

Cahiers ODena

Au croisement des savoirs

Cahier n° 2019-01

Innovation sociale et transformation institutionnelle en contexte autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Carole Lévesque, Édith Cloutier, Ioana Radu,
Dominique Parent-Manseau, Stéphane Laroche,
Natasha Blanchet-Cohen

Montréal 2019



REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Réseau de recherche et de
connaissances relatives aux
peuples autochtones



**IN
RS**

Institut national
de la recherche
scientifique



Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs

Cahier ODENA n° 2019-01. Rapport de recherche

Titre : *Innovation sociale et transformation institutionnelle. La Clinique Minowé au centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*

Auteurs : Carole Lévesque, Édith Cloutier, Ioana Radu, Dominique Parent-Manseau, Stéphane Laroche et Natasha Blanchet-Cohen

Éditeur : Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Lieu de publication : Montréal

Date : 2019

Carole Lévesque

Professeure titulaire, INRS, Centre Urbanisation Culture Société. Directrice de DIALOG

Édith Cloutier

Directrice, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Ioana Radu

Associée de recherche, INRS, Centre Urbanisation Culture Société

Dominique Parent-Manseau

Chargée de projet, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Stéphane Laroche

Chargé de projet, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Natasha Blanchet-Cohen

Professeure agrégée, Université Concordia

Diffusion

DIALOG. Le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones

Institut national de la recherche scientifique

Centre Urbanisation Culture Société

385, rue Sherbrooke Est

Montréal, Québec, Canada H2X 1E3

reseaudialog@ucs.inrs.ca

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

85, boul. Bastien, suite 100

Wendake, Québec, Canada G0A 4V0

infos@rcaaq.info

Organisme subventionnaire

L'Alliance de recherche ODENA est subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Université d'accueil du Réseau DIALOG et de l'Alliance de recherche ODENA



ISSN : 2291-4161 (imprimé)

ISSN : 2291-417X (en ligne)

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada



L'Alliance de recherche ODENA, à l'avant-garde de l'innovation sociale, offre des avenues alternatives dans la compréhension et la réponse aux défis individuels et sociétaux des Premiers Peuples au sein des villes du Québec. Elle réunit des représentants/représentantes de la société civile autochtone et des chercheurs/chercheuses universitaires engagés dans une démarche de coconstruction des connaissances afin d'améliorer la qualité de vie des Autochtones des villes et de renouveler les relations entre les Premiers Peuples et les autres citoyens du Québec dans un esprit d'égalité et de respect mutuel.

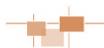
ODENA est une initiative conjointe de *DIALOG – Le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones* et du *Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec*. ODENA vise à soutenir le développement social, économique, politique et culturel de la population autochtone des villes québécoises et à mettre en valeur l'action collective des centres d'amitié autochtones du Québec. Depuis 2014, les travaux d'ODENA se déploient également à l'échelle nationale et internationale. Cette alliance privilégie la recherche de proximité, la transmission et la mobilisation des connaissances, le partage continu des savoirs et leur inscription directe dans les initiatives de reconstruction sociale mises de l'avant par les instances autochtones concernées. ODENA a été mise sur pied en 2009 dans le cadre du Programme des Alliances de recherche universités-communautés du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). L'Alliance de recherche ODENA souscrit pleinement aux objectifs du réseau DIALOG :

- CONTRIBUTER À LA MISE EN PLACE ET AU MAINTIEN D'UN DIALOGUE ÉTHIQUE, novateur et durable entre l'université et les instances et communautés autochtones afin de dynamiser et de promouvoir la coproduction des connaissances et la recherche interactive et collaborative.
- DÉVELOPPER UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION des réalités historiques, sociales, économiques, culturelles et politiques du monde autochtone, des enjeux contemporains et des relations entre Autochtones et non-Autochtones en misant sur la coconstruction des connaissances et en favorisant la prise en compte des besoins, savoirs, pratiques, perspectives et approches des Autochtones en matière de recherche et de politiques publiques.
- SOUTENIR LA FORMATION ET L'ENCADREMENT des étudiants/étudiantes universitaires, et plus particulièrement des étudiants/étudiantes autochtones, en les associant aux activités et réalisations du réseau et en mettant à leur disposition des programmes d'aide financière et des bourses d'excellence.
- PARTICIPER À L'ENRICHISSEMENT, AU PERFECTIONNEMENT ET À LA MISE EN ACTION des pratiques, des compétences et des savoirs des acteurs/actrices autochtones en matière de recherche sociale et environnementale et de mobilisation des connaissances.
- ACCROÎTRE L'IMPACT INTELLECTUEL, SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET CULTUREL de la recherche relative aux Peuples autochtones en développant de nouveaux outils de connaissance interactifs, participatifs et pédagogiques, et en multipliant les initiatives de diffusion, de partage, de transmission et de mobilisation des connaissances afin de faire connaître et de mettre en valeur ses résultats et ses avancées au Québec, au Canada et à travers le monde.



Table des matières

Introduction	1
1. Conditions de santé et contraintes institutionnelles	2
2. Le mouvement des centres d'amitié autochtones au Canada et au Québec	5
3. Parcours et positionnement stratégique de la Clinique Minowé	7
• Contexte d'émergence	7
• La mise en œuvre	9
• La Clinique en 2018	12
4. Mieux-être, vision du monde et impacts du colonialisme	12
5. Sécurisation culturelle et transformation sociale	14
6. La périnatalité sociale autochtone	17
• Mise en contexte	17
• Les orientations de départ	17
• Vers un nouveau modèle d'intervention	18
7. De Minowé à Mino Pimatizi8in	19
Conclusion : les défis d'une gouvernance partagée et d'une offre de services renouvelée	21
a) Enseignements	21
b) Défis	22
• La participation active à la prise de décisions	22
• Le maintien de la relation partenariale	22
• L'apport essentiel d'un financement continu	22
• Le partage des apprentissages	23
• La complémentarité des compétences	23
• Le rôle de la recherche et de l'évaluation	23
• Le déploiement de la démarche de sécurisation culturelle	23
• La reconnaissance identitaire et communautaire	24
• La contribution à la réconciliation et à la décolonisation	24
Bibliographie	25



Introduction

Le présent texte retrace l'histoire institutionnelle de la Clinique Minowé mise sur pied afin de transformer l'offre de services en matière de santé et de services sociaux offerte à la population autochtone de la ville de Val-d'Or¹. Ce projet conçu par et pour des Autochtones a pris naissance il y a déjà 10 ans au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). Dès le début, les dirigeantes/dirigeants du CAAVD ont formé une équipe de travail composée à la fois d'acteurs/actrices du monde autochtone et du réseau québécois de la santé d'une part, et de chercheurs/chercheuses universitaires d'autre part, afin d'ancrer leur projet dans les plus récents développements en ce domaine, que ce soit à l'échelle nationale ou internationale. Il s'agissait notamment d'en suivre la trajectoire au fur et à mesure des réalisations et des avancées et de constituer de nouveaux corpus de connaissances susceptibles d'informer autant la communauté scientifique que les différents milieux d'action et de décision des apports et des retombées de ce projet.

Un tel projet n'est cependant jamais fixé dans le temps ou dans l'espace; il évolue et se modifie à la faveur des financements, des acquis et des acteurs/actrices mobilisés autour de son existence. Au fil de son déploiement, il rencontre des obstacles de différentes natures et des événements imprévus viennent régulièrement en infléchir le cours, comme c'est le cas de nombreux projets qui voient le jour en contexte communautaire. Mais il peut aussi se poursuivre sur des années, voire se pérenniser, s'il repose en amont sur des fondations qui reflètent une vision partagée d'amélioration de la qualité de vie, des valeurs communes d'entraide, de solidarité et de réconciliation, une responsabilité populationnelle démocratique et une compréhension intégrée et soutenue des objectifs de mieux-être à atteindre. Dans cette optique, les obstacles rencontrés sont souvent des occasions de réajustements pour mieux se réapproprier les finalités du projet.

C'est à cet égard que le travail conjoint des chercheurs/chercheuses et des acteurs/actrices prend toute sa signification puisqu'il devient essentiel de documenter au fur et à mesure les jalons d'une histoire institutionnelle autochtone qui se construit en temps réel. C'est en effet le propre d'une démarche de recherche sociale misant sur la coconstruction et la mobilisation des connaissances, qu'elles soient scientifiques ou autochtones, de favoriser leur réinscription continue dans les grands enjeux sociaux, culturels, économiques, juridiques et politiques qui marquent les efforts de réconciliation entre les Autochtones et les Québécois/Québécoises. C'est aussi le propre d'une telle démarche de viser la création de ponts de compréhension et d'explication entre des mondes de réflexion et d'action, d'analyse et d'opérationnalisation.

¹ Nos travaux de coproduction et de mobilisation des connaissances sont financés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada dans le cadre du programme des grands partenariats (www.sshrc-crsh.gc.ca/home-accueil-fra.aspx). Une partie de ce texte a fait l'objet d'une publication et d'une diffusion internationales sous la forme du chapitre suivant publié en 2019 : *Taking action to improve Indigenous health in the cities of Québec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre*, in I. Vojnovic, A.L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil et A. Allen (eds) : *Handbook of Global Urban Health* : 347-362. Un autre article, publié en 2015, se penche également sur certaines dimensions épistémologiques et méthodologiques associées au cas de la Clinique Minowé (Lévesque *et al.* 2015).

Dans les prochaines pages, nous présenterons le contexte général des conditions de vie et de santé des Autochtones au Québec et au Canada pour ensuite retracer le parcours de la Clinique Minowé à travers son ancrage au sein du mouvement canadien et québécois des centres d'amitié autochtones. Nous mettrons l'accent par la suite sur le rapport que les Autochtones entretiennent avec la santé, sur la démarche de sécurisation culturelle mise de l'avant au sein de la Clinique Minowé et, à titre d'exemple, sur le cas de la périnatalité sociale autochtone telle que développée au sein de la Clinique. Enfin, nous examinerons la transition intellectuelle, institutionnelle et opérationnelle qui a pris place en 2018 afin de favoriser le passage de la Clinique Minowé au Centre de santé Mino Pimatizi8in.

La population des Premières Nations à Val-d'Or

Longtemps réputée pour son développement minier et son industrie forestière, Val-d'Or a fêté son 80^e anniversaire en 2015. Localisée dans l'ouest du Québec, au cœur de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, et faisant partie de la Municipalité régionale de comté (MRC) de la Vallée-de-l'Or, la ville de Val-d'Or comptait 25 541 habitants/habitantes au dernier recensement de 2016 pour une superficie de 3 552 km² (Statistique Canada 2017).

