et à reconnaître les interventions du CAAVD comme partie intégrante du Plan de services individualisés. Dans certains cas, l'intervention des professionnels du CSSSVO aurait avantage à être réalisée dans le cadre des activités du CAAVD auprès des enfants.

- H Identifier un **agent de liaison au CJAT** qui aura la responsabilité d'assurer une continuité de services entre le CJAT et le CAAVD et de faciliter la résolution de situations problématiques.
- I Développer et soutenir **des milieux de vie substituts autochtones**, familles d'accueil ou tiers et/ou former des milieux de vie substituts non autochtones aux réalités et à la culture autochtone. Impliquer les services du CAAVD dans le recrutement de familles d'accueil autochtones.
- J Accroître la pertinence des interventions du **personnel du CJAT par une meilleure connaissance des problématiques autochtones**. Offrir de **la formation à des intervenants du CJAT** sur la réalité autochtone. Dans certains cas, l'intervention des professionnels du CJAT aurait avantage à être réalisée dans le cadre des activités du CAAVD auprès des enfants.
- K Offrir de **la formation aux intervenants du CAAVD** dans le cadre de formations proposées au personnel du CJAT pour resserrer le partenariat entre les intervenants et enrichir les pratiques professionnelles des intervenants du CAAVD.

6.3 | LES SERVICES AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES DÉPENDANCES

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS À RÉALISER DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DES SERVICES POUR LES AUTOCHTONES QUI VIVENT DES PROBLÈMES DE DÉPENDANCE SONT :

- Faciliter les références et la continuité de service aux personnes qui présentent des problèmes de dépendance.
- Développer le soutien psychosocial aux personnes qui présentent des problèmes de dépendance.

POUR RÉALISER CES OBJECTIFS, NOUS PROPOSONS LES ADAPTATIONS SUIVANTES :

- A** Utiliser les services **de l'agent de liaison du CSSSVO** pour assurer une continuité de services entre le CSSSVO et le CAAVD. Entre autres, lorsqu'une personne a reçu des soins à l'urgence ou a été hospitalisée à la suite de problèmes de santé reliés à la dépendance ou lorsqu'une personne souhaite être orientée vers des centres de thérapie non autochtones.
- B** Reconnaître les services d'accueil, évaluation, orientation du **CAAVD** (intervenants formés aux outils de détection standardisés et validés) **comme étant un éventuel référent au Centre Normand**, le Centre de réadaptation pour les personnes dépendantes de l'alcool, des drogues et/ou du jeu.
- C** **Développer le soutien psychosocial aux personnes dépendantes**, entre autres, par la mise en place de groupes postthérapie.
- D** Soutenir les efforts visant à assurer **la pérennité et le développement des services du CAAVD qui offrent le soutien aux personnes dépendantes** de l'alcool, des drogues et/ou du jeu.

6.4 | LES SERVICES AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES PROBLÈMES D'ITINÉRANCE

Les principales actions à entreprendre dans le cadre de la mise en place de services pour les Autochtones qui vivent des problèmes d'itinérance sont discutées à la Table de concertation sur l'itinérance qui est sous le leadership du CSSSVO. Le CAAVD y participe comme partenaire.

6. Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone

6.5 | LES SERVICES AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS À RÉALISER DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DES SERVICES POUR LES AUTOCHTONES QUI VIVENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SONT :

- Développer la prévention et le dépistage des problèmes de santé mentale.
- Améliorer le suivi dans la communauté auprès des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale.

POUR RÉALISER CES OBJECTIFS, NOUS PROPOSONS LES ADAPTATIONS SUIVANTES :

- A** Assurer **la participation ponctuelle des intervenantes du CAAVD à différents moments du processus clinique en santé mentale au CSSSVO et reconnaître leur expertise comme partenaire.** Entre autres, assurer le support d'une intervenante du CAAVD pendant l'hospitalisation en psychiatrie.
- B** Assurer **un suivi à moyen et long termes dans la communauté** par une intervenante sociale du CAAVD. Dans certains cas, assurer l'accompagnement du patient à l'urgence et/ou aux rendez-vous médicaux par un accompagnateur du CAAVD.