La présence d'une population autochtone importante constitue une caractéristique majeure de la ville qui se situe au cœur des territoires ancestraux anicinape. Selon les données du recensement canadien de 2016, 1 540 personnes ont déclaré détenir une identité autochtone (4,8 % de la population); de ce nombre, plus de 1000 personnes s'identifient comme membres des Premières Nations. Toutefois, ce chiffre tient seulement compte des personnes résidant de manière permanente dans la ville, et occulte ainsi la présence de personnes qui y résident de manière temporaire (souvent sur du long terme) ou encore celles qui sont de passage. Il va de soi que de nombreuses personnes autochtones en situation d'itinérance littérale ou de mouvance circulaire ne sont pas non plus comptabilisées dans les statistiques officielles. Dans un rayon d'une centaine de kilomètres autour de Val-d'Or, on retrouve plusieurs communautés autochtones, dont Pikogan, Lac-Simon, Kitcisakik et Winneway qui totalisaient au 31 décembre 2017 plus de 4 600 membres inscrits au Registre des Indiens du gouvernement fédéral (AANC 2018).

Source : cité dans Lévesque, Comat et al. 2018b : 17.

1. Conditions de santé et contraintes institutionnelles

Il est reconnu et aussi bien documenté qu'il existe d'importants écarts entre les conditions de vie sociale, économique et sociosanitaire de la population autochtone au Canada d'une part, et celles de la population canadienne et québécoise dans son ensemble d'autre part (Boyer 2015, CCDP 2013, Greenwood et al. 2015). 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 70^e rang mondial. 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 suicides, de violence physique, psychologique et sexuelle; surpeuplement des maisons; problématiques psychosociales majeures avec notamment la toxicomanie et l'alcoolisme; pauvreté exacerbée; obésité endémique; fréquence très élevée du placement d'enfants en familles d'accueil non autochtones; taux de scolarisation et taux d'activité plus faibles; espérance de vie moindre;

inégalités de genre; accès limité à l'eau potable (CSSSPNQL 2014, 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 peu connus et surtout mal compris. De plus, la cohabitation entre Autochtones et Canadiens/Québécois est difficile et souvent source de tensions et d'insécurité autant pour la population autochtone que pour la population québécoise ou canadienne concernée.

Il s'avère également que beaucoup d'Autochtones ne font pas confiance aux services et au personnel de santé des réseaux publics. Ils fréquentent peu les cliniques, les centres de santé et les hôpitaux, sauf en cas d'urgence, voire d'extrême urgence. Une situation qui peut engendrer 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 et personnelles qui colorent les échanges de nombre d'Autochtones avec le personnel médical et soignant (Allan et Smylie 2015; Lévesque *et al.* 2018c).

Il y a pourtant de nombreuses années que les organisations autochtones et plusieurs chercheurs/chercheuses, à la fois autochtones et non autochtones, dénoncent les inégalités et les injustices à la source de ces problèmes (Graham et Stamler 2010, Greenwood *et al.* 2015, Kelly 2011, Lavoie 2013, Mitchell 2006). Déjà, lors de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) qui s'est tenue entre 1991 et 1996, plusieurs études, récits et témoignages avaient fait état des piètres conditions de vie et de santé d'une grande majorité d'Autochtones au pays et du manque de services et de ressources susceptibles de répondre à leurs besoins. La Commission, tout en mettant en lumière le passé colonial du Canada et ses lourdes conséquences encore vives sur la santé et la qualité de vie des populations autochtones, avait également attiré l'attention sur la nécessité de concevoir désormais de nouveaux modèles de santé se basant sur les pratiques, les savoirs et les approches autochtones en matière de soins, de prévention, d'intervention psychosociale et de guérison (CRPA 1996, Spear 2014).

Depuis lors, 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 des organisations autochtones dans la conception et la mise en œuvre de ces nouveaux modèles (Martin et Diotte 2010). De plus, pour que ces initiatives soient couronnées de succès et puissent engendrer des impacts positifs durables, il importe également : 1) de

modifier les logiques d'action sur lesquelles reposent encore trop souvent la conception des politiques gouvernementales contemporaines destinées à la population autochtone de manière générale et la majorité des programmes de financement qui en découlent²; 2) de mieux former le personnel médical (à la fois autochtone et non autochtone) aux réalités et aux défis de la population auprès de laquelle il intervient; 3) de renouveler la nature, les objectifs et la portée de l'offre de services.

Malgré quelques gains enregistrés depuis la fin du 20^e siècle, notamment en santé et en éducation, les lois et les politiques existantes visent en général à favoriser l'intégration et l'assimilation des Autochtones à la société canadienne plutôt que leur reconnaissance sociale, culturelle et politique. Ainsi, les atteintes à leurs droits, les abus, les exactions de toutes natures perpétrés à leur égard au cours des siècles au travers des politiques coloniales de l'État canadien sont occultés. Leurs droits à l'autodétermination reconnus à maintes reprises par la Cour suprême du Canada et par les grandes instances internationales, dont l'ONU, ne sont pas pris en compte (Nations Unies 2007, UN 2013). Leur capacité individuelle et collective à prendre en mains leur propre destinée est encore trop souvent ignorée.

La Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones

Article 21.1

Les peuples autochtones ont droit, sans discrimination d'aucune sorte, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.

Article 23

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.

Article 24

1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

Article 29.3

Les États prennent aussi des mesures efficaces pour veiller à ce que des programmes de surveillance, de prévention et de soins de santé destinés aux peuples autochtones affectés par ces matières, et conçus et exécutés par eux, soient dûment mis en œuvre.

Source : Nations Unies 2007

² Les approches et les logiques d'action qui sous-tendent la grande majorité des politiques publiques modernes sont de facture néolibérale et universaliste et ne proposent pas de correspondance avec les approches, les perspectives, les savoirs, les besoins et les visées des Autochtones.

En ce qui concerne plus particulièrement la situation des Autochtones des milieux urbains, le défi principal demeure celui de l'affirmation et de la reconnaissance de leur spécificité culturelle, sociale, citoyenne et juridique au sein d'une population québécoise ou canadienne dont ils ne composent en fait qu'un petit segment populationnel. En effet, s'il est plus facilement admis dans les cercles les plus progressistes de la société canadienne que les Autochtones qui résident sur des réserves détiennent une identité spécifique et des droits sur les terres qu'ils habitent et utilisent, on nie généralement qu'une telle distinction puisse se manifester dans les villes où la majorité des habitants/habitantes n'est pas autochtone.

Il ne fait aucun doute dans ce contexte que le dossier de la santé de la population autochtone, loin de se limiter à des manifestations épidémiologiques ou biomédicales de nature individuelle, renvoie nécessairement à des dimensions collectives de nature systémique et structurelle qui engagent les États canadien et québécois dans leurs relations étatiques, de nation à nation, avec les Peuples autochtones, et qui mettent en jeu rien de moins que leur statut juridique, leur reconnaissance constitutionnelle, leur capacité à s'autodéterminer et leur place légitime au sein de la société. Ce faisant, 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 et du mieux-être pour le bénéfice des premiers/premières concernés.

Ce sont ces principes et cette vision qui ont accompagné la création et le déploiement de la Clinique Minowé mise sur pied au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or en 2011 afin de répondre avec plus d'acuité, de pertinence et d'efficacité aux besoins de la population autochtone urbaine de la région, tout en mettant à sa disposition des services et des programmes culturellement et socialement sécurisants et signifiants.

2. Le mouvement des centres d'amitié autochtones au Canada et au Québec

Bien que récemment implantée, la Clinique Minowé n'est pas le fruit du hasard ou encore une initiative isolée. Au contraire, elle est l'aboutissement de plus de 60 ans de solidarité communautaire, d'engagement social, d'innovation civique et de parcours citoyens de personnes autochtones qui vivent dans les villes canadiennes et québécoises. C'est après la Seconde Guerre mondiale que la présence des Autochtones en milieu urbain au Canada a commencé tranquillement à se manifester (Anderson 2013, Desbiens et Lévesque 2016, Lévesque et Cloutier 2013, Lévesque 2016a, Peters et Anderson 2013). Très rapidement, cependant, ces personnes ont fait face à plusieurs défis.

En premier lieu, du seul fait qu'elles avaient quitté leur réserve d'origine, elles n'avaient plus accès aux services de santé ou aux services sociaux qui leur étaient offerts auparavant puisque la prestation de ces derniers se limitait aux frontières internes des réserves. Deuxièmement, peu nombreuses, elles se retrouvaient isolées, sans ressources et sans emploi la plupart du temps. Troisièmement, la vie dans une ville, voire dans un village non autochtone même en milieu rural, s'avérait très différente de la vie qu'elles avaient connue, les repères et les codes sociaux des individus répondant à d'autres formes de socialisation et d'interaction.

Dans les années 50, à plusieurs endroits comme Toronto, Vancouver et Winnipeg, des Autochtones prirent l'initiative de se regrouper afin de briser l'isolement et de partager leurs expériences. C'est ainsi que furent mis sur pied les premiers regroupements ou associations qui sont devenus les Centres d'amitié autochtones canadiens. Dès le début, la mission était claire : travailler à l'amélioration des conditions d'existence de leurs membres caractérisées principalement par la pauvreté et la marginalisation sociale, s'entraider mutuellement dans cette nouvelle réalité et se donner collectivement les moyens de faire connaître les cultures autochtones dans les villes en question.

Au cours des décennies suivantes, la présence autochtone dans les villes s'accrut considérablement³ et le nombre de centres d'amitié se multiplia à travers le Canada. Au milieu des années 70, l'Association nationale des centres d'amitié autochtones fut créée afin de représenter les intérêts de la population autochtone urbaine auprès des gouvernements, d'avoir accès au financement public pour mettre de l'avant des programmes d'aide, de soutien et de soins, et de coordonner les initiatives mises en place un peu partout à travers le pays. Au Québec, le premier centre d'amitié autochtone fut établi dans la ville nordique de Chibougamau (Centre d'amitié Eenou de Chibougamau) en 1969 et fut suivi en 1974 du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et du Centre d'amitié autochtone de La Tuque. Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, à l'instar de plusieurs autres associations provinciales fédératrices au pays, vit le jour en 1976. Aujourd'hui, on compte près de 120 centres d'amitié autochtones au Canada, qui partagent une même vision communautaire, un même projet social et un même objectif : celui d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes et des familles autochtones dans les villes où ils sont implantés.

Néanmoins, il a fallu attendre les années 90 pour que l'action des centres d'amitié puisse être reconnue et que les investissements gouvernementaux soient au rendez-vous. En effet, à la suite des travaux de la Commission royale sur les peuples autochtones, la situation des Autochtones qui résidaient dans les villes québécoises et canadiennes a été projetée à l'avant-scène politique et, pour la première fois, abordée comme un des enjeux majeurs de l'Autochtonie canadienne contemporaine; c'est également à cette occasion que le rôle central des centres d'amitié autochtones dans le maintien de l'identité autochtone et le soutien apporté à la population autochtone des villes canadiennes fut évoqué et salué (CRPA 1996; Lévesque 2016b). On rapportait à l'époque que quelque 40 % à 45 % de la population autochtone totale du Canada résidait dans des villes plutôt qu'en réserve.