6.6 | LA SANTÉ PHYSIQUE

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS À RÉALISER DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DES SERVICES POUR LA POPULATION AUTOCHTONE SONT :

- ⇒ Assurer une continuité dans les soins et services en santé physique.
- ⇒ Améliorer l'accès de la population autochtone aux soins d'un omnipraticien et mettre en place des interventions pour que les personnes consultent avant que leur santé se détériore.
- ⇒ Améliorer l'accès à certains services du CSSSVO en tenant compte des réalités de la population autochtone. Des formations culturellement pertinentes permettront une meilleure compréhension des réalités et des enjeux historiques, légaux, politiques, culturels, économiques, et sociaux des Autochtones.

POUR RÉALISER CES OBJECTIFS, NOUS PROPOSONS LES ADAPTATIONS SUIVANTES :

- A** **Mettre en place un mécanisme** impliquant l'agent de liaison du CSSSVO, l'infirmière du CSSSVO au CAAVD et des intervenants du CAAVD pour informer et accompagner, s'il y a lieu, les personnes qui requièrent des suivis médicaux importants, principalement pour les suivis post intervention en centre hospitalier.
- B** Élaborer un plan d'action spécifique pour permettre à la population autochtone d'avoir **accès aux soins d'un médecin et/ou d'une infirmière**, pour éviter que la santé des personnes se détériore par manque d'accès à ces services et pour éviter les consultations en situation d'urgence.
- C** Tenir compte **des réalités des familles autochtones dans le cadre d'un éventuel projet de Centre mère-enfant du CSSSVO**.

6. Les principales adaptations à mettre en place pour assurer des services de santé et des services sociaux en milieu urbain à la population autochtone

7. Les principales responsabilités du CSSSVO, du CAAVD et du CJAT

LE RÔLE DU CSSSVO

- Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, le CSSSVO s'assure que des services de santé et des services sociaux de qualité sont offerts en milieu urbain à la population autochtone de la Vallée-de-l'Or.
- Adapte ses services en particulier en assurant une fonction d'agent de liaison, de façon à maximiser l'accès à la population autochtone:
 - à certains services de première ligne;
 - aux soins hospitaliers;
 - à des services en santé mentale;
 - à des services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

LE RÔLE DU CAAVD

- Met à la disposition de la Clinique Minowé des locaux adéquats afin d'assurer certains services de première ligne en synergie et en complémentarité avec le CSSSVO, le CJAT, le CAAVD, les autres établissements de deuxième ligne et les partenaires communautaires.

Les services de la Clinique Minowé devraient inclure :

- l'accueil/évaluation/orientation;
 - la prestation de soins d'un médecin quelques heures par semaine;
 - les services psychosociaux aux adultes et aux enfants;
 - des soins infirmiers;
 - le transport médical;
 - des services de dépannage.
- Réalise sa mission qui est d'améliorer la qualité de vie des citoyens autochtones en offrant, entre autres, des services et des activités qui respectent l'ensemble des dimensions de la vie collective autochtone et qui agissent sur les différents déterminants de la santé.

LE RÔLE DU CJAT

- Dans le cadre de sa mission, le CJAT offre:
 - des services de nature psychosociale dont l'évaluation et l'intervention lors de signalement;
 - les services d'urgence sociale requis par la situation d'un jeune en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*;
 - des services en matière de placement d'enfants;
 - la médiation familiale;
 - l'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, l'adoption et la recherche d'antécédents biologiques.

- Le CJAT assure le suivi des enfants, des jeunes et des familles dont la situation est prise en charge par la direction de la protection de la jeunesse, sur une base individuelle, familiale ou de groupe.

Le CJAT offre des services reliés à l'application des mesures de protection (volontaires ou ordonnées par la Cour), et des mesures de protection immédiate.

Le CJAT offre des services de foyers de groupe aux jeunes autochtones, de ressources de type familial (familles d'accueil) et de ressources intermédiaires.

- Adapte ses services de façon à maximiser son offre de services à la réalité autochtone par le développement de mécanismes favorisant la participation d'intervenants du CAAVD au cours des différentes étapes du processus de la protection de la jeunesse.

8. Les conditions de réussite

POUR METTRE EN PLACE ET FAIRE VIVRE UNE ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MILIEU URBAIN ADAPTÉS AUX BESOINS DES AUTOCHTONES DE LA MRC DE LA VALLÉE-DE-L'OR, ON DOIT TENIR COMPTE DES CONDITIONS SUIVANTES:

1. Reconnaître que le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or est l'organisme le mieux enraciné dans la communauté autochtone urbaine de Val-d'Or et que les expertises développées le désignent comme étant l'organisme le mieux placé pour intervenir comme partenaire du CSSSVO dans le cadre des services de première ligne en milieu urbain à la population autochtone et pour agir d'une manière globale sur la qualité de vie de cette dernière.
2. Mettre en place un mécanisme de concertation permanent entre le CSSSVO, le CJAT et le CAAVD. Ce mécanisme doit prévoir un niveau de décision stratégique et un niveau opérationnel. Les autres partenaires de services pourront participer de façon ad hoc à ce mécanisme de concertation. **Les organisations désigneront chacune un répondant concernant toutes les questions relatives à l'entente de partenariat.**
3. Travailler à assurer, dans le cadre de protocoles de services, le financement récurrent des services de première ligne offerts par la Clinique Minowé et mettre en place des mécanismes de reddition de compte.
4. Assurer la participation du CAAVD aux différents projets cliniques du CSSSVO.
5. Promouvoir et développer les meilleures pratiques en matière de services de santé et services sociaux à la population autochtone, stimuler l'innovation, la recherche et faire de la place à la différence.
6. Assurer la formation continue des intervenants du CAAVD, entre autres, en favorisant l'accès des intervenants du CAAVD aux formations proposées aux intervenants du CSSSVO et du CJAT.

9. La mise en œuvre d'un projet d'expérimentation du modèle

La mise en œuvre d'une phase d'expérimentation du modèle de clinique multiservices en milieu autochtone est incontournable. La période de mise en opération de la Clinique sera accompagnée d'un volet *recherche et évaluation*, permettant de mesurer l'impact du modèle dans la communauté tout en documentant cette approche novatrice.

La phase d'expérimentation s'étendra sur six mois, soit de septembre 2010 à mars 2011. L'atteinte de la cible prioritaire visée par cette phase d'expérimentation de la Clinique Minowé sera tributaire de l'engagement des trois partenaires. Cette cible prioritaire vise l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille par une approche intégrée et culturellement pertinente.

CETTE PHASE D'EXPÉRIMENTATION DE SIX MOIS COMPORTE CINQ VOLETS:

➤ **Volet 1. Services d'accueil, d'évaluation et d'orientation :**

Des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation offerts par la Clinique Minowé dans les locaux du CAAVD permettront d'orienter les personnes vers les services dont ils ont besoin. La phase d'expérimentation permettra d'élaborer des protocoles de référence vers les autres services du CSSSVO et du CJAT et d'harmoniser les outils cliniques du CAAVD avec ceux du CSSSVO.

➤ **Volet 2. Services aux enfants de 0 à 5 ans et à leur famille :**

Des services seront offerts, en priorité, auprès des enfants de 0 à 5 ans ainsi qu'à leur famille: en particulier des services en périnatalité (information en période prénatale, rencontre d'éducation parentale, contact à la suite de l'avis de grossesse, soutien à l'allaitement maternel, visite systématique postnatale, etc.) et des interventions psychosociales auprès des enfants à différentes étapes du processus de la protection de la jeunesse.

Ces services sont offerts en partenariat avec le CSSSVO et le CJAT. L'équipe de base de la Clinique Minowé est composée d'une infirmière de proximité et d'un agent de relations humaines, tous deux employés du CSSSVO et du CJAT.