De plus, ce n'est qu'à partir des années 2000 que la recherche relative à la population autochtone urbaine prit de nouvelles directions et qu'une nouvelle production scientifique vit le jour. Jusque-là, l'information existante demeurait très parcellaire et s'inscrivait plus souvent

³ En 2016, la population détenant une identité autochtone, telle que dénombrée au Canada, composait environ 5 % de la population totale du pays et regroupait 1 673 785 personnes selon le recensement (<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=24&TOPIC=9>). Plus de la moitié de cette population est aujourd'hui établie dans des villes rurales ou régionales et dans de grandes métropoles à l'instar de Vancouver, de Calgary, de Regina, de Saskatoon, de Winnipeg, de Toronto, d'Ottawa ou de Montréal; cette proportion dépassait à peine 12 % en 1961 (Norris *et al.* 2003). Au Québec, la proportion des membres des Premières Nations et du Peuple inuit qui résident dans des villes dépasse également 50 % (Lévesque *et al.* 2018a).

qu'autrement dans une lecture évolutionniste selon laquelle le passage de la « réserve indienne » à la ville était une manifestation claire d'une entrée dans la « civilisation » et d'une volonté de s'affranchir de sa culture d'origine. Pendant longtemps, la présence autochtone urbaine apparaissait comme un anachronisme, une incompatibilité à la fois politique, économique, administrative et culturelle. Contrairement à ce que de nombreux observateurs avaient envisagé, non seulement cette identité ne s'est pas diluée, mais elle s'est constituée en une force sociale, citoyenne et politique singulière et novatrice (Anderson 2013, Lévesque et Cloutier 2013, Newhouse 2008, Newhouse et Peters 2003, Peters et Anderson 2013).

Aujourd'hui, les centres d'amitié autochtones au Canada sont devenus des acteurs de premier plan dans le renouvellement des politiques publiques destinées à la population autochtone en milieux urbains. Leurs dirigeantes/dirigeants et leurs membres raffinent et redéfinissent sans cesse les moyens d'action à leur disposition et les initiatives citoyennes mises en œuvre sont désormais inscrites à l'enseigne de l'innovation sociale. Si leur mission est toujours d'améliorer les conditions de vie et la santé des Autochtones de tous âges et genres, ce sont aujourd'hui des lieux d'apprentissage et de formation dynamiques et innovants, des entreprises sociales solidement ancrées dans leur milieu et des acteurs institutionnels incontournables dans la lutte au racisme et au sexisme systémiques (Lévesque 2016a).

Depuis les tout débuts, les centres d'amitié se distinguent d'autres organisations qui proposent des services aux personnes autochtones parce que leur existence émane toujours de la mobilisation populaire, que leur assise est nécessairement communautaire et que leur mode de fonctionnement est résolument participatif. Une telle posture a un impact direct sur la nature, la composition et la portée de l'offre de services. La population autochtone elle-même se situe au cœur de leur projet de transformation sociale et constitue l'ancrage dans lequel s'est inscrite la Clinique Minowé⁴, à l'image de nombreux autres projets de même nature créés dans d'autres centres d'amitié autochtones au pays au cours de la dernière décennie (CCS 2012).

3. Parcours et positionnement stratégique de la Clinique Minowé

La Clinique Minowé a officiellement ouvert ses portes en 2011, mais le projet a mis plusieurs années à se concrétiser et à prendre son envol. Dans les prochains paragraphes, nous aborderons tour à tour ses différentes phases et les conditions de sa mise en œuvre, de la planification première à son intégration actuelle. Semblable projet n'aurait pu voir le jour sans que soient réunis un ensemble de circonstances favorables et une volonté collective de contourner les obstacles comme nous l'avons souligné en introduction. Il importe donc d'en faire état brièvement.

• Contexte d'émergence

Entre 1996 – année de la publication du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones – et 2011, le gouvernement canadien a adopté plusieurs stratégies en matière de politiques publiques, notamment en santé, avec le lancement en 2004 du Fonds de transition

⁴ Le mot Minowé signifie « être en santé » en langue anicinape.

en santé autochtone (FTSA) dont l'objectif premier était «de combler l'écart entre l'état de santé des populations autochtones et celui du reste de la population canadienne en améliorant l'accès aux services de santé en place »⁵. Dans la foulée, des dizaines de projets, dont la caractéristique principale était d'être réalisés par des instances ou des organisations autochtones, ont vu le jour à travers le Canada afin de favoriser l'intégration des services et d'accroître la participation des Peuples autochtones à leur conception et à leur prestation. Un des volets du FTSA visait notamment à financer des initiatives porteuses proposant des réponses novatrices aux défis de l'accessibilité, de l'organisation et de l'offre de services (Cloutier *et al.* 2009). C'est dans ce cadre que le projet de création de la Clinique Minowé a réellement pris naissance (GRH 2011).

À la même époque, en 2006, s'est tenu au Québec le premier Forum socioéconomique des Premières Nations qui, en plus de réunir des centaines de leaders et de représentants/représentantes autochtones de la province, a rassemblé des dizaines de ministres et décideurs du gouvernement canadien et du gouvernement québécois, de même que de nombreux acteurs/actrices de la société civile autochtone et de la société civile québécoise⁶ (APNQL 2006). Parmi la gamme des thèmes abordés et des engagements ministériels qui ont émergé des échanges, la santé a évidemment retenu l'attention. En particulier, dans le cadre d'un engagement mutuel de la part du gouvernement du Québec et du Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec, les Centres de santé et de services sociaux⁷ ont été invités à collaborer avec les centres d'amitié autochtones situés sur leur territoire afin de favoriser « le transfert de connaissances et d'expertise ...[et] l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones » (Ouellette et Cloutier 2010 : 7).

Pendant cette période, à l'échelle de l'Abitibi-Témiscamingue, on constate déjà que de nombreux membres des Premières Nations évitent les services de santé offerts dans les établissements du réseau québécois, en raison de l'accueil qui leur est réservé et de l'incompréhension à laquelle ils sont généralement confrontés. Une situation d'autant plus préoccupante qu'elle concerne un segment en croissance de la population locale et régionale. En effet, la population autochtone résidante de la ville a pratiquement doublé entre 2006 (1,5 %) et 2011 (2,6 %). Les besoins se diversifient, les familles (dont le taux de natalité est près de trois fois plus élevé que dans le reste de la population) sont plus nombreuses à l'instar

⁵ Pour en savoir davantage sur le FTSA : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-soins-sante/meilleur-acces-services/fonds-transition-sante-autochtones.html>. Ce programme, dans sa version initiale, s'est terminé en 2011. Il a été remplacé par la suite par le Fonds d'intégration des services de santé (FISS), un programme toujours en vigueur. Le CAAVD a obtenu une subvention du FISS en 2016.

⁶ Le Forum socioéconomique des Premières Nations s'est tenu du 25 au 27 octobre 2006 à Mashteuiatsh, au Québec. Sous la coprésidence du Chef de l'APNQL (Ghislain Picard) et du Premier ministre du Québec (Jean Charest), ce Forum a été l'occasion d'orchestrer des changements structurels afin d'améliorer les conditions d'existence des Premières Nations au Québec en misant sur les ententes et les engagements des instances concernées (APNQL 2006).

⁷ Les Agences de santé et de Services sociaux du gouvernement provincial interviennent à l'intérieur des régions sociosanitaires de la province de Québec. Une réforme récente (2015) a conduit à l'abolition de ces agences au bénéfice de nouvelles structures de soins et de services appelées Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

des personnes seules et des familles en situation de monoparentalité féminine : la demande en logement et en services publics devient dès lors plus pressante.

De plus, la circulation entre Val-d'Or et les communautés autochtones d'appartenance crie/eeyou et anicinape localisées à proximité ou à plus grande distance va aussi en s'accroissant, ce qui augmente la présence autochtone temporaire et donne lieu à de nouvelles formes de mobilité résidentielle et professionnelle (Lévesque *et al.* 2014). Val-d'Or est notamment une destination privilégiée pour l'accueil des patients/patientes autochtones de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de celle de Eeyou Istchee. Il y a déjà longtemps que les femmes cries/eeyou et anicinapek viennent accoucher à Val-d'Or : certaines y séjournent quelques semaines, d'autres pendant plusieurs mois lorsque leur condition le nécessite. De nombreuses personnes provenant des communautés cries viennent également séjourner à Val-d'Or, le temps d'y recevoir des soins de santé plus spécialisés. Ainsi, les défis entourant l'offre de services pour les Autochtones qui vivent de façon permanente ou temporaire, ou encore qui sont de passage quelques jours ou quelques semaines à Val-d'Or, constituent une réalité avec laquelle le CAAVD doit composer quotidiennement.

- **La mise en œuvre**

En 2008, le CAAVD obtint un premier financement du Fonds de transition en santé autochtone (GRH 2011). Comme l'objectif était de construire le rapprochement avec les acteurs/actrices du réseau québécois de la santé, un comité de pilotage fut mis sur pied, des plans d'action furent élaborés et des ententes de partage de services furent signées. Outre le personnel du CAAVD, le comité regroupait alors des acteurs/actrices de l'Agence de Santé et de Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre jeunesse de la région (dont la mission est d'encadrer les services offerts aux jeunes et aux adolescents en difficulté)⁸. Des représentants/représentantes d'autres organisations autochtones et non autochtones y jouaient des rôles ponctuels. Les premières activités du comité visaient à identifier des zones d'interface et de complémentarité ; chacun des partenaires proposant des services spécifiques compte tenu de son mandat, des compétences et des qualités de son personnel et de ses champs d'action.

Au début, les rencontres du comité de pilotage se multiplièrent, les partenaires étant peu au fait des services offerts par les autres et notamment de ceux offerts au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Le Centre étant ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il proposait déjà une vaste gamme d'activités familiales et communautaires à la population autochtone de la ville et de la région environnante, en plus d'offrir un service de restauration et des services d'hébergement pour les patients/patientes en transit médical; une centaine de personnes dont la grande majorité est autochtone composait son personnel œuvrant dans de nombreux domaines d'expertise.

Les réalités vécues par la population autochtone des villes de la région étant très peu connues de la part des instances du réseau québécois, cette phase d'expérimentation se transforma en une phase de sensibilisation et de familiarisation aux réalités et aux particularités du monde

⁸ Lors de la refonte de 2015, les Centres Jeunesse ont été intégrés dans la nouvelle structure (voir note 7).

autochtone : ses origines, ses valeurs, ses héritages, ses trajectoires, ses savoirs, ses pratiques, ses repères sociaux et ses conditions d'existence. Il devint dès lors essentiel de favoriser une meilleure connaissance des défis et des enjeux qui se posaient autant à la population locale qu'aux intervenants/intervenantes, qu'ils soient Autochtones ou non.

À l'automne 2009, le CAAVD, avec la collaboration étroite de l'Alliance de recherche ODENA⁹, organisa une journée de partage des connaissances portant sur les enjeux et les défis que posait alors le projet de la Clinique (Cloutier *et al.* 2009). Cette activité, qui s'inscrivait directement dans la veille scientifique arrimée au projet Minowé, a réuni des chercheurs/chercheuses, des intervenants/intervenantes et différents acteurs/actrices du paysage institutionnel local et régional impliqués dans le dossier de la santé touchant les Autochtones de la région. Les échanges s'orientèrent rapidement vers la nécessité de redéfinir et de renouveler les services existants afin qu'ils correspondent mieux aux réalités vécues par les membres des Peuples autochtones, plutôt que d'attendre de ces derniers qu'ils s'adaptent au système en place.

Le rôle et la portée de la veille scientifique de l'Alliance ODENA

La veille scientifique intégrée au projet Minowé se présente comme un processus continu et réflexif de création, d'organisation et de suivi des connaissances visant à repérer, à recenser, à traiter et à analyser l'information scientifique et autochtone relative au projet : ses orientations, sa gouvernance, ses pratiques, ses activités, ses impacts et ses retombées (incluant la production scientifique qui en découle). Les composantes de cette veille scientifique sont les suivantes :

- 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, acteurs/actrices et intervenants/intervenantes une information synthétisée afin de soutenir leurs actions et 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.

⁹ L'Alliance de recherche ODENA, une infrastructure de recherche collaborative du Réseau DIALOG (<https://reseaudialog.ca/>), est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) depuis sa création en 2009. Elle réunit des représentants de la société civile autochtone, des chercheurs/chercheuses et des étudiants/étudiantes de plusieurs universités, engagés dans une démarche de coconstruction et de mobilisation des connaissances afin d'améliorer la qualité de vie de la population autochtone des villes et de renouveler les relations entre les Premiers Peuples et les autres citoyens/citoyennes du Québec dans un esprit d'égalité et de respect mutuel. ODENA vise à soutenir le développement social, économique, politique et culturel de la population autochtone des villes québécoises et à mettre en valeur l'action collective des centres d'amitié autochtones.

Les discussions qui se déroulèrent ce jour-là ont conduit notamment à souligner la complexité des relations juridiques entre les gouvernements et les instances autochtones en matière de santé, puis à s'instruire des effets de l'exclusion et de la marginalisation vécues par de nombreuses personnes autochtones suite à leur départ de leur communauté/réserve d'origine. La question principale qui constitua le fil conducteur de cette journée fut de parvenir à circonscrire les paramètres et les mécanismes en fonction desquels pourraient agir les unes avec les autres les différentes instances engagées dans ce projet novateur de création d'un nouveau corridor de services à partir du CAAVD. Ainsi furent développées à cette occasion les assises de la Clinique Minowé.

Au début de 2011, dans la foulée des ententes existantes et du rapprochement en cours, une infirmière et un intervenant psychosocial¹⁰ œuvrant au sein du réseau provincial vinrent s'installer à l'intérieur des murs du Centre d'amitié autochtone afin de se rapprocher de la population autochtone. Avec le concours d'une coordonnatrice administrative et d'une conseillère clinique du CAAVD se forma ainsi la première équipe multidisciplinaire de soins et d'intervention sous l'égide de la Clinique. De nouveaux services furent désormais offerts : soins prénataux et postnataux pour les enfants et les mères, vaccination, prévention, accompagnement pour les personnes et les familles en difficulté. La fréquentation de la Clinique augmenta rapidement : entre 2011 et la fin de 2013, on compta plus de 4000 consultations, dont les trois quarts concernaient des individus alors que le dernier quart était le fait de familles; des centaines de dossiers furent ouverts.

Dans son rapport annuel 2013-2014, le Centre jeunesse de la région indiqua une baisse de près de 40 % du taux de signalement des jeunes autochtones en situation de difficulté (CJAT 2014). Il ne fait aucun doute que la Clinique était alors de plus en plus connue et fréquentée; qui plus est, en l'espace de quelques années à peine, elle avait démontré sa qualité de service essentiel en mettant en place un lieu accueillant et libre de préjugés où les personnes autochtones de tous âges, genres et appartenances pouvaient être accompagnées ou rassurées, obtenir des réponses à leurs questions ou recevoir des soins et l'accompagnement correspondant à leur état.

La clinique Minowé fait partie des nouveaux lieux d'expression citoyenne : elle prend acte du fait que le réseau des services de santé québécois peine à répondre aux besoins des Autochtones. C'est d'ailleurs pour cette raison que ceux-ci fréquentent peu le système de santé actuel. La clinique met de l'avant une approche culturellement pertinente, qui traduit une compréhension globale du contexte économique, social et juridique des nations et des personnes autochtones. La clinique Minowé vient combler des lacunes importantes du réseau actuel, assure un arrimage des services de santé du provincial et des services aux communautés du fédéral et permet l'établissement de partenariats avec différents acteurs de la société. (Cloutier cité dans Abitbol *et al.* 2012)

¹⁰ Provenant du Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, cet intervenant social avait comme mandat principal d'accompagner et de soutenir les parents qui doivent composer avec le système de protection de la jeunesse.

• La Clinique en 2018

Après sept ans de fonctionnement, la Clinique Minowé offrait, à la fin de 2017, une gamme de services intégrés en continuels ajustement et comptait sur une équipe élargie et experte de professionnels/professionnelles et d'intervenants/intervenantes : 1) des services aux femmes enceintes, à leurs enfants et à leur famille (contraception, suivi prénatal et postnatal, vaccination pour les enfants de 0-5 ans, évaluation du développement des enfants); 2) des services de prévention des maladies chroniques, dépistage et soutien aux personnes aux prises avec le diabète, le cholestérol ou l'hypertension, prévention et promotion de saines habitudes de vie, campagne de vaccination contre l'influenza; 3) des services d'intervention psychosociale qui apportent un soutien aux familles et aux jeunes en difficulté, et fournissent un accompagnement en santé mentale et dans les cas de signalement et de placement d'enfants et d'adolescents.

L'objectif de ce modèle collectif était bel et bien de trouver une solution viable à différents constats relatifs aux désastreuses conditions de santé de la population autochtone. Il ne s'agissait pas seulement d'accroître l'accessibilité et la prestation même des soins de santé, il s'agissait surtout d'offrir aux Autochtones vivant en ville des « soins culturellement adaptés et dont le financement et la structure organisationnelle permettent d'éviter les embûches politiques et juridictionnelles qui freinent ou nuisent souvent à la prestation de services » (Lainé et Lainé 2011 : 90). Le mode de complémentarité des services, reposant sur le souci de renouveler les pratiques et de tenir compte des conditions de vie, devint dès lors une priorité pour chacune des instances partenaires.

Au final, la mise en place de la Clinique et son déploiement n'ont exigé aucune modification au contexte juridique ou politique existant, même si les protocoles, les procédures et les normes en vigueur au sein du réseau de santé québécois, par leur rigidité et leur manque d'ancrages autochtones, en viennent à complexifier encore davantage le travail du personnel et entravent régulièrement les actions ou les décisions à prendre. De plus, il est évident que la médecine occidentale constitue la référence première du personnel soignant, mais la manière dont cette médecine est exercée au sein de la Clinique de même que les conditions dans lesquelles elle se pratique ont changé puisque au-delà des actes médicaux, l'accent est mis sur la prévention, l'écoute des patients, la responsabilité collective du personnel et l'appartenance communautaire (CCS 2012). Dans cette optique, la Clinique Minowé n'est pas le projet de quelques acteurs/actrices; c'est l'initiative d'une collectivité pour le mieux-être et l'incarnation d'une quête particulière, celle du Mino Madji8in.

4. Mieux-être, vision du monde et impacts du colonialisme

En langue anicinape, le Mino Madji8in¹¹ 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 Madji8in est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le

¹¹ Les orthographes de ce terme varient selon les sources et les différences dialectales.

monde et d'y interagir dans le respect des valeurs traditionnelles et contemporaines (RCAAQ 2012).

[...] *Le Mino Madji8in* 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 Madji8in 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. En conséquence, isoler la personne (qu'elle ait 5 ou 80 ans) de son univers de significations et de relations engendre une rupture dans son développement et son plein épanouissement et vient rompre le cercle de transmission des connaissances et des compétences qui assure la connexion avec le Mino Madji8in (RCAAQ 2012).

La colonisation à laquelle ont été soumis les Peuples autochtones au Canada (tout comme de nombreux autres peuples sur la planète) a engendré ce type d'interruptions, d'effritements et de fragmentations sociales et personnelles. Il est courant d'invoquer le colonialisme lorsque l'on cherche à comprendre les réalités contemporaines et les conditions d'existence des Peuples autochtones. Toutefois, pour se hisser au-delà du colonialisme et, ce faisant, parvenir à la réconciliation souhaitée, il faut dépasser le stade du constat et se pencher sur ses effets et sa portée. Il importe donc d'en reconstituer les processus et de comprendre de quelle manière il a opéré, et continue d'opérer dans plusieurs contextes (Newhouse 2008).

Le colonialisme est clairement une manifestation d'assujettissement humain. Un tel système politique traduit une volonté étatique d'affirmation, de domination, de force et de pouvoir à l'encontre d'individus et de groupes sociaux donnés. En ce qui concerne le Canada, et par extension le Québec, les manifestations du colonialisme ont engendré chez les Peuples autochtones des dépossessions territoriales, des pertes de contrôle individuelles sur leur propre existence, des dysfonctionnements familiaux, des blessures identitaires, une détérioration des conditions d'appartenance au groupe, une hiérarchisation des statuts célébrant la filiation patrilinéaire au détriment de la filiation matrilinéaire, des traumatismes que l'on sait aujourd'hui transgénérationnels en ce sens qu'ils transcendent les générations et les époques, de même que des transformations profondes de l'organisation sociale et économique (Dion *et al.* 2016, Menzies 2010).

Pour les Peuples autochtones, la vision du monde, de la nature, des êtres vivants (autant les humains que les animaux) repose sur un ensemble de dispositifs relationnels, de significations et d'obligations sociales qui marquent les comportements, les choix et les aspirations des individus face à l'existence et aux autres personnes qui interagissent au sein de leur univers.

En conséquence, l'équilibre d'une personne résulte, d'une part, d'une quête continue d'harmonie entre ces différentes dimensions et, d'autre part, de son appartenance à une collectivité dont les membres partagent la même quête. Lorsque cet équilibre est rompu, voire détruit, lorsque la chaîne des relations et des significations est interrompue (comme ce fut le cas avec le régime des pensionnats indiens par exemple), lorsque la personne est isolée de son milieu de vie communautaire, elle ne trouve plus de réponse à ses questionnements et son pouvoir d'agir est réduit, voire miné (CVRC 2015).

La survie et la reproduction des groupes et des familles ont longtemps reposé sur l'existence de mécanismes de régulation sociale et d'association familiale auxquels les différents membres du groupe adhéraient. Ces mécanismes permettaient d'intervenir à l'occasion de difficultés ou de dissensions de différentes natures. Ils reposaient sur des valeurs et des principes de vie qui favorisaient l'entraide, le partage et la cohésion, de préférence à l'individualisme et à la compétition. Ces valeurs et ces principes étaient transmis d'une génération à l'autre et valorisés à travers les obligations et les responsabilités quotidiennes et saisonnières.