→ **Volet 3. Services de première ligne aux adultes :**

Des services de première ligne seront offerts auprès des adultes en promotion et prévention des maladies chroniques primaires et tertiaires, principalement le diabète, au niveau de la référence ainsi que pour certaines interventions auprès de personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

→ **Volet 4. Fonction de liaison au CSSSVO, CJAT et CAAVD :**

La désignation d'une fonction de liaison au CSSSVO, au CJAT et au CAAVD sera formalisée et des mécanismes de continuité de services (protocoles de référence et de collaboration dans l'intervention) seront élaborés, et ce, dans le but d'assurer la complémentarité de services entre les partenaires.

La mise en place d'un mécanisme de concertation permanent au plan stratégique et au plan opérationnel sera officialisée ainsi que la mise en place d'activités de formation, d'information, de transfert d'expertise et de support professionnel pour assurer la réussite du projet.

→ **Volet 5. Veille scientifique :**

Une veille scientifique permettra de documenter, d'évaluer et de mesurer l'impact social, économique et culturel des services de la Clinique Minowé sur la population autochtone en milieu urbain à Val-d'Or. Santé Canada exige d'ailleurs une évaluation du projet dans le cadre de l'entente de financement.

Cette veille se développera dans le cadre de l'Alliance de recherche ODENA (financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) issue d'un partenariat entre le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), l'Institut national de recherche scientifique (INRS) et DIALOG, le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones.

10. Conclusion

Ce projet d'organisation, d'adaptation et de complémentarité des services de santé et des services sociaux en milieu urbain destiné aux Autochtones de la MRC de la Vallée-de-l'Or s'inscrit dans la volonté d'améliorer la santé des Premiers Peuples, d'adapter le réseau local d'organisation de services aux réalités autochtones et de maximiser à long terme les impacts du projet du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada. Il requiert un partenariat étroit entre le CAAVD, le CSSSVO et le CJAT qui assureront sa mise en œuvre au cours des prochains mois.

La Clinique Minowé repose sur une volonté de travailler auprès des gens dans le respect de chacun. Dans toute intervention, les clients sont traités avec courtoisie, équité et compréhension, avec dignité, intimité, autonomie, déférence, et en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leur environnement social. Les services offerts par la Clinique Minowé respectent les règles de confidentialité prescrites par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* et les pratiques mises en place par les établissements concernés.

Le modèle de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones est un projet d'envergure ayant une portée provinciale. En effet, suite à l'expérimentation du projet pilote à Val-d'Or et aux recommandations qui en découleront, le RCAAQ souhaite l'exporter dans le réseau des centres d'amitié autochtones du Québec. Le déploiement de ce modèle vers d'autres centres urbains où sont situés les centres d'amitié autochtones facilitera l'accès à des services de santé et services sociaux culturellement pertinents aux citoyens autochtones.

11. Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. **Portrait de santé en bref... 2008**. www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/Portraitsdesante2008.html
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec. **Plan directeur 2007-2017**. www.cssspnql.com/fr/nouvelles/documents/Plan%20directeur.pdf
- Commission royale sur les peuples autochtones. **Rapport 1996**. www.ainc-inac.gc.ca/ap/rrc-fra.asp
- Forum socioéconomique des Premières Nations. **Rapport final, Agir maintenant... pour l'avenir**. www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/forum-francais.pdf
- L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. **Les portraits de la région, Les Premières Nations, avril 2009**. www.observat.qc.ca/documents/publications/abrege_premieres_nations_2009.pdf
- LOUCHINI, Rabiâ et BEAUPRÉ, Michel. **Cancer chez les Autochtones du Québec vivant dans les réserves et les villages nordiques, de 1984 à 2004 - Incidence et mortalité**, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 2009. www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=736
- Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec. **Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux, 2009**. www.rcaa.q.info/images/stories/docs/eva_f.pdf
- Statistique Canada. **Données de 2001 et 2006**.
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), **Autochtones et non-Autochtones à Val-d'Or, bons voisins ?, 2009**. www.uqat.ca/Repertoire/Photopresse/Dossiers/bons_voisins/Laresco_publi-v6.pdf



La Clinique Minowé

Vers un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or | 25 novembre 2010