La mise en réserve, l'épisode des pensionnats indiens, la sédentarisation ont profondément modifié l'ordre des choses, ont coupé les filières de transmission et ont érodé les pratiques qui favorisaient l'équilibre des groupes et des familles, de même que les modes d'interaction et de collaboration qui présidaient aux relations entre les groupes au sein d'une même bande et entre bandes différentes. En d'autres mots, il y avait des règles, des normes, des obligations, des responsabilités, des pratiques sur lesquelles reposaient les relations entre les individus. Malgré le passage du temps, malgré les pertes et les dépossessions, les principes fondateurs, l'essence même de ces règles et pratiques qui régissaient le « vivre-ensemble » et favorisaient la cohésion sociale, existent toujours. Il devient essentiel de les reconstituer, de les régénérer et de les actualiser.

La Clinique Minowé s'est érigée sur ces bases, à la fois historiques et contemporaines. En conséquence, elle propose aujourd'hui une gamme de services en continuelle recomposition, favorisant le mieux-être et la reconnexion communautaire de personnes et de familles aux prises avec des difficultés de différents ordres, tout en permettant de répondre à des besoins immédiats de vaccination, de dépistage, de traitements, d'accompagnement et de prévention. Cette offre de services est destinée à contrer, à terme, les effets délétères du colonialisme, un des principaux déterminants de la mauvaise santé des Autochtones (Greenwood *et al.* 2015). La démarche de sécurisation culturelle adoptée par le Centre d'amitié autochtone apporte une réponse en ce sens.

5. Sécurisation culturelle et transformation sociale

La démarche de sécurisation culturelle (*cultural safety*) a été développée en Nouvelle-Zélande dans les années 90, dans le contexte des services de santé destinés aux Maoris. La professeure en soins infirmiers Irihapeti Ramsden, elle-même maorie, a écrit substantiellement sur le sujet et a contribué à le faire connaître sur la scène internationale (Baker et Giles 2012, Ramsden 2002, Wepa 2005). Cette démarche a pris forme en réponse à des préoccupations

alarmantes sur la santé des Maoris et à leur mécontentement face à des pratiques jugées culturellement insécurisantes, soit « *any action, which diminishes, demeans or disempowers the cultural identity and well-being of an individual* » (NCNZ 2011: 7).

Rapidement, la démarche amorcée s'est élevée au-dessus de l'organisation proprement dite des services et de leur accessibilité. Il importait en effet d'en revoir la nature même, d'en élargir la gamme afin qu'ils répondent de manière plus adéquate aux besoins et aux attentes de la population maorie, de repenser la formation du personnel médical et, surtout, de se questionner sur les rapports de pouvoir inégaux entre Maoris et instances néozélandaises dans l'administration de soins et de services qui ne parvenaient pas à améliorer l'état de santé général du peuple maori, voire contribuaient à sa détérioration. La nécessité de concevoir un nouveau modèle de santé reposant sur l'identité culturelle et prenant acte de l'histoire, des savoirs, des pratiques et des modes de soins, de socialisation et d'apprentissage maoris est devenue une finalité majeure des leaders maoris.

Au Canada, la démarche de sécurisation culturelle a connu plusieurs applications dans le domaine de la santé au cours des deux dernières décennies (Blanchet-Cohen et Richardson Kinewesquao 2017, Blanchet-Cohen *et al.* 2018, CCS 2012). Avec les années, la philosophie qui l'anime s'est étendue au monde de l'éducation et dans plusieurs autres domaines, et des résultats positifs ont été enregistrés dans plusieurs cas. Les applications demeurent cependant variables compte tenu de l'ampleur des changements envisagés, de la rigidité de certaines administrations publiques, du manque de connaissance des marqueurs de la culture autochtone, du peu de moyens dont disposent de nombreuses organisations autochtones et des enjeux de pouvoir toujours existants. Deux écoles de pensée se partagent aujourd'hui les positionnements eu égard à la sécurisation culturelle.

Une première école, davantage instrumentale, associe la démarche à des manifestations ponctuelles d'adaptation et d'inclusion qui proposent des aménagements mineurs (qualifiés de culturels) au sein des systèmes de soins en place. Même si leur identification dénote une prise de conscience ou même une certaine sensibilité à l'égard des réalités autochtones, leur portée reste individualisée et circonstancielle et met généralement l'accent sur la rencontre qui existe entre un intervenant/intervenante et la personne autochtone dont l'état requiert des soins, un accueil ou un accompagnement particuliers. Dans cette perspective, la responsabilité de la transformation souhaitée est laissée entre les mains des seuls professionnels/professionnelles. Le soutien organisationnel est rarement au rendez-vous et l'impact de l'initiative sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients/patientes demeure limité. Le cadre de référence principal reflète les modalités du modèle biomédical classique.

La seconde école de pensée renvoie à une compréhension collective et institutionnelle des situations jugées discriminantes et conduit à se pencher sur les conditions structurelles qui induisent les inégalités dans le domaine de la santé comme en d'autres domaines afin que le changement soit durable. Cette seconde posture requiert une connaissance approfondie des enjeux de santé (dans un sens large) relatifs à la population autochtone et vise une redéfinition des protocoles et des programmes qui encadrent la prestation des soins. Elle fait référence à l'héritage colonial que partagent les Peuples autochtones et à ses impacts intergénérationnels

sur la santé et la qualité de vie. Elle permet d'expliquer de quelle manière les liens que les Autochtones ont développés avec les institutions politiques et culturelles imposées par l'État canadien ont été néfastes sur leurs cultures, leurs sociétés et leur développement sur les plans individuel et collectif. Elle propose de restaurer, de régénérer et d'actualiser les liens d'origine, et de bâtir des environnements signifiants qui favorisent le plein accomplissement des capacités des individus et des collectivités (Lévesque 2015).

En visant 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, la démarche institutionnelle de sécurisation culturelle:

- reconnaît la légitimité de la différence sociale et culturelle autochtone selon qu'elle se manifeste en termes de connaissances, de pratiques, de compétences;
- considère les effets durables de la colonisation, du racisme systémique et du traumatisme intergénérationnel qui en découlent ;
- contribue à créer des environnements sécurisants et accueillants pour la population autochtone en matière de santé, d'éducation, d'employabilité et de justice;
- favorise le déploiement de services, de pratiques et d'initiatives en concordance avec les modes d'accompagnement, de soins, de prévention, de guérison, de transaction sociale et d'appréhension du monde autochtone;
- traduit une volonté collective et communautaire de transformation et d'innovation sociale de la part des instances autochtones;
- requiert un engagement institutionnel de la part des instances canadiennes et québécoises;
- repose sur le principe fondateur de la justice sociale dans sa visée de réduction des inégalités et se distingue par ses qualités démocratiques et humanistes;
- et, surtout, s'inscrit dans une action claire et légitime d'affirmation politique et identitaire, et de gouvernance autochtone.

En somme, l'équation est relativement simple : la colonisation, le sexisme et le racisme systémiques ont porté atteinte aux filets de sécurité et aux mécanismes et aux pratiques de régulation sociale qui étaient (et sont encore souvent) à l'œuvre au sein des sociétés autochtones. Il importe de les reconstituer, d'une part, mais aussi de les replacer dans le contexte de la modernité, d'autre part. En effet, les conditions objectives d'existence se sont grandement transformées à la faveur de la croissance démographique, de la sédentarisation, de la présence significative dans les villes, de la diversification économique, de la mondialisation et du développement des technologies de l'information. Voilà donc le terreau actuel sur lequel peuvent prendre ancrage des initiatives coordonnées de sécurisation culturelle institutionnalisée en contexte autochtone. L'exemple de la périnatalité sociale, telle que développée à la Clinique Minowé, en a permis une application concrète¹².

¹² Le projet de périnatalité sociale autochtone (désigné par le terme Abinodjic qui signifie « enfant » en langue anicinape) développé au CAAVD a été mis en place grâce à une subvention de l'organisme philanthropique Avenir d'Enfants dont la mission était de favoriser le développement des jeunes enfants à l'intérieur de la province de Québec. Le projet Abinodjic a connu deux phases de déploiement : la première phase s'est échelonnée de 2011 à 2014; la seconde phase, qui a débuté en 2015, s'est terminée à la fin de 2018.

6. La périnatalité sociale autochtone

- **Mise en contexte**

Très rapidement, au début de ses activités, la Clinique Minowé a ciblé plus particulièrement les femmes enceintes et leurs enfants (de 0-5 ans) compte tenu de leur situation encore plus préoccupante parmi l'ensemble de la population autochtone, autant sur le plan de la santé que sur celui de leurs conditions socioéconomiques : taux de mortalité infantile plus élevé, taux de vaccination plus faible, piètre état nutritionnel des bébés, des enfants et de leur mère, entrave à la motricité du nourrisson, difficultés d'apprentissage à tous les âges. On parle également d'un grand nombre de femmes et d'enfants concernés. En effet, le taux de fécondité chez les adolescentes des Premières Nations est au moins huit fois plus élevé que celui des adolescentes canadiennes, et les adolescentes autochtones de moins de 15 ans présentent un taux de natalité 18 fois supérieur à celui des jeunes Canadiennes (UNICEF 2009). Qui plus est, dans la province de Québec, le taux de pauvreté des enfants autochtones se situe à 33 %, soit le double de celui des enfants non autochtones établi à 16 % (Macdonald et Wilson 2013).

La région de Val-d'Or n'échappe pas à ces réalités socioéconomiques globales car les revenus des Autochtones y sont nettement moins élevés que dans le cas des non-Autochtones, les familles sont plus nombreuses et les situations de monoparentalité sont au moins deux fois plus fréquentes que dans le reste de la population. L'éloignement géographique dans le cas des femmes qui doivent quitter leur communauté d'appartenance pour accoucher, l'isolement social qui s'en suit bien souvent, le manque de soutien tout au long de la grossesse, la jeunesse et l'inexpérience des mères, des conditions de logement insalubres, le manque d'argent, sont autant de sources de marginalisation et d'impuissance, voire de déstabilisation émotionnelle, susceptibles de limiter l'épanouissement physique et psychologique de la mère et le potentiel de développement moteur et cognitif de ses enfants. Il est fréquent en conséquence que les mères, jeunes et plus âgées, soient interpellées par les services à l'enfance dont le personnel est généralement peu au fait des conditions de vie, des réalités et des habitudes parentales des familles autochtones. L'incompréhension et le manque de communication conduisent trop souvent à l'imposition de mesures radicales qui entraîne le retrait des enfants de leur milieu.

- **Les orientations de départ**

L'approche adoptée par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a reposé sur une compréhension élargie et systémique de la périnatalité sociale qui met en présence non seulement la femme enceinte et son enfant à naître, mais aussi le père, les frères et les sœurs le cas échéant, la famille élargie et, plus largement, la communauté autochtone urbaine. Pour ce faire, il importait de travailler sur plusieurs fronts en même temps : 1) en créant un milieu de vie sécurisant et stimulant afin de permettre un développement optimal pour la femme enceinte, la mère et le petit enfant; 2) en favorisant l'implication active et continue de parents et le soutien de sa famille élargie afin que le bien-être de l'enfant et son équilibre holistique soient maintenus; 3) en contribuant à développer un environnement social sain qui respecte les valeurs autochtones traditionnelles et contemporaines; 4) en redéfinissant les services et les

pratiques afin qu'ils reflètent une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelles autochtones.

Visant rien de moins qu'une réelle transformation sociale, les actions sécurisantes mises en place au CAAVD ont permis, dans un premier temps, un renouvellement des manières de faire sur le plan de l'organisation et de la prestation des services basé sur la résurgence de pratiques et de savoirs autochtones. En effet, à l'instar des grands systèmes sociaux en différents domaines, l'offre de services publics en santé et en services sociaux au Canada et au Québec repose sur une volonté de standardisation et d'universalisation des protocoles de soins et d'intervention. Dans une telle optique, il reste peu d'espace pour le développement de pratiques extérieures, voire alternatives.

De la même manière, les catégories de référence sont aussi les mêmes pour toute la société dans son ensemble. Ainsi, le groupe d'âge ciblé au départ, soit les enfants de 0 à 5 ans, ne permettait pas vraiment, lorsqu'il était appréhendé globalement, de tenir compte des marqueurs individuels et communautaires qui jalonnent le parcours des jeunes enfants autochtones. L'équipe du CAAVD a donc introduit une distinction entre les groupes d'enfants, de leur naissance à l'âge de 2 ans d'une part, pour ensuite considérer comme un tout la classe d'âge supérieure, soit celle de 3 à 5 ans. Une distinction qui peut sembler anodine de l'extérieur, mais qui a permis de mieux associer à ces étapes de la vie des pratiques familiales et sociales spécifiques davantage en phase avec les façons de faire autochtones.

Selon le rapport d'évaluation de la première phase du projet réalisé au printemps 2014, les impacts positifs du déploiement de nouvelles pratiques, combinés à une accessibilité accrue aux programmes offerts étant donné la concentration des activités et du personnel dans le Centre, se sont manifestés par une amélioration de la santé physique et sociale des jeunes enfants autochtones ainsi que de celle de leur famille rapprochée et élargie (Blanchet-Cohen et Trudel 2014). L'évaluation a également mis en évidence l'efficacité de l'approche écosystémique sur laquelle repose l'offre de services du CAAVD, puisque le projet de périnatalité sociale autochtone a contribué à la création d'une nouvelle passerelle de soins qui part de l'enfant, rejoint ses parents et se déploie à l'échelle de sa famille élargie et de sa communauté d'appartenance.

Dans un deuxième temps, une fois la confiance des mères et des familles restaurée, après avoir favorisé leur participation non seulement aux activités proprement dites mais également à leur conception et après avoir consigné leur parole et leurs expériences, l'accent a été mis sur la nécessité de se doter d'outils et de dispositifs tout aussi culturellement pertinents afin de documenter les apprentissages, de soutenir et de diversifier les habiletés parentales, familiales, communautaires et institutionnelles.

- **Vers un nouveau modèle d'intervention**

À la lumière de ces constats, un nouveau modèle d'intervention a été développé en 2017 par l'équipe du CAAVD. Inspiré de la roue de la médecine et centré sur le mieux-être holistique de l'enfant, il inclut quatre champs d'action (savoirs culturels, saines habitudes de vie, réseau de soutien et enrichissement de l'expérience parentale) qui circonscrivent l'offre de services et

qui, sur le long terme, conduiront à renforcer le filet de protection des familles, à accroître la fierté identitaire, et à favoriser la justice sociale et l'accès à l'égalité des chances. La redéfinition du modèle d'Abinodjic a engendré plusieurs retombées positives, dont un plus grand nombre de parents et d'enfants ayant bénéficié d'un accompagnement – l'équipe avait ciblé au départ 20 mères et 20 pères; un total de 176 mères et 60 pères auront finalement participé au cours des trois années de la seconde phase du projet (Blanchet-Cohen et Geoffroy 2019).

De plus, l'approche écosystémique de l'équipe multidisciplinaire a favorisé un renforcement des relations entre les divers intervenants/intervenantes impliqués, ce qui les a conduits à adopter une démarche plus collective centrée sur le déploiement d'un filet de protection communautaire et familial; au départ chacun/chacune des intervenants/intervenantes se concentrait plutôt sur sa relation avec les parents. Plusieurs répercussions ont été observées, telles qu'une meilleure compréhension de l'évolution des besoins des familles autochtones et un ajustement de l'offre de services en conséquence; le renforcement des compétences en matière de sécurisation culturelle des intervenants/intervenantes et une redéfinition des indicateurs et concepts sous-jacents du mode d'intervention; un rapprochement et une meilleure collaboration avec les acteurs/actrices du réseau public. Ces derniers/dernières en sont venus peu à peu à considérer l'équipe du CAAVD comme étant l'instance privilégiée en ce qui a trait aux interventions de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) auprès des familles autochtones, de la Commission scolaire de l'Or et des Bois, et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Blanchet-Cohen et Geoffroy 2019).

7. De Minowé à Mino Pimatizi8in

Avec le début de l'année 2018, l'aventure Minowé est entrée dans une nouvelle phase de maturité et de déploiement. Elle ne se présente plus désormais comme un volet parmi d'autres des activités du CAAVD. Elle constitue une nouvelle interface qui concentre l'ensemble des synergies relevant du domaine large du mieux-être de la population autochtone.

L'évaluation évolutive et la redéfinition du modèle d'intervention dans le cadre du projet Abinodjic ont donné l'élan nécessaire à la caractérisation des fondements du nouveau Centre de santé Mino Pimatizi8in. Les retombées positives sur les familles de la refonte des services en matière de périnatalité sociale autochtone ainsi que la collaboration de plus en plus étroite entre le CAAVD et le CISSS-AT ont validé l'impératif clair de faire reposer la conception, le déploiement et le renouveau des services sur les systèmes de savoirs, les normes sociales et les filets de protection autochtones. De plus, ce processus a démontré la nécessité d'offrir une réponse systémique, enrichie et consolidée, pour combler les écarts en termes de mieux-être entre les Autochtones et les non-Autochtones et pour innover dans la conception de nouvelles mesures.

La dynamique relationnelle et collaborative du modèle Minowé bâtie depuis 2011 est devenue l'ancrage de ce futur centre autochtone de mieux-être en milieu urbain. Ce nouvel espace de « médiation et d'interaction » entre le CAAVD et le CISSS-AT vise à poursuivre en continu le maintien des conditions propices à l'amélioration de l'état de santé en diversifiant davantage les services et les formules d'accompagnement. En misant sur une coordination des services

efficace et une responsabilité populationnelle partagée, circonscrites par une démarche institutionnelle de sécurisation sociale et culturelle, ce laboratoire collaboratif (collaboratoire) « permettra aux Autochtones de se positionner comme acteurs premiers de cette nouvelle gamme de services » et de construire une relation de confiance envers les services publics (Cloutier *et al.* 2018 : xiv).

Lors des audiences du 20 août 2018 de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Commission Viens), Édith Cloutier, directrice du CAAVD, a présenté la vision qui guide le projet Mino Pimatizi8in. Elle s'exprimait alors dans ces termes :

[...] l'initiative Mino Pimatizi8in, qui est une réponse novatrice pour renouveler l'offre de services et bâtir la confiance, je soulignais que les obstacles sont liés à cette difficulté de confiance pour les Autochtones de se tourner vers les services publics. Comment on a travaillé cette réponse? Bien, on l'a fait à l'intérieur d'une démarche partenariale de coconstruction de connaissances et de compétences. Coconstruction partenariale entre le CISSS Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, pour unir nos forces et notre expertise pour créer ce qu'on a appelé un *collaboratoire*. Ce *collaboratoire*, en fait, est un espace de rencontre, de réflexion et d'action qui réunit les acteurs, donc, du centre d'amitié et du CISSS dans une visée commune de transformation et d'innovation sociale » (Cloutier, Témoignage à la CERP, le 20 août 2018, p. 90 de la transcription).

Il s'agit de créer une réelle interface institutionnelle entre le CISSS-AT et le CAAVD de façon à travailler dans la même direction.

Un important mécanisme de transmission multilatérale 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 des pratiques prometteuses, dont celles qui ont trait à la sécurisation sociale et culturelle en milieu autochtone. (Cloutier *et al.* 2018, P-729 : ix)

Concrètement, ce nouveau projet vise d'abord à rendre les services de première ligne (à l'exemple de ceux offerts au Québec dans les cliniques médicales et dans les CLSC¹³) encore plus accessibles à la population autochtone urbaine, en déployant d'abord cette offre à l'intérieur même du CAAVD et ensuite en comptant sur place des équipes spécialisées de professionnels/professionnelles et d'experts/expertes autochtones. L'offre couvre autant les services de santé que les services psychosociaux et communautaires. Mais plus encore, le nouveau projet vise à mieux ancrer le concept de mieux-être selon une perspective et des savoirs autochtones, et à dispenser ultérieurement des services ciblés de guérison traditionnelle. La définition concrète de ce nouveau pan de services s'inspirera des approches prometteuses, telles que définies notamment par la Fondation autochtone de guérison. Un plan quinquennal, véritable programme ouvert sur l'avenir, a été établi pour « 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 » (Cloutier *et al.* 2018, P-729, p. xii).

¹³ CLSC: Centre local de services communautaires.

Conclusion : les défis d'une gouvernance partagée et d'une offre de services renouvelée

a) Enseignements

En matière de santé autochtone, les défis à relever sont encore nombreux et variés pour la population autochtone des villes canadiennes (CCS 2012), mais des étapes encourageantes ont déjà été franchies en peu de temps à travers le Canada. L'exemple de la Clinique Minowé est particulièrement éloquent à cet égard car il propose une vision holistique du mieux-être dans laquelle la santé physique côtoie la santé mentale, la santé communautaire et la santé environnementale.

Dans cette optique, il faut agir sur tous les plans à la fois et notamment créer d'abord les conditions d'un plus grand accès à des services de soins et de guérison culturellement sécurisants et signifiants car la culture est un formidable outil thérapeutique. En effet, de nombreux chercheurs/chercheuses, praticiens/praticiennes de la santé et acteurs/actrices autochtones convergent aujourd'hui vers un constat commun : la culture représente un puissant vecteur de guérison facilitant la prise en charge de problématiques, tant physiques que sociopsychologiques (diabète, obésité, dépendances, dépression, déséquilibres multiples, maladies mentales, tentatives de suicide). Parce que l'association entre mieux-être et culture prévaut au sein des représentations collectives autochtones, ce type de perception doit être pris en compte dans l'élaboration des programmes destinés aux personnes autochtones afin d'augmenter les chances de succès de telles initiatives (Castellano 2006, Chandler & Lalonde 2009, Kirmayer *et al.* 2014, Menzies 2010; 2013, Rowan *et al.* 2014, Yellow Horse Brave Heart *et al.* 2011).

L'établissement de la Clinique Minowé a été pensé dès le départ comme un processus de longue haleine. Il ne suffit pas d'offrir des soins plus nombreux et plus adéquats aux personnes autochtones. Il faut développer un nouveau dialogue afin que les instances autochtones qui œuvrent dans le domaine de la santé (considérée de façon globale) puissent également prendre une part active à la prise de décisions quant aux services à offrir, aux politiques à élaborer, aux programmes à concevoir et aux pratiques à déployer.

Les données longitudinales qui permettent d'apprécier l'état de santé des populations (autochtones ou autres) doivent être compilées sur plusieurs années, voire des décennies, pour permettre de constater les gains obtenus. Il est donc encore trop tôt, dans le cas de la Clinique Minowé, pour savoir si les nouveaux services offerts ont pu infléchir les tendances lourdes qui caractérisent les conditions de santé de la population autochtone urbaine de la ville et de la région environnante. Toutefois, il est clair qu'une plus grande proportion de la population autochtone de Val-d'Or et des environs a dorénavant accès à des soins auxquels elle n'avait pas accès auparavant. Le dépistage pour le diabète ou les maladies respiratoires rejoint des centaines de personnes et de familles; les gens aux prises avec des problèmes de santé divers fréquentent moins les services d'urgence des hôpitaux; les parents inquiets pour leurs enfants trouvent une écoute personnalisée auprès du personnel; les jeunes filles et les femmes accompagnées de leurs nouveau-nés ont désormais la possibilité d'interagir avec des

femmes âgées qui facilitent la transmission des connaissances sur les soins à donner aux enfants.

b) Défis

L'expérience de la Clinique Minowé et du futur Centre de santé Mino Pimatizi8in est d'abord celle d'une relation devenue respectueuse et coopérative entre une composante du système de santé québécois et une instance autochtone visionnaire. Les défis rencontrés n'ont pas été moins nombreux pour autant et ils doivent être souvent rappelés.

- **La participation active à la prise de décisions**

Le CAAVD ne visait pas à obtenir un prêt de services de la part des autorités du réseau provincial de la santé qui aurait entraîné un simple déplacement géographique de l'offre et du personnel, sans autre modalité institutionnelle, organisationnelle ou structurelle. Bien au contraire, son action devait se situer en amont des services à offrir puisque son objectif premier était de participer pleinement au processus décisionnel à la fois sur les plans stratégique et opérationnel. À ce chapitre, les mécanismes de gouvernance conjoints instaurés au départ ont permis de clarifier et de réitérer, chemin faisant, les rôles et les responsabilités des acteurs/actrices concernés d'un côté comme de l'autre.

- **Le maintien de la relation partenariale**

Il ne fait aucun doute que la Clinique Minowé n'aurait pu voir le jour sans l'engagement et l'audace des dirigeants/dirigeantes du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT) qui ont répondu favorablement aux demandes du CAAVD. Même si la solidité du partenariat a parfois été ébranlée lorsque des acteurs/actrices clés ont changé de fonctions, ou encore lorsque des idées reçues à l'égard des Autochtones ont perduré dans les échanges, il est demeuré suffisamment fort tout au long du processus pour assurer une continuité certaine dans l'offre et la diversification des nouveaux services destinés la population autochtone. La dynamique relationnelle a réellement pris place à l'intérieur d'une interface favorisant la communication, la médiation, l'apprentissage et l'action entre les deux instances.

- **L'apport essentiel d'un financement continu**

Les changements survenus ces dernières années dans les programmes de financement gouvernementaux en matière de santé autochtone, en favorisant les actions conjointes entre les constituantes du système de santé canadien ou québécois et les instances autochtones, ont joué un rôle considérable dans le déploiement de la Clinique Minowé. Pour qu'un tel partenariat puisse non seulement se développer mais aussi se poursuivre dans le temps, il faut des ressources mais aussi et surtout des moyens financiers qui apportent une légitimité aux initiatives de ces instances autochtones. En se positionnant sur la scène locale et nationale lors de concours publics, le CAAVD a démontré son leadership communautaire et citoyen, sa capacité à concevoir un nouveau modèle de services dédiés à la population autochtone, son rôle actif dans l'effort de mobilisation de partenaires institutionnels de différents horizons et sa détermination pour le mieux-être de la population autochtone.

- **Le partage des apprentissages**

En phase avec sa philosophie participative, le CAAVD souhaitait véritablement assortir les actions et les pratiques soignantes d'une visée transformatrice et éducative à tous les paliers décisionnels en gardant toujours à l'esprit les besoins individuels et collectifs de la population autochtone. Le seul fait de diffuser une information, aussi pertinente soit-elle, n'est pas suffisant pour engendrer des changements dans les pratiques d'intervention, qu'elles soient le fait de personnes autochtones ou non. Cette information doit d'abord être organisée et clarifiée, elle doit être transmise et apprise, dans le sens où les acteurs/actrices doivent aussi pouvoir la remettre en perspective, se l'approprier, évaluer la manière dont elle peut être efficace dans le cadre de leurs propres interventions. Dans cette optique, de nombreuses séances de formation ont été tenues depuis le début du projet, dans le cadre d'un processus d'apprentissage continu, afin de garder la trace des avancées et de revenir sur les difficultés rencontrées le cas échéant.

- **La complémentarité des compétences**

Ces apprentissages ont également conduit à s'interroger, collectivement, sur les compétences qu'il fallait mobiliser au sein de la Clinique pour en assurer un fonctionnement harmonieux dans le respect des expertises partagées et des enseignements autochtones. Si la situation est moins complexe, sans pour autant être exempte de difficultés, lorsque la collaboration entre une instance autochtone et une constituante du réseau de la santé requiert la présence de professionnels/professionnelles détenant des formations académiques, il arrive encore trop souvent que les personnes autochtones dont les expertises, les expériences et les savoirs ne sont pas sanctionnés par des diplômes soient peu considérées. Par exemple, des ajustements ont été et sont toujours nécessaires pour que les aidants/aidantes culturels autochtones (aînés/aînéas, sages, guides) puissent être intégrés aux équipes de travail et puissent poursuivre leur travail d'accompagnement dans les meilleures conditions possibles.

- **Le rôle de la recherche et de l'évaluation**

Le Centre d'amitié autochtone a aussi insisté dès le début sur la nécessité d'inclure une veille scientifique et un suivi évaluatif en temps réel des actions de la Clinique afin de s'assurer de leur convergence continue avec la vision holistique qui colore sa mission. Les travaux de recherche qui en ont découlé, de la part des chercheurs/chercheuses de l'Alliance de recherche ODENA et du Réseau DIALOG, ont mené à la création de nouveaux corpus de connaissances et de pratiques qui, à leur tour, ont constitué la base pédagogique nécessaire à l'acquisition de nouveaux apprentissages, autant de la part du personnel autochtone que non autochtone concerné. Les travaux de recherche n'ont pas précédé la mise en place de la Clinique : ils ont été réalisés en symbiose avec les actions prises par le CAAVD. Si le choix d'une telle approche a constitué un défi pour les chercheurs/chercheuses, elle leur a offert en contrepartie une occasion unique de faire correspondre des questionnements scientifiques et des défis sociaux.

- **Le déploiement de la démarche de sécurisation culturelle**

Le fait d'avoir inscrit le projet Minowé dans une démarche institutionnelle de sécurisation culturelle a permis de doter les acteurs/actrices (autochtones et non autochtones) de repères

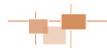
conceptuels et méthodologiques conjoints afin qu'ils et elles puissent partager un même cadre de réflexion et de fonctionnement. Non seulement un nouvel environnement physique a-t-il été mis à la disposition de la population à l'intérieur des murs du CAAVD, mais c'est un nouvel environnement intellectuel qui s'est constitué autour de la nécessité de redéfinir la notion même de santé pour en arriver à une compréhension élargie du mieux-être. Dans les faits, la démarche de sécurisation culturelle propose un changement de paradigme afin de replacer l'exception autochtone au cœur des relations de nation à nation entre les Autochtones et l'État.

- **La reconnaissance identitaire et communautaire**

À la source d'un projet comme celui de la Clinique Minowé se profilent toutes les composantes d'une réappropriation identitaire par la communauté autochtone urbaine québécoise : une prise en mains de sa propre destinée comme société, une participation effective aux décisions qui la concernent, une reconnaissance des injustices et des inégalités, une volonté de combattre la discrimination, un souci d'engagement citoyen et une préoccupation pour l'équité et le respect entre les humains et les peuples. Ce projet social trouve sa pleine signification dans l'objectif d'offrir aux enfants, aux jeunes, aux femmes et aux hommes autochtones des moyens d'acquérir une plus grande maîtrise sur leur vie et leur santé et des outils pour s'inscrire collectivement comme acteurs/actrices de changement et porteurs d'espoir. En effet, il ne s'agit plus uniquement d'améliorer l'accès aux soins de santé et d'accroître la nature et la portée des soins prodigués; il s'agit, en toutes circonstances, de favoriser le plein accomplissement des capacités des femmes et des hommes autochtones afin qu'ils/elles deviennent les artisans/artisanes de leur propre vie et des citoyens/citoyennes autochtones à part entière.

- **La contribution à la réconciliation et à la décolonisation**

La Clinique Minowé est davantage qu'un exemple positif d'une plus grande accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour la population autochtone urbaine. Elle constitue une manifestation significative de la réconciliation souhaitée entre la société canadienne et le monde autochtone. La Clinique apporte une réponse élargie et novatrice aux appels à l'action formulés dans le texte final de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada (CVRC 2015), en contribuant à modifier les rapports inégalitaires de pouvoir qui marquent les relations entre l'État (canadien et québécois) et les Peuples autochtones et à s'engager sur le chemin de la décolonisation. Ses leaders ont su promouvoir une vision renouvelée de la démocratie citoyenne basée sur l'ouverture, la justice, le respect, la coopération et la reconnaissance face à un système qui prône encore trop souvent l'intégration (que l'on en parle désormais en termes d'inclusion ou d'adaptation) des Autochtones au sein de la société dominante sans égard pour leurs exceptions sociales et culturelles.



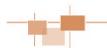
Bibliographie

- Abitbol Jonathan, Catherine Delisle-L'Heureux *et al.* 2012. *La nouvelle modernité autochtone : trajectoires sociales, politiques et institutionnelles*, le Bulletin DIALOG, septembre : 15-17. En ligne <http://www.reseaudialog.ca/Docs/BulletinDIALOGSeptembre2012.pdf>
- 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.
- Anderson Alan B. (dir.). 2013. *Home in the City : Urban Aboriginal Housing and Living Conditions*. Toronto : University of Toronto Press.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2006. *Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir*. Wendake, Québec, 139 p.
- Baker Ava C. et Audrey R. Giles. 2012. Cultural safety: A framework for interactions between aboriginal patients and canadian family medicine practitioners, *Journal of Aboriginal Health*, 9 (1): 15-21. En ligne: https://www.naho.ca/jah/english/jah09_01/jah_volume09_issue01.pdf
- Blanchet-Cohen Natasha et Monique Trudel. 2014. *Rapport d'évaluation du projet Abinodjic*. Rapport préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Université Concordia, Montréal.
- Blanchet-Cohen Natasha et Catherine Richardson Kinewesquao. 2017. Foreword: Fostering cultural safety across contexts. *Alternative: An International Journal of Indigenous Peoples* 13 (3), 138-141.
- Blanchet-Cohen Natasha, Luz Marina Hoyos et Pascale Geoffroy. 2018. Seeking Culturally Safe Developmental Evaluation: Supporting the Shift Towards Cultural Safety in Services for Indigenous Children. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 14 (31), 19-31.
- Blanchet-Cohen Natasha et Pascale Geoffroy. 2019. *Rapport d'évaluation évolutive: Abinodjic II*. Rapport préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Université Concordia, Montréal.
- Boyer Yvonne. 2015, *Moving Aboriginal Health Forward : Discarding Canada's Legal Barriers*. Saskatoon : Purich Publishing Limited.
- Castellano Marlene B. 2006. *Un cheminement de guérison. Points sommaires du Rapport final*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison. <http://www.fadg.ca/downloads/sommaire-rapport-final.pdf>.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2012. *L'espace sacré de la féminité : le maternage à travers les générations*. CCNSA, Ottawa.
- Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. *Rapport annuel 2013-2014*. CJAT, Val- d'Or.
- Chandler Michael J. et Christopher Lalonde. 2009. Cultural Continuity as a Moderator Of Suicide Risk Among Canada's First Nations, in L.J. Kirmayer et G.Guthrie Valaskakis (eds.), *The Mental Health of Canadian Aboriginal Peoples: Transformations, Identity, and Community* : 221-248. Vancouver: University of British Columbia Press.
- Cloutier Édith. 2018. Témoignage entendu à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Val-d'Or, 20 août, en ligne : <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=58&L=0&tx>.
- Cloutier Édith, Suzanne Dugré, Daniel Salée, Ioana Comat et Carole Lévesque. 2009. *Enjeux et défis en santé et services sociaux pour les Autochtones en milieu urbain*. Cahier ODENA n° 2009-04. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.
- Cloutier Édith, Stéphane Laroche, Carole Lévesque et Maxime-Auguste Wawanoloath. 2018. *Mino Pimatizi8in*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or.

- Commission canadienne des droits de la personne (CCDP). 2013. *Rapports sur les droits à l'égalité des Autochtones*. Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). 2014. *Plan stratégique 2014-2017*. Wendake, CSSSPNQL.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2015. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Kingston and Montreal : McGill-Queen's University Press.
- Commission royale sur les Peuples autochtones. (CRPA) 1996. *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*. CRPA, Ottawa. <http://www.collectionscanada.gc.ca/...>
- Conseil canadien de la santé (CCS). 2012. *Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. CCS, Ottawa.
- Desbiens Caroline et Carole Lévesque. 2016. From Forced Relocation to Secure Belonging: Women Making Native Space in Quebec's Urban Areas, *Historical Geography* 44: 89-101.
- Desbiens Caroline, Carole Lévesque et Ioana Comat. 2016. « Inventing New Places ». Urban Aboriginal Visibility and the Reconstruction of Civil Society in Quebec, *City and Society* 28(1) : 74-98. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ciso.12074/full>
- Dion J., J. Hains, A., Ross et D. Collin-Vézina. 2016. Pensionnats autochtones: impact intergénérationnel, *Enfances Familles Générations* (25).
- Graham Holly et Lynnette Leeseberg Stamler. 2010. Contemporary Perceptions of Health from an Indigenous (Plains Cree) Perspective. *Journal de la santé autochtone*, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), Janvier : 6-17.
- Greenwood M., S. de Leeuw, N. M. Lindsay et C. Reading. 2015. *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada. Beyond the Social*. Toronto : Canadian Scholars' Press.
- GRH Recherche/Évaluation. 2011. *Évaluation du projet FTAS Adaptation au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. Québec.
- Kelly Miranda D. 2011. Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations, *The International Indigenous Policy Journal* 2(1), 14 p.
- Kirmayer Laurence J., Joseph P. Gone et Joshua Moses. 2014. Rethinking Historical Trauma, *Transcultural Psychiatry* 51(3) : 299-319.
- Lainé Amélie et Mathieu-Joffre Lainé. 2011. La clinique Minowé : un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les autochtones de la Vallée-de-l'Or », in A. Maire et M. Fay (dir.), *Le bien-être et la santé autochtones*: 87-93. Les Cahiers du CIÉRA no.8, Université Laval, Québec.
- Lavoie Josée G. 2013. Policy Silences: Why Canada Needs a National First Nations, Inuit and Métis Health Policy. *International Journal of Circumpolar Health*, 72: 10.3402/ijch.v72i0.22690. En ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875351/>
- Lévesque Carole. 2015. Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone, *Revue Droits et Libertés* (numéro spécial Décolonisation et droits des peuples autochtones) 34 (2) : 16-19.
- Lévesque Carole. 2016a. *La présence autochtone dans les villes du Québec: actions, tendances et enjeux*. Cahier ODENA n° 2016-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) et Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.
- Lévesque Carole. 2016b. La Commission royale sur les peuples autochtones : les premiers pas d'une réconciliation annoncée, in *L'état du Québec 2017* : 159-164. Montréal : Institut du Nouveau-Monde et Del Busso.

- Lévesque Carole et Édith Cloutier. 2011. Une société civile autochtone au Québec, in C. Lévesque, N. Kermoal et D. Salée (dir.), *L'activisme autochtone : hier et aujourd'hui* : 16-19. Cahier DIALOG n° 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.
- Lévesque Carole et Édith Cloutier. 2013. Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles, in A. Beaulieu, S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord* : 281-296. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Lévesque Carole, Rolando Labrana, Édith Cloutier et Tanya Sirois. 2014. *Les Autochtones des villes au Québec : conditions socioéconomiques et dynamiques de mobilité*. Cahier ODENA n° 2014-03. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.
- Lévesque Carole, Édith Cloutier, Tanya Sirois, Rolando Labrana et Ioana Radu. 2015. Récit d'une relation fructueuse entre des leaders autochtones, des intervenants et des chercheurs engagés dans une démarche de coproduction des connaissances : la création, la mise en œuvre et les réalisations de l'Alliance de recherche ODENA, in S. Basile, K. Gentelet (sous la direction de) : *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, réciprocité, collaboration et culture*. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Lévesque Carole, Martin Gagnon, Caroline Desbiens, Philippe Apparicio, Édith Cloutier et Tanya Sirois. 2018a. *Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001-2016*. Cahier ODENA n° 2018-01. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.
- Lévesque Carole et Ioana Comat, avec la collaboration de Rolando Labrana, Jonathan Abitbol et Michael Deetjens. 2018b. *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec (Partie 2). Une enquête qualitative à Val-d'Or*. Cahier ODENA n° 2018-03. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.
- Lévesque Carole, Ioana Radu et Nathalie Tran. 2018c. *Organisation des services de santé au Canada et au Québec*. Revue de littérature déposée dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.
- Lévesque Carole, Édith Cloutier, Ioana Radu, Stéphane Laroche, Dominique Parent-Manseau et Natasha Blanchet-Cohen. 2019. *Taking action to improve Indigenous health in the cities of Québec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre*, in I. Vojnovic, A.L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil et A. Allen (eds) : *Handbook of Global Urban Health* : 347-362. New York & London: Routledge.
- Macdonald David et Daniel Wilson. 2013. Poverty or Prosperity. *Indigenous Children in Canada*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives and Save the Children Canada.
- Martin Thibault et Eric Diotte. 2010. Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain: l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones, in J. P. White et J. Bruhn (dir.), *Aboriginal Policy Research. Exploring the Urban Landscape*: 107-131. Ottawa: Institute On Governance / Institut sur la gouvernance.
- Menzies Peter. 2010. Intergenerational Trauma from a Mental Health Perspective, *Native Social Work Journal* 7: 63-85.
- Menzies Peter. 2013. Developing an Aboriginal Healing Model for Intergenerational Trauma, *International Journal of health Promotion and Education* 46 (2): 41-48.

- Mitchell Michael Kanentakeron. 2006. *The Haudenosaunee Code of Behaviour for Traditional Medicine Healers*. Report submitted to the National Aboriginal Health Organization.
- Nations Unies (UN). 2007. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Soixante et unième session, A/RES/61/295, l'Assemblée générale le 13 septembre 2007. <https://undocs.org/fr/A/RES/61/295>
- Newhouse David. 2008. Economic and Social Development Issues, in *Emerging Realities of Métis, Non-Status and Urban Aboriginal Populations: Building a New Policy Research Agenda*. Report on Colloquium, Carleton University, Ottawa.
- Newhouse David et Evelyn J. Peters. 2003. Introduction, in D. Newhouse et E. J. Peters (dir.). *Des gens d'ici : les Autochtones en milieu urbain* : 7-17. Ottawa: Projet de recherche sur les politiques. <http://publications.gc.ca...>,
- Norris Mary J. and Clatworthy Stewart. 2003. Aboriginal Mobility and Migration Within Urban Canada: Outcomes, Factors and Implications, in D. Newhouse and E. Peters (Eds.), *Not Strangers in These Parts: Urban Aboriginal People*: 50-78. Ottawa: Policy Research Initiative.
- Nursing Council of New Zealand (NCNZ). 2011. *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. Wellington, Nursing Council of New Zealand.
- Ouellette André et Édith Cloutier. 2010. *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 des 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.
- Peters Evelyn J. et Chris Andersen (dir.). 2013. *Indigenous in the City. Contemporary Identities and Cultural Innovation*. Vancouver : UBC Press.
- Ramsden Irihapeti. 2002. Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Wai-pounamu. Ph.D. Thesis (Nursing), University of Wellington, Victoria.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). 2012. *Mino Madji8in – Innovation et développement en économie sociale autochtone*. RCAAQ, Wendake.
- Rowan Margo, Nancy Poole, Beverly Shea, Joseph P. Gone, David Mykota, Marwa Farag, Carol Hopkins, Laura Hall, Christopher Mushquash et Colleen Dell. 2014. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 9(34). <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-34>.
- Spear Wayne K. 2014. Full Circle. *The Aboriginal healing Foundation & the unfinished work of hope, healing & reconciliation*. Aboriginal Healing Foundation, Ottawa.
- Statistique Canada. 2016. *Données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011*. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm#a6>
- UNICEF. 2009. *La santé des enfants autochtones : pour tous les enfants sans exception*. Comité canadien de l'UNICEF, Toronto.
- UNITED NATIONS (UN). 2013. *United Nations Special Rapporteur on the rights of indigenous peoples, James Anaya, Statement upon conclusion of the visit to Canada*. UN, Genève.
- Wepa Dianne 2005. *Cultural Safety in Aotearoa New Zealand*. Auckland: Pearson Education New Zealand.
- Yellow Horse Brave Heart Maria, Josephine Chase, Jennifer Elkins et Deborah B. Altschul. 2011. Historical Trauma Among Indigenous Peoples of the Americas: Concepts, Research, and Clinical Considerations, *Journal of Psychoactive Drugs* 43 (4): 282-290.





odena

ARUC-CURA

Les Autochtones et la ville au Québec :
identité, mobilité, qualité de vie et gouvernance



REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC