

Cahiers **DIALOG**

Cahier n° 2019-01. Recueil de textes

RÉPERTOIRE D'INITIATIVES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE MIEUX-ÊTRE

Sous la direction de Carole Lévesque et Marie-Ève Drouin-Gagné

Montréal 2019

Cahiers DIALOG

Cahier DIALOG n° 2019-01. Recueil de textes

Titre : Répertoire d'initiatives autochtones en matière de mieux-être

Auteurs : Carole Lévesque et Marie-Ève Drouin-Gagné (sous la direction de)

Éditeur : Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Institut national de la recherche scientifique (INRS)

Lieu de publication : Montréal

Date : 2019

Carole Lévesque

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

Marie-Ève Drouin-Gagné

Candidate au doctorat, sociologie et anthropologie, 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

Organismes subventionnaires

DIALOG – Le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones est subventionné par le Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQ-SC) et par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Université d'accueil du Réseau DIALOG



ISSN : 2291-4188 (imprimé)

ISSN : 2291-4196 (en ligne)

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada



Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones
Aboriginal Peoples Research and Knowledge Network
Red de investigación y de conocimientos relativos a los pueblos indígenas

Le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones — DIALOG — est un forum de partage et de rencontre entre le monde autochtone et le monde universitaire fondé sur la coconstruction, la mobilisation et la transmission des connaissances, et voué au développement de rapports sociaux justes, égalitaires et équitables entre les peuples. Regroupement stratégique interuniversitaire, interinstitutionnel, interdisciplinaire et international créé en 2001, DIALOG est ancré à l'Institut national de la recherche scientifique (une constituante de l'Université du Québec). Subventionné par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC) et par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), DIALOG réunit plus de 120 personnes et bénéficie de l'étroite collaboration de plusieurs partenaires universitaires et partenaires autochtones.

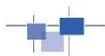
Les membres de DIALOG, qu'ils soient chercheuses/chercheurs, étudiantes/étudiants, intervenantes/intervenants, intellectuelles/intellectuels et leaders autochtones, proviennent d'horizons disciplinaires multiples, partagent des pratiques et des intérêts de recherche diversifiés et ont pour objectif commun l'avancement des connaissances scientifiques et autochtones pour une société plus juste et une reconnaissance à part entière des cultures, des droits, des valeurs et des visions du monde des Premiers Peuples. De par ses travaux de recherche qui allient questionnements scientifiques et défis sociétaux, par ses activités d'animation scientifique, ses programmes de soutien à la recherche participative et partenariale, à la formation et à l'édition, ses initiatives en matière de mobilisation des connaissances, ses mécanismes de diffusion et ses banques de données interactives, DIALOG contribue à la démocratisation des savoirs relatifs au monde autochtone à l'échelle nationale comme à l'échelle internationale. À l'heure de la société du savoir, DIALOG participe pleinement aux efforts de réconciliation avec les Peuples autochtones et au déploiement du vivre-ensemble. Le mandat de DIALOG comporte cinq volets :

- **CONTRIBUER 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, des savoirs, des pratiques, des perspectives et des approches des Autochtones en matière de recherche et de politiques publiques;
- **SOUTENIR LA FORMATION ET L'ENCADREMENT** des étudiantes/étudiants universitaires, et plus particulièrement des étudiantes/étudiants 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 compétences des actrices/acteurs 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

Présentation.....	1
Section 1 : Initiatives provenant du Québec.....	3
1.1 Chez Willie : un lieu de répit pour les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or.....	4
1.2 Clinique de santé Acokan : un pont entre le réseau local de services et la population autochtone du Haut-Saint-Maurice.....	9
1.3 Iskweu : accompagner les familles de femmes autochtones disparues ou assassinées.....	13
1.4 Kahnawake School Diabetes Prevention Project: la prévention du diabète de type 2 chez les enfants.....	16
1.5 Kijaté : logement communautaire pour familles autochtones à Val-d'Or.....	19
1.6 Maison communautaire Missinak : hébergement, répit et ressourcement en milieu autochtone urbain.....	22
1.7 Marche Motetan Mamo : solidarité avec la population autochtone urbaine aux prises avec des maladies chroniques.....	25
1.8 Programme de guérison sur le territoire ancestral de Chisasibi : guérir la souffrance individuelle et collective par le territoire.....	28
1.9 Serre communautaire de Kuujuaq, Nunavik : contrer l'insécurité alimentaire...	31
1.10 Unaaq, association des hommes inuit d'Inukjuak : répondre au suicide et à la détresse des jeunes par les savoirs et les pratiques culturelles des aînés sur le territoire.....	35
1.11 Ussenium/Mamuitun : thérapie communautaire intergénérationnelle et mixte en territoire ancestral de la communauté innue de Natushkuan.....	40
1.12 Wasueg : engager la communauté mi'gmaq de Listuguj dans un dialogue ouvert, sécurisant et non évasif sur la violence contre les femmes et les filles.....	43
1.13 Wigobisan : quand une communauté anishnabe se lève pour prendre soin de ses enfants.....	46
Section 2 : Initiatives provenant du Canada.....	50
2.1 Charles J. Andrew Youth Treatment Centre: traitement des dépendances pour les jeunes Innus.....	51
2.2 Doulas autochtones : accompagnement de la maternité impliquant un soutien émotionnel/culturel/spirituel et une transmission des connaissances.....	54
2.3 Elders Mentoring Program : accompagnement des femmes autochtones enceintes par des aînées cries.....	58

2.4	Kwunatsustal : programme de traitement des traumatismes liés à la dépendance.....	62
2.5	Mamisarvik. Centre de guérison pour le traitement des traumatismes et de la dépendance chez les Inuit.....	66
2.6	Wabano Centre for Aboriginal Health: un modèle de santé communautaire holistique.....	69
Section 3 : Initiatives provenant de l'international.....		74
3.1	Bahserikowi. Centre de médecine autochtone amazonienne.....	75
3.2	L'approche maorie de guérison centrée sur la famille (Whānau Ora) : une réponse à la violence familiale	78
3.3	Navigateurs de services Whānau Ora: accompagner les familles maories...	81
3.4	Saami Norwegian National Advisory Unit on Mental Health (SANKS).....	85



Présentation

Le présent Cahier est une production des étudiantes/étudiants du Réseau DIALOG réalisée lors de l'été 2018, à l'occasion de leur stage en recherche et mobilisation des connaissances. Il regroupe 23 initiatives mises en place par et pour les Peuples autochtones en matière de santé et de services sociaux.

Ces initiatives ont été documentées dans le cadre des travaux de recherche de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, mise sur pied par le gouvernement du Québec en décembre 2016. Le rapport final de la Commission a été déposé le 30 septembre 2019. L'équipe de recherche du Réseau DIALOG était en charge du volet Santé et Services sociaux.

La visée du présent exercice était de prendre acte des changements qui s'opèrent dans le monde autochtone afin de mettre en lumière les contributions de différents groupes, communautés ou instances à la transformation de leurs conditions de vie. Il s'agit de mieux comprendre et de documenter, de l'intérieur, les logiques d'action et les stratégies de développement en matière de santé et de services sociaux, dans une perspective qui reconnaît que les Peuples autochtones sont en mesure de mettre de l'avant des pistes de solution ou d'action pour répondre aux problématiques auxquelles ils sont confrontés.

Le choix et la caractérisation des initiatives incluses dans ce répertoire découlent de critères précis. Dans un premier temps, nous avons mis en évidence des initiatives qui ont été identifiées ou décrites lors des audiences de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (CERP). Cependant, pour qu'une initiative se retrouve dans notre répertoire, nous devons pouvoir trouver assez d'informations sur sa nature innovante, sur sa portée, sur sa gouvernance et sur ses retombées concrètes. Nous avons cherché à identifier des initiatives ayant émergé d'individus, d'organisations ou de communautés autochtones et dont la gouvernance impliquait également des personnes autochtones, selon une diversité de formules partenariales. De plus, nous souhaitons faire ressortir les impacts et les retombées de ces initiatives sur la population autochtone concernée.

En partant des audiences de la CERP, nous avons surtout couvert des initiatives provenant du Québec. Comme il importe de prendre en compte les solutions ayant émergé d'autres contextes et pouvant inspirer les politiques québécoises en matière de santé et de services sociaux, nous avons étendu l'aire géographique de la documentation pertinente au reste du Canada. Certaines de ces initiatives avaient été brièvement nommées comme des exemples à suivre lors des audiences (par exemple le Centre Mamisarvik ou le Centre Wabano à Ottawa). D'autres proviennent uniquement de la recherche documentaire, à l'instar des initiatives repérées à l'échelle internationale.

Pour chacune des initiatives retenues, et en tenant compte de l'information disponible, les dimensions suivantes ont été abordées: 1) le contexte de l'initiative, qui inclut les problématiques auxquelles elle répond; 2) une description de l'initiative, présentant brièvement sa nature et sa portée; 3) une présentation des particularités de l'initiative ou de son caractère innovant; 4) ses modalités de gouvernance et de financement, ainsi que certains des défis rencontrés; 5) les retombées concrètes de l'initiative.

LES STAGIAIRES DIALOG DE L'ÉTÉ 2018

MARIE-ÈVE DROUIN-GAGNÉ, candidate au doctorat, sociologie et anthropologie,
Université Concordia
Direction : Mark Watson

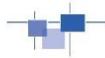
PRISCYLLA JOCA, candidate au doctorat, droit, Université de Montréal
Direction : Jean Leclair

MARIE-DOMINIK LANGLOIS, candidate au doctorat, sociologie et anthropologie,
Université d'Ottawa
Direction : Karine Vanthuyne

NICOLAS MARZARTE-FRICOT, candidat au doctorat, andragogie, Université de
Montréal
Direction : Marie Thériault

KIM MÉTHOT, candidate à la maîtrise, géographie, Université de Montréal
Direction : Thora Martina Herrmann

LISA VAN CAMPENHOUT, candidate à la maîtrise, sociologie, UQAM
Direction : Leila Celis



SECTION 1

INITIATIVES PROVENANT DU QUÉBEC

– INITIATIVE INSPIRANTE (QUÉBEC) –

1.1 Chez Willie : un lieu de répit pour les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or

Lisa Van Campenhout

Contexte

Le lieu de répit Chez Willie a vu le jour en décembre 2014 sous le patronage du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). La ville de Val-d'Or, située dans la province de Québec, fait face depuis plusieurs années à une population itinérante autochtone grandissante. À partir de 2008, une prise de conscience a été observée de la part des médias, de la population, des organismes autochtones et allochtones, des politiciens et politiciennes de la ville. C'est ainsi qu'en 2013, les actrices/acteurs du milieu communautaire de Val-d'Or se mobilisaient afin d'établir un premier dialogue visant à promouvoir et à améliorer les actions pour répondre à cette problématique.

Dès le début de l'année 2014, une nouvelle Table de concertation sera mise en place afin de soutenir pour la première fois et de manière convergente les actions en matière d'itinérance dans la ville de Val-d'Or, donnant lieu à la rédaction d'un plan stratégique de lutte contre l'itinérance (Municipalité de Val-d'Or, 2015). C'est à partir de ce moment que « l'amélioration de la concertation des partenaires et l'optimisation de la coordination des actions pour favoriser une intervention intégrée en itinérance deviennent alors les priorités des actrices/acteurs œuvrant auprès des populations en situation d'itinérance » (2015 : 27). Dans la ville, à l'exception des heures où les refuges accessibles la nuit (La Piaule/Le Dortoir) sont ouverts, il n'existait alors pas de lieu offrant aux personnes itinérantes (en grande majorité autochtones) un endroit sécuritaire pendant la journée. De plus, la présence de personnes itinérantes dans les rues se faisait de plus en plus visible; une situation qui engendrait de nombreuses insatisfactions au sein de la population valdorienne, un fort sentiment d'insécurité, des manifestations de violences, d'intolérance, de racisme et de rejet.

À l'hiver 2014, le Centre amitié autochtone de Val-d'Or prend l'initiative d'agir et réunit les acteurs et actrices actifs dans la lutte contre l'itinérance afin de mettre sur pied un site de répit expérimental de jour (considéré alors comme un projet pilote) avant l'arrivée de l'hiver. Le nom de l'initiative fait référence au défunt Willie Hester, un Cri de la région en situation d'itinérance, devenu une figure importante d'entraide et de solidarité aux yeux des personnes de la rue.

Description de l'initiative

Phase 1 : le projet pilote Chez Willie

Le 22 décembre 2014, le lieu de répit chez Willie ouvre ses portes aux personnes autochtones, mais aussi non autochtones afin de leur offrir un espace pour se réfugier en journée durant les mois d'hiver. Le but était de compléter le manque de services existant pour répondre aux besoins urgents de cette population vulnérable. Cependant, le site permet d'un côté à la population itinérante de se protéger du froid et, d'un autre côté, facilite le travail des intervenantes/intervenants qui éprouvaient des difficultés à rejoindre les personnes itinérantes autochtones. Le site est un lieu à haute tolérance, c'est-à-dire qu'il est ouvert aux personnes ayant un degré d'intoxication plus ou moins élevé.

Le site mettait à la disposition des usagères/usagers un espace pour se reposer et prendre une collation, ainsi qu'un accès à un téléphone, un service leur permettant de briser l'isolement

et le cercle vicieux de la rue en leur permettant de mettre en place des actions concrètes pour améliorer leur mieux-être (par exemple prendre un rendez-vous à l'hôpital et trouver quelqu'un pour l'y emmener). Un espace a également été réservé pour les femmes usagères pour qu'elles puissent se sentir en sécurité. De plus, les communautés cries de Eeyou Istchee de même que les communautés anicinapek de Lac-Simon et de Kitcisakik ont fait des dons ponctuels de nourriture ou bien de vêtements chauds d'hiver pour les usagères/usagers.

Les équipes de travail étaient composées d'intervenantes/intervenants, ainsi que des accueillants et accueillantes, autochtones ou non autochtones, mis à disposition par des organismes partenaires. De ce fait, les expertises et les méthodes d'intervention au sein du lieu étaient variées et permettaient un accompagnement plus personnalisé. Des règles de fonctionnement ont été mises en place afin de faciliter la fréquentation du site et d'assurer la stabilité du lieu. Le non-respect de ces conditions pouvait engendrer l'éviction du site. Le projet pilote a duré plus de trois mois et a pris fin le 10 avril 2015. Cette solution d'urgence a apporté des changements plus profonds dans la condition itinérante à Val-d'Or après seulement quelques semaines de fonctionnement et, rapidement, la nécessité de prolonger l'initiative est apparue.

Phase 2 : Chez Willie/ Nigan

Selon les actrices/acteurs qui luttent contre l'itinérance à Val-d'Or, le projet pilote du site de répit Chez Willie a été un succès pour améliorer la vie des personnes autochtones en situation itinérante, ainsi que pour réduire le climat d'insécurité dans la ville. C'est pourquoi l'initiative a été reconduite à l'automne 2015. De nouvelles mesures ont alors été mises en place pour combler les lacunes identifiées durant la première version du projet. Les citoyennes/citoyens de Val-d'Or n'étant pas à l'aise avec l'emplacement du site, Chez Willie déménagera dans une petite maison achetée par le CAAVD. Cette maison à l'écart de l'artère principale permet de mettre ainsi de la distance entre elles et les commerces avoisinants. Elle fut inaugurée le 1^{er} mars 2016.

La seconde vie de Chez Willie/Nigan s'est traduite par un renforcement des procédures d'accompagnement et le développement de mesures de soutien psychosocial. Le CAAVD a ainsi densifié et diversifié l'offre de services. Les services offerts concernent à présent l'alimentation, le logement, l'administration, les démarches juridiques et le domaine de la santé. L'espace du site est divisé en deux volets : l'espace mixte (Willie) et l'espace exclusivement pour les femmes (Nigan) qui se trouvent sur deux étages distincts. Le site a connu une reconnaissance grandissante, aussi bien au sein de la ville de Val-d'Or qu'à l'extérieur, dans les communautés autochtones avoisinantes. Contrairement à la phase expérimentale qui devait s'adapter au jour le jour aux besoins des usagères/usagers, cette deuxième phase tend à offrir une plus large gamme de services.

Une formule inspirante

Chez Willy/Nigan est une formule inspirante, car elle offre des services et des interventions respectant les trajectoires des différentes personnes qui se retrouvent au site. La mixité de l'équipe de travail qui est constituée d'accueillantes/accueillants et d'intervenantes/intervenants autochtones et allochtones permet d'établir un lien de confiance et une meilleure communication avec les personnes usagères, notamment lorsqu'elles parlent la même langue. Cela facilite également la compréhension individuelle et collective de leur vécu en tant que personnes autochtones. De ce fait, l'initiative propose une réponse culturellement pertinente et signifiante à la détresse des hommes et des femmes autochtones qui bénéficient des services. Le site chez Willie « [...] est un espace de sociabilité et de sécurisation culturelle incontournable dans la lutte à l'itinérance à Val-d'Or grâce à son

expertise et les connaissances des réalités autochtones développées par le CAAVD, son personnel et les partenaires » (Lévesque *et al.*, 2018 : 29). De plus, les services du site de répit orchestrés par le CAAVD permettent la connexion avec les autres services offerts (psychosocial, dépendance, santé et justice, ainsi que d'autres services culturellement pertinents).

Le site a maintenu sa politique de porte ouverte avec un haut degré de tolérance, ce qui veut dire que le degré d'acceptation des personnes à l'intérieur est très élevé. Elles peuvent se présenter en étant intoxiquées, elles seront acceptées du moment qu'elles respectent les règles du vivre-ensemble. Ainsi, des personnes qui n'auraient peut-être pas été acceptées dans certains lieux de réinsertion le sont ici et peuvent bénéficier d'un accompagnement.

Un autre aspect inspirant est la division de l'espace avec un étage mixte et un étage réservé aux femmes auquel elles peuvent accéder discrètement. Cette séparation permet aux femmes ayant été victimes de violence d'avoir recours à un espace protégé et sécurisant. Cela permet également de respecter le fait qu'elles veulent cacher leur vulnérabilité pour ne pas devenir une cible de violence ou de proxénétisme. Elles peuvent ainsi avoir un accès à un accompagnement confidentiel et personnalisé.

Gouvernance, financement et défis

Le projet pilote a été initié par le CAAVD avec la collaboration de nombreux partenaires, tels que le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre Normand, la communauté anicinape de Kitcisakik, la communauté anicinape de Lac-Simon, La Piaule, l'Unité Domrémy et la Ville de Val-d'Or. Chaque organisme s'est engagé à fournir à tour de rôle un ou une intervenante pour un jour par semaine. Le roulement a été coordonné par le CAAVD.

La deuxième phase du site d'accueil a été possible à l'automne 2015 grâce à l'investissement financier du CAAVD, des communautés anicinapek et crie de la région, ainsi que d'une partie du fonds d'urgence attribué par le gouvernement québécois au CAAVD pour répondre au besoin des femmes autochtones (pour certaines itinérantes) qui ont porté des allégations d'abus sexuels contre des membres de la Sûreté du Québec. Néanmoins, le fonds d'urgence fut épuisé et le CAAVD a dû se mobiliser pour trouver d'autres sources de financement obtenues auprès du Secrétariat aux Affaires autochtones et du Gouvernement du Québec. Bien que ces fonds permettent aux activités de se poursuivre, ce ne sont que des solutions de financement à court terme. Ainsi, l'objectif du CAAVD est de trouver un financement récurrent, stable et adéquat pour pouvoir maintenir les activités du centre de jour. À présent, c'est le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or qui prend en charge l'intégralité des modalités de fonctionnement du projet, notamment le déploiement du personnel.

Le succès de chez Willie/Nigan a donné lieu, à la fin de 2018, à de nouvelles problématiques. En effet, compte tenu des politiques d'accueil tolérantes et du fait qu'il n'existe aucun autre endroit dans le centre-ville pouvant accueillir les personnes en situation d'itinérance pendant le jour, le site a connu une augmentation de la présence d'usagers masculins non autochtones. Au départ, la présence de personnes non autochtones était perçue comme une conséquence positive du site et envisagée comme une occasion de rapprochement entre Autochtones et non-Autochtones. Néanmoins, la fréquentation n'a pas cessé d'augmenter ayant pour conséquence que le site commença à être déserté par les personnes autochtones sous prétexte qu'elles ne se retrouvent plus entre elles et que le climat général a changé.

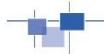
Ensuite, les personnes autochtones itinérantes font face à une forte judiciarisation dans la rue et les relations avec les forces de l'ordre sont souvent conflictuelles. C'est ainsi que Chez Willie/Nigan en est venu à élaborer un protocole d'entente avec les services policiers de la ville (Sûreté du Québec-SQ) afin que le site demeure un lieu sécurisant pour ses usagères/usagers. En effet, lors des premiers mois de fonctionnement du site, la présence physique de représentantes/représentants de la SQ à l'intérieur des murs pouvait mettre grandement mal à l'aise les personnes itinérantes, ce qui allait à l'encontre de la visée du lieu en tant qu'espace de récupération psychologique et physique. Le personnel de Chez Willie/Nigan et la SQ devaient trouver un moyen de collaborer afin d'assurer la pérennité du lieu. Ainsi un travail de négociation a été rendu nécessaire et s'est traduit par l'élaboration d'un protocole d'entente entre les organismes. En conséquence, les membres des forces policières doivent désormais respecter un court moment d'attente à l'extérieur du bâtiment lorsqu'ils accompagnent une personne afin qu'elle rejoigne le site. Ce délai permet au personnel d'entrer en contact avec la personne concernée afin d'évaluer préalablement son état et de déterminer s'il est possible de l'accueillir.

Retombées

- Les personnes itinérantes disposent d'un espace qui les accueille pendant la journée. Cela a pour conséquence qu'elles/ils consomment moins durant le jour, permettant une amélioration de l'état de santé de plusieurs d'entre elles/eux. Les entrées en urgence à l'hôpital pour des causes d'intoxication à l'alcool ou pour des engelures ont diminué.
- Les citoyennes/citoyens de Val-d'Or se sentent plus en sécurité, car il y a moins de personnes itinérantes dans les rues. De la même manière, le fait que les personnes itinérantes autochtones ne soient plus extrêmement visibles dans les rues a eu pour conséquence une baisse des interventions policières.
- La mixité de l'équipe de travail comptant à la fois des professionnelles/professionnels et des actrices/acteurs du milieu autochtone a permis une plus grande écoute.
- Le site répond désormais, grâce à l'espace Nigan, aux besoins particuliers des femmes en situation de précarité et d'itinérance. Cette formule a permis d'augmenter la sécurité des femmes et de faciliter les relations avec les intervenantes/intervenants. De plus, du fait que les femmes itinérantes fréquentent moins la rue, on a observé une baisse de l'exploitation sexuelle.
- Le site est un repère sociospatial pour les membres des communautés avoisinant la ville de Val-d'Or, leur permettant d'entrer en contact avec des proches ayant quitté la communauté. Il a permis également de briser l'isolement des personnes itinérantes.
- Le lieu permet de centraliser une majorité de la population itinérante et facilite ainsi le travail des intervenantes/intervenants.
- Une approche d'action transversale et globale contribue à améliorer la réponse offerte par le personnel.
- Le rapprochement quotidien entre intervenantes/intervenants, usagères/usagers a amélioré la qualité des réponses offertes et a facilité les démarches de réinsertion. Des personnes se sont d'elles-mêmes engagés dans des démarches de réinsertion.

Bibliographie

- Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). 2008. Le phénomène de l'itinérance au Québec : Val-d'Or et les Premières Nations. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, Val-d'Or, 23p.
- Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). 2015. Lieu de répit pour personnes en situation d'itinérance. Rapport d'activités et résultats du projet pilote. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Val-d'Or.
- Cloutier Édith. 2017. Audience du 08 juin 2017. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Val-d'Or. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Transcriptions/Notes_stenographiques_-_CERP_8_juin.pdf.
- Lévesque Carole, Ioana Comat, avec la collaboration de Rolando Labrana, Jonathan Abitbol et Michael Deetjens, Catherine Couturier et Nathalie Tran. 2018. *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec. Partie 2 : Une enquête qualitative à Val-d'Or*. Cahier ODENA no 2018-02. 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.
- Municipalité de Val-d'Or. 2015. *Plan stratégique de lutte à l'itinérance 2015-2018*. Val-d'Or.



1.2 Clinique de santé Acokan : un pont entre le réseau local de services et la population autochtone du Haut-Saint-Maurice

Priscylla Joca

Contexte

La Clinique de santé Acokan a été mise sur pied en 2015 par le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT) avec le concours du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), pour répondre aux besoins en santé de la population autochtone majoritairement atikamekw de La Tuque et de la zone d'influence territoriale du CAALT. Acokan a recours à des approches de santé holistique et communautaire.

Entre 1996 et 2006, la population autochtone de la ville de La Tuque a presque doublé : cette population se chiffrait à 345 en 1996 alors qu'elle atteint 655 personnes en 2006. En 2016, 800 personnes s'identifiaient comme personnes autochtones à La Tuque. De même, la proportion de la population autochtone par rapport à la population totale de la ville a augmenté de 2,9 % en 1996, à 5,6 % en 2006 et à 11,8 % en 2016 (Statistique Canada, 2018). Bien que les centres intégrés de santé et de services (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) reçoivent du financement sur la base de la population se trouvant sur le territoire qu'ils desservent, ce qui inclut la population autochtone, leurs services ne prennent pas nécessairement en compte les particularités historiques, culturelles et économiques des personnes autochtones, ce qui rend l'accès aux services plus difficile pour ces dernières.

En 2006, lors du Forum socioéconomique des Premières Nations, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec se sont engagés dans une démarche de transfert de savoirs et d'expertises entre les centres locaux de services et les centres d'amitié autochtones, afin d'identifier les sphères de compatibilité et les possibles partenariats à établir pour la prestation de services aux membres des Premières Nations en milieu urbain (Forum Socioéconomique des Premières Nations, 2006).

En 2011, le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada accordait une aide financière au RCAAQ afin de permettre le développement d'un nouveau modèle de prestation de services à la population autochtone urbaine. Une des premières initiatives à cet égard a pris place à Val-d'Or avec la création de la Clinique Minowé en 2011. C'est dans la foulée de cette initiative que la Clinique Acokan a vu le jour en 2015.

Acokan signifie « pont » en langue atikamekw, ce qui est par ailleurs une excellente description du projet inspiré de la Clinique Minowé. Ces cliniques ont vu le jour pour combler le décalage existant dans les soins en matière de santé et de services sociaux offerts à la population autochtone, en comparaison avec la population non autochtone. L'objectif est aussi d'améliorer « l'accessibilité à des services de proximité culturellement pertinents en santé et services sociaux pour les autochtones dans les villes » (Tanya Sirois cité dans Tremblay, 2015). Les deux cliniques sont aussi pensées de façon à ce qu'elles soient en phase avec le réseau provincial en santé et services sociaux.

Description

La Clinique Acokan (se prononce *a-jou-gane*), mise sur pied en 2015, constitue le pont de services entre le réseau local et la population autochtone du Haut-Saint-Maurice. Son objectif est d'améliorer la santé de la population autochtone en lui facilitant l'accès aux soins de santé et aux services sociaux (CAALT, 2018). Pour ce faire, la clinique promeut la sécurisation culturelle dans les soins offerts par le Centre de santé et services sociaux du Haut-Saint-Maurice (CSSHSM). L'idée n'est pas de remplacer les services publics déjà offerts à la population autochtone et non autochtone de la région, mais d'améliorer les services offerts, en rendant les ressources accessibles dans un environnement culturellement sécurisant, et en développant différentes approches chez tous les intervenantes/intervenants impliqués dans les services. Par conséquent, des services spécifiques sont offerts par la Clinique, alors que d'autres continuent d'être prodigués par le CSSHSM, avec l'appui de la Clinique Acokan (Tremblay, 2015). La Clinique Acokan est donc complètement intégrée au réseau local de soins de santé et de services sociaux.

Les services offerts à Acokan sont complémentaires à ceux prodigués par le CSSHSM et la priorité est de faciliter l'accès aux services existants tout en transformant l'approche de ces services : « on prétend [...] améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et par conséquent la santé de la population autochtone. La Clinique offre plusieurs types de services : 1) l'accueil, l'évaluation et l'orientation; 2) le suivi pour les maladies chroniques; 3) les soins de routine; 4) un programme de santé public; 5) la liaison avec les services de soins à domicile, le groupe de médecine familiale, les salles d'opération, les programmes de lutte contre le cancer ». Acokan emploie une infirmière qui a un rôle essentiel d'interface avec le CSSHSM (CAALT, 2017).

La Clinique Acokan est issue d'un partenariat innovant visant l'amélioration de la santé et la qualité de vie, qui intègre la compréhension de l'importance du rôle des personnes comme actrices principales de leur propre santé (Rioux, 2017). Ancrée dans des valeurs de respect, d'ouverture à l'autre, d'empathie, d'altérité et de diversité, la Clinique constitue un modèle positif et réussi de sécurisation culturelle en santé et en services sociaux. La Clinique assure la complémentarité des services et l'intervention précoce avec la population autochtone. Son fonctionnement repose sur une vision holistique de la santé qui inclut toutes les sphères de la personne (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) suivant les savoirs et pratiques autochtones. « Ce partenariat innovateur permet au CSSHSM de remplir ses obligations de nature populationnelle en offrant des services qui sont respectueux de la réalité locale et prennent en compte la culture et les valeurs autochtones dans ce contexte local. Cette approche reconnaît aussi que chaque citoyen autochtone a le contrôle sur sa santé » (FNQLHSSC, 2015).

Gouvernance, financement, défis

Le projet relève d'un partenariat entre le CAALT et le CSSHSM. Le CAALT explique que « la conception, l'élaboration, la planification ainsi que toutes les étapes de la mise en œuvre ont été effectuées conjointement. De même, chacun des acteurs assume des responsabilités et des frais afin de garantir un bon fonctionnement de la clinique » (CAALT, 2018). Les partenaires ont formé deux comités : le comité opérationnel et le comité stratégique. Le premier est composé du coordonnateur de la Clinique, de l'infirmière, d'un partenaire client et du coordonnateur du CSSHSM. La responsabilité du comité opérationnel est de gérer les opérations quotidiennes. Le comité stratégique est composé de la directrice du CAALT, du coordonnateur de la Clinique Acokan, du directeur ou d'un représentant du CSSHSM, du coordonnateur du Réseau local de services et du coordonnateur du CSSHSM. Ce comité est

responsable de prendre les décisions stratégiques, de formuler les orientations fondamentales et de soutenir le comité opérationnel (CAALT, 2017).

Le financement sectoriel pour la mise sur pied d'Acokan provient du RCAAQ grâce à un financement global du Fonds d'intégration des services de santé. Le maintien et fonctionnement de la Clinique relève de manière conjointe du CAALT et du CSSSHSM qui ont des responsabilités différentes mais complémentaires quant aux ressources humaines, matérielles et informatiques. Par exemple, alors que le CSSSHSM est responsable du salaire de l'infirmière de la clinique, le CAALT est responsable du salaire du coordonnateur de la clinique (CAALT, 2017).

Les défis principaux relèvent des ressources, des opérations quotidiennes et de la bureaucratie du système québécois de santé. Par exemple, pendant les audiences de la Commission Viens, l'infirmière de la Clinique soulignait l'importance de travailler en collaboration avec un médecin. Elle mentionnait également la nécessité pour la Clinique d'avoir son propre service de transport afin d'améliorer la prestation des services. Elle signalait en outre l'utilité qu'aurait un plan d'action concret, efficace et culturellement sécurisant pour favoriser le déploiement de la Clinique (Rioux, 2017).

Retombées

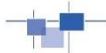
- En tant que première application du modèle développé par la Clinique Minowé, Acokan démontre la possibilité d'appliquer et de reproduire ce modèle dans d'autres contextes.
- La Clinique Acokan améliore l'accès aux soins de santé et aux services sociaux tout en assurant que les services soient culturellement pertinents et sécurisants.
- Acokan met l'emphase sur la conscience et les opportunités d'apprentissage quant à la sécurisation culturelle et aux compétences culturelles.
- Un sondage de satisfaction auprès des utilisateurs des services de la clinique indique des résultats positifs (Rioux, 2017).

Commission Viens

Le 26 octobre 2017, la Clinique Acokan et la Clinique Minowé ont été présentées à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec, comme des exemples d'initiatives de sécurisation culturelle en santé et services sociaux. Ces initiatives étaient présentées par Jacinthe Poulin (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec), Édith Cloutier (Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or), Nancy Rioux (Clinique Acokan du CAA de La Tuque), et Jacques Boissonneault (ancien directeur général CISSSAT). Rioux avait alors souligné que « la Clinique Acokan, ce n'est pas nécessairement un besoin, mais c'est une nécessité » (Rioux, 2017).

Bibliographie

- Bergeron, O., Richer, F., Duguay, I. et Institut national de santé publique du Québec. (2018). La violence vécue en milieu autochtone. Dans J. Laforest, P. Maurice & L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or-CAAVD. (2017). *Minowe 2.0*. Document déposé à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec le 27 octobre 2017
- Centre d'amitié autochtone La Tuque-CAALT. (2017). *Documents de référence portant sur la clinique Acokan*. Document déposé à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec le 27 octobre 2017
- Centre d'amitié autochtone La Tuque-CAALT (2018). *Clinique Acokan*. Repéré à <http://www.caalt.qc.ca/projets-speciaux/clinique-acokan/>
- First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission (FNQLHSSC) et Lacasse, P. K. (dir.). (2015). *Commitment, Participation, Progress. Compendium of Projects. Health Services Integration Fund (HISF)*.: FNQLHSSC.
- Forum Socioéconomique des Premières Nations. (2006). *Rapport final du forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant...pour le futur*. Repéré à https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/forum-francais.pdf
- Poulin, J. (2017). *Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics*. Val-d'Or, 26 octobre 2017.
- Rioux, N. (2017). *Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics*, Val-d'Or, 26 octobre 2017.
- Statistique Canada (2018). *Données du recensement de 2016*. Gouvernement du Canada.
- Tremblay, A. (2015). La clinique Acokan ouvre ses portes. *le Nouvelliste*. Repéré à <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/sante/la-clinique-acokan-ouvre-ses-portes-ec5c47458012e45ca2b9deef463bea6e>



– INITIATIVE INSPIRANTE (QUÉBEC) –

1.3 Iskweu : accompagner les familles de femmes autochtones disparues ou assassinées

Lisa Van Campenhout

Contexte

Le Projet Iskweu a été lancé en 2015 par le Foyer pour femmes autochtones de Montréal/Native Women Shelter (NWS), pour les familles et les proches des femmes autochtones disparues ou assassinées. Il recoupe les thématiques sociales de la protection et de la sécurité des individus.

Au cours des dernières décennies, de nombreuses organisations et personnalités publiques autochtones et allochtones se sont mobilisées pour faire reconnaître la tragédie des femmes autochtones disparues et assassinées au Canada. En avril 2014, la Gendarmerie royale du Canada affirmait avoir identifié 1181 cas de femmes autochtones assassinées ou disparues depuis 1980 (Gendarmerie Royale du Canada, 2014); ces chiffres n'ont fait qu'augmenter depuis le dernier rapport. Ce phénomène pancanadien concerne également le Québec, qui n'est pas exempt de disparitions des femmes autochtones et de violences à leur égard (CKUT, 2018).

Le projet Iskweu repose sur le constat suivant : lorsqu'une femme autochtone disparaît au Québec, la police n'agit pas et ne mène pas d'enquête de la même manière que pour une femme blanche (CERP, 2018). En outre, les personnes autochtones n'ont pas confiance en la police et ne se tournent donc pas vers elle dans le cas de disparition ou pour demander de l'aide lorsqu'elles sont victimes de violence . De plus, la police ne réagit pas assez rapidement face au cas de disparition selon Nakuset (CBC News, 2017b). De ce constat est né la nécessité de pouvoir compter au sein du FFAM sur une personne-ressource à qui les membres des familles ou de proches de ces femmes feraient confiance et qui pourrait faire le lien entre les familles et la police (CERP, 2018).

Description

Le projet Iskweu (qui signifie « femme » en langue crie) a pour but de réduire le nombre de femmes et de filles (incluant les personnes trans et two-spirit) autochtones disparues et assassinées au Québec, et ultimement de contribuer à éradiquer ce phénomène. Le projet a débuté en mai 2017 (NWS, 2018; Normandin, 2017) avec l'objectif d'apporter du soutien émotionnel aux femmes et aux filles dans leurs relations avec la police. Il vise également à s'assurer que les institutions apportent une réponse adéquate aux disparitions, répondant ainsi directement au besoin d'assistance exprimé par les familles et les proches dans le cas des femmes, des filles, des trans et des two-spirit disparues (NWS, 2018).

La première étape a été de recruter la personne-ressource qui porterait le projet. C'est ainsi que Jessica Quijano a été engagée comme coordonnatrice pour faire le pont entre les familles et les proches des femmes et des filles et la police (CBC News, 2017b; Normandin, 2017). Son approche se concentre sur la prévention et l'intervention (CKUT, 2018). Elle a pour rôle de s'assurer que la police remplit un rapport et mène une enquête adéquate, tout en adoptant les meilleures pratiques en réponse à la crise. De plus, elle assiste et apporte un soutien aux familles et aux amis et amies lorsqu'une de leurs proches disparaît. Elle met en œuvre des stratégies de prévention dans un modèle de réduction des risques avec la communauté

autochtone et les partenaires de la communauté. Une trousse de bienvenue pour les Autochtones qui arrivent à Montréal a également été conçue et est distribuée à la Gare d'autocars de Montréal (Deer, 2018). Cette initiative a pour but d'éviter que ces personnes deviennent itinérantes et de favoriser leur transition en ville en les informant sur les ressources disponibles (Deer, 2018).

Ce projet unique au Québec et au Canada semble être un modèle inspirant pour enrayer directement le phénomène des disparitions des femmes autochtones. En plus d'apporter une aide directe pour retrouver les disparues, le programme permet d'établir un lien entre la police et les familles autochtones, s'assurant ainsi qu'il n'y ait pas un processus discriminatoire à leur endroit. De plus, grâce à cette initiative, les familles des disparues reçoivent un soutien émotif et sont accompagnées dans les démarches pour retrouver leur être cher. Le projet Iskweu permet d'établir des ponts entre les communautés autochtones et les forces de l'ordre.

Gouvernance, financement, défis

Le Foyer de femmes autochtones de Montréal et Femmes autochtones du Québec sont entrés en contact avec les Services de Police de la Ville de Montréal (SPVM) pour leur présenter le projet (CERP, 2018). Ces derniers ont manifesté un grand intérêt à l'égard du projet Iskweu et ont signé, en juin 2015, un accord afin de le mettre en œuvre. Par contre, le SPVM ne souhaitait pas alors s'engager financièrement. Finalement, après deux années de démarches, le projet a trouvé du financement auprès de la Ville de Montréal (31 150 \$) et du gouvernement du Canada (143 000 \$). Nakuset, directrice du Foyer pour femmes autochtones de Montréal, a expliqué lors d'une interview pour CBC News qu'il s'agit du premier projet au Canada combinant un financement à la fois fédéral et municipal (CBC News, 2017b).

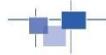
Iskweu est donc unique pour l'instant, car il est le seul projet au Canada ayant permis une entente avec un corps de police, le gouvernement fédéral, l'administration municipale et la communauté autochtone. De plus, le projet ne se limite pas à Montréal : d'autres corps policiers sont appelés à s'impliquer, par exemple la Sûreté du Québec (Normandin, 2017). Cependant, Jessica Quijano a mentionné à la Commission Viens en 2018 que les policiers ne coopèrent pas toujours même s'ils ont un accord préétabli. De plus, elle a remarqué des discriminations et du racisme de la part de certains policiers et membres du personnel de justice à l'égard des femmes autochtones à Montréal (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018).

Retombées

- Six mois après le début du projet, Jessica Quijano a recensé quatorze cas de disparition de femmes autochtones à Montréal (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2018). Douze d'entre elles ont été retrouvées saines et sauvées et deux sont décédées (Normandin, 2017).
- Ce projet unique pourra servir de modèle pour d'autres villes à travers le Canada afin d'assurer une meilleure sécurité aux femmes autochtones et enrayer le phénomène de disparition (CBC News, 2017).

Bibliographie

- CBC News. (2017). *Montreal project provides support to families of missing and murdered Indigenous women*. Toronto: CBC News. Repéré à <http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/iskweu-project-montreal-native-womens-shelter-1.4415605>.
- CKUT. (2018). *Native women Shelter*. Montréal : CKUT Repéré à <https://soundcloud.com/lacentrale-galerie/entrevue-ckut-native-women-shelter-8-fevrier-2018>.
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics - CERP. (2018). *Enregistrement vidéo du 2018-02-21* : Gouvernement du Québec.
- Deer, J. (2018). *Women's shelter offers info kits to Indigenous people arriving at Montreal bus station*. Toronto: CBC News. Repéré à <https://www.cbc.ca/news/indigenous/women-s-shelter-offers-info-kits-to-indigenous-people-arriving-at-montreal-bus-station-1.4732478?cmp=rss>.
- Gendarmerie Royale du Canada - GRC. (2014). *Les femmes autochtones disparues ou assassinées : Un aperçu opérationnel national*. Gouvernement du Canada, Repéré à <http://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/les-femmes-autochtones-disparues-et-assassinees-un-apercu-operationnel-national>.
- Native Women's Shelter of Montreal - NWSM. (2018). *Iskweu Project*. Repéré le 10-10-2018 à <http://www.nwsm.info/iskweu-project/>.
- Normandin, P.-A. (2017). Montréal financera un programme pour mettre fin aux disparitions de femmes autochtones. *La Presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/grand-montreal/201711/22/01-5144408-montreal-financera-un-programme-pour-mettre-fin-aux-disparitions-de-femmes-autochtones.php>.



1.4 Kahnawake School Diabetes Prevention Project : la prévention du diabète de type 2 chez les enfants

Nicolas Marzarte-Fricot

Contexte

Le projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake a vu le jour grâce à une collaboration entre la communauté Kanien'kehà :ka (Mohawk) de Kahnawake, l'Université de Montréal et l'Université McGill en 1994. S'adressant aux enfants de Kahnawake âgés de 6 à 12 ans, c'est un exemple de santé communautaire pour contrer le diabète dès un jeune âge.

Aujourd'hui, la prévalence du diabète chez les Autochtones demeure entre 2 et 5 fois plus importante que chez les allochtones. De nombreuses communautés autochtones ont mis sur pied des initiatives pour faire face à ce problème. Au début des années 1980, la D^{re} Macaulay et le D^r Moutour, tous deux praticiens à Kahnawake, entreprirent une recherche documentant la prévalence du diabète de type 2 dans la population des 45-64 ans de Kahnawake. L'étude révéla que le nombre d'adultes ayant un diabète de type 2 était deux fois supérieur à la normale. Cette prévalence du diabète de type 2 s'accompagnait de risques cardiovasculaires et rénaux. Suite à cette recherche et aux présentations qui suivirent, des membres clés de la communauté demandèrent une intervention. Puisque la recherche mettait aussi en lumière l'augmentation de l'obésité chez les enfants d'âge scolaire, elle engendra une prise de conscience des autorités de Kahnawake dans l'intérêt de la population actuelle et future de la communauté. Alors que les D^{rs} Macaulay et Montour s'orientaient vers un programme destiné aux adultes pour tenter de résorber la prévalence du diabète de type 2, les sages de Kahnawake leur demandèrent de concentrer leurs efforts sur la prévention du diabète auprès des plus jeunes (Macaulay *et al.*, 2006).

Description

Après sept ans de discussion et de demandes de financement, le Kahnawake School Diabetes Prevention Project (KSDPP), un programme de prévention du diabète de type 2 auprès des jeunes, d'une durée initiale de 3 ans, fut lancé en 1994. Ce projet avait deux objectifs : à long terme, la réduction de l'occurrence du diabète de type 2 ; à court terme, la réduction de la prévalence de l'obésité, des régimes riches en calories et en graisses et de l'inactivité physique chez les enfants de Kahnawake âgés de 6 à 12 ans. Le projet incluait entre autres un programme éducatif en santé, la mise en place d'un parcours santé et d'activités communautaires favorisant l'adoption de réflexes santé (Macaulay *et al.*, 1997).

L'intervention a eu lieu non seulement dans les écoles, mais au sein de la communauté dans son ensemble, traduisant ainsi la vision de la communauté pour un Kahanawake où le diabète est enrayeré et que tous les enfants et adultes mangent sainement et sont en santé (Community Advisory Board, 1995). L'initiative s'inscrivait également dans le principe autochtone des sept générations futures, qui fait référence à l'obligation des membres actuels de la communauté de considérer le futur de celle-ci. C'est donc toute la communauté de Kahnawake qui s'est appropriée ce projet en s'impliquant dans le processus de pilotage. Ainsi, les multiples interventions dans les écoles se sont accompagnées d'initiatives ayant pour but de favoriser l'acquisition de réflexes de vie saine, tels que la « marche pour Sadie » pour la prévention du diabète de type 2, qui en est à sa 22^e édition (Kahnawake Youth Center, 2018).

Le KSDPP a aussi donné naissance au Centre KSDPP pour la recherche et la formation en prévention du diabète. Ce centre offre des bourses de recherche aux étudiants chercheurs désireux d'effectuer une recherche dans le domaine de la prévention du diabète de type 2. Ce centre est une passerelle entre la communauté et le milieu de la recherche; présentement, des chercheuses/chercheurs de trois universités canadiennes y sont impliqués. (Nowgesic, 2003) Aujourd'hui, l'héritage du KSDPP, c'est plus d'une cinquantaine d'articles scientifiques en recherches participatives publiés depuis le lancement du projet (CIET, 2018).

Une vision communautaire de la recherche

Le projet est un exemple de collaboration entre des chercheurs universitaires, des médecins, et la communauté de Kahnawake. Il respecte la vision de la communauté pour une santé de la communauté à long terme, suivant le principe des sept générations futures. Ce faisant, c'est un projet qui vise la prévention dès le primaire plutôt que l'intervention chez les adultes, reconnaissant ainsi l'importance d'acquérir de saines habitudes de vie pour éviter de développer le diabète de type 2.

C'est aussi un bon exemple de contrôle de la recherche par la communauté : il a permis le développement d'un protocole éthique de recherche en milieu autochtone qui combine importance scientifique, importance culturelle et respect de la communauté. Le projet est aussi à l'origine de la mise en place d'un comité consultatif communautaire qui assure un respect des règles éthiques ainsi que des retours des recherches et des retombées pour la communauté.

Gouvernance, financement, défis

Les aînés de Kahnawake furent à l'origine du changement d'orientation de l'intervention en demandant que le programme soit centré sur la jeunesse. L'objectif des médecins évolua donc vers un plan d'intervention axé sur la prévention auprès des jeunes. Le KSDPP, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux, est un partenariat entre la communauté de Kahnawake et les Universités de Montréal et de McGill. Aujourd'hui, le KSDPP fonctionne avec un comité consultatif communautaire composé de 20-22 bénévoles de différents secteurs de la communauté de Kahnawake, afin de s'assurer que la communauté est représentée dans le fonctionnement du projet. Le comité se rencontre chaque mois pour voir au bon fonctionnement du projet, influencer les prises de décision, offrir de la rétroaction et s'assurer que les besoins de la communauté sont pris en considération (KSDPP, 2018).

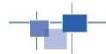
Retombées

- Sur une période initiale de 3 ans, un total de 63 interventions furent menées dans la communauté pour promouvoir l'adoption de réflexes santé (Macaulay *et al.*, 1997).
- Entre 1994 et 1998, les chercheurs ont noté une diminution de la fréquence de consommation de nourriture riche en gras.
- La prévalence du diabète de type 2 à Kahnawake est inférieure à celle que l'on peut trouver dans les autres communautés autochtones, mais reste supérieure à celle des allochtones.
- L'information pour une alimentation saine est disponible non seulement sur le site Internet du KSDPP, mais aussi dans les écoles.
- La communauté de Kahnawake a adopté et déployé un agenda d'activités favorisant un style de vie plus sain.

- Le Centre KSDPP observe aujourd'hui des indices d'une adoption de comportements alimentaires plus sains chez les enfants et adolescents de la communauté de Kahnawake.
- La création du Centre KSDPP en 2001 est la prolongation directe du projet (Nowgesic, 2003).
- La mise en place d'un protocole éthique pour les recherches menées dans la communauté incorpore les savoirs autochtones.
- Le Centre KSDPP offre aussi des programmes de formation à d'autres communautés autochtones.
- Des guides d'intervention sont disponibles en ligne sur le site Internet du projet.

Bibliographie

- Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales - CIET. (2018, 1er aout 2018). Scientific Publications from The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (KSDPP). Repéré le 01-08-2018 à http://pram.mcgill.ca/ksdpp_pubs.php
- Community Advisory Board. (1995). Community Vision For Kahnawake Repéré le 01-08-2018 à <https://www.ksdpp.org/elder/vision.php>
- Dow, S. A. (2006). *Beyond sweet blood: perceptions of type 2 diabetes in Kahnawake* (M.A. Thesis, Concordia University, Montreal). Repéré à <https://spectrum.library.concordia.ca/8746/>
- Jimenez, M. M., Receveur, O., Trifonopoulos, M., Kuhnlein, H., Paradis, G. et Macaulay, A.C.. (2003). Comparison of the dietary intakes of two different groups of children (grades 4 to 6) before and after the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(9), 1191-1194. doi: [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(03\)00980-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(03)00980-5)
- Kahnawake School Diabetes Prevention Project - KSDPP. (2018). What is CAB? Repéré le 26-09-2018 à <https://www.ksdpp.org/elder/cab.php>
- Kahnawake Youth Center. (2018). Sadie's Walk - Teiakonekwenhsatsikhetare. Repéré le 01-08-2018 à <https://ca.eventbu.com/kahnawake/sadie-s-walk-teiakonekwenhsatsikhetare/10054041>
- Macaulay, A. C., M., C., Bisset, S., Delormier, T., Lévesque, L., Potvin, L. et McComber, A. M. (2006). Community empowerment for the Primary Prevention of Type II diabetes: Kanien'kehá:ka (Mohawk) ways for the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. Dans M. L. In Ferreira et G. C. Lang (dir.), *Indigenous Peoples and Diabetes: Community Empowerment and Wellness* (p. 407-458). Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Macaulay, A. C., Paradis, G., Potvin, L., Cross, E. J., Saad-Haddad, C., McComber, A., Rivard, M. (1997). The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project: Intervention, Evaluation, and Baseline Results of a Diabetes Primary Prevention Program with a Native Community in Canada. *Preventive Medicine*, 26(6), 779-790. doi: <https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0241>
- Nowgesic, E. (2003). Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(3), 311-312. doi: 10.3402/ijch.v62i3.17570.



1.5 Kijaté : logement communautaire pour familles autochtones à Val-d’Or

Priscylla Joca

Contexte

Kijaté est une initiative mise de l’avant par le Centre d’amitié autochtone de Val-d’Or (CAAVD), pour les familles autochtones à faibles revenus vivant à Val-d’Or. Projet émergent dès 2009, elle se concrétise finalement en 2018 avec l’aménagement des familles dans le nouveau bâtiment. Le projet répond directement aux thématiques de condition de vie et pauvreté.

La ville de Val-d’Or fait face à une crise du logement depuis 2005. Selon le Front d’action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU), « Val-d’Or est la ville québécoise où il est le plus difficile de se trouver un logement » (CAAVD, 2014). Cette situation affecte spécialement la population autochtone confrontée au racisme quand vient le temps de louer un logement en milieu urbain. De plus, plusieurs familles autochtones sont en situation de faibles revenus, généralement plus faible que la population non autochtone, étant donné les écarts socioéconomiques et les inégalités auxquelles elles font face, et les loyers élevés. La population autochtone de Val-d’Or a par ailleurs augmenté de 322 % entre 1996 et 2011 (Réseau québécois des OSBL d’habitation, 2016).

Le CAAVD a ainsi identifié 125 familles ayant besoin d’un programme de logement social dans la ville (Réseau québécois des OSBL d’habitation, 2016) : « la demande en logement provient principalement de jeunes familles, souvent monoparentales, ayant en moyenne 4 à 5 enfants ». Ce segment de la population vit dans des conditions de pauvreté, de marginalité et de vulnérabilité. Plusieurs de ces personnes vivent en outre dans de très petits logements mal entretenus, ce qui affecte les enfants et toute la famille. Une partie de la population autochtone vient aussi à Val-d’Or pour étudier et travailler, mais plusieurs personnes ont de la difficulté à trouver un logement abordable, ou encore, se voient refuser la location d’un logement par les propriétaires (CAAVD, 2014).

Description

En 2009, le CAAVD mettait sur pied un projet de développement de logement social appelé Kijaté (qui signifie « plein soleil » en algonquin). Le projet a été développé en prenant en compte les contextes et défis de la population autochtone en milieu urbain, et spécialement à Val-d’Or, afin de créer une approche novatrice pour surmonter les défis et renforcer l’autonomie et la participation politiques des Autochtones. Le projet Kijaté reflète les valeurs du CAAVD quant à l’importance de la communauté, de l’identité et de la mobilisation culturelle pour soutenir la communauté autochtone urbaine. Le projet est aussi construit sur la valeur de la communautarisation, qui se distingue de la ghettoïsation (CAAVD, 2014) : il s’agit de reconnaître le caractère distinct des Peuples autochtones par rapport à la population canadienne non autochtone, et d’encourager les liens communautaires au sein de la population autochtone. De plus, le projet relève de la reconnaissance du droit de la population autochtone urbaine au logement adéquat suivant le contexte, la culture et la perspective qui leur est propre. Ainsi, la directrice générale du CAAVD, Édith Cloutier, soulignait qu’« Il s’agit d’un projet hors normes, par sa nature, ses clientèles et ses partenaires » (Portail constructo, 2017).

Les travaux de construction du projet ont été amorcés officiellement le 21 juin 2017, et en mars 2018, 23 familles ont aménagé dans les logements de Kijaté (CAAVD, 2018). Aujourd'hui, Kijaté offre un logement abordable à 24 familles autochtones. Le critère pour une demande de logement à Kijaté est d'être membre d'une Première Nation, Inuit, ou Métis canadien, d'avoir vécu à Val-d'Or 12 mois sur les 24 derniers mois, et d'être dans une situation de faibles revenus (Deshaies, 2017).

L'immeuble est situé au centre de Val-d'Or et compte 24 appartements de diverses grandeurs, afin de pouvoir recevoir même des grandes familles. Dans l'immeuble, on trouve aussi des espaces communs comme une cuisine collective, une salle de rencontre pour les travailleurs sociaux, et une plus grande salle pour des activités communautaires (Portail constructo, 2017). Les aires communes ont aussi comme objectif l'offre de services communautaires, psychosociaux, et de santé, ou encore de promouvoir l'éducation populaire et des ateliers en relation avec le CAAVD.

Une réponse aux besoins de la communauté urbaine autochtone

Le projet Kijaté est une première au Québec, répondant spécifiquement aux besoins de la communauté urbaine autochtone. Le projet porte une attention spéciale aux aspects socioéconomiques, donnant priorité aux familles autochtones à faibles revenus et en cherchant des moyens de les soutenir dans l'amélioration de leurs conditions. Il s'agit d'une formule exemplaire de projet fait par/avec/pour les Autochtones et développé, conçu et mis en place par une organisation autochtone, renforçant ainsi la gouvernance, l'autonomie et la participation politique autochtone dans la ville de Val-d'Or. Ce projet novateur prend en considération le contexte de la population autochtone en milieu urbain (Réseau québécois des OSBL d'habitation, 2016) et respecte la diversité des cultures, des expressions identitaires et des héritages culturels autochtones (Caron, 2018), tout en mettant de l'avant un lieu culturellement sécurisant. De plus, Kijaté est basé sur une perspective communautaire, avec l'objectif de promouvoir les activités sociales des familles et d'encourager les liens de solidarité et l'autonomie au sein de ces familles. Les services offerts dans l'immeuble visent l'amélioration de la qualité de vie des familles, le renforcement de leur confiance et de la capacité à augmenter les standards de vie. En outre, Kijaté a inspiré d'autres initiatives, comme le projet de Montréal Autochtone pour du logement social autochtone à Montréal.

Gouvernance, financement, défis

Kijaté est le résultat de la mobilisation politique du CAAVD depuis 2009. Le CAAVD a étudié les demandes des Autochtones ayant besoin de logement social à Val-d'Or, a systématisé les données, dénoncé la situation, articulé des partenariats et proposé Kijaté comme moyen de surmonter le problème social. Une partie du financement du projet a été accordée par les gouvernements du Canada et du Québec (2 M\$), et par la Ville de Val-d'Or (1,2 M\$). Kijaté a aussi pris un prêt hypothécaire de 5,5 M\$ auprès de la Société d'habitation du Québec (SHQ), et le programme AccèsLogis Québec soutient le projet. Éventuellement, les locataires pourraient bénéficier du programme Supplément au loyer de la Société d'habitation du Québec qui « leur permet de payer un loyer correspondant à 25 % de leur revenu. Cette aide financière additionnelle de plus de 413 000 \$ sur cinq ans sera assumée par la SHQ (90 %) et la Ville de Val-d'Or (10 %) » (SHQ 2017).

Le Secrétariat aux affaires autochtones s'est aussi engagé à fournir une aide financière de 150 000 \$, et le Bureau de l'efficacité et de l'innovation énergétiques du ministère de l'Énergie et des Ressources naturelles s'est engagé à investir 65 000 \$ pour assurer un certificat Novoclimat en efficacité énergétique (Portail Québec-Services Québec, 2017). Le CAAVD a en outre articulé de nouveaux partenariats quant au transfert de connaissances et d'expertise,

dont un avec l'Office municipal d'habitation (OMH) de Val-d'Or (CAAVD, 2014). Finalement, le projet inclut les partenaires financiers suivants : Société d'habitation du Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, Ville de Val-d'Or, Novoclimat, Société canadienne d'hypothèque et de logement, et le Réseau québécois des OSBL d'habitation (Réseau québécois des OSBL d'habitation 2016).

Retombées

- La construction de l'immeuble a été complétée et 24 familles y vivent maintenant.
- L'auto-organisation des familles et le renforcement de liens communautaires se sont accrus.
- L'initiative apporte une solution à la crise de logement qui affecte les Autochtones en milieux urbains au Canada.
- Le projet est une inspiration pour d'autres initiatives similaires, comme le projet de logement social pour personnes autochtones à Montréal, développé par Montréal Autochtone : « Nous sommes très inspirés par le projet *Kijaté*, porté par le centre d'amitié autochtone de Val-d'Or [...] et nous souhaitons développer un projet semblable pour la population montréalaise. » (Andréanne Langlois-Côté, chargée de projet logement à Montréal Autochtone) (Réseau québécois des OSBL d'habitation 2017).

Bibliographie

- Caron, J. (2018). Logement Kijaté : 24 familles maintenant installées. *La voix des premières nations*.
- Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or - CAAVD. (2014). Kijate « Plein de Soleil » Projet de logements sociaux : Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.
- Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or - CAAVD. (2018). *Rapport Annuel 2017-2018*. Val-d'Or : Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.
- Cloutier, E. (2017). Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Val-d'Or, 8 juin 2017.
- Deshaies, T. (2017). 24 logements sociaux pour Autochtones en construction. *Le citoyen Val-d'Or*. Repéré à <https://www.lecitoyenvaldoramamos.com/article/2017/6/21/24-logements-sociaux-pour-autochtones-en-construction>
- Portail constructo. (2017). Val-d'Or : le projet Kijaté accueille les autochtones. http://www.portailconstructo.com/actualites/projets/vald%E2%80%99or_projet_kijate_accueille_autochtones
- Portail Québec-Services Québec. (2017). Les gouvernements du Canada et du Québec appuient la construction de logements abordables pour les familles autochtones à Val-d'Or.
- Réseau québécois des OSBL d'habitation - RQOH. (2016). Portraits du logement communautaire (Vol. 1). Québec.
- Réseau québécois des OSBL d'habitation - RQOH. (2017). Un projet de logement abordable pour les Autochtones à Montréal, Réseau québécois des OSBL d'habitation.
- Société d'habitation du Québec (SHQ). (2017). *Les gouvernements du Canada et du Québec appuient la construction de logements abordables pour les familles autochtones à Val-d'Or*. Communiqué de presse
- http://www.habitation.gouv.qc.ca/medias/communiqués_de_presse/communiqué_de_presse/page/19/article/les_gouvernements_du_canada_et_du_quebec_appuient_la_construction_de_logements_abordables_pour_les.html

1.6 Maison communautaire Missinak : hébergement, répit et ressourcement en milieu autochtone urbain

Kim Méthot

Contexte

La Maison Missinak a été fondée en 2010 par Danielle-Pénélope Guay et sa fille, Nathalie Guay, pour les femmes autochtones en difficultés, ainsi que leurs enfants, en milieu urbain (Charlesbourg, Québec). Il s'agit d'une réponse apportée aux problématiques de santé mentale, de santé physique, de protection/sécurité des individus et de violence familiale.

L'histoire de la Maison communautaire Missinak en est une à la fois individuelle et collective. Individuelle, puisque l'instigatrice du projet, Danielle-Pénélope Guay, a imaginé la Maison Missinak pour répondre à des problèmes qu'elle avait elle-même connus. Collective, ensuite, puisque le parcours de vie de Mme Guay n'est pas unique. Ayant grandi dans un milieu de pauvreté et de violence où ses parents n'avaient pas leur statut d'autochtones en raison de la *Loi sur les Indiens*, et après s'être sortie d'un mariage houleux, Mme Guay se retrouve dans une situation précaire, seule avec ses quatre enfants. Après avoir marché dans les chemins tracés par Mary Two-Axe Earley, Jeannette Corbiere Lavell et Sandra Lovelace, et ainsi recouvré son statut et ses racines autochtones, Danielle-Pénélope Guay entama des études en travail social. Elle travailla par la suite pour les services sociaux de Pessamit, et c'est durant ses premières années de travail qu'elle découvre la puissance et le grand potentiel des méthodes de guérison et de bien-être traditionnelles autochtones. Ainsi, Missinak cherche à combler le manque de ressources culturellement adaptées pour les femmes autochtones victimes de violence, un manque que Mme Guay a vécu, mais aussi observé chez plusieurs. C'est en 2010 que la Maison communautaire Missinak, située dans l'arrondissement de Charlesbourg à Québec, débutait ses activités.

Description

Il s'agit principalement de « développer un milieu de référence pour toutes les femmes autochtones », mais ultimement, de « travailler en alliance dans le respect mutuel et la justice pour un processus de guérison individuelle et collective de tous les peuples » (Page Facebook Maison Missinak). Les services y sont délivrés en innu, en atikamekw, en anglais et en français. La maison comporte neuf chambres, qui peuvent accueillir jusqu'à 16 femmes accompagnées de leurs jeunes enfants pour des séjours de répit, de protection, de ressourcement et de guérison. Pour les instigatrices du projet, il est primordial que la maison d'hébergement soit un milieu de vie chaleureux. Par exemple, tout le monde mange ensemble : c'est un moment important d'échange entre les résidentes. Des services externes sont disponibles pour les femmes n'ayant pas besoin d'hébergement et un volet ressourcement est également disponible dans un site en milieu naturel.

Ces trois volets furent le fruit d'un processus de validation sur le terrain des besoins des femmes autochtones à Matimekosh, à Mashteuiatsh, à Pessamit et dans les milieux urbains de Val-d'Or, Montréal et Québec. Le travail effectué par Missinak est guidé par deux approches. L'approche conscientisante (Paulo Freire) prend en considération le contexte sociohistorique et culturel d'un individu : « c'est à partir de son histoire individuelle et de sa culture que la personne opprimée peut faire des liens avec celle des autres et dégager par la

suite une version collective de cette histoire dans une analyse basée sur les classes sociales et leur pouvoir respectif » (Tremblay, 2012 : 49). L'approche holistique, pour sa part, est une approche basée sur la spiritualité autochtone, qui vise l'harmonie des quatre dimensions de l'être humain (spirituelle, émotive, physique et mentale). Cette approche holistique permet de travailler non seulement avec les femmes, mais aussi avec les hommes et la famille.

Parallèlement à l'hébergement et au site de ressourcement, la Maison Missinak offre d'autres services et activités, par exemple, le Cercle des femmes Maniteshkueu, un cercle de parole et de partage entre femmes, qui est né des consultations effectuées sur le terrain en 2003 dans le milieu urbain de Québec. Ces femmes sont restées unies et se rencontrent encore toutes les deux semaines (2012) pour partager des expériences et se tenir informées sur des sujets qui touchent la réalité autochtone. L'artisanat (perlage, broderie) est aussi un moyen d'échanger, mais surtout de remonter la confiance qu'ont les femmes en elles-mêmes. Missinak offre aussi de l'accompagnement et de l'aiguillage médical, du soutien dans la recherche au logement, un programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN Missinakuss) (halte-garderie, cuisine communautaire, sorties diverses), ainsi que des activités de renforcement du rôle parental (nutrition, santé, soutien social, langue/culture).

Parmi les services offerts à Missinak, on trouve le Programme d'aide Préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN). Financé par l'Agence de santé publique du Canada, PAPACUN est un programme communautaire d'intervention précoce qui met l'accent sur le développement des jeunes et de leurs familles qui habitent hors réserve. Le rôle du gouvernement est donc de fournir du financement aux initiatives communautaires autochtones afin de mettre sur pied des programmes sur mesure pour les enfants autochtones de 3 à 5 ans. Le but est d'ainsi favoriser un développement sain à la fois au niveau spirituel, émotionnel, intellectuel et physique. L'expérience prend la forme d'une demi-journée et se concentre sur les six axes du programme, soit la culture et la langue autochtone, l'éducation et la maturité scolaire, la promotion de la santé, la nutrition, le soutien social et la participation des parents.

De 2010 à 2011, les impacts du programme sur la maturité scolaire ont été mesurés. On définit cette dernière comme étant la capacité qu'a un enfant à apprendre à l'école et à répondre aux exigences scolaires. Cette définition comporte trois critères, soit le langage, les habiletés motrices et les aptitudes scolaires. Les résultats ont démontré que les enfants de tous les groupes d'âge qui ont participé au PAPACUN ont amélioré significativement leurs capacités dans les trois domaines évalués (Services aux Autochtones Canada, 2018). Un programme de ce genre a donc des impacts positifs sur les enfants autochtones et par le fait même, sur les familles et les collectivités autochtones.

Depuis son ouverture, la Maison Missinak s'est agrandie pour devenir le Centre Multi-Services MAMUK (2018). Le centre offre un volet activités sportives et saines habitudes de vie, où des marches/courses (communauté de marche ou de course Ussiniun), et ateliers de sensibilisation sont mis à l'horaire hebdomadairement. On y offre aussi un volet emploi et éducation : de l'aide aux devoirs, du soutien aux parents et un accompagnement aux étudiants vers l'insertion sociale.

Une approche holistique pour faire face à la violence

La Maison Missinak est un exemple d'une approche holistique considérant les diverses dimensions de la personne, ainsi que son lien à la famille et la culture. Les diverses activités et services offerts à Missinak ne visent pas uniquement l'intervention en ce qui concerne la

violence que peuvent vivre les femmes autochtones, mais il s'agit de permettre aux femmes autochtones de se (re) construire dans leur intégrité physique, sociale, culturelle, voire spirituelle, tout en maintenant ou en renforçant leur rôle parental. De plus, la Maison Missinak vient combler un manque existant pour les femmes autochtones en milieu urbain, qui se retrouvent parfois en situation de vulnérabilité. De plus, la Maison Missinak emploie des personnes autochtones; ces dernières comprennent la façon d'agir dans la culture autochtone, et comprennent « la timidité qui peut passer pour de la froideur, le silence, le sentiment d'isolement quand on vient des communautés éloignées » (Tremblay, 2012, p. 65). Aussi, recevoir des services dans sa langue est un facteur important pour la réussite de l'intervention. Finalement, accueillir les enfants à Missinak est primordial étant donné leur place importante dans les cultures autochtones.

Gouvernance, financement, défis

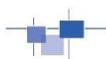
Les fondatrices de Missinak, Danielle-Pénélope Guay et sa fille Nathalie Guay, ont aussi travaillé avec Caroline Tremblay pour mettre sur pied le projet. Actuellement, Missinak fonctionne avec une assemblée générale et un conseil d'administration, appelé le cercle des outardes. Missinak compte aussi un grand conseil des castors, qui voit au maintien de la vision tout en s'occupant de la coordination et de la prise des grandes orientations. (Guay et Guay, 2013, p.4).

Retombées

En 2012, Missinak a accueilli 49 enfants et 50 femmes autochtones provenant de diverses régions ou communautés de la province, de même que de la ville de Québec (Guay et Guay, 2013, p.5).

Bibliographie

- Guay, P., Guay, N. (2013). Maison communautaire Missinak. *Les comptes-rendus du CAPMO*, 240, 2-10. Repéré à <http://archive.capmo.org/CR-mars-2013.pdf>
- La Maison Communautaire Missinak. (2018). Repéré le 10-10-2018 à https://www.facebook.com/pg/Missinak/about/?ref=page_internal
- MAMUK - Centre multi-services pour Autochtones en milieu urbain à kébec. (2018). Page Facebook de Mamuk. Repéré le 10-10-2018 à https://www.facebook.com/MAMUK-centre-multi-services-pour-autochtones-en-milieux-urbain-à-kébec-1743856788988707/?hc_ref=ARR6X8k2dOOYnzD3bTpslqa5wb2C-8TTUL7jDJSdMkXI4M_p1vBfwTeBbroG3J-Xpl&fref=nf
- Tremblay, C. (2012). Missinak, sur les pas de la tortue. Dans G. Ampleman, L. Denis et J.-Y. Desgagnés (dir), *Théorie et pratique de conscientisation au Québec* (42-69). Québec : Presses de l'Université du Québec.



1.7 Marche Motetan Mamo : solidarité avec la population autochtone urbaine aux prises avec des maladies chroniques

Nicolas Marzarte-Fricot

Contexte

La Marche Motetan Mamo a été initiée en 2013 par Richard Moar, de la communauté atikamekw de Manawan, et le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière (CAAL), afin de soutenir les Autochtones relocalisés à Joliette pour des soins médicaux chroniques. La marche s'inscrit dans une perspective de santé communautaire, notamment pour les personnes affectées par des maladies chroniques, comme par exemple le diabète.

En 2012 Richard Moar et sa compagne, Colette Ottawa, ont dû quitter la communauté atikamekw de Manawan pour s'installer à Joliette afin que Mme Ottawa puisse obtenir les soins en dialyse dont elle avait besoin. Le déracinement de sa communauté pour s'installer en ville afin de recevoir des soins pour des maladies chroniques est une réalité que vivent plusieurs Autochtones. Par exemple, la population autochtone est trois fois plus touchée par les problèmes d'insuffisance rénale, qui demandent des traitements de dialyse trois fois par semaine, pour plusieurs heures. Lorsque l'hôpital le plus proche se trouve à 200 km sur un chemin forestier, comme c'est le cas pour Manawan, voyager plus de six heures par jour, trois fois semaine, devient impossible pour les malades, qui doivent alors se relocaliser en ville (L'appel de la nature, 2017).

Or, lors de la relocalisation en ville, Santé Canada, qui assure les coûts médicaux et services de santé pour les Autochtones inscrits (selon la *Loi sur les Indiens*) lorsqu'ils vivent en réserve, n'assure l'hébergement des malades que pour les trois premiers mois. Ensuite, si les malades restent en ville — ce qui est le cas pour les dialysés qui le seront à vie — ils sont encouragés à se trouver un appartement. Le prix des loyers étant plus élevé à Joliette que ce qu'elles déboursaient pour se loger sur la réserve, plusieurs personnes se retrouvent dans une situation vulnérable, en plus d'être malades. De plus, une fois qu'un Autochtone inscrit comme « Indien » acquiert une adresse permanente hors réserve, Santé Canada cesse de couvrir les coûts médicaux et de transports. Les patientes/patients doivent alors s'inscrire à la RAMQ, mais certains frais de médicaments et de transport restent à leur charge (L'appel de la nature, 2017). Toutes ces complications s'ajoutent au sentiment de déracinement que peuvent vivre les individus ayant vécu sur la réserve et se trouvant forcés à s'installer en ville, un milieu qui n'est pas toujours accueillant — les Autochtones qui y déménagent doivent parfois faire face aux préjugés et au racisme de la population allochtone. C'est dans ce contexte d'iniquité dans les prestations de services médicaux reçus par les Autochtones, de déracinement que ceux-ci vivent lors d'un déménagement en ville rendu obligatoire pour raison médicale, et des problèmes liés à la route non goudronnée d'accès à Manawan qui est un sujet de crainte pour les services d'urgence et les utilisatrices/utilisateurs routiers de la Matawinie (Montembeault, 2018), que Richard Moar lance la marche Motetan Mano de Nation à Nation, en 2013.

Description

Cette marche de 186 km a connu sa sixième édition en 2018. Elle débute chaque année à Joliette pour se terminer à Manawan et passe par les municipalités de Sainte-Mélanie, Saint-Jean-de-Matha, Sainte-Émélie-de-l'Énergie, Saint-Zénon et Saint-Michel-des-Saints, avant de s'engager sur les presque 90 km de route forestière qui séparent Saint-Michel-des-Saints de

Manawan. Cette marche se présente comme un moyen de réaliser un triple objectif : un projet de sensibilisation au problème d'accès aux soins de santé des Autochtones, qu'ils vivent en réserve ou non; une collecte de fonds afin de soutenir les Autochtones qui quittent leur communauté afin de recevoir des soins médicaux récurrents ou de longue durée; finalement, la marche est aussi l'occasion d'une rencontre des cultures. Les fonds amassés servent à payer, de façon ponctuelle, des coûts liés à des besoins urgents, tels que des frais de transport, de l'hébergement, des repas et de l'équipement médical non remboursé. Cette marche de huit jours met par ailleurs en lumière les problèmes d'accès que pose l'absence de route goudronnée reliant Manawan et Saint-Michel-des-Saints.

Motetan Mamo, qui veut dire « marchons ensemble » en langue atikamekw, a aussi pour but de favoriser le rapprochement entre la communauté atikamekw et la communauté allochtone de Lanaudière et ainsi lutter contre le racisme. Organisée par le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière, elle s'accompagne d'événements et de rencontres lors de chacun de ses arrêts afin de permettre aux gens d'apprendre à se connaître et de découvrir la culture autochtone. « Les liens d'amitié qui se tissent tout au long de la marche sont extraordinaires, tout comme la solidarité entre Autochtones et non-autochtones », soulignait l'une des participantes de la 5^e marche (Belhumeur-Gross, 2018).

Une marche qui inspire la solidarité, la fierté et l'espoir

La marche de guérison Motetan Mamo a aussi permis des prises de conscience, à l'exemple de Mme Petiguay, qui après avoir reçu un diagnostic de diabète en 2003, s'est mise à marcher lors de différentes initiatives communautaires et qui n'a plus de diabète aujourd'hui (O'Bamsawin, 2015). Cette marche suscite aussi la fierté et l'espoir comme le mentionne M. Moar dans son allocution finale lors de l'édition 2015 de la Marche (O'Bamsawin, 2015a). Par ailleurs, M. Moar a été désigné personnalité de l'année 2017 par le journal lanauois *L'Action* pour son rôle dans Motetan Mamo (Morneau, 2018). Enfin, cette marche est aussi à l'origine de ponts avec la communauté lanauoise dans d'autres domaines, comme l'emploi des jeunes de Manawan (Brassard, 2018) : la marche a ainsi été l'occasion qui a permis de lancer le projet Mihitisowin (Ottawa, 2017). « La marche ouvre des portes à nos jeunes [...] Ils vont aller chercher de l'expérience ailleurs, puis revenir » (Richard Moar cité par Brassard, 2018). Tout au long de cette marche symbolique, les marcheurs établissent des relations de solidarité entre la nation atikamekw et la population allochtone de la région.

Gouvernance, financement, défis

À l'origine une initiative personnelle de M. Moar, la marche a pris de l'ampleur et plusieurs ont adopté la cause. Aujourd'hui, le Centre d'amitié autochtone de Lanaudière (CAAL) est l'organisme promoteur du projet Motetan Mamo, et c'est à travers le CAAL que les fonds sont amassés et redistribués. La marche est par ailleurs soutenue par le Conseil de la Nation atikamekw, le député fédéral de Joliette, Gabriel Ste-Marie, et des maires des villages étapes.

Retombées

- Première édition, juin 2013 : près de 400 participants, 14 marcheurs. Collecte de 3 500 \$; ce montant a permis de payer le transport et des repas santé pour certaines personnes qui suivaient des traitements médicaux.
- Deuxième édition fin juillet début août 2014 : 24 marcheuses/marcheurs autochtones et allochtones. La marche s'est achevée lors du pow-wow avec la remise par le Conseil de Manawan d'un montant de 5 000\$ récoltés lors d'un tournoi de golf (CAAL, 2015).
- Troisième édition, 2015 : 24 marcheurs, 13 000 \$ recueillis grâce aux collectes de dons, aux activités de financement, et à l'aide de commanditaires (CAAL, 2016).

- Quatrième édition, 2016 : 36 marcheurs, collecte de 3 450 \$, en plus des sommes données par les partenaires totalisant la somme recueillie à plus 8 600 \$.
- En 2016, le CAAL comptait 6 personnes en traitements dialysés qu'il aidait grâce aux fonds récoltés pour leur transport vers leur traitement, des denrées alimentaires, et le paiement de loyers. Le CAAL a aussi pu offrir des repas santé à des personnes soumises à des régimes stricts.
- Cinquième anniversaire de Motetan Mamo, en 2017 : 50 marcheurs, majoritairement allochtones, dont une délégation européenne. Un total de 22 000 \$ a été recueilli, et Richard Moar, l'instigateur de Motetan Mamo, a été désigné personnalité de l'année dans Lanaudière par le journal local *L'Action* (Morneau, 2018).
- La marche Motetan Mamo a aussi fait l'objet d'une minisérie documentaire sur le site web du réseau de télévision des peuples autochtones APTN et de son site Internet dédié au peuple atikamekw (O'Bomsawin, 2015b).

Bibliographie

- Belhumeur-Gross, C. (2018). 6e édition de la marche Motetan Mamo de Nation à Nation. *L'Action*. Repéré à <https://www.laction.com/article/2018/5/29/6e-edition-de-la-marche-motetan-mamo-de-nation-a-nation>
- Brassard, D. (2018). À Manawan, les échanges se multiplient entre Autochtones et non-Autochtones. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/le-15-18/segments/reportage/82100/manawan-cooperation-communaute-atikamekw-autochtone-emploi-chomage>
- Centre d'amitié autochtone de Lanaudière. (2015). *Rapport d'activités 2014-2015*. Joliette : Centre d'amitié autochtone de Lanaudière.
- Centre d'amitié autochtone de Lanaudière. (2016). *Rapport d'activités 2015-2016*. Joliette : Centre d'amitié autochtone de Lanaudière.
- L'appel de la nature. (2017). Projet Motetan Mamo de Nation à Nation. Repéré le 23-07-2018 à <https://www.helloasso.com/associations/association-l-appel-de-la-nature-06/collectes/projet-motetan-mamo-de-nation-a-nation>
- Montembeault, M. (2018). Route dangereuse à Manawan : Québec promet la réfection. *Radio-Canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1095928/st-michel-des-saints-ambulance-chemin-forestier-manawan>
- Morneau, C. (2018). Motetan Mamo, un véritable symbole d'ouverture et de tolérance. *L'Action*. Repéré à <https://www.laction.com/article/2018/1/1/motetan-mamo--un-veritable-symbole-d-ouverture-et-de-tolerance>
- O'Bomsawin, K. (2015a). *Guérir par la marche*. Repéré à <http://motetanmamo.com/episodes/episode-7/>
- O'Bomsawin, K. (2015 a). *La fierté de marcher sur le territoire*. Repéré à <http://motetanmamo.com/episodes/episode-7/>
- O'Bomsawin, K. (2015 b). La marche Motetan Mamo. Dans G. Lévesque et M. Rouleau (Réalisateur), *Motetan Mamo - Marchons ensemble*. Montréal : APTN. Repéré à <http://motetanmamo.com/episodes/episode-7/>
- Ottawa, J.-R. (2017). Projet Mihitowin - Appel de candidatures pour se préparer à un emploi dans la région de Lanaudière. Manawan : Conseil des Atikamekw de Manawan.

1.8 Programme de guérison sur le territoire ancestral de Chisasibi : guérir la souffrance individuelle et collective par le territoire

Marie-Dominik Langlois

Contexte

Ce programme de guérison sur le territoire ancestral a été développé en 2012 par deux membres de la communauté crie de Chisasibi, Larry House et Eddie Pash; il est destiné aux jeunes hommes adultes de la communauté qui se retrouvent en situation de délinquance. Le programme se déploie sur le territoire familial de chasse d'Eddie Pashagumskum, à 500 km de Chisasibi, en Eeyou Istchee. Il recoupe les thématiques de santé holistique, de santé du territoire, de santé communautaire, de santé relationnelle, de santé mentale, ainsi que de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Les Cris de Eeyou Istchee ont été les premiers au Canada, en tant que Nation autochtone, à assurer le plein contrôle de leurs programmes de santé et services sociaux, en vertu des dispositions de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ). La signature en 1975 de la CBJNQ entre les Cris, les Inuit et les gouvernements provincial et fédéral a mené à la création du Conseil cri de la Santé et Services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ). La particularité du CCSSSBJ est d'être un organisme intergouvernemental de santé cofinancé pour répondre aux besoins de la population crie en matière de soins de santé particuliers; le Conseil administre de façon autonome les services de santé et les services sociaux de son territoire (région 18). Le CCSSSBJ a comme priorité politique et institutionnelle l'intégration des visions cries du soin et du bien-être, ce qui le conduit à dépasser le modèle médical occidental afin d'ancrer les programmes dans les pratiques cries de guérison et de prestation de soins (Radu, House et Pashagumskum, 2014; Radu et House, 2014).

Larry House, le représentant en santé pour Chisasibi, voyait encore plus loin en souhaitant engager les membres de la communauté dans la définition du mieux-être et des besoins locaux. Pour ce faire, en collaboration avec le comité local Miyupimaatisiun, le Conseil de bande de Chisasibi et le CCSSSBJ, il a organisé deux colloques sur la santé et les services sociaux, ainsi que deux tables rondes sur la guérison *iyyiyiu*/crie. Grâce aux échanges issus de ces activités, il a été possible de dégager collectivement les principes locaux de soin et de mieux-être régissant les relations avec le territoire et la communauté. Par la suite, un guide fut élaboré pour encadrer le développement d'un programme de guérison sur le territoire et son intégration dans le système de santé et de services sociaux, ainsi qu'au sein du système de justice.

Description

Le programme de guérison est ouvert à tous les membres de la communauté, mais il s'adresse particulièrement aux jeunes hommes adultes âgés de 18 à 30 ans; ceux-ci sont référés par le comité de justice de Chisasibi ou participent de leur plein gré. L'objectif du programme est de guérir les jeunes grâce à la culture, d'aider les personnes en détresse à affronter la souffrance et l'autodestruction en passant par le territoire et les traditions culturelles. Le programme consiste en des séjours d'une durée de 2 à 3 semaines au camp de chasse d'Eddie Pash. Pendant ces séjours, le créateur de l'initiative, Eddie Pash, et l'aîné Noah Snowboy partagent en langue crie avec les participants leurs enseignements sur les compétences et valeurs liées au territoire (*indoh-hoh*), lesquels se basent sur la responsabilité personnelle et l'harmonie

dans les relations. Ils utilisent des histoires locales relatant des récits de courage, de survie, de respect et de pardon afin d'inspirer les participants dans leur vie personnelle. Le programme fait la promotion du mieux-être personnel, familial et communautaire depuis une perspective ancrée dans le mode de vie cri (*iyyiyiu pimaatisiwin*) qui appelle à une vie saine, épanouissante et résiliente. De façon plus globale, le but du programme est que les participants améliorent leur santé mentale et participent activement à la vie familiale et à celle de la communauté afin de veiller au développement collectif de la Nation crie.

Le programme comprend également des présentations ou des discussions sur le contexte historique de la communauté, en passant par les pensionnats autochtones, par les inondations et relocalisations causées par le barrage hydroélectrique de La Grande, ou encore par les violences vécues à l'époque contemporaine. Ces événements sont abordés comme des facteurs de stress considérables pour la communauté et constituent aujourd'hui une souffrance non résolue qui affecte la santé émotionnelle des personnes. En retraçant les racines historiques de leur souffrance, les participants du programme peuvent donc comprendre davantage leur état d'esprit et être plus indulgents et aimants envers eux-mêmes et leur communauté. Finalement, le programme prévoit aussi des sessions individuelles de conseil avec un des aînés, ainsi que des activités solitaires en forêt.

Sécurisation culturelle

Le programme de guérison sur le territoire de Chisasibi s'inscrit dans le contexte plus général du mouvement de décolonisation et d'autonomie autochtone, en particulier en ce qui a trait à la santé et aux services sociaux. L'approche est également cohérente avec la théorie de la sécurisation culturelle au sein du système de la santé, et invite à replacer la santé et les soins à accorder à une personne dans leur contexte culturel, historique, politique et économique. De plus, le programme repose sur les savoirs des aînés, pour qui le territoire et les traditions culturelles détiennent un pouvoir de guérison, et permet la transmission intergénérationnelle des savoirs culturels cris.

Le programme se base en outre sur le principe qu'en se connaissant mieux et en comprenant leur histoire personnelle et familiale, les participants seront plus aptes à réagir aux multiples facteurs de stress présents dans leur vie. Dans ce sens, le programme vise à agir à l'échelle de la responsabilité individuelle. Par ailleurs, on y conçoit également la guérison comme un processus communautaire et collectif. Les maux individuels (dépendances, violence, dépression, etc.) sont compris comme des manifestations de la souffrance collective causée par la colonisation et l'oppression systémique contemporaine. En revisitant les vécus individuels et collectifs et en encourageant la participation active à la vie familiale et communautaire, le travail de guérison du programme appelle ultimement à une prise d'action collective politique visant l'autonomie.

Gouvernance, financement, défis

Le programme de guérison en forêt a été conceptualisé par Eddie Pash et se déroule sur son territoire de chasse familial. Il fonctionne comme un mouvement social qui s'est créé pour répondre à la souffrance collective causée par la colonisation et la perte du territoire en souhaitant reconstruire les relations sociales et réaffirmer l'identité crie contemporaine. Le programme de guérison en forêt ne relève pas d'une structure institutionnelle : il s'agit d'une initiative communautaire venant de la base, conçue et gérée par Eddie Pash. Les jeunes qui ont bénéficié des services de guérison par la culture constatent que ces services devraient être plus visibles et mieux promus dans la communauté, davantage ouverts aux jeunes, disposer d'un plus grand budget et être mieux intégrés à l'offre de services en santé et services sociaux de la communauté (Radu, 2015).

Retombées

- Depuis 2012, le programme de guérison en forêt a organisé 8 séjours de groupes composés de 6 à 8 personnes en forêt pour un total de 25 participants, dont 3 personnes ayant participé à 3 reprises.
- Le programme a été formellement institutionnalisé et a servi de modèle pour d'autres communautés crie.
- Un guide du programme de guérison en forêt a été produit et est aujourd'hui utilisé par les tribunaux en tant que pratique alternative ou formule de rechange dans le cas de peine pour les délinquants de Chisasibi, de même que comme référence par les services sociaux.
- Les services de guérison basée sur la culture sont qualifiés de bons à excellents par les personnes les ayant utilisés : ils ont fait une différence positive dans leur vie, les ont aidées à développer leurs forces et leur confiance en soi et à travailler sur les traumatismes intergénérationnels, pour se responsabiliser dans leur propre vie et pour leur santé.
- Les jeunes ayant utilisé les services de guérison par la culture ont mentionné faire des efforts pour améliorer leurs relations familiales et leurs interactions sociales, participer à plus d'activités culturelles et sportives, ainsi que manger mieux.
- Les participants ont noté également une baisse du niveau de stress, un plus grand équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel dans leur vie, une meilleure connexion et compréhension de la culture crie, de même qu'un niveau de bonheur plus élevé.
- Un sondage auprès de 15 jeunes de 16 à 34 ans de Chisasibi montre que la guérison personnelle n'a pas seulement amélioré le mieux-être individuel, mais aussi celui de la famille, notamment en renforçant les relations familiales et en réduisant la violence familiale.
- Un documentaire a été produit et présenté à la conférence *Healing Together with Land and Culture : Gathering of Wisdom*, à Whitehorse, et à la conférence nationale *Honorer nos forces* (2014) de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD). Lors de cette dernière conférence, l'atelier où le programme a été présenté a été classé au premier rang.
- Un projet en collaboration avec la FANPLD est en cours de développement pour en faire un outil de travail.
- Une approche a également été entreprise avec le service Nishiiyu Miyupimaatisiun qui veille à l'intégration d'approches traditionnelles en santé et de services sociaux au sein du CCSSBJ.

Bibliographie

- Radu, I. (2015). *Healing and wellness among chisasibi youth: a brief portrait*. Chisasibi Mental Health.
- Radu, I., House, L. L. M. et Pashagumskum, E. (2014). Land, life, and knowledge in Chisasibi: Intergenerational healing in the bush. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 3(3), 86-105.
- Radu, I. et House, L. (2014). Miyupimaatisiun à Eeyou Istchee : la guérison autochtone et l'engagement communautaire dans la prestation des services sociaux et de santé. Dans *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, équité, réciprocité, collaboration et culture*. Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, Centre de recherche en droit public, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et Réseau DIALOG.



1.9 Serre communautaire de Kuujuaq, Nunavik : contrer l'insécurité alimentaire

Marie-Ève Drouin-Gagné

Contexte

Le projet de serre communautaire a été créé grâce à un partenariat entre l'Université Laval, le Conseil québécois de l'horticulture, le Village nordique de Kuujuaq, l'Administration régionale Kativik et le Centre d'Hébergement Ungava. Il vise à améliorer la sécurité alimentaire pour la population de Kuujuaq. Une serre a été construite en 1995, mais le projet de serre communautaire a pris de l'expansion de 2009 à 2012 et fonctionne depuis à chaque année, de juin à septembre.

La population inuit du Nunavik fait face au problème d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire à une difficulté d'accès, tant physique qu'économique, à de la nourriture de qualité. En 2004, dans le cadre de l'enquête de santé *Qanuippitaa?*, 24 % des Inuit du Nunavik déclaraient avoir manqué de nourriture dans les mois précédents (Ancil & Rochette, 2008). En 2013, lors de la consultation Parnasimautik réalisée auprès des Inuit du Nunavik, la sécurité alimentaire restait un des points centraux de la définition de « Qui nous sommes » (Groupe-Cadre de Parnasimautik, 2014). Le rapport de la consultation mentionnait que « Depuis l'annulation du programme régional de bons de nourriture en 2012 et l'entrée en vigueur du programme Nutrition Nord Canada, nombreux sont ceux et celles qui se retrouvent avec un accès très limité à des aliments abordables » et que par conséquent, des participants affirmaient parfois « souffrir de la faim » (Groupe-Cadre de Parnasimautik, 2014).

Nombreux facteurs peuvent expliquer la situation d'insécurité alimentaire spécifique au Nunavik. D'abord, le changement relativement récent vers le mode de vie sédentaire et l'ouverture d'épiceries dans les villages nordiques se sont accompagnés d'une occidentalisation du régime alimentaire (Avard, 2015; Lamalice *et al.*, 2016). De plus, les tentatives passées d'assimilation culturelle ont une répercussion sur la transmission des savoirs et il y a aujourd'hui moins de chasseurs expérimentés et moins de jeunes qui apprennent à chasser et à préparer la nourriture du pays (Carry et Carfagnini, 2012). Enfin, les changements climatiques influencent l'accès à la nourriture traditionnelle, et la pollution et la contamination des sols et de l'eau ont aussi un impact sur la qualité de cette nourriture (Avard, 2015; Lamalice *et al.*, 2016). Dans ces conditions, aujourd'hui, la nourriture chassée, pêchée ou venant du territoire (« la nourriture du pays ») ne représente que 15 à 20 % de l'apport quotidien de nourriture en moyenne pour les gens du Nunavik (Avard, 2015).

En parallèle avec ces changements qui diminuent l'apport de nourriture du pays, l'éloignement des villages nordiques et leur accès par avion ou par bateau uniquement font en sorte que les frais de transports des produits alimentaires affectent leur coût en épicerie. Ainsi, l'indice comparatif des prix du Nunavik montre qu'il faut payer 43 % de plus pour le même panier d'épicerie au Nunavik, en comparaison avec la ville de Québec (Robitaille, Guénard et Duhaime, 2016). De plus, les aliments trouvés en épicerie sont parfois moins frais et peuvent apporter moins de vitamines et nutriments, notamment dans le cas des fruits et légumes. L'insécurité alimentaire vécue au Nunavik ne concerne donc pas uniquement la difficulté d'accès économique à ces aliments, mais la difficulté d'accès à des aliments de qualité. Le problème est d'autant plus criant que la population du Nunavik est grandissante, puisque 60 %

de la population est âgée de moins de 30 ans. C'est donc de plus en plus de personnes — et d'enfants — qui font face au problème de l'insécurité alimentaire, au Nunavik (Avard, 2015).

C'est dans ce contexte que la communauté de Kuujuaq au Nunavik a mis en place plusieurs initiatives, dans le passé, en termes de sécurité, voire de souveraineté alimentaire. La serre communautaire de Kuujuaq s'inscrit dans ce contexte. Une serre a été construite en 1995 pour un projet de verdissement du village visant à contrer l'érosion des sols (Avard, 2015; Carry et Carfagnini, 2012). Le projet terminé, la serre a été maintenue et des habitants de Kuujuaq y cultivaient des légumes de façon individuelle. En 2009, la collaboration entre Kuujuaqmiut (agence ayant le mandat d'améliorer le niveau de vie de Kuujuaq), Nayumivik Landholding Corporation of Kuujuaq (qui détient les titres territoriaux), le village nordique de Kuujuaq, et une étudiante de doctorat de l'Université Laval a permis de revitaliser le projet de serre pour en faire un projet de serre communautaire visant à améliorer la sécurité alimentaire, ainsi que le bien-être et la santé de la population inuit de Kuujuaq (Avard, 2015).

Description

Ce projet de serres à Kuujuaq comprend maintenant deux bâtiments côte à côte de 133 mètres carrés chacun, pour un total de 48 lots individuels attribués annuellement par tirage au sort aux individus ou familles intéressés, qui peuvent alors jardiner de la mi-mai à septembre (Lamalice *et al.*, 2016 : 156). Chacune des serres a le potentiel de produire 300 kg de nourriture par saison; les serres contribuent donc à un apport nutritionnel intéressant pour les jardiniers et leurs familles. De plus, les serres sont associées à des projets communautaires, dont une initiative de compostage à laquelle participent les restaurants et épiceries de Kuujuaq, ainsi que l'administration régionale Kativik et l'Hébergement communautaire Ungava. Le compostage est géré par l'Hébergement Ungava et est une nouvelle source d'emploi (Kanatami, 2018). L'Hébergement Ungava étant un centre pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, un projet d'hortithérapie a aussi été mis sur pied, reconnaissant les bienfaits psychologiques du jardinage. De plus, certains lots sont pris en charge par des volontaires afin de cultiver des légumes pour des aînés de la communauté. Finalement, un programme scolaire a été élaboré avec la commission scolaire Kativik et les serres servent de lieu de recherche et d'expérimentation en termes d'agriculture nordique (essai hydroponique et de différentes cultures).

En plus de ces effets directs, les serres ont aussi été une source d'inspiration pour d'autres projets. À l'été 2015, l'association de chasseurs et de trappeurs de Kuujuaq a lancé un projet de poulailler pour 115 poules pondeuses et prévoyait éventuellement se lancer dans l'élevage de lapins (Rogers, 2015). Bref, les serres font maintenant partie de la stratégie de Kuujuaq en termes de sécurité alimentaire, laquelle prend également de l'ampleur avec de nouveaux projets.

Une pratique exemplaire en matière de sécurité alimentaire pour les Inuit

Inuit Tuttarvingat (section inuit de l'Organisation nationale de Santé autochtone – NAHO) a identifié la serre de Kuujuaq comme une pratique exemplaire répondant à la sécurité alimentaire en 2012 (Carry et Carfagnini, 2012). Il était alors noté que la nourriture issue de l'agriculture sous serre ne remplace pas la nourriture du pays, mais qu'elle est un bon complément qui répond mieux aux besoins nutritionnels et économiques que les légumes achetés en épicerie et qui viennent du Sud (Carry et Carfagnini, 2012). En outre, bien que n'étant pas une activité traditionnelle inuit, l'agriculture sous serre semble mieux adaptée culturellement que l'achat de nourriture en épicerie. Avard (2015) et Lamalice (2016) notaient un certain rapprochement par les Inuit entre l'agriculture et les pratiques traditionnelles liées au territoire, telles que la cueillette de petits fruits, un constat également noté en 2012 par Inuit

Tuttarvingat, qui soulignait la relation à la terre comme lieu commun entre l'agriculture et les activités plus traditionnelles de subsistance. L'obtention de la nourriture par le territoire est également accompagnée d'une fierté de produire de la nourriture pour sa famille (Lamalice *et al.*, 2016). En ce sens, la serre de Kuujjuaq est une solution compatible avec les normes culturelles inuit et qui répond aux besoins locaux.

Le fait que la serre soit un projet communautaire qui collabore avec d'autres organisations et projets à Kuujjuaq (compost, programme scolaire, jardinage volontaire pour les aînés, etc.) contribue à améliorer non seulement la sécurité et la souveraineté alimentaires, mais aussi le niveau de vie en termes de renforcement du tissu social (y compris entre non-Inuit et Inuit à Kuujjuaq), de santé physique et psychologique, de sentiment de fierté et d'appartenance, de création d'emploi et de réinsertion sociale (pour le compost), ainsi que de transmission de connaissances. Le projet a donc des retombées socioculturelles aussi bien qu'économiques et sur le plan de la santé alimentaire.

Gouvernance, financement, défis

Le village nordique de Kuujjuaq est le propriétaire des serres et se charge de l'entretien, de l'approvisionnement en eau et en électricité, et ce, depuis l'existence de la première serre en 1995. Le projet de serre communautaire en 2009 a par contre été possible grâce au partenariat entre l'Université Laval, le Conseil québécois de l'horticulture, le village nordique de Kuujjuaq, l'Administration régionale Kativik, le Centre d'Hébergement Ungava et une équipe de bénévoles de Kuujjuaq. Le projet mobilise donc plusieurs acteurs de la communauté de Kuujjuaq (Kanatami, 2018). Actuellement, le village nordique est toujours propriétaire des serres et en charge de leur maintien et approvisionnement en eau et électricité. L'Administration régionale Kativik a payé pour la construction d'une serre et de l'équipement nécessaire au projet ainsi qu'au compostage. Kativik paie également les salaires des employés du programme de compost (des clientes/clients de l'Hébergement Ungava) à travers son Conseil de santé et de services sociaux. L'Hébergement Ungava, une organisation à but non lucratif pour la santé mentale, prend en charge la coordination des opérations de compostage en supervisant leurs clientes/clients qui travaillent pour le programme. Les pompiers locaux ont construit en partie le site de compostage et aident à l'arrosage massif du printemps pour réhydrater le sol. Finalement, les commerces locaux collectent les matières organiques et les donnent au projet de compost.

Un comité de coordination du projet d'agriculture de Kuujjuaq a été mis sur pied avec le mandat de coordonner les différents projets, de voir au fonctionnement de la serre et de ses installations, ainsi que de gérer équitablement les installations (Kanatami, 2018). Le comité est composé de représentants du département de développement local et régional de l'Administration régionale Kativik et du village nordique de Kuujjuaq, de représentants de chaque projet spécifique lié à la serre (compost, éducation, hortithérapie, etc.), et de représentants d'autres organisations liées au développement de projets communautaires ou bioalimentaires.

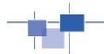
Retombées

- Des serres nordiques et de nouvelles stratégies agricoles durables ont été développées.
- La production de légumes frais de juin à septembre comble plus de 40 personnes/familles.
- Une contribution à la sécurité alimentaire et à l'apport nutritionnel de la population de Kuujjuaq.

- On observe aussi des retombées socioculturelles (amélioration de la santé physique et psychologique des participants; développement d'un sentiment de fierté et d'accomplissement; renforcement du tissu social; création d'emploi et réinsertion sociale).
- Le succès de la serre de Kuujjuaq a encouragé d'autres initiatives horticoles au Nunavik, comme celle de Kangiqsujuaq, et même hors du Nunavik, chez les Cris de Chisasibi. La communauté a aussi développé une serre communautaire, et des membres du projet ont visité la serre de Kuujjuaq en mai 2017 pour en apprendre davantage sur son fonctionnement.

Bibliographie

- Anctil, M. et Rochette, L. (2008). Les faits saillants de l'Enquête. Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004, Qanuippitaa? Comment allons-nous? Québec : Institut national de santé publique du Québec & Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.
- Avard, E. (2015). *Northern Greenhouse: An Alternative Local Food Provisioning Strategy for Nunavik*. (Thèse de doctorat, Université Laval, Québec).
- Carry, C. et Carfagnini, L. (2012). *Profiles of Food Security Activities in Inuit Communities*. Ottawa : National Aboriginal Health Organization.
- Groupe-Cadre de Parnasimautik. (2014). *Rapport de la consultation Parnasimautik. Réalisée auprès des Inuits du Nunavik en 2013*. Société Makivik, Kativik Regional Government, Commission scolaire Kativik, Nunavik and Holding Corporations Association, Saputiit Youth Association of Nunavik, Régie régionale de la santé et des services sociaux au Nunavik et Institut culturel Avataq, Présenté au Comité ministériel du Plan Nord.
- Kanatami, I. T. (2018). *Nuluaq. Inuit Community-Based Food Initiatives Mapping Project*. Repéré 24-07-2018 à <https://www.itk.ca/nuluaq-mapping-project/>
- Lamalice, A., Avard, E., Coxam, V., Hermann, T., Desbiens, C., Wittrant, Y. et Blangy, S. (2016). Soutenir la sécurité alimentaire dans le Grand Nord : projets communautaires d'agriculture sous serre au Nunavik et au Nunavut. *Études/Inuit/Studies*, 40 (1), 147-169.
- Robitaille, J., Guénard, E. et Duhaime, G. (2016). *Coût de la vie au Nunavik, rapport de recherche*. Québec : Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, Université Laval.
- Rogers, S. (2015). Local food production plan aims to feed Nunavik communities. *Nunatsiaq News*. Repéré à http://nunatsiaq.com/stories/article/65674food_production_aims_to_feed_nunavik_communities/



1.10 Unaaq, association des hommes inuit d’Inukjuak : répondre au suicide et à la détresse des jeunes par les savoirs et les pratiques culturelles des aînés sur le territoire

Marie-Dominik Langlois

Contexte

Unaaq est une initiative regroupant des hommes inuit du village nordique d’Inukjuak et destinée aux jeunes hommes inuit (moins de 30 ans) de la communauté; elle a été instaurée en 2001 et enregistrée comme OBNL en 2006. Elle vise la guérison par la culture, le territoire et les relations intergénérationnelles, tout en répondant aux problématiques liées au cadre de vie, au traumatisme intergénérationnel, au suicide et à la santé mentale.

Le taux de suicide chez les jeunes des Premières Nations est de 5 à 7 fois plus élevé que celui des jeunes non autochtones (Gouvernement du Canada 23 mars 2018). Celui des Inuit est l’un des plus élevés au monde et aucune famille n’est épargnée. Selon le Programme de statistique du Nunavik Nunivaat (Duhaime, Lévesque et Caron, 2015), avec un nombre de 11,5 décès pour 10 000 personnes pour 2004-2008, ce taux est 11 fois plus élevé que la moyenne québécoise et canadienne. Il s’agit de la deuxième cause de décès chez les Inuit après le cancer. Dans le cas des hommes, « le taux de mortalité par suicide dépasse celui des décès par cancer. Si on décline les décès par groupe d’âge, le taux de mortalité par suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans du Nunavik est 46 fois plus élevé que dans le reste du Québec et 23 fois plus élevé pour ceux de 20 à 24 ans » (Villaseñor-Caron, 2016 : 55, traduction libre). On peut comprendre le problème des suicides chez les jeunes Inuit comme une conséquence des multiples traumatismes venus s’enchevêtrer entre les différentes générations. Pour saisir la complexité du contexte contemporain inuit, il est important de jeter un regard sur les années 1950, alors que plusieurs politiques étatiques vinrent affecter de façon directe la génération des aînés et des parents des jeunes d’aujourd’hui.

Dans la communauté d’Inukjuak, composée aujourd’hui de 1 600 habitants, on a recensé 12 suicides pour les années 2000 à 2015, soit près d’un par année (Duchaine, 2015). Selon Statistique Canada, 70 % de la population inuit est composée de jeunes de moins de 30 ans, incluant de 300 à 400 jeunes hommes. De plus, les jeunes sont beaucoup plus influencés par les valeurs du sud (Villaseñor-Caron, 2016), ce qui se traduit d’une part par un déclin dans les pratiques traditionnelles comme la chasse et, d’autre part, par l’adoption de comportements davantage sédentaires, comme les jeux vidéo, la télévision, la malbouffe et la consommation d’alcool et de drogues. Villaseñor-Caron soulève que « ce phénomène [de perte d’identité culturelle], conjugué à son histoire coloniale récente, a conduit à l’augmentation de nombreux maux sociaux au sein de la communauté » (2016 : 55, traduction libre). Étant donné l’importante proportion de jeunes hommes et les taux préoccupants de suicide et de chômage, ce groupe d’âge est perçu comme étant à risque par la communauté.

Les effets de la colonisation

Vivant auparavant de façon semi-nomade, les Inuit d’Inukjuak se sont établis dans le village de Port-Harrison (qui deviendra la municipalité d’Inukjuak en 1980) dans les années 1950. Des années 1950 jusqu’aux années 1970, le gouvernement canadien a forcé les familles inuit à vivre de façon sédentaire en les regroupant dans des communautés permanentes possédant des « installations modernes » (Villaseñor-Caron, 2016). L’abattage massif et systématique de

plus d'un millier de chiens de traîneaux par les policiers de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et de la Sûreté du Québec (SQ) au cours de la même période contribua également à l'imposition de la sédentarisation en limitant considérablement ce moyen de transport traditionnel. C'est aussi à cette époque, soit en 1953, qu'une douzaine de familles furent déplacées contre leur gré à Resolute Bay et à Grise Fjord, deux communautés de l'Extrême-Arctique situées à 2000 km au nord d'Inukjuak. Toujours dans les mêmes années, un autre problème social touchant Inukjuak et contribuant à la déstructuration des familles a été celui de l'envoi vers le Sud de patientes/patients atteints de tuberculose : en 1956, un Inuit sur sept au pays était évacué au Sud pour recevoir des traitements. Plusieurs ont été « égarés » dans les transports et d'autres moururent sans que leur famille ne soit avisée (Ahluwalia, 1989). Certaines personnes ont vécu directement ces dislocations et ces délocalisations multiples.

Ces changements abrupts dans les habitudes de vie et les ruptures familiales ne se sont pas vécus sans heurts : ils ont causé de sérieuses perturbations chez les Inuit dans leurs liens avec la culture millénaire, dont les valeurs et pratiques sont profondément ancrées dans le territoire (Association des femmes inuit Pauktuutit, 2006; Villaseñor-Caron. 2016). Ainsi, il s'en est découlé une perte de savoirs inuit. « Pendant ces transformations, nous avons perdu beaucoup de notre savoir-faire traditionnel. Alors nous devons recommencer ces pratiques traditionnelles et ne pas oublier de les enseigner aux jeunes, car beaucoup d'entre eux pensent que la vie a toujours été comme elle l'est aujourd'hui », souligne Siasi Smiler Irqumia en 2011, alors mairesse suppléante d'Inukjuak (Irqumia 2011).

Description

En 2001, après 3 suicides survenus en l'espace de quelques mois à Inukjuak, les femmes ont interpellé les hommes de la communauté. La communauté interprétait ces suicides comme l'aboutissement tragique de la perte de l'identité culturelle, la faible estime de soi et une relation limitée avec la culture inuit chez les jeunes hommes. « Au moment de ces événements, nous avons eu une réunion dans la communauté pour réfléchir à ce qu'on pouvait faire », relate Charlie Nowkawalk, l'un des fondateurs d'Unaaq (Montpetit, 2018). Après quelques rencontres, les hommes et les aînés ont reconnu que les jeunes hommes et les garçons avaient besoin de retrouver un sens à leur vie et l'espoir et les aînés pouvaient leur apporter soin et mentorat afin qu'ils grandissent mieux préparés dans l'univers qui les accueillait. De là est née l'idée de mettre sur pied une organisation qui aiderait les hommes à s'aider entre eux et à appuyer leurs familles et leur communauté, et ce, en misant sur le rapprochement intergénérationnel (Inspiration arctique, 2018).

C'est dans ce contexte qu'a été créée l'Association Unaaq des hommes inuit d'Inukjuak en 2001. Le mot Unaaq signifie « harpon » en Inuktitut, un outil considéré central aux pratiques traditionnelles de chasse par les hommes inuit. En choisissant ce terme, les fondateurs d'Unaaq ont voulu souligner le rôle vital de l'Association dans la communauté comme fer de lance pour les hommes inuit, de même que dans la promotion de la culture et du savoir traditionnel, le soutien aux jeunes et la création d'emplois locaux. Le tout s'effectue grâce à une approche intergénérationnelle de parrainage entre aînés et jeunes hommes.

De façon plus concrète, l'Association organise des rencontres où les aînés accompagnent les jeunes à des activités de chasse, de pêche et de construction de kayaks, d'iglous et de *qamutiks* (traîneaux pour motoneiges). Unaaq organise aussi des compétitions de construction d'iglous pour les 17-29 ans, qui combinent tir sur cibles, découpage de glace et course. La programmation offre aussi de nombreuses formations en secourisme, en navigation, en tourisme, en fabrication d'outils traditionnels, en survie dans la nature, en installation d'abris d'urgence, en production d'accessoires de théâtre et de jouets en bois, ainsi que des activités

de ramassage de pierres à savon pour les sculpteurs. Unaaq possède également un atelier de réparation de petits moteurs qui donne de l'emploi aux réparateurs, agit comme entrepôt et permet de recycler les pièces, de réparer les motoneiges et les véhicules tout-terrain à un prix abordable, tout en réduisant le fardeau de la décharge municipale (Association des hommes d'Inukjuak Unaaq s. d.).

S'attaquer à l'origine du problème du suicide

Dans leur lutte au suicide, plutôt que de s'engager dans des interventions thérapeutiques, les membres de l'Association ont reconnu l'origine du problème — le déracinement et l'isolement — et ont choisi de miser sur des activités se déroulant sur le territoire même afin de renforcer l'identité culturelle et de revaloriser le rôle traditionnel des hommes dans la communauté. Même si les activités d'Unaaq ciblent surtout les hommes âgés de moins de 30 ans, elles sont également ouvertes aux femmes qui souhaitent y prendre part (Villaseñor-Caron, 2016). Les activités avec les aînés, et en particulier les expéditions de chasse et de pêche, sont autant d'occasions pour transmettre les compétences traditionnelles et les valeurs culturelles. Le modèle de l'Unaaq constitue ainsi un excellent exemple d'utilisation de compétences traditionnelles en contexte contemporain, et ce, tout en contribuant au mieux-être des individus et au développement économique et social de la communauté (Villaseñor-Caron, 2016).

Première organisation d'hommes au Nunavik, Unaaq aimerait voir son modèle reproduit dans d'autres communautés inuit et des Premières Nations. Unaaq souhaite ainsi partager son expérience et a invité « d'autres collectivités à utiliser son modèle pour mettre sur pied leurs propres organisations, comme la Salluit's Kakivak Men's Association. Umiujaq et Kangirsuk ont aussi indiqué vouloir fonder une association d'hommes » (Association des hommes d'Inukjuak Unaaq 2012 : 3). Les membres d'Unaaq partagent aussi le souhait de tenir des rencontres interrégionales entre associations locales d'hommes dans le but d'échanger sur leur programmation, les meilleures pratiques et les techniques traditionnelles utilisées, de même que sur les défis et les problématiques sociales auxquelles les communautés sont confrontées (Villaseñor-Caron, 2016). L'Association aimerait de plus créer des rapprochements avec les Cris ou les Déné, par exemple. Ses membres rêvent même qu'un jour ces futures associations deviennent regroupées au sein d'un regroupement national d'organisations d'hommes autochtones, à l'instar des structures des femmes autochtones (Inspiration arctique, 2018).

Gouvernance, financement, défis

Une fois incorporée comme organisme à but non lucratif en 2006, l'Association a constitué son conseil d'administration, composé de sept membres, dont quatre aînés et les membres fondateurs (Unaaq, s. d.). Le conseil veille à la programmation et au financement de l'organisme. Le budget annuel varie de 400 000 \$ à 500 000 \$, dont environ 300 000 \$ sont consacrés à l'embauche de personnel (Villaseñor-Caron, 2016). Unaaq compte aujourd'hui sur le soutien et la collaboration de l'Administration régionale Kativik, de la municipalité d'Inukjuak, de la Société Makivik, de la Commission scolaire Kativik, de l'Institut culturel Avataq, ainsi que du programme Ungaluk « Pour des communautés plus sûres » qui finance des initiatives en prévention de la criminalité (Makivik, 2017).

L'Association aurait souhaité avoir un statut d'école afin que sa formation soit reconnue; cependant, le gouvernement du Québec n'a pas acquiescé à sa demande. Unaaq a rencontré d'autres obstacles d'ordre administratif. Par exemple, à deux occasions, l'organisation n'a pas eu de financement pour l'été puisque sa demande de subvention avait été reçue à un moment considéré hors délai. Ceci a fait en sorte que les employés n'ont reçu aucune paie durant 4 semaines. Comme le relève Villaseñor-Caron (2016), il s'agit d'une autre conséquence

négative du financement sur une base à court terme ou par projet; un financement s'étalant sur plusieurs années aurait facilement évité ce désagrément pour la communauté. En revanche, Unaaq a reçu en janvier 2018 un important prix de 500 000 \$ de la part d'Inspiration Arctique, une organisation mise sur pied par un couple de philanthropes, afin de pouvoir mener un programme intensif de formation aux pratiques traditionnelles auprès des jeunes.

Retombées

- Depuis quelques années, le taux de suicide a baissé à Inukjuak, sans toutefois disparaître complètement : en 2015, le suicide demeurait toujours la 2^e cause de décès dans la communauté (Montpetit, 2018).
- Un des plus grands succès quantifiables d'Unaaq est son programme de réparation de petits moteurs. À peine quatre mois après son ouverture, l'atelier avait réparé autour de 400 véhicules et généré de 4 000 \$ à 5 000 \$ de revenus mensuels (Villaseñor-Caron, 2016).
- Dans un contexte local de pénurie d'emploi, l'une des retombées les plus appréciées par la communauté est la création de nouveaux emplois pour les hommes et en particulier les jeunes. En 2012, le personnel était composé d'un directeur général, d'un directeur adjoint, d'un administrateur à temps complet et d'un administrateur adjoint, de trois mécaniciens spécialisés dans les petits moteurs, de guides de chasse, de professeurs de construction d'igloo, d'entraîneurs d'attelages de chiens, d'aînés mentors ainsi que du personnel administratif à temps partiel. Les salaires varient de 15 à 30 \$/heure. Les jeunes qui participent aux activités reçoivent également une petite compensation financière.

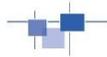
Bibliographie

- Association des hommes d'Inukjuak Unaaq (2012). *Rapport 2012*. Repéré à http://www.unaaqmen.org/images/Docs/annual_report_2012_web.pdf
- Association des hommes d'Inukjuak Unaaq. (s. d.). *History*. Repéré à <http://www.unaaqmen.org/index.php/en/history7823134>
- Duchaine, G. (11 octobre 2015). Grande enquête le drame ignoré des enfants autochtones : De l'aide réclamée. *La Presse*. Repéré à http://plus.lapresse.ca/screens/e70c7bb5-0ebb-4cb6-b5f0-bc3d59196773_7C_V5Wcel7rOBiD.html
- Duhaime, G., Lévesque, S. et Caron, A. (2015). *Le Nunavik en chiffres en 2015—version intégrale. Rapport de recherche*. Chaire de recherche sur la condition autochtone comparée, Université Laval. Repéré à <http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/documents/pdf/Le-Nunavik-en-chiffres-2015-18-08-15-.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Prévention du suicide*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/promotion-sante/prevention-suicide.html>
- Inspiration arctique. (2018, 24 mai). *Unaaq Men's Association of Inukjuak: ITPD — 2017 AIP Laureate — Final* [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://vimeo.com/271697963>
- Irqumia, S. S. (2011). Inukjuak. Repéré à <http://www.iqqaumavara.com/en/fr/inukjuak/>
- Montpetit, C. (2018, 18 avril). Nunavik : reconquérir sa propre culture. *La Presse*. <https://www.ledevoir.com/societe/525460/jongler-entre-tradition-en-modernite-2-une-association-d-hommes-inuits-veut-redonner-prestige-au-mode-de-vie-traditionnel>
- Société Makivik (2017). *2017 Ungaluk Funded Community Projects*. Repéré à <http://www.makivik.org/wp-content/uploads/2017/03/2017-2018-Ungaluk-projects-Community-projects.pdf>

Société Makivik (s. d.). Programme Ungaluk. Repéré le 06-08-2018. À <http://www.makivik.org/fr/actuellement/programme-ungaluk/>

Statistiques Canada. (2018). Inukjuak - Profil du recensement, Recensement de 2016. Repéré le 06-08-2018 à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2499085&Geo2=PR&Code2=62&Data=Count&SearchText=Inukjuak&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>

Villaseñor-Caron, L. (2016). Unaaq Men's Association of Inukjuak. Dans F. Abele et C. Southcott (dir.), *Care, Cooperation and Activism in Canada's Northern Social Economy* (p. 51-59). Edmonton, Canada: University of Alberta Press/CCI Press.



1.11 Ussenium/Mamuitun : thérapie communautaire intergénérationnelle et mixte en territoire ancestral de la communauté innue de Natushkuan

Kim Méthot

Contexte

Le programme Ussenium/Mamuitun a été mis en place par les services sociaux de Natushkuan entre 1998 et 2010, pour les membres de la communauté de Natushkuan, afin de répondre aux problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de santé mentale par une approche de santé holistique. Avant 1997, les services sociaux étaient assurés par le regroupement tribal Innu Mamit Unnuat situé hors communauté. Les programmes fédéraux de soins administrés par Mamit Unnuat tenaient les modèles de guérison traditionnels proposés par les aînés à l'écart, ce qui causait une polarisation des conceptions de la guérison au sein de la communauté de Natushkuan. Suite à une volonté d'autonomie sur le plan de la santé et des services sociaux, le conseil de bande de Natushkuan prit en charge ces services, et la Première Nation innue de Natushkuan quitta le regroupement Mamit Unnat en 1998. Cette décision fut suivie d'une consultation ouverte de six mois avec la communauté afin de s'entendre le mieux possible sur les paramètres que prendrait la coexistence des services autochtones et non autochtones. Il ressortit de cette consultation que le processus de guérison devait être collectif (St-Arnaud et Bélanger, 2005). De plus, une analyse de la situation permit de tracer le lien entre les problèmes sociaux présents dans la communauté et les conséquences des pensionnats.

À la même époque, la Fondation autochtone de guérison (FADG) venait de voir le jour; les responsables des services sociaux de Natushkuan contactèrent donc la Fondation afin de recevoir du financement pour leurs activités. Répondant parfaitement aux critères de financement de la FADG, un comité de six aînés fut mis en place afin de créer un projet de guérison qui répondrait aux besoins de la communauté (St-Arnaud et Bélanger, 2005).

Description

Les consultations avec des aînées/aînés, des survivantes/survivants de pensionnats, des intervenantes/intervenants locaux et des psychologues permirent de mettre en branle un programme de thérapie communautaire intergénérationnel et mixte de 10 jours en forêt, à raison de quatre fois par an suivant les saisons, sur un territoire ancestral. Ce programme, appelé Ussenium (vie nouvelle en innu), fut financé dès 1999 pour une période de deux ans. Puis, un second projet appelé Mamuitun (s'unir) prit le relais de 2003 à 2010. L'approche s'appuie sur la complémentarité des méthodes thérapeutiques occidentales et des méthodes de guérison dites traditionnelles. Trois objectifs sont visés par la thérapie : 1) explorer en profondeur les blessures associées aux pensionnats et prendre conscience des problèmes liés, directement et indirectement, à ceux-ci; 2) faciliter la libération par la parole et le partage des émotions et des sentiments vécus; 3) permettre la récupération d'un pouvoir d'être et d'agir (empowerment), et de cette manière acquérir de nouvelles pratiques de vie saine, mettant ainsi un terme à la transmission intergénérationnelle des traumatismes.

La particularité du programme réside dans sa très grande flexibilité (thérapie « à la carte »). Il s'agit en effet d'un « moment de vie collective » qui permet aux patientes/patients et aux thérapeutes de créer une dynamique particulière à chaque visite en forêt.

Transformation de la relation à l'alcool et aux drogues

Avec la mise en place de la thérapie, la relation des gens de Natushkuan avec l'alcool et les drogues se transforma. Effectivement, si on considérait auparavant les problèmes d'alcool et de drogues comme étant la cause des problématiques sociales, on commence peu à peu à les entrevoir comme le résultat des traumatismes intergénérationnels. Cette prise de conscience : « a [...] pour effet de mettre les consommateurs en position de force face à leurs problèmes individuels, familiaux et communautaires. Cette force provient de leur compréhension du geste de consommer comme s'inscrivant dans la continuité des souffrances héritées de l'histoire, et non comme la cause fondamentale des diverses problématiques sociales de communauté, voire comme un marqueur indéfectible de l'identité innue » (St-Arnaud et Bélanger, 2005 : 168).

Ce thème est abordé, tout au long de la thérapie, dans une optique globale enracinée dans le contexte et l'histoire des Premières Nations au Canada. De plus, il semble que l'expérience ait participé à retisser les liens intergénérationnels effrités par le régime des pensionnats. Les aînés avaient tendance à reprocher aux plus jeunes leur mode de vie plus moderne; ces premiers font maintenant preuve d'une plus grande ouverture et sont capables de mieux accueillir la souffrance des autres. Les jeunes, quant à eux, sont plus reconnaissants envers les aînés et sont plus ouverts à recevoir leurs enseignements (St-Arnaud et Bélanger, 2005).

Gouvernance, financement, défis

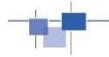
St-Arnaud et Bélanger rapportent que « les intervenants des services de santé et des services sociaux tels que l'agent innu du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA), le responsable innu en santé communautaire (RSC) de même que des praticiens, des travailleurs sociaux et des psychologues autochtones comme non autochtones sont engagés dans la réalisation [du projet], tout autant que les aînés et les ex-pensionnaires » (2005 :157). L'initiative fut financée par la FADG (qui a terminé ses activités en 2013) jusqu'en 2010.

Retombées

- De 1999 à 2005, plus de 200 personnes ont participé à la thérapie (9 participants à la première édition et plus de 140 en mars 2005).
- De 1999 à 2002, les demandes de services en urgence pour des lésions corporelles ou des états d'anxiété reliés à la violence familiale sont passées de 110 à 15 par année.
- Le nombre de signalements à la DPJ a radicalement diminué de 1999 à 2005.
- Création d'un club de marche.
- Les habitudes alimentaires se sont améliorées.
- La consommation d'alcool a diminué.
- D'autres projets sont en cours : formation d'un groupe de femmes, projet pour enrayer la criminalité auprès des jeunes, projet « Je protège mon enfant » [financé par la FADG], entre autres, demande formelle auprès des autorités de la communauté pour former un groupe d'entraide pour les hommes.
- Des projets semblables ont été mis sur pied dans six communautés de la Basse-Côte-Nord (2005).

Bibliographie

St-Arnaud, P., Bélanger, P. (2005). Co-création d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec : appréciation clinique d'une approche émergente et culturellement adaptée. *Drogues, santé et société* 4(2), 141-176.



1.12 Wasueg : engager la communauté mi'gmaq de Listuguj dans un dialogue ouvert, sécurisant et non évasif sur la violence contre les femmes et les filles

Marie-Dominik Langlois

Contexte

Le projet Wasueg a été mis sur pied en 2015 par la Maison d'hébergement pour femmes autochtones victimes de violence familiale Haven House, pour la communauté mi'gmaq de Listuguj, afin de répondre aux problématiques de violence familiale et domestique, dans la communauté mi'gmaq de Listuguj, en Gaspésie.

Selon une étude de Statistique Canada, 67 000 femmes autochtones âgées de 15 ans ou plus (soit près de 1 femme sur 7) avaient déclaré avoir été victimes de violence en 2009 (Brennan, 2015). Les femmes autochtones sont 7 fois plus susceptibles d'être assassinées que les femmes non autochtones. Elles sont aussi 4 fois plus susceptibles d'être victimisées : 25 % ont rapporté avoir été victimes de violence domestique, contre 8 % pour les femmes non autochtones. Comme plusieurs communautés autochtones, Listuguj fait face à une hausse de la violence familiale. Pour trouver des solutions répondant aux besoins et aux réalités de la communauté, la maison d'hébergement pour femmes autochtones victimes de violence familiale Haven House a démarré en 2015 le projet « Wasueg ».

Créée en 1991 à Listuguj, grâce à une décision du chef et du conseil de bande, Haven House se veut un lieu sûr pour les femmes autochtones et leurs enfants victimes de violence familiale, auxquels on offre une résidence temporaire, des conseils, un soutien émotionnel ainsi que l'information et des références concernant l'aide juridique, les services sociaux, la police et d'autres ressources communautaires. Haven House s'est inspirée des pratiques des maisons d'hébergement pour femmes non autochtones, puisqu'aucun cadre de référence en termes de refuge pour femmes autochtones n'existait à l'époque de sa création. Selon la fondatrice d'Haven House, Sheila Swasson, il y a eu de la résistance dans la communauté au début, car le concept de refuge était étranger (McNally, 2016). Avec le temps, Haven House a réussi à gagner la confiance de la communauté et à élargir l'offre de services à la clientèle de Listuguj grâce à des évaluations de besoins. Aujourd'hui, Haven House offre des services de type conventionnel et traditionnel. Le refuge est ouvert autant aux membres de la communauté qu'aux membres des Premières Nations du Québec ou de l'extérieur. Le personnel est stable depuis des années et peut communiquer en langue mi'gmaq.

Description de l'initiative

Mot signifiant « fleur » en Mi'gmaq, Wasueg part du souci de répondre aux besoins et aux particularités de la communauté en ce qui a trait à la violence familiale. L'objectif principal de Wasueg est d'engager les membres et les ressources de la communauté de Listuguj dans un dialogue ouvert, sûr et non évasif sur la violence contre les femmes et les filles par le biais de groupes de discussion et d'activités communautaires.

Comptant sur la participation de la communauté, Wasueg cherche à : 1) explorer l'ampleur du problème dans la communauté; 2) identifier les lacunes dans les services et la prestation des programmes; 3) identifier les meilleures pratiques qui serviront de guide dans l'élaboration des plans de sécurité et de programmes de lutte contre la violence faite aux femmes et aux filles

de Listuguj. Le projet vise aussi à formuler des recommandations auprès des leaders communautaires et des administrateurs locaux (Haven House, s. d.). Les objectifs du projet sont : 1) d'accroître la sensibilisation et d'engager un dialogue sur la violence et les abus au moyen de groupes de discussion, de discussions informelles, de discussions individuelles, d'enquêtes, de présentations, d'événements communautaires et d'activités; 2) de fournir les outils et les connaissances nécessaires pour permettre aux femmes et aux filles d'élaborer des plans de sécurité individuels, et de travailler à l'élaboration d'un plan de sécurité communautaire; 3) de briser le silence et le cycle de la violence; 4) d'élaborer un programme d'ateliers pour guider la création de plans de sécurité; 5) de favoriser la création de réseaux au sein de la communauté pour soutenir les personnes victimes de violence et d'abus; 6) de réduire l'incidence de la violence à l'égard des femmes et des filles; 7) d'accroître la sensibilisation à la violence et aux abus et aux ressources disponibles; 8) de concevoir un outil qui permette de mesurer l'incidence de violence et d'abus dans la communauté. Les deux premiers objectifs ont été réalisés lors de la phase 1 du projet, alors que les suivants le seront à la seconde phase.

Le projet compte également sur l'engagement des hommes et des garçons, puisque « Nous devons parler aux victimes et aux abuseurs, car ils peuvent contribuer à la recherche de solutions possibles. Nous devons réfléchir au problème afin de pouvoir prendre action », explique Swasson, qui agit également comme responsable des services communautaires pour le Conseil de bande de Listuguj (McNally, 2015).

La culture comme clé de guérison de la violence familiale et domestique

Parmi les résultats les plus révélateurs se dégageant des entretiens, le rapport de la phase 1 du projet (2015-2016) fait état que les groupes participants ont reconnu la culture comme pièce maîtresse de la guérison. Cependant, souligne le rapport, les groupes ne s'entendaient pas sur ce qu'est exactement la « culture » : plusieurs la percevaient comme perdue ou peu présente dans leur vie quotidienne. Ce sont surtout les aînés et les jeunes qui ont fait la défense de la culture mi'gmaq et de l'importance de se retrouver en communauté par les cérémonies, par exemple. L'équipe de Wasueg note dans son rapport que la culture joue un rôle clé dans la guérison de la violence domestique et du traumatisme intergénérationnel à Listuguj et qu'elle doit faire l'objet d'un plan communautaire pour le maintien et la revitalisation des pratiques culturelles et des responsabilités traditionnelles.

Ainsi, dans le cadre de la phase 2 de Wasueg (2017), on prévoit recentrer le dialogue autour de la culture mi'gmaq en organisant une retraite culturelle pour les jeunes, ainsi qu'une retraite pour les aînés intitulée « Identifier notre culture » afin d'aborder le rôle de la culture et de partager leurs enseignements par rapport à la prévention de la violence familiale. La 2^e phase s'appliquera aussi à développer un outil quantitatif pour mesurer les gains en connaissances à propos de la violence familiale, les stratégies de sécurité, de même que les pratiques culturelles favorisant des relations meilleures et plus saines.

Un autre point intéressant relevé par l'enquête est le besoin d'avoir un espace de guérison communautaire spécifiquement pour les hommes engagés dans une relation abusive.

Gouvernance, financement, défis

La phase 1 du projet a pu être développée grâce à une subvention du ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada (MAANC) dans le cadre du programme de prévention de la violence familiale. Haven House a présenté une nouvelle demande de financement au bureau régional d'Affaires autochtones et du Nord Canada pour la 2^e phase du projet. Le projet veut prendre appui sur les données recueillies lors de la première phase. Le projet souhaite aussi

développer des accords de partenariat entre les fournisseurs de services (comme les programmes familiaux et le service de police de la communauté) afin d'assurer leur engagement envers l'égalité des genres et la sécurité et le mieux-être des femmes et des filles. Enfin, on prévoit concevoir du matériel d'éducation abordant les relations saines et malsaines et les solutions possibles pour guérir les relations problématiques.

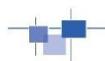
Retombées

En avril 2016, Haven House a annoncé les résultats de la première phase de Wasueg :

- Treize groupes de discussion ont été organisés auprès de 105 personnes (hommes et femmes), âgés de 16 à 65 ans et plus, de niveaux d'éducation et de profils professionnels variés.
- Des rencontres avec des aînés, des membres du conseil de bande, du personnel de groupes communautaires (comme les infirmières), des conjoints allochtones de Mi'gmaq et avec des étudiants au niveau secondaire ont été organisées.
- Des entretiens privés ont également été menés avec des couples, ainsi que des entretiens familiaux avec des membres de tous âges. Chaque groupe a reçu le même matériel pour guider les réflexions : une présentation PowerPoint, la vidéo « Through their Eyes ».
- Afin de donner de la visibilité au projet dans la communauté, on a créé une panoplie de matériel promotionnel avec le logo du projet.

Bibliographie

- Brennan, S. (2015). *La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009*. Repéré sur le site de Statistiques Canada : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2011001/article/11439-fra.htm>
- Listuguj Haven House. (s. d.). The Wasueg Project. Repéré à 22-08-2018 à <http://www.listugujhavenhouse.ca/the-wasueg-project/>
- McNally, T. (2015). Red dress for awareness of missing and murdered aboriginal women. *Campbellton Tribune*, 19 octobre. Repéré à <https://www.telegraphjournal.com/tribune/story/44315851/red-dresses-awareness>
- McNally, T. (2016). Haven House celebrates 25 years. *Campbellton Tribune*, 26 octobre. Repéré à <https://www.telegraphjournal.com/tribune/story/49029483/haven-house-celebrates-25>



1.13 Wigobisan : quand toute une communauté anishnabe se lève pour prendre soin de ses enfants

Marie-Dominik Langlois

Contexte

Le projet Wigobisan a été mis sur pied en 1999 par les services sociaux Minokin et la communauté anishnabe de Lac-Simon (Abitibi-Témiscamingue), pour les enfants et adolescents victimes ou responsables d'abus sexuels dans la communauté. Il s'agissait d'une prise en charge de la communauté pour répondre aux problèmes d'agressions et de santé mentale, avec des approches de santé holistique et communautaire. Le projet a été financé entre 1999 et 2004, et s'est maintenu jusqu'en 2010.

En 1999, la communauté de Lac-Simon apprend qu'une centaine¹ d'enfants et adolescents sont touchés par des agressions sexuelles. Il est question de jeux sexualisés dirigés par des jeunes de 12 à 20 ans sur d'autres enfants. Pour faire face à cette crise sociale d'envergure, on crée le programme Wigobisan, fruit du travail collaboratif des membres de la communauté et les Services sociaux Minokin, avec le soutien financier du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC). Ancré dans une optique de guérison communautaire qui reconnaît la complexité du trauma intergénérationnel des pensionnats autochtones s'opérant dans toutes les couches de la communauté, Wigobisan a réussi à briser le tabou des violences sexuelles pendant sa période active (1999-2010).

Estimant que toute la communauté était touchée directement ou indirectement, un comité de travail composé principalement de représentants de Lac-Simon et des Services sociaux Minokin a entrepris une réflexion profonde sur les causes premières de la souffrance et de la violence chez les enfants de la communauté. On y reconnut chez les jeunes la manifestation de l'héritage des traumatismes intergénérationnels et des dysfonctions relationnelles qu'ils ont engendrées chez leurs parents et grands-parents. Pour répondre de façon adéquate à la crise, l'équipe de Wigobisan décida d'élaborer un programme holistique combinant une approche communautaire et clinique pour s'attaquer aux racines profondes des comportements sexuels problématiques.

Description

Le terme « Wigobisan » signifie « un arc-en-ciel sur la communauté » et fait référence à la lumière qui sera amenée au Lac-Simon grâce aux activités de guérison post-crise. L'objectif principal du programme était d'infléchir les trajectoires de vie des enfants et des « familles affectés par la violence sexuelle, souvent intergénérationnelle et associée au vécu des parents au pensionnat indien et aux multiples impacts de la colonisation [...] vers la santé et l'harmonie et ainsi leur éviter de cheminer dans la vulnérabilité, les risques et la revictimisation » des jeunes (Morency, 2017).

Le programme a fait appel à une équipe d'intervenantes/intervenants de Lac-Simon et de l'extérieur pour offrir des services spécialisés sur la problématique de la violence sexuelle infantile et développés sur mesure en fonction des besoins établis par la communauté. L'idée

¹ À cette époque, la communauté comptait environ 1300 habitants, dont 450 enfants (Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue 2017; Deshaies, 2018).

était d'aller au-delà d'interventions individuelles ou familiales en travaillant au niveau de toute la communauté et sur le long terme. Par conséquent, c'est en rompant le cycle des violences sexuelles² qu'on pourrait réussir à guérir la communauté et offrir une vie meilleure à la future génération en lui donnant des bases plus solides, faute de quoi les effets du traumatisme intergénérationnel risqueraient de se reproduire sur les générations à venir.

Des interventions pour et par la communauté

La mission de Wigobisan s'est élaborée au fil de nombreuses rencontres du comité de travail, souvent tenues en langue anishnabe, ce qui a permis de penser le programme depuis la culture et les traditions anishnabe et avec des concepts et valeurs qui leur sont propres. En d'autres mots, Wigobisan représentait un ensemble d'interventions décidé par la communauté en fonction de ses besoins particuliers.

Dans son étude de besoins en matière de services sociaux dans trois communautés autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue en 2006, l'équipe du Laboratoire de recherche pour le soutien des communautés (LARESCO) a qualifié Wigobisan de précurseur dans la sphère d'intervention touchant les agressions sexuelles chez les enfants. Le programme a déployé des interventions cliniques (soutien psychosocial aux enfants et aux familles, etc.) et communautaires (activités d'éducation sexuelle dans les 2 écoles de la communauté, soutien aux familles, et activités de prévention et de sensibilisation communautaire). L'objectif était de sensibiliser et d'intervenir auprès des enfants dès 3 ans, et jusqu'à l'âge adulte. Pour sa part, le volet Mistodan s'adressait spécifiquement aux jeunes ayant commis les agressions sexuelles. Il comptait sur des interventions en santé mentale en collaboration avec le milieu judiciaire.

Judith Morency (2018) identifie plusieurs éléments ayant conduit au succès du programme. Elle souligne d'abord le courage et l'humilité de la communauté pour s'attaquer de front et en profondeur à la crise sociale à laquelle elle faisait face, caractérisée par des dynamiques complexes. La force de la vision et la puissance de l'esprit qui animaient les Services sociaux Minokin ont également constitué des valeurs piliers.

Le succès de l'initiative s'explique en grande partie par le rôle central joué par la communauté dans le processus décisionnel du programme, et ce, à toutes les étapes. Dans ce sens, le programme a fonctionné selon une logique ascendante (*bottom-up*) qui « correspond à l'aspiration des acteurs locaux de pouvoir déterminer localement les problèmes prioritaires et les stratégies d'action appropriées » et non pas selon la logique descendante (*top-down*)³ qui caractérise généralement les programmes de santé et services sociaux dans les communautés autochtones (CSSSPNQL, 2013, p. 74).

² Dans son rapport de 2003, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse faisait état d'un jeune de 12 ans qui aurait abusé près de 80 enfants par des jeux sexuels; l'adolescent avait lui-même été abusé par un oncle. La Commission reconnaît que plusieurs adultes ayant vécu le pensionnat dans les années 1950 ont fait l'objet de graves sévices physiques et sexuels et qu'ils en portent aujourd'hui de profondes cicatrices.

³ Cette approche « correspond aux politiques et programmes gouvernementaux de recours aux communautés et qui se subdivise en deux logiques : la logique d'expertise prescriptive, qui s'appuie sur le pouvoir qu'ont les expertes/experts de déterminer le contenu des programmes pour répondre aux besoins prédéterminés des communautés, et la logique d'*empowerment*, qui renvoie à la mobilisation active des communautés pour agir sur les déterminants de la santé. Ces deux logiques sont particulièrement présentes dans le domaine de la santé publique » (Bourque et Favreau 2003, cités dans CSSSPNQL 2013: 74).

Gouvernance, financement, défis

D'abord mis en place par une collaboration entre la communauté et les Services sociaux Minokin, Wigobisan recevait initialement du financement du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Cependant, la trajectoire de Wigobisan s'est rompue soudainement et le programme dut mettre fin à ses activités après que le gouvernement fédéral lui eut retiré son financement en 2002.

Minokin est un organisme né du désir de prise en charge des services sociaux partagé par les trois communautés anishnabe de l'est de l'Abitibi (Pikogan, Kitcisakik et Lac-Simon). Prise isolément, chaque communauté ne pouvait se qualifier pour recevoir du financement du gouvernement fédéral, car un des critères exigeait de représenter au moins 1000 enfants; les communautés se sont donc unies pour créer Minokin. En premier lieu, on a créé un conseil d'administration, composé de trois représentants de chaque communauté. Les chefs de ces communautés ont préparé une résolution qui fut signée par les conseils de bande pour donner leur accord sur le projet commun de gestion des services sociaux. Une étude de faisabilité a été effectuée pour laquelle chaque communauté fut consultée. L'organisation était gérée par les Anishnabe, qui veillaient à l'administration des services, ressources financières et humaines. Minokin déployait un bureau dans chaque communauté ainsi qu'un à Val-d'Or. Chaque bureau comptait sur les services d'un agent autochtone de liaison bilingue (français-anishnabe) qui assurait le lien entre les membres de sa communauté et les intervenantes/intervenants non autochtones. Les services pris en charge par Minokin incluaient la santé, les services sociaux et la jeunesse. Minokin a été en fonction de 1996 à 2002. En 2002, le gouvernement fédéral retira son financement suite à une vérification financière : Minokin avait accumulé un déficit en raison de l'augmentation des besoins, notamment en intervention psychologique, et des coûts associés en services.

Suite à l'interruption des services de Minokin, le maintien de Wigobisan a ensuite été assuré pendant 2 ans par le budget de la santé du Conseil de la nation anishnabe de Lac-Simon. L'équipe réussit à acquérir un financement partiel et temporaire auprès de la Fondation autochtone de guérison (FADG). Cependant, le gouvernement fédéral décida de ne pas renouveler le financement de la FADG : Wigobisan perdit une seconde fois son financement. En 2004, Wigobisan a dû mettre fin à la plupart de ses activités.

Tragiquement, après la fermeture de Wigobisan, les suicides ont monté en flèche. L'anthropologue Livia Vitenti (2018) indique que sur les 22 suicides répertoriés entre 1986 et 2011 à Lac-Simon, 14 ont eu lieu entre 2008 et 2011, dont la moitié représentait des décès de femmes. Elle note aussi 2 morts non naturelles, soit 2 homicides, une noyade et un accident. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSPSSPNQL) (2014) précise pour sa part que la communauté a connu une crise sociale à l'été 2009 marquée par 6 suicides et 83 tentatives de suicide. Cette tragédie « démontre que le problème existe toujours et qu'il importe d'agir de façon toujours plus efficace en travaillant avec les membres de la communauté et en conformité avec leurs demandes », affirme Vitenti (2018).

À ce sujet, la cheffe Adrienne Jérôme soutient que la vague de suicides et de violences impliquant des jeunes nés dans les années 1990 coïncide avec les années suivant la fermeture de Wigobisan et met en évidence le besoin impérieux d'offrir un accompagnement aux jeunes de cette génération ayant été touchés par la crise. « Chez nous, le monde allait bien. Après Wigobisan, les années noires de la communauté ont débuté. [...] En une année, on a eu 9 suicides », a confié la cheffe et cofondatrice de Wigobisan à la Commission Viens (2018).

Retombées

En moins de quatre ans, Wigobisan a soutenu 120 enfants dans le cadre de son programme grâce à des activités de thérapie, de groupe et de sensibilisation dans la communauté. Pendant les années que Wigobisan était en activité, la communauté a connu une baisse de signalements et de placements de jeunes. Par ailleurs, on a noté une nette diminution des suicides, voire leur absence complète, comme le mentionne Judith Morency à la Commission Viens lors de l'audience du 18 avril 2018.

Bibliographie

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador - CSSSPNQL. (2013). *Rapport final d'évaluation. Projet pilote d'équipe en mieux-être mental 2009-2013*. http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/mem_final_juillet_2014v2.pdf?sfvrsn=2

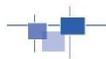
Jerôme, A. (2018). Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Montréal, 22 janvier 2018.

Jérôme, A. (2018). Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Montréal, 18 avril 2018.

Laboratoire de recherche pour le soutien des communautés - LARESCO. (2006). *Étude de besoins en matière de services sociaux dans trois communautés autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue* (Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Morency, J. (2018). Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Montréal, 18 avril 2018.

Morency, J. (2017) *Témoignage sur le Programme Wigobisan*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-204.pdf



SECTION 2

INITIATIVES PROVENANT DU CANADA

2.1 Charles J. Andrew Youth Treatment Centre : traitement des dépendances pour les jeunes Innus

Nicolas Marzarte-Fricot

Contexte

Les Premières Nations innues du Labrador (Sheshatshiu et Mashuau), le Nunatsiavut et le Atlantic Policy Congress, ont mis en place, depuis 2013, une initiative pour les jeunes Innus et Inuit entre 11 et 17 ans. Elle est accessible également à d'autres Premières Nations de la région atlantique, et elle se déroule à Natuashish, au Labrador. Sa thématique clé est les dépendances.

En 1993, le village de Davis Inlet était devenu tristement célèbre par des images de six enfants inhalant des vapeurs d'essence. Sept ans plus tard, l'année 2000 était marquée par une vague de suicides, de meurtres et d'abus de solvants au sein de la population des jeunes Innus du Labrador (CBC News, 2000). C'est dans ces circonstances que le Charles J. Andrew Youth Treatment Centre (CJAY) ouvrit ses portes en mai 2000. Au moment des événements qui ont amené à l'ouverture du CJAY, les Innus étaient encore en cours de procédure de reconnaissance avec le gouvernement fédéral. Ce n'est qu'en 2002 que les Innus du Labrador se virent reconnaître le statut de bande et qu'ils furent relocalisés de Davis Inlet à Natuashish (Backhouse & McRae, 2002), communauté dans laquelle se situe le centre.

Le CJAY est un centre de traitement de l'abus de solvants qui a ouvert ses portes à Natuashish le 17 mai 2000 et a reçu ses 12 premiers pensionnaires le 29 mai de la même année. Accrédité par Santé Canada depuis 2002, le CJAY est un centre de guérison résidentiel de dix lits destinés aux jeunes hommes et femmes âgés de 11 à 17 ans. Il s'adresse principalement aux jeunes Innus, Inuit et autres membres des Premières Nations du Canada atlantique et du reste du Canada. Le centre est nommé d'après Charles J. Andrew, le premier directeur du programme contre l'abus d'alcool et de drogue de la communauté.

Si, lors de son ouverture, le centre s'occupait uniquement des jeunes, il a élargi sa gamme de services dès 2013 en offrant son premier programme destiné aux familles, à la suite des recommandations de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) (GRIPMA, 2009)

Description

Le centre offre des programmes visant l'autonomisation des jeunes Innus et des familles innues par le biais de traitements holistiques qui renforcent et renouvellent la culture, les pratiques, les croyances et les valeurs autochtones en matière de respect, de confiance, de partage, d'acceptation et de coopération. Outre les programmes de prévention, le centre offre un programme de guérison familiale comportant deux volets : l'un est clinique, l'autre est basé sur le territoire (Charles J. Andrew Youth Treatment Centre, 2014).

Le volet clinique

Ce programme s'attaque à l'impact du traumatisme intergénérationnel, des abus sexuels, physiques et émotionnels, à l'établissement de compétences parentales saines, mais aussi à l'abus d'alcool et de substances, y compris leurs répercussions sur la famille. L'objectif principal du programme de 16 semaines est d'aider les adolescents à regagner leur confiance

en eux grâce à un programme de traitement de la toxicomanie conçu pour les aider à devenir des adultes autonomes en bonne santé. Dans ce programme, les jeunes et les familles apprennent à établir des relations saines : savoir comment se reconnecter et se soutenir mutuellement dans la guérison ; améliorer les compétences parentales, y compris parler, établir des liens et de la discipline; mieux gérer leurs émotions.

Ce programme donne aux parents l'occasion de travailler pour récupérer la garde de leurs enfants pris en charge. Ainsi les familles qui ont des enfants pris en charge peuvent passer par un programme de sept semaines avec eux à CJAY. Ce programme offre la possibilité aux familles dont les enfants sont en foyers d'accueil à Sheshatshiu, North West River ou Happy Valley-Goose Bay de les visiter, et dans la plupart des cas, ces visites sont d'une nuit ou plus. Les frères et sœurs ont ainsi l'occasion de se rencontrer et de passer du temps ensemble.

Le volet en territoire

Lancé en 2014, ce programme aussi appelé Nutshimit repose sur la culture autochtone comme facteur de guérison qui permet de connecter le spirituel, la famille et la communauté (Charles J. Andrew Youth Treatment Centre, 2014). Ce programme a recours aux modes de guérison liées au territoire des Innus, des Inuit et d'autres membres des Premiers Peuples pour fournir un environnement respectueux et sécurisant. Il utilise l'enseignement des croyances et des valeurs traditionnelles, ce qui passe par l'apprentissage de techniques de survie avec le but de parvenir à l'autosuffisance en milieu naturel.

Une formule d'avant-garde

Les résultats du CJAY mettent en avant le besoin de placer la culture au centre de la guérison et démontrent que les soins de santé sont efficaces lorsqu'offerts dans un cadre sécurisant culturellement. La prise en compte de la famille proche et élargie et de la communauté, de ses valeurs et de ses coutumes favorise le sentiment de fierté, la confiance et une plus grande estime de soi. Une perspective holistique permet de prendre en compte toutes les dimensions de la personne, que ce soit sur le plan mental, social, physique ou culturel.

Gouvernance, financement et défis

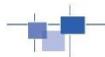
Le centre compte une vingtaine d'employés et son bureau directeur est composé de neuf membres représentant les Innus Sheshatshui, les Innus Mushuau, les Nunatsiavut et l'Atlantic Policy Congress. Santé Canada assure au centre un financement annuel de 1,2 M\$. Le centre a reçu le soutien financier de l'International Grenfell Association à hauteur de 100 000 \$ à sa création (Government of Newfoundland and Labrador, 2000). Par ailleurs, Les programmes menés par le centre sont très populaires, et la liste de personnes en attente de traitement s'allonge.

Retombées

- Depuis son ouverture, le Centre Charles J. Andrew a traité plus de 300 Innus, Inuit et autres membres de Premières Nations (Charles J. Andrew Youth Treatment Centre, 2014).
- Les parents ayant suivi un programme au centre récupèrent la garde de leurs enfants.
- La gendarmerie royale locale dénote une baisse de moitié de la criminalité à Natuashish en 10 ans.
- Une baisse du nombre de suicides est également enregistrée.

Bibliographie

- Backhouse, C. et McRae, D. M. (2002). *Report to the Canadian Human Rights Commission on the Treatment of the Innu of Labrador by the Government of Canada*. Ottawa: Faculty of Law, University of Ottawa.
- CBC News. (2000). *I'll never stop sniffing gas* [video]: CBC. Repéré à <http://www.cbc.ca/player/play/1769538608>
- Charles J. Andrew Youth Treatment Centre. (2014). CJAY'S 7 Week Family Program Overview. Repéré le 13-07-2018 à <http://www.cjay.org/home/programs.htm>
- Charles J. Andrew Youth Treatment Centre. (2014). *Healing on the Land*. Sheshatshiu, NL: Charles J. Andrew Youth Treatment Centre.
- Denov, M. et Campbell, K. (2002). Casualties of Aboriginal Displacement in Canada: Children at Risk among the Innu of Labrador. *Canada's Journal on Refugees*, 20(2), 21-33.
- Government of Newfoundland and Labrador. (2000). Charles J. Andrew Youth Restoration Centre opens in Sheshatshiu. Repéré à <https://www.releases.gov.nl.ca/releases/2000/just/0517n08.htm>
- GRIPMA. (2009). *Regional NNADAP Needs Assessment for First Nations of Quebec and Labrador*. Wendake (Québec) : FNQLHSSC
- Partridge, B. (1993). *Davis Inlet: Canada's third world*. Repéré à <http://www.cbc.ca/player/play/1769605302>
- Power, P. (2017). A decade after the people of Davis Inlet were relocated, they are still hunting demons. *The Globe and Mail*, June 5,. Repéré à <https://www.theglobeandmail.com/news/national/hunting-demons/article23331533/>



– INITIATIVE INSPIRANTE (CANADA) –

2.2 Doulas autochtones : accompagnement de la maternité impliquant un soutien émotionnel/culturel/spirituel et une transmission de connaissances

Lisa Van Campenhout et Priscylla Joca

Contexte

Les pratiques d'accompagnement des doulas autochtones sont ancestrales, mais des programmes de formation de doula autochtone au Canada ont été mis en place récemment. Plusieurs organisations autochtones de la Colombie-Britannique et du Manitoba fournissent des services de doula aux femmes autochtones enceintes qui souhaitent un accompagnement dans le processus prénatal, d'accouchement et postnatal. Traditionnellement, dans les communautés autochtones, les femmes avaient le rôle de soutien et faisaient partie prenante du processus de l'accouchement (ONSA, 2008). À partir du 20^e siècle, les femmes ont été isolées de leur réseau de soutien social pendant la grossesse à cause de la médicalisation de l'accouchement (ONSA, 2008). Cela s'est traduit par la perte du rôle d'aidante des femmes lors des naissances. Aujourd'hui, une femme vivant dans une communauté isolée doit partir seule en ville à 36 semaines pour accoucher à l'hôpital (Samson, 2016 ; Latimer, 2018). Cette période peut être très stressante pour la future mère, car elle est isolée de tout soutien familial et communautaire (Samson, 2016). De plus, la relation avec les infirmières peut être une source d'angoisse, notamment si la future mère a eu par le passé des mauvaises expériences avec les services de protection de la jeunesse ou des familles. Elle peut craindre que son bébé ne lui soit enlevé. Ce stress inutile peut mettre en danger la mère et l'enfant en créant des conséquences négatives sur leur santé (UWinnipeg, 2017). Par exemple, les femmes autochtones enceintes ont un taux de mortalité deux fois supérieur à celui de la moyenne canadienne (Kolahdooz, 2016). Enfin, les naissances dans les hôpitaux, loin de la famille ou des membres de la communauté, ont entraîné la disparition des cérémonies traditionnelles (ONSA, 2008).

Qu'est-ce qu'une doula ?

Une accompagnante professionnelle à la naissance, appelée également doula (*femme qui sert* en langue grecque), est une personne qui accompagne et soutient de manière continue les futurs parents pendant la grossesse, l'accouchement et la période après la naissance (ONSA, 2008 ; Mckinnon, 2010). Elle aide à la communication entre les parents et le corps médical et peut donner également des conseils notamment en lien avec l'allaitement ou les différentes manières de porter un bébé (Le Guide social, 2015). Elle peut avoir suivi une formation spécialisée ou avoir acquis de l'expérience dans les soins post-partum (ONSA, 2008). Les doulas travaillent en collaboration étroite avec l'équipe médicale, l'infirmière ou la sage-femme qui prennent soin de la future mère et de l'enfant (ONSA, 2008). Il a été démontré qu'un soutien continu durant l'accouchement en améliore le déroulement et permet d'accroître le sentiment de la mère d'être en contrôle et d'avoir les compétences pour donner naissance, ce qui permet de réduire les interventions obstétriques (Mckinnon, 2010).

Différence entre sage-femme et doula

Une sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour prodiguer les soins, les diagnostics et les services reliés à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né (OSFQ, 2018). Elle peut donc mener des examens médicaux et cliniques nécessaires au bien-être de sa patiente (OSFQ, 2018). À la différence de la sage-femme, la doula ne pratique pas d'acte médical (ONSA, 2008).

Le soutien d'une doula en contexte autochtone

Le rôle de doula (sans certification) existe depuis des générations au sein de communautés autochtones au Canada, qu'il soit tenu par des tantes, des mères, des membres de la famille ou des amies (Mckinnon, 2010). Aujourd'hui, des femmes autochtones formées pour être doulas apportent aux mères de leur communauté et dans les villes un soutien émotionnel, traditionnel, physique et spirituel à travers la grossesse, la naissance et le post-partum (Samson, 2016 ; FNHA, 2020). Elles honorent les pratiques traditionnelles et les croyances, permettant de briser les barrières culturelles et de langage avec le personnel médical en créant un espace sécurisant (Laychuk, 2017). Ainsi, le soutien continu et culturel d'une doula autochtone durant l'accouchement permet d'avoir de meilleures expériences de naissance (ONSA, 2008).

Tripartite Aboriginal Doula Initiative (TADI)

Le Tripartite Aboriginal Doula Initiative est un projet pilote qui a commencé suite aux recommandations du Transformative Change Accord : First Nations Health Plan (2006) pour améliorer les services de santé maternelle pour les femmes autochtones et « bring birth support close to home and into the hands of women » (Mckinnon, 2010 : 7). La première phase du projet pilote a débuté en 2008 pour offrir aux femmes autochtones de la Colombie-Britannique une formation de quatre jours (en février 2009) culturellement adaptée pour devenir doulas (Mckinnon, 2010). Elle a pris place dans deux sites pilotes, Hazelton et Kamloops, où 26 femmes autochtones ont pu être formées (Mckinnon, 2010). Entre 2011 et 2012, l'expérience a été renouvelée, permettant à 31 femmes de devenir doulas (FNHA, 2020). Les formations qui ont été données ont permis aux femmes d'acquérir des connaissances sur la grossesse et l'accouchement qui seront utiles dans leur travail et dans leur vie personnelle (Mckinnon, 2010). L'initiative est issue d'un partenariat entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial représenté par le service périnatal de la Colombie-Britannique et l'Autorité en matière de santé des Premières Nations.

Wiji'idiwag Ikwewag — Manitoba Indigenous Doula Initiative (MIDI)

Le Wiji'idiwag Ikwewag — Manitoba Indigenous Doula Initiative (MIDI) est un projet pilote de formation de doulas autochtones créé en 2016 à Winnipeg au Manitoba. Il a été instauré par et pour les femmes autochtones. L'initiative vise, à long terme, à ramener la grossesse dans les communautés et à contrer l'impact négatif de la colonisation sur la grossesse (Latimer, 2018 ; Samson, 2016). Les futures doulas, grâce à la formation fournie par l'initiative, sont à même de réaliser des cérémonies traditionnelles et d'apporter un soutien spirituel pour accueillir le bébé selon les croyances de la mère (Samson, 2016 ; Latimer, 2018). L'initiative soutient les femmes au sein des communautés, mais aussi celles qui doivent aller à Winnipeg pour donner naissance (Samson, 2016). La doula aura pour rôle d'aider la future mère à naviguer entre les différentes ressources et, si elle le désire, pourra avoir un soutien autochtone traditionnel (Samson, 2016).

Melissa Brown est responsable du projet, mais aussi sage-femme et doula. Par son expérience, elle peut affirmer qu'elle a vu des mères avoir de meilleures grossesses quand des traditions culturelles ont été intégrées au processus (Samson, 2016). Selon elle, il est préférable que les femmes accouchent dans leur communauté : « It used to be a community event, and now most families, when they get together as a community, it's usually for death. In addition to birth comes all of these different ceremonies that we used to have prior to colonization that used to bring the community together and focus on hope and love » (Samson, 2016). Ce projet se fait en collaboration et en partenariat avec Nanaandawewigamig (First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba), l'Université de Winnipeg et l'Université du Manitoba. Il est financé par les Instituts de recherche en Santé du Canada (UWinnipeg, 2017).

Une approche décolonisatrice

Les deux initiatives présentées s'inscrivent dans une perspective de décolonisation de la grossesse et de l'accouchement. La formation de doula autochtone permet aux femmes de se réapproprier le processus de donner naissance et les traditions qui, avant la colonisation, accompagnaient ce moment important. Comme l'a exprimé Ongenae, une des doulas formées par l'initiative MIDI : « Taking back their power in the birth process is an important step to reclaiming our families » (Latimer, 2018). S'il n'est pas possible pour la future mère d'accoucher en communauté, sa culture viendra à elle à l'hôpital par le soutien de la doula : « We are trying to decolonize birth and connect back to our ancestors and our teachings and to just support the women » (Angela Griffith, doula) (Laychuk, 2017). De ce fait, les initiatives permettent de redonner du pouvoir aux femmes en se réappropriant leur corps, leur culture et leurs traditions.

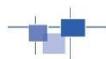
Retombées

Le soutien des doulas autochtones dans la vie des femmes apporte des effets bénéfiques à plusieurs niveaux (ONSA, 2008 ; Mckinnon, 2010).

- Les formations de doulas permettent d'apporter des connaissances sur les naissances aux femmes et de lever le mystère sur la grossesse et les naissances.
- Les futures mères et leurs familles sont soutenues par les doulas qui peuvent répondre à leurs questions sur les soins à apporter au bébé.
- Les soins prénataux fournis par les doulas ont permis de réduire les interventions obstétricales à l'accouchement.
- Les doulas aident la mère à maintenir la tranquillité et la relaxation au moment de l'accouchement, ce qui contribue à la santé maternelle et à la santé du bébé.
- Les doulas font revivre des cérémonies traditionnelles qui avaient été effacées par la colonisation.
- L'intégration des doulas autochtones dans les équipes d'obstétrique peut fournir un soutien culturellement sécurisant aux mères autochtones qui doivent accoucher en dehors de leur communauté.
- Les doulas peuvent faire l'intermédiaire entre le personnel médical et la future mère. Elles améliorent la communication au sein des parties.
- Le suivi des doulas permet d'enseigner des compétences parentales aux nouveaux parents.
- La mère a davantage de facilité à se lier émotionnellement avec son enfant si elle se sent dans un espace sécurisant et réconfortant.
- La formation de doulas permet aux femmes de se réapproprier leur rôle traditionnel dans la maternité.

Bibliographie

- First Nations Health Authority - FNHA. (2015). Doula Initiative Enables Access for First Nations and Aboriginal Women. Repéré à <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/doula-initiative-enables-access-for-first-nations-and-aboriginal-women>.
- Kolahdooz, F., Launier, K. Nader, F., Yi K. J., Baker, P., McHugh T.-L., Vallianatos, H., Sharma, S. (2016). Canadian Indigenous Women's Perspectives of Maternal Health and Health Care Services: A Systematic Review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5): 334-348. Repéré à <https://diversityhealthcare.imedpub.com/canadian-indigenous-womens-perspectives-ofmaternal-health-and-health-care-services-asystematic-review.pdf>
- Latimer, J. (2018). *Indigenous Doulas help keep families together in Winnipeg*. McConnel. <https://mcconnellfoundation.ca/indigenous-doulas-help-keep-families-together-in-winnipeg/>.
- Laychuk, R.. (2017). 'It's so amazing': Brandon Indigenous doula group hopes to reintroduce culture into birth. Toronto: CBC News. Repéré à <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/brandon-manitoba-doulas-1.4304985>.
- Le Guide social. (2015). Sages-femmes, doulas, infirmières : quelle différence ? Repéré à <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/sages-femmes-doulas-infirmieres-quelle-difference.html>.
- Mckinnon, W. (2010). *Aboriginal Doulas for Aboriginal Women: An Action Plan for Bringing Traditional Birthing. Support Practices Back into the Hands of Women*. Vancouver, <http://www.phsa.ca/Documents/AboriginalDoulaProjectReportFINALJune22010.pdf>.
- Organisation nationale de la Santé autochtone - ONSA. 2008. *Célébrons la naissance. Le rôle du soutien social dans l'accouchement pour les femmes et les familles des Premières Nations*. Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone. https://www.saintelizabeth.com/getmedia/ada533a9-41a0-42fb-a7ba-a1ea2994e70f/Doulapaper_French.pdf.aspx.
- Ordre des Sages-Femmes du Québec - OSFQ. (2018). Définition d'une sage-femme. Repéré le 10-10-2018 à <http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-sage-femme/>.
- Samson, S. (2016). *Indigenous doulas to give spiritual, traditional support throughout province*. Toronto: CBC News. Repéré à <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/indigenous-doulas-to-give-spiritual-traditional-support-throughout-province-1.3487966>.
- UWinnipeg. (2017). CIHR grants fund Indigenous health research. Repéré à <http://news-centre.uwinnipeg.ca/all-posts/cihr-grants-fund-indigenous-health-research/>.



2.3 Elders Mentoring Program : accompagnement des femmes autochtones enceintes par des aînées cries

Lisa Van Campenhout

Contexte

Il existe des disparités considérables entre la santé des femmes autochtones et de leurs enfants comparé à celle de la population allochtone au Canada (Kolahdooz et al., 2016 ; Oster et al., 2016). Par exemple, les femmes autochtones enceintes sont plus à risque d'avoir des complications que les femmes allochtones, ainsi qu'un taux de mortalité deux fois supérieur à celui de la moyenne canadienne (Kolahdooz, 2016). Sur base de ses constats, l'équipe de recherche interdisciplinaire ENRICH, fondée en 2013, s'est vouée à étudier comment améliorer la santé, la grossesse et le post-partum des femmes autochtones (WCHRI, 2018 ; ENRICH, 2018a). Ses recherches ont permis de mettre en exergue que les stratégies qui visent les femmes des Premières Nations doivent prendre en considération leurs besoins uniques et ceux de leurs communautés en lien avec les conséquences de la colonisation comme la destruction culturelle, les traumatismes historiques, les inégalités socioéconomiques et tous les autres facteurs qui y sont reliés (ENRICH, 2018b). De plus, elles ont démontré qu'une relation de confiance entre les patientes/patients et le personnel prénatal est un des facteurs clés qui mènent à des grossesses plus saines et à des bébés en meilleure santé (Oster et al., 2016).

Description

L'initiative a vu le jour grâce à un partenariat entre les services de santé Maskwacîs, l'université d'Alberta ainsi que les aînées de la communauté crie (*kookum* en langue crie, qui veut dire grand-mère, de Maskwacîs. Ces groupes travaillent ensemble depuis 2012 pour explorer des manières d'apporter un meilleur soutien aux femmes cries enceintes et à leur famille. Leur travail est guidé par la devise : « what happens in the womb will carry on for that baby for the rest of its life » (ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019). L'initiative vise l'amélioration de la santé reproductive et a débuté en 2015 à Wetaskiwin en Alberta.

La Nation Maskwacîs comprend quatre Premières Nations (Samson, Louis Bull, Montana, Ermineskin bands) et est située environ à 90 km au sud d'Edmonton. En 2019, la Nation comptait 16 000 individus (WCHRI, 2018; ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019). Le Dr Richard Oster, de l'université d'Alberta, les leaders des Services de santé Maskwacîs et les aînées de la communauté Maskwacîs ont développé pendant plusieurs années un partenariat de recherche (Community Based Participatory Research) pour mieux servir la Nation en matière de santé reproductive (WCHRI, 2018 ; ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019).

Dans ce contexte de recherche, les membres de la Nation sont considérés comme des expertes/experts au même titre que les chercheuses/chercheurs. Ce partenariat a vu naître un Comité consultatif communautaire constitué de chercheurs universitaires, de membres de la communauté et des départements de services de santé extérieurs à la réserve. Tous les mois (ou aux deux mois selon les besoins), des rencontres ont permis d'orienter la recherche pour qu'elle soit culturellement appropriée et pertinente pour la communauté : « The ENRICH First

Nations projects with Maskwacîs were community-driven and focused on the strengths of the community » (ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019 : 6). Ainsi, les résultats de recherche produits doivent profiter mutuellement à la communauté et à l'équipe de recherche. Pour le comité consultatif communautaire, il était important d'avoir un impact positif de longue durée dans la communauté en soutenant les femmes enceintes et leurs partenaires. Ainsi, Elders Mentoring Program a été mis en place en partenariat avec le Wetaskiwin Primary Care Network (PCN). Un premier projet pilote a débuté en 2015, puis a été renouvelé en 2016 et est toujours en cours à ce jour.

Le programme est mené par des aînées Maskwacîs qui se rendent à la clinique de Wetaskiwin PCN en journée (tous les mardis et jeudis de 13 h à 15 h) pour passer du temps et discuter avec les femmes enceintes et leurs partenaires. Leur présence offre un soutien émotionnel, spirituel, social et culturel. Il s'exprime à travers la mise en place d'un environnement chaleureux et accueillant, des discussions dans la salle d'attente ou encore par le don de collations et de boissons saines. Ceux et celles qui désirent avoir le soutien des aînées peuvent décider de leur parler en privé dans une autre pièce. L'accompagnement et la présence des aînées aident à briser la solitude des futures mères et à restaurer le partage des traditions et des connaissances autour de la grossesse.

Il est possible également que les aînées mettent en place des activités culturelles crie. Grâce à l'initiative Elders Monitoring Program, les futures mères renouent ainsi avec les traditions et les cérémonies autochtones. Par exemple, les aînées ravivent l'utilisation du *tikinagan*, un sac autochtone pour emmailloter le bébé et reproduire les effets berçants de l'utérus (Roquette, 2018). Ces moments de rencontre sont aussi l'occasion pour les aînées d'enseigner des mots en langue crie aux futures mères (WCHRI, 2018).

Des ponts entre des pratiques différentes

Les aînées participantes ont trouvé l'expérience très bénéfique. Elles ont le sentiment de rebâtir leur culture brisée par la colonisation (Roquette, 2018). En effet, selon une aînée ayant participé au programme « Many people go through a pregnancy very scared, alienated, and feeling lost. When they feel that way, the child within them feels that emotion and internalizes that emotion... So [the Program], by what we're doing now, is kind of beginning to go back to the way that – that it was a long time ago. Those forces will work. We are the facilitators of reconnecting them to the culture » (ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019:10). La transmission de la culture crie entre les générations sur la maternité et les manières d'élever les enfants permet de rétablir un lien entre les générations qui a été détérioré à cause de la colonisation.

Les aînées ont enseigné au personnel de santé à être plus compréhensif et plus sensible à la dimension culturelle en lien avec la maternité (St-Onge, 2018). En sensibilisant le personnel médical, les aînées permettent de créer un espace plus culturellement sécuritaire pour les futures mères et leur partenaire. Lorsque les femmes se sentent soutenues émotionnellement, spirituellement et culturellement, leur santé reproductive s'en trouve améliorée. De plus, le programme permet d'établir des ponts entre le personnel médical allochtone et leurs patientes autochtones. En effet, il permet de répondre aux lacunes qui existaient au sein des services de santé prénatale notamment en matière de communication. Selon le docteur Mohammad Badawi, responsable des examens médicaux prénataux à Wetaskiwin PCN, « If we can't get information, or we can't deliver the care that we are hoping to deliver, we find that the elder is the avenue to get to that point ». Les aînées ont donc également un rôle de facilitatrices entre les futures mères et les services de santé. Ainsi, l'initiative promeut la santé reproductive des femmes autochtones et permet de rétablir la transmission intergénérationnelle.

Gouvernance, financement et défis

L'initiative partenariale a réuni l'Université d'Alberta, les services de santé Maskawacîs et les aînées de la communauté. Il a fallu plusieurs années pour développer une relation de confiance entre les différents groupes participants. Les intérêts de la communauté et les bénéfices qu'elle peut en tirer ont permis de façonner le programme et sa mise en place. Le financement est attribué par Alberta Innovates Health Solutions (AIHS) (St-Onge, 2018).

Retombées

En 2017, Elders Mentoring Program a fait l'objet d'une évaluation. Au total, 14 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès des équipes de travail du Wetaskiwin PCN, des aînées, des mères et des pères qui ont participé à l'initiative (Roquette, 2018 ; ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee, 2019). Les entretiens ont permis de circonscrire plusieurs retombées et apprentissages.

- Les aînées ont permis d'assurer une meilleure communication entre les professionnelles/professionnels de la santé et leurs patientes.
- Le programme procure aux aînées participantes un sentiment d'épanouissement et de plaisir.
- Le programme aide à réparer les torts historiques en reliant les futurs parents à leur culture traditionnelle et en améliorant la sécurité culturelle au sein de la clinique.
- Le programme permet d'améliorer les réseaux de soutien des futurs parents.
- Les aînées permettent de combler les lacunes préexistantes dans les services assurés par les cliniques prénatales en matière de communication.
- Les aînées ont permis d'établir une confiance qui n'existait pas avant. Ainsi, les mères viennent plus souvent à leurs rendez-vous et suivent mieux les conseils de santé, ce qui donne des grossesses plus saines et des bébés en meilleure santé.
- Le programme permet de sensibiliser le personnel médical aux besoins culturels de leurs patientes.
- L'initiative rétablit un partage intergénérationnel autour de la maternité et de l'éducation des enfants.
- L'initiative brise l'isolement et la solitude des femmes âgées et des futures mères.

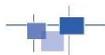
Bibliographie

ENRICH. (2018a). About us. Repéré le 10-10-2018 à <https://enrich.ualberta.ca/about-us/>

ENRICH. (2018b). The studies that ENRICH has carried out over the past 5 years can be organized under four different themes. Repéré le 10-10-2018 à <https://enrich.ualberta.ca/our-research/>

ENRICH Research Program and the ENRICH First Nations Community Advisory Committee. (2019). ENRICH First Nations : Supporting pregnant women through community based participatory research in collaboration with Maskwacîs. Repéré à <https://gallery.mailchimp.com/a2b58ec339860a7bc82054184/files/035e27a7-d990-4b66-860a-299d565c1908/MaskwacisReport.pdf>

- Kolahdooz, F., Launier, K. Nader, F., Yi K. J., Baker, P., McHugh T.-L., Vallianatos, H., Sharma, S. (2016). Canadian Indigenous Women's Perspectives of Maternal Health and Health Care Services: A Systematic Review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5): 334-348. Repéré à <https://diversityhealthcare.imedpub.com/canadian-indigenous-womens-perspectives-ofmaternal-health-and-health-care-services-asytematic-review.pdf>
- Oster, T. R., Bruno, G., Montour, M., Roasting, M., Lightning, R., Rain, P., ... Bell, R. C. (2016). Kikiskawâwasow - prenatal healthcare provider perceptions of effective care for First Nations women: an ethnographic community-based participatory research study. *BMC Pregnancy Childbirth* 16. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982262/>
- Roquette, T. (2018). *Des aînées autochtones viennent en aide à de futures mères*. *Radio-Canada.ca*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1114680/culture-premieres-nations-autochtone-sante-grossesse-soins>
- St-Onge, J. (2018). *Indigenous elder mentorship program leads to healthier babies in Wetaskiwin area*. Repéré le 10-10-2018 à <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/indigenous-elder-mentorship-program-leads-to-healthier-babies-in-wetaskiwin-area-1.4759996>
- Women and Children health research institute - WCHRI. (2018). Elders mentoring program strengthens community for maskwacis' expectant mothers. *CBCNews*. Repéré à <https://www.wchri.org/elders-mentoring-program-strengthens-community-maskwacis%E2%80%99-expectant-mothers>



– INITIATIVE INSPIRANTE (CANADA) –

2.4 Kwunatsustal : programme de traitement des traumatismes liés à la dépendance

Marie-Ève Drouin-Gagné

Contexte

Le programme de santé holistique vise les hommes et les femmes autochtones âgés de plus de 19 ans s'étant abstenus de consommer des substances psychoactives depuis au moins 6 mois. Il a été créé par le centre de traitement Tsow-Tun Le Lum. Le programme existe depuis 1996 et le centre, depuis 1988. Il est situé à Lantzville, sur l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique.

Lors de son ouverture, en 1988, Tsow-Tun Le Lum était un centre de traitement des dépendances financé dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Ce programme fédéral, mis en œuvre dès 1975, vise à soutenir les programmes de prévention et de traitement qui émanent des communautés. Ce n'est cependant pas avant la révision du PNLAADA en 1998 que l'on aborde les liens entre l'alcoolisme et la consommation de drogues, d'une part, et les nombreux traumatismes historiques vécus par les Autochtones, d'autre part, (PNLAADA, 1998). Les problématiques de santé mentale relevaient jusque-là de la compétence de Santé Canada, Tsow-Tun Le-Lum, pour sa part, offre dès 1996 un programme spécial de traitement des traumatismes (Kwunatsustal), programme qui devient alors complémentaire à celui du traitement en dépendances (Thuy-Namut). Le centre fonctionne aussi, mais non exclusivement, comme maison de transition à cause de liens contractuels avec les Services correctionnels du Canada.

Description

Le programme Kwunatsustal s'inscrit souvent dans la foulée du programme Thuy-Namut, pour lequel il faut avoir été abstinent durant les deux dernières semaines seulement. Pour être admis au centre, les usagères/usagers doivent y être référés par une intervenante/intervenant, un psychologue ou encore par leur agent de libération conditionnelle. De plus, les usagères/usagers doivent être ou avoir été suivis par un conseiller ou un thérapeute durant au moins six sessions et ce spécialiste devra assurer un suivi après le programme. En plus de répondre aux critères de sobriété, « ils sont aussi identifiés en raison de leur détermination à s'attaquer aux problèmes non résolus liés à des abus physiques, émotionnels, sexuels, mentaux et psychologiques résultant de l'expérience des pensionnats et de leurs répercussions intergénérationnelles » (Fiske, 2008). Le programme est d'une durée de cinq semaines et peut recevoir de 10 à 12 usagères/usagers à la fois.

Le centre qualifie son approche d'« éclectique », puisque les méthodes utilisées pour amorcer la guérison proviennent à la fois des traditions autochtones et non autochtones. « Dans un environnement culturel riche comme celui du Tsow-Tun Le Lum, les approches soi-disant conventionnelles ou générales prennent un sens autochtone et elles sont adoptées ou suivies par les clientes/clients dans ce cadre. Qui plus est, les thérapeutes non autochtones sont bien sensibilisés à ce qui les distingue des guérisseurs autochtones et ils s'efforcent de combler le fossé entre leurs approches cognitives et celles des guérisseurs. » (Fiske, 2008 :107).

De plus, certaines méthodes autochtones ne proviennent pas traditionnellement de la Côte-Ouest, elles ont été empruntées à d'autres Premières Nations. Puisque les usagères/usagers du centre viennent de plusieurs endroits de la Côte-Ouest, la cohérence culturelle repose sur les composantes communes au sein de différentes cultures autochtones, tout en restant assez souple quant à la façon de les concevoir et de les pratiquer afin que tous puissent se les approprier et « arriver à une compréhension de soi par rapport à la communauté » (Fiske, 2008 : 107).

Parmi les approches autochtones contribuant au programme, les cérémonies font partie intégrante de la thérapie de guérison des traumatismes. Entre autres cérémonies, la suerie, empruntée dans ce cas-ci aux traditions crie et anishinabe (Fiske, 2008), est pratiquée hebdomadairement. Outre les cérémonies, certains outils et cadres de référence autochtones sont utilisés, comme la roue de médecine, qui est aussi empruntée à d'autres traditions autochtones. Il s'agit davantage d'un outil d'enseignement que d'un symbole sacré, ce qui facilite son appropriation par les usagères/usagers, étant donné la grande diversité culturelle caractéristique du centre. De plus, le récit est utilisé selon plusieurs formes : d'abord, par les guérisseurs pour situer la colonisation et ses conséquences; puis, par les usagères/usagers pour raconter leur propre histoire, en relation avec le récit collectif.

Parmi les approches non autochtones de psychologie, le psychodrame issu des travaux de Jane Middleton-Moz sur la transmission du traumatisme intergénérationnel fait le lien entre le mental et le physique. La technique de libération émotionnelle (TLE) est également utilisée, une technique en lien avec l'énergie corporelle permettant d'évacuer le stress et l'anxiété et favorisant la maîtrise des émotions ainsi que le recadrage des sentiments. Étant donné qu'une approche souple, « axée sur le client » permet d'orienter ce dernier vers un mode de vie sain qu'il pourra entretenir tout au long de sa vie, même lors de moments très stressants, les différentes méthodes peuvent être combinées selon les besoins de chacun. De plus, les guérisseurs du centre insistent sur l'importance de prendre en compte l'historique et le contexte familial des usagères/usagers dans leur analyse. Effectivement, « la démarche de guérison s'effectue par la prise de conscience que la colonisation constitue un facteur déterminant à l'origine des traumatismes subis par les Autochtones » (Fiske, 2008 : 76).

Ces méthodes de guérison n'auraient pas le même impact sans le lieu bucolique et paisible que propose le Centre Tsow-Tun Le Lum; « le thème du traitement de l'esprit [étant] représenté dans la conception et la décoration de l'édifice » (Fiske, 2008 : 41). Les cérémonies effectuées prennent un sens encore plus profond lorsqu'elles ont lieu dans un endroit ayant une forte charge spirituelle. Toujours dans l'optique de favoriser la guérison des traumatismes familiaux et intergénérationnels, le centre tente le plus possible de maintenir un climat social harmonieux et sécurisant; il fait aussi office de foyer pour des gens dont la maison n'a pas toujours été un lieu sécuritaire. Pour une guérisseuse du centre, « c'est le fait de se sentir en lieu sûr qui permet aux clients de parvenir à la réalisation de leurs objectifs et aux guérisseurs de persister à œuvrer dans ce contexte stressant » (Fiske, 2008 : 100).

Des aînées/aînés sont aussi présents sur le lieu et ils participent aux différentes cérémonies et pratiques de guérison, partagent les repas avec les usagères/usagers et sont toujours disponibles pour ceux qui veulent discuter avec eux en privé. Le soutien qu'elles/ils apportent aux usagères/usagers qui amorcent un processus de guérison est déterminant. La plupart des aînées/aînés qui participent à la vie du centre ont eux aussi vécu un processus de guérison, ce qui renforce le lien de confiance entre ces dernières/derniers et les clientes/clients. Le fait d'être aimé et soutenu dans les bons moments comme dans les mauvais a permis à bon nombre de personnes de poursuivre la thérapie (Fiske, 2008).

Une formule d'avant-garde

Le programme Kwunatsustal a été déterminant dans la reconnaissance du rôle des traumatismes intergénérationnels liés à la colonisation dans les problématiques de dépendance parmi la population autochtone. L'approche de guérison proposée permet de prendre en compte les origines du problème, plutôt que d'en traiter uniquement les symptômes. De plus, l'approche mixte du programme permet l'intégration des méthodes autochtones et non autochtones ainsi que l'élargissement des modèles existants aux visions du monde autochtone, créant ainsi un véritable modèle holistique. Dans cette optique, la guérison n'a pas de définition fixe : elle prend une forme différente pour chaque personne. Une approche de la guérison flexible promet donc d'obtenir de meilleurs taux de réussite. Le centre met de l'avant une multitude d'éléments autochtones, allant des cérémonies aux outils employés, à la présence des aînés et à l'aménagement d'un lieu qui reflète les cultures autochtones et l'attachement au territoire. De ce fait, le programme se déroule dans un espace de sécurisation culturelle.

Gouvernance et financement

Le financement des programmes Kwunatsustal et Thuy-Namut provient du First Nation Health Authority (FNHA), première organisation provinciale de ce type au Canada. Depuis 2013, FNHA assume la pleine responsabilité de la conception, de la prestation et du financement des programmes et des services de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, tâches auparavant assurées par le secteur Santé des Premières Nations et des Inuit – Santé Canada région du Pacifique. Cette organisation ne remplace cependant pas le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (Ministry of Health and Regional Health Authorities), qui continue à jouer un rôle. Le Tripartite Committee on First Nation Health (TCFNH) assure la coordination entre le FNHA, le BC Regional and Provincial Health Authorities, le BC Ministry of Health ainsi que les partenaires de Santé Canada (FNHA, 2018).

Outre la FNHA et le TCFNH, la gouvernance de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique relève de deux autres entités. Le First Nation Health Council (FNHC) fournit un leadership politique dans la mise en place des engagements du comité tripartite et dans l'élaboration des priorités en ce qui concerne la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique. Le First Nations Health Directors Association (FNHDA), pour sa part, est constitué de directeurs de la santé qui travaillent directement dans les communautés, et agit à titre d'organe consultatif pour le FNHC et la FNHA dans la recherche, l'élaboration des politiques, la planification et la conception des programmes et l'implantation des *Health Plans* (FNHA, 2018).

Retombées

Le volume 1 du rapport final de la Fondation autochtone de guérison, publié en 2006, nous informe des retombées du programme Kwunatsustal mis sur pied au Centre Tsow-Tun Le Lum.

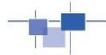
- Seize participantes/participants sur 23 (70 %) ont affirmé que le programme les a aidés à retrouver leurs forces, et a fait une différence dans leur vie;
- Dix-huit participantes/participants sur 23 (78 %) ont déclaré que le projet les a aidés à passer par-dessus leur traumatisme antérieur;
- Trente-sept participantes/participants sur 49 (76 %) ont dit que le programme les a préparés à affronter, soit entièrement ou très bien, les traumatismes éventuels;
- La majorité des 59 participantes/participants ont indiqué que le programme leur a permis de très bien atteindre, voire complètement atteindre leurs objectifs.

Bibliographie

Fiske, J.-A. (2008). Rendre manifeste l'intangible : les pratiques de guérison du Qul-Aun Trauma Program. Dans Fondation Autochtone de guérison, *La guérison autochtone au Canada : Étude sur la conception thérapeutique et la pratique* (41-111). Ottawa : Fondation autochtone de guérison.

First Nation Health Authority - FNHA. (2018). About the FNHA. Repéré le 10-10-2018 à <http://www.fnha.ca/about/fnha-overview>

Fondation autochtone de guérison. (2006). *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison. Volume I : Un cheminement de guérison : Le rétablissement du mieux-être*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.



– INITIATIVE INSPIRANTE (CANADA) –

2.5 Mamisarvik. Centre de guérison pour le traitement des traumatismes et de la dépendance chez les Inuit

Marie-Ève Drouin-Gagné

Contexte

L'initiative a été créée par l'organisation Tungasuvvingat Inuit et elle vise la population inuit du Nunavut et d'Ottawa. Les thématiques clés de l'initiative sont les dépendances : l'alcoolisme et la toxicomanie. Elle est ouverte de 2002-2003, avec une interruption en 2007 et une reprise en 2018.

C'est dans le contexte d'une population inuit grandissante à Ottawa⁴ et de la croissance des besoins propres à cette population qu'est né Tungasuvvingat Inuit (TI) – qui signifie « un endroit où les Inuit sont bienvenus ». Organisation à but non lucratif, TI fut fondé en 1987 et se décrit comme une société provinciale prestataire de services sociaux, culturels, psychologiques et d'intervention en cas de crises (Tungasuvvingat Inuit, 2016b). TI offre plus de 20 services de première ligne à la population inuit de tous âges, dans une approche spécifiquement inuit, par une majorité d'employés inuit. Le centre de guérison Mamisarvik pour le traitement des traumatismes et de la dépendance est l'un de ces services.

Répondre aux besoins spécifiques des Inuit implique entre autres de reconnaître leur situation particulière. Ainsi, TI souligne les traumatismes particuliers à la population inuit en relation avec l'oppression culturelle vécue dans les années 1950 et 1960, et le manque de ressources investies dans le Nord pour répondre à ces traumatismes (Tungasuvvingat Inuit, 2016a). Les traumatismes propres aux Inuit incluent les déplacements forcés de population vers l'Extrême-Arctique, ainsi que le massacre des chiens de traineau afin de forcer la sédentarisation (Tungasuvvingat Inuit, 2016a). À cela s'ajoutent également l'évangélisation et les écoles résidentielles. Ces traumatismes historiques et intergénérationnels ont des conséquences individuelles pour la population inuit qui montre des taux de suicide élevés, ainsi qu'un nombre élevé d'individus souffrant du syndrome de stress post-traumatique, ou qui doivent affronter le deuil et les abus. C'est afin de répondre à cette problématique spécifique que TI a mis sur pied en 2003 un programme résidentiel de traitement qui s'est transformé en centre de guérison Mamisarvik pour le traitement des traumatismes et de la dépendance.

Description

Mamisarvik est une des deux seules initiatives proprement inuit au Canada pour répondre aux problèmes de dépendance de cette population. Les Inuit du Nunavut qui veulent entreprendre un traitement pour régler une dépendance à l'alcool ou aux drogues doivent voyager hors du Nunavut, et s'ils veulent avoir accès à des services spécifiquement inuit, ils peuvent aller soit à Kuujuaq (Nunavik, Québec), au centre Isuarsivik (9 lits), qui n'est accessible que par avion, ou à Ottawa, au centre Mamisarvik (Roos, 2013).

⁴ Janet Smylie et Michelle Firestone, «Our Health Counts. Urban Indigenous Health Database Project», (Ottawa : Tungasuvvingat Inuit, 2017) a confirmé que le nombre d'Inuit vivant dans la capitale serait quatre fois plus élevé que les estimations de Statistique Canada. La population inuit d'Ontario est passée de moins de 100 en 1987 à environ 3500 aujourd'hui, dont la majorité habite la région d'Ottawa. L'étude *Our Health Count* par la communauté inuit urbaine d'Ottawa.

Le programme initial était un programme résidentiel de huit semaines (ou 53 jours) pouvant recevoir 12 personnes à la fois et destiné à des hommes et à des femmes de 18 ans et plus. Le centre offre aussi une évaluation prétraitement et un suivi hebdomadaire après traitement pouvant aller jusqu'à deux ans et demi (Tungasuvvingat Inuit, 2016c). En 2007, 10 des 13 employés du centre étaient Inuit et Mamisarvik se faisait une priorité de former des intervenantes/intervenants inuit qui puissent accompagner les clientes/clients dans leur cheminement personnel (Tungasuvvingat Inuit, 2007). À partir de 2010, Mamisarvik est aussi devenu le seul prestataire de services de Service correctionnel du Canada pour les personnes inuit en probation nécessitant des traitements pour la dépendance et le traumatisme.

En 2015, 15 % des clientes/clients de Mamisarvik y étaient envoyés par Service correctionnel du Canada. Comme Mamisarvik a perdu une bonne partie de son financement avec la disparition de la Fondation autochtone de guérison, en 2013, la proportion de clientes/clients venant du Nunavut et des services correctionnels a augmenté, étant donné que leurs frais sont alors couverts par les gouvernements du Nunavut ou du Canada. Afin de maintenir des services pour la population inuit vivant à Ottawa, le centre offre maintenant le programme de façon non résidentielle à cette population. Finalement, depuis 2018, le centre offre des cycles de traitement pour femmes ou pour hommes seulement (en alternance), et a ajouté une flexibilité dans la durée du traitement sur la base des besoins individuels (plutôt que les 53 jours fixes dans le passé).

Mamisarvik offre un programme holistique, biopsychosocial, culturellement sécurisant et accessible en inuktitut qui prend en compte la situation particulière des Inuit en termes de traumatismes historiques, mais aussi les traumatismes personnels qui en découlent, la violence et les abus qui peuvent en résulter, ainsi que le stress post-traumatique qui y est associé. Il s'agit donc d'un programme de traitement unique, inspiré de la culture et des valeurs sociales inuit, qui considère également les effets du traumatisme pour la guérison (CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health, 2015). Mamisarvik est d'ailleurs reconnu à travers le pays comme un centre d'excellence (CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health, 2015).

Le centre traite les dépendances en abordant la violence structurelle et en y répondant par des approches de guérison proprement inuit – le mot Mamisarvik signifie « un endroit où guérir ». Le centre prend donc en compte les histoires personnelles, familiales, mais aussi collectives des clientes/clients, ce qui inclut les processus de colonisation et d'oppression culturelle (Gouvernement du Canada, 2018). C'est donc aux racines profondes des problèmes de dépendance que Mamisarvik s'attaque. Il s'agit aussi de mettre en valeur la résilience des Inuit et leur capacité à surmonter les obstacles et les traumatismes.

Gouvernance, financement, défis

Mamisarvik est administré par Tungasuvvingat, dont le financement est à la fois privé et public (Santé Canada, Affaires autochtones et développement du Nord Canada, ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, Fédération des Centres d'amitié autochtone de l'Ontario, Ville d'Ottawa, Université de Toronto et Inuit Tapiriit Kanatami, entre autres). Mamisarvik fonctionnait par contre grâce à un financement spécifique de la Fondation autochtone de guérison jusqu'en 2013. Une entente avec le gouvernement du Nunavut permet aussi de recevoir des fonds pour chaque client du Nunavut venant au centre. Depuis 2010, Service correctionnel Canada (SCC) paie aussi pour le traitement de clientes/clients inuit en probation.

Cependant, depuis la fermeture de la Fondation autochtone de guérison, Mamisarvik a dû encaisser une coupure majeure de son financement et par conséquent modifier ses

programmes. Malgré ses efforts, le centre annonçait sa fermeture en 2016. Le gouvernement fédéral a alors décidé d'investir 1,3 million de dollars dans le centre en 2017, mais il s'agissait d'une mesure ponctuelle et non d'un budget annuel. Le centre a tout de même fermé ses portes pour plusieurs mois en 2017 afin de réorganiser son programme et de chercher des solutions à long terme pour son financement. Le centre a rouvert à l'automne 2018, mais explore toujours des possibilités de partenariat pour du financement à long terme, y compris un possible contrat avec l'Ontario Health Insurance Plan et le développement de partenariats avec les gouvernements municipal, provincial et fédéral, ainsi qu'avec les gouvernements et organisations inuit du pays.

Retombées

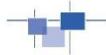
- En 2015, plus de 720 personnes Inuit avaient participé au programme de traitement de Mamisarvik.
- Le programme affiche un taux de complétion de 80 %.
- Quatre vingt-cinq pourcent des clientes/clients de Mamisarvik montrent des symptômes de stress post-traumatique, lesquels ont significativement diminué ou disparu à la fin du programme.
- Les taux de suicide chez les gens qui ont suivi le programme ont diminué à 0,04 %.
- Le centre a contribué à documenter et à publier des outils pour le traitement des dépendances qui sont issus des savoirs traditionnels inuit.

Possibilité d'un centre satellite de Mamisarvik à Montréal : une recommandation de Christopher Fletcher à la Commission Viens

Lors des audiences publiques de la Commission du 21 mars 2017, le D^r Christopher Fletcher présentait des résultats d'une analyse de besoin et des recommandations préliminaires quant aux services de thérapie et de guérison pour les Inuit de Montréal en situation de dépendance. En termes de services actuels, le D^r Fletcher identifiait le peu de services adaptés à la culture et répondant aux besoins des Inuit ainsi que la difficulté d'accès des centres de thérapie proprement inuit pour les Inuit vivant à Montréal : les coûts de déplacements et de traitement dans une autre province (pour aller à Mamisarvik à Ottawa) ne sont pas couverts par le gouvernement du Québec, et l'accès au centre de Kuujuaq (le centre Isuarsivik) ne se fait que par avion. Ayant identifié des besoins grandissants de la population inuit de Montréal quant à des services de thérapie et de guérison qui seraient culturellement sécurisants, la troisième recommandation (sur 22 recommandations) du D^r Fletcher était d'explorer la possibilité d'offrir un programme satellite de Mamisarvik ou d'Isuarsivik à Montréal. Cela permettrait de rendre accessibles des services adaptés aux besoins de la population inuit de Montréal en situation de dépendance. Cela pourrait également favoriser la formation d'intervenantes/intervenants inuit qui pourraient offrir leurs services en inuktitut. L'approche de guérison des traumatismes et de valorisation de la résilience inuit est efficace et devrait représenter un exemple à suivre dans l'offre de service à Montréal. Évidemment, on peut apprendre beaucoup de la démarche et du modèle d'intervention de Mamisarvik et de Tungasuvvingat Inuit en termes de sécurisation culturelle, qui peuvent être appliqués dans d'autres programmes et services pour les Inuit à travers le Québec.

Bibliographie

- Aboriginal Research Institute. (2012). *Compendium of Promising Practices to Reduce Violence and Increase Safety of Aboriginal Women in Canada – Compendium Annex: Detailed Practice Descriptions*. Ottawa: Department of Justice.
- CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health (2015). Mamisarvik Healing Centre Model Presented at HOSW 2015. *Indigenous Health Research News*, 4(2).
- Fletcher, C. (2017). Témoignage à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, Montréal, 21 mars 2017.
- Gouvernement du Canada. (2018). Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. Repéré à <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html?wbdisable=true>
- Smylie, J. et Firestone, M. (2017). *Our Health Counts. Urban Indigenous Health Database Project*. Ottawa: Tungasuvvingat Inuit.
- Tungasuvvingat Inuit (2007). *Inuit-specific Approaches to Healing from Addiction and Trauma*. Communication présentée Mamisarniq Conference, Ottawa.
- Tungasuvvingat Inuit. (2016a). Our impact. Repéré le 24-07-2018 à <http://tungasuvvingatinuit.ca/our-impact/>
- Tungasuvvingat Inuit. (2016 b). Overview. Repéré le 24-07-2018 à <http://tungasuvvingatinuit.ca/overview/>
- Tungasuvvingat Inuit. (2016c). Programs. Repéré le 24-07-2018 à <http://tungasuvvingatinuit.ca/programs/>



2.6 Wabano Centre for Aboriginal Health : un modèle de santé communautaire holistique

Marie-Ève Drouin-Gagné

Contexte

La communauté autochtone urbaine d'Ottawa et le gouvernement d'Ontario ont mis en place le Wabano Centre for Aboriginal Health pour la population autochtone urbaine d'Ottawa. L'initiative concerne la santé publique, la santé holistique et la santé communautaire. Le centre a ouvert ses portes en 1998 à Ottawa, et un nouveau bâtiment a été inauguré en 2013. L'activité est toujours en cours à ce jour.

Les centres autochtones d'accès à la santé (acronyme AHAC en anglais) de l'Ontario sont des organisations autochtones et communautaires de santé de première ligne qui combinent des approches de guérison traditionnelles, des soins de première ligne, des programmes culturels et de promotion de la santé, des initiatives de développement communautaire et des services de soutien social aux communautés autochtones de la province (Aboriginal Health Access Centers, 2015). Ces centres sont le résultat d'une consultation à grande échelle entre le gouvernement de l'Ontario et les Nations autochtones de la province, au début des années 1990, concernant les moyens à prendre pour améliorer la santé des Autochtones (Ontario's Aboriginal Health Access Centres, 2016). À l'issue de la consultation, la politique de santé autochtone (*Aboriginal Health Policy*) de l'Ontario a été développée en 1994 en partenariat entre le gouvernement de l'Ontario, les organisations territoriales et politiques autochtones, les organisations de services autochtones et des membres de communautés des Premières Nations, Inuit et Métis.

Pour mettre en place cette politique, l'Ontario s'est tournée vers le modèle provincial de centres communautaires de santé (CHC en anglais). Deux centres communautaires autochtones de santé existaient déjà — le Anishinawbe Health Toronto CHC et le Misiway Milopemahtesewin CHC à Timmins — prouvant que des organisations semblables pouvaient jouer un rôle primordial dans la santé des communautés autochtones à travers l'Ontario. Le modèle des AHAC a donc été adopté comme principal moyen de mettre en place la stratégie autochtone de guérison et de bien-être de la province. Dix AHAC se sont développés entre 1995 et 2000, dont le Centre Wabano, un centre autochtone d'accès à la santé qui dessert la communauté urbaine d'Ottawa. Les AHAC sont : culturellement pertinents, interdisciplinaires, gouvernés par les communautés autochtones (soit des comités d'administration autochtone ou des conseils de bandes élus), orientés vers les communautés, ainsi que vers les familles, et prennent en compte les facteurs sociaux de santé (Ontario's Aboriginal Health Access Centres, 2016).

Wabano ouvre ses portes en 1998, dans la foulée de l'ouverture des AHAC. Il devient rapidement un cas exemplaire en termes de santé communautaire axée sur les cultures autochtones, la santé et le bien-être holistique. D'abord une petite organisation communautaire, le centre a grandi et compte maintenant 90 employés à temps plein et plus de 400 bénévoles actifs (Wilson, 2018). D'ailleurs, en 2013, le Centre s'est agrandi physiquement avec un nouveau bâtiment de 25 000 pieds carrés conçu par l'architecte Douglas Cardinal, son fils Bret Cardinal et Mark Conley. Le bâtiment de trois étages est inspiré d'éléments culturels autochtones et reflète ainsi la vision et la mission du Centre Wabano d'être un lieu d'appartenance, de fierté et de bien-être pour toutes les personnes autochtones

d'Ottawa, dans un contexte culturellement sécurisant (Ontario's Aboriginal Health Access Centres, 2016).

En 2018, le Centre Wabano évalue la population autochtone d'Ottawa à plus de 40 000 personnes. La population autochtone d'Ottawa est par ailleurs d'une grande diversité, composée de différentes Premières Nations, d'Inuit et de Métis. De plus, la population autochtone d'Ottawa est jugée vulnérable : un rapport de 2007 par la Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario montrait que les personnes autochtones formaient 19 % de la population itinérante d'Ottawa, alors qu'elles ne forment que 2 % de sa population totale (Aboriginal Health Access Centers, 2015). Cette population fait aussi face à un taux de chômage plus élevé et à un salaire moyen moins élevé que celui de la moyenne de la population générale d'Ottawa (A city for everyone, 2010). C'est donc à cette clientèle autochtone urbaine diversifiée et faisant face à ses propres défis que le Centre Wabano offre ces services.

Description

Le modèle de santé du Centre Wabano est reconnu internationalement pour son approche unique qui prend en compte la santé physique, mentale et spirituelle en offrant les services d'une clinique médicale complète, une clinique de santé mentale, des programmes culturels et d'engagement communautaire (Wabano Centre for Aboriginal Health, 2017). Le modèle de soins offert à Wabano trouve sa fondation dans le respect et la promotion des cultures autochtones afin de créer un espace d'appartenance pour tous les clientes/clientes. La définition holistique de la santé que promeut Wabano se reflète dans l'offre de services qui couvre non seulement une clinique médicale, dentaire et de santé mentale, mais aussi des programmes sur les questions d'éducation (soutien scolaire), d'alimentation (cuisine communautaire, paniers alimentaires), de revenu (entrepreneuriat social), d'itinérance (équipe d'intervention mobile), et de dépendance (entre autres, des groupes de sculpture et de perlage comme façon d'aborder la question). Les programmes sont toujours ancrés dans les savoirs et les enseignements autochtones, et les services sont offerts à une clientèle qui va des nourrissons aux aînés, couvrant tous les cycles de vie. Le Centre se situe au cœur d'une communauté et travaille à la santé de cette communauté en rencontrant et en accompagnant les individus dans leurs divers environnements sociaux (tiré de Wabano Centre for Aboriginal Health, 2013).

Une formule d'avant-garde

Le modèle de soins du Wabano est inspirant parce qu'il repose sur le déploiement de pratiques en santé communautaire qui incorporent la culture, les traditions et les enseignements autochtones. De plus, la définition holistique de la santé sur laquelle repose le modèle de Wabano prend en compte les déterminants sociaux de la santé, tels que la fierté des origines ancestrales, la valorisation culturelle, la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un environnement stable, des ressources de soutien et la justice sociale. Ainsi, la santé des individus passe par l'établissement d'une communauté d'appartenance qui assure le soutien de ces diverses dimensions sociales.

Wabano offre, de plus, des services de santé qui font le pont entre la médecine occidentale et les savoirs et pratiques autochtones (herbes médicinales et sacrées; enseignements de la roue de médecine; relations intergénérationnelles, etc.). Il est un lieu culturellement sécurisant, tant par le bâtiment physique que par les approches, les programmes et les activités offerts. Ainsi, la culture est considérée comme le pilier de la guérison et du bien-être. Le centre reconnaît la situation particulière des Autochtones en milieu urbain et y répond par des programmes et des services culturellement pertinents. Les sentiments d'appartenance et de fierté que promeut le centre en font un lieu sécuritaire pour les utilisatrices/utilisateurs autochtones, qui sont toujours

pris en compte en relation avec leur famille et leur communauté. Les aînées/aînés, les guérisseuses/guérisseurs et les enseignantes/enseignants traditionnels ont un rôle à jouer à Wabano; l'importance des cérémonies et des célébrations traditionnelles dans la santé des individus et des communautés est reconnue (Wabano Centre for Aboriginal Health, 2016).

Gouvernance, financement, défis

Suivant le modèle des AHAC, mais en milieu urbain, le Centre est gouverné par un conseil d'administration composé de membres de la communauté autochtone urbaine d'Ottawa. Wabano travaille par ailleurs en synergie avec les autres services existant dans la ville, afin d'aller à la rencontre des personnes autochtones et de maintenir le contact avec leurs environnements et communautés.

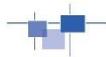
Comme il fait partie des centres créés dans le cadre de la stratégie provinciale pour la santé et le bien-être des Autochtones de l'Ontario, Wabano est financé en grande partie par le gouvernement provincial (80 % en 2015-2016), bien que le fédéral participe aussi de façon minoritaire au financement (6 % en 2015-2016). Le centre a également une fondation et reçoit des dons particuliers ou corporatifs. La Ville d'Ottawa a aussi un rôle marginal dans le financement du Centre (7 % en 2015-2016). Comme la demande de services et le nombre de personnes ayant recours au Centre Wabano augmentent d'année en année, les défis financiers ne manquent pas.

Retombées

- Chaque année, Wabano offre des services professionnels et des événements culturels à plus de 15 000 personnes autochtones et non autochtones.
- Depuis l'expansion du centre en 2013, Wabano a reçu 117 020 visiteurs (Wabano Centre for Aboriginal Health, 2017: 8).
- Wabano rejoint chaque année plus de gens; en 2017, le centre avait admis 716 nouveaux clientes/clients (Wabano Centre for Aboriginal Health, 2017: 8).
- En 2012-2013, le Centre Wabano enregistrait les chiffres suivants (tiré de Wabano Centre for Aboriginal Health, 2013: 18) :
 - 1543 participantes/participants aux activités du programme sur le diabète ;
 - 5827 cas cliniques ;
 - 757 clientes/clients ayant fait appel aux services de guérison traditionnelle ;
 - 218 participantes/participants aux programmes jeunesse ;
 - 638 personnes itinérantes rejointes par les programmes de santé mobiles ;
 - 160 personnes itinérantes ayant fait la transition vers un logement permanent ;
 - 155 jeunes ont fait appel au support en santé mentale ;
 - 308 personnes ayant pris part aux thérapies individuelles ou de groupe ;
 - 86 mères participant aux programmes périnataux ;
 - 24 cas de résolution familiale avec le programme Cercle de Soins ;
 - 2445 participantes/participants aux activités d'éducation culturelle.

Bibliographie

- A city for everyone. (2010). *Equity and Inclusion Lens. Diversity Snapshot. Aboriginal Peoples. First Nations, Inuit, Métis*. Ottawa: City of Ottawa.
- Aboriginal Health Access Centres - AHAC. (2015). *Our health, our seventh generation, our future. 2015 Aboriginal Health Access Centers Report*. Association of Ontario Health Centres (AOHC).
- Ontario's Aboriginal Health Access Centres - OAHAC. (2016). *Bringing Order to Indigenous Primary Health Care Planning and Delivery in Ontario. AHACs and Aboriginal CHCs Response to Patients First: A Proposal to Strengthen Patient-Centred Health Care in Ontario*. Association of Ontario Health Centers.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) et Kahnawake Shakotiiia'takehnhas Community Services. (2008). *Needs assessment of the Aboriginal Peoples in the urban setting of Montreal*. Québec: Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Kahnawake Shakotiiia'takehnhas Community Services.
- Wabano Centre for Aboriginal Health - WCAH. (2013). *Celebrating new beginnings, together*. Ottawa: Wabano Centre for Aboriginal Health.
- Wabano Centre for Aboriginal Health - WCAH. (2016). *Strength in Culture: A Year in Review*. Ottawa : Wabano Centre for Aboriginal Health.
- Wabano Centre for Aboriginal Health - WCAH. (2017). *Reciprocity: Sharing our gifts*. Ottawa: Wabano Centre for Aboriginal Health.
- Wilson, J. (2018). Marches to her own beat. Allison Fisher has turned Wabano Centre for Aboriginal Health into a beacon of hope. *Luxe Magazine*, 151-155.



SECTION 3

INITIATIVES PROVENANT DE L'INTERNATIONAL

– INITIATIVE INSPIRANTE (INTERNATIONAL) –

3.1 Bahserikowi. Centre de médecine autochtone amazonienne

Priscylla Joca

Contexte

João Paulo Barreto et une équipe de spécialistes médicaux autochtones ont créé le centre de médecine amazonien pour la population autochtone et non autochtone de la ville de Manaus, au Brésil, qui cherche des alternatives ou un complément à la médecine occidentale. Les thématiques clés sont l'ethnomédecine, la santé holistique, la santé publique. Il est en fonction depuis le 6 juin 2017.

En 2009, une enfant autochtone de 12 ans, du Peuple tukano, a été mordue par un serpent et amenée dans un hôpital public de la ville de Manaus où les médecins ont conclu qu'il faudrait lui amputer le pied, afin de s'assurer qu'elle guérisse et ne risque pas sa vie. Sa famille, préoccupée par le pronostic, a consulté des spécialistes de médecine autochtones, qui ont diagnostiqué que l'amputation ne serait pas nécessaire et ont guidé la famille vers une combinaison de traitements autochtones et non autochtones. Cependant, les médecins de l'hôpital public refusèrent d'intégrer la médecine autochtone à leurs soins médicaux, la considérant comme un savoir non valide. Ils insistèrent pour l'amputation, menaçant de dénoncer la famille aux agences gouvernementales responsables de la protection des droits des enfants au Brésil.

La famille de la petite fille persista tout de même dans la combinaison de traitements pour prévenir l'amputation, amenant même l'affaire devant le procureur fédéral. La famille put retirer la jeune fille de l'hôpital; elle fut admise dans un autre hôpital public qui accepta que l'enfant soit soignée suivant une combinaison de médecine autochtone et non autochtone. Elle fut guérie en un mois, perdant seulement un peu de mobilité à son pied. Cet événement a inspiré l'anthropologue João Paulo Barreto (un autochtone du Peuple tukano), oncle de l'enfant en question, à fonder le Centre Bahserikowi, un centre où les savoirs autochtones seraient combinés à des traitements de santé biomédicaux non autochtones.

Le centre a donc été créé pour offrir une solution de rechange aux soins de santé dans un contexte de précarité en matière de santé autochtone dans le système public du Brésil. La population autochtone dénonce entre autres le racisme, la corruption et le manque de ressources, de médecins et d'équipement. Lorsqu'elle cherche un traitement combinant leur médecine avec les soins médicaux non autochtones, le système public de santé ignore la validité de leurs savoirs médicaux (Barreto, 2018).

Dans ce contexte, l'initiative remet aussi en question, selon une perspective autochtone, la dépendance chimique (médicaments) imposée aux Peuples autochtones par les politiques de soins de santé officielles. Il s'agit donc aussi de promouvoir un débat sur les autres formes de traitements et de conceptions de la santé, en admettant que les savoirs autochtones et non autochtones peuvent agir ensemble (Barreto 2017, p. 602-603). Barreto, fondateur du Centre, souligne qu'il n'est pas possible de garantir des soins de santé sans considérer les savoirs autochtones, à l'intérieur desquels la conception de santé et de maladie n'est pas limitée à des aspects biologiques (Barreto, 2018). Barreto explique également qu'il est possible de mettre en place un système de santé interculturel sur la base du dialogue et des échanges, sans imposer ce modèle aux autres (Barreto, 2018).

Description

Le Centre Bahserikowi de médecine autochtone offre des soins de santé pour personnes autochtones et non autochtones de la part de spécialistes autochtones sur la base de leur médecine traditionnelle. Il vise la reconnaissance et le respect des pratiques, des techniques et des savoirs médicaux autochtones. La visée est d'offrir des traitements qui pourraient être combinés avec des soins médicaux non autochtones. Il est situé dans le centre-ville de Manaus, un grand centre urbain où vit une importante population autochtone. Son emplacement stratégique permet de prodiguer des soins de santé aux Autochtones de Manaus, tout en attirant l'attention nationale et internationale sur le travail accompli par le centre.

L'architecture du centre suit les coutumes autochtones (Farias, 2017); des salles pour soigner les patientes/patients sont combinées à des salles avec des hamacs pour le repos. Des spécialistes autochtones de diverses maladies et venant de diverses Nations travaillent au centre selon un système de rotation. Le centre planifie d'ajouter des spécialistes de toutes les Nations autochtones de la région, s'il peut acquérir les ressources financières nécessaires (Barreto, 2017). Il entretient également d'autres projets, comme des cours de langues autochtones, de cosmologie et de santé autochtones, des produits naturels et de l'art autochtone y sont vendus. C'est aussi un espace de dialogue avec des professionnelles/professionnels de la santé non autochtones et avec des institutions de recherche et d'éducation du Brésil et d'autres pays (Farias, 2018), selon la valeur fondamentale de l'interculturalité (Barreto, 2018). Les dirigeantes/dirigeants cherchent aussi à travailler avec les leaders locaux, régionaux et nationaux, afin de soutenir des débats sur l'urgence de reconnaître, sur le plan légal, les systèmes autochtones de savoirs dans la pratique. L'initiative pourrait donc agir comme catalyseur pour l'inclusion des savoirs médicaux autochtones dans la politique brésilienne de santé publique.

Une formule d'avant-garde

Le Centre Bahserikowi est une initiative novatrice au Brésil qui est considérée comme un modèle pouvant être reproduit dans d'autres régions du pays, et ailleurs dans le monde. Il s'agit non seulement d'un espace culturellement sécurisant offrant des soins de santé à la population autochtone de Manaus, mais aussi un véhicule de reconnaissance de la médecine autochtone en tant que savoir valide, et des professionnelles/professionnels autochtones elles-mêmes/eux-mêmes puisqu'elles/ils pourraient être intégrés au système de santé du pays. Il favorise donc la fierté culturelle, en particulier pour les jeunes Autochtones, qui y viennent pour apprendre la médecine traditionnelle et devenir praticiennes/praticiens à leur tour.

Comme le centre offre aussi des soins de santé à la population non autochtone et travaille avec des institutions de recherche et des autorités publiques, il favorise une compréhension des systèmes complexes de savoirs médicaux autochtones, en sensibilisant la population au racisme et aux préjugés relatifs aux sociétés autochtones. Il est aussi devenu une option de rechange pour les personnes autochtones et non autochtones à la recherche de soins médicaux alternatifs à la médecine occidentale pour différentes raisons. Finalement, il repose sur le dialogue interculturel en misant sur l'amélioration générale du système de santé brésilien.

Gouvernance, financement et défis

Le Centre Bahserikowi est coordonné par João Paulo Barreto, concepteur du projet. Il est aussi géré par de jeunes collaborateurs autochtones et compte sur la participation de spécialistes autochtones de diverses Nations autochtones qui proviennent de la région amazonienne du haut Rio Negro. Certains de ces jeunes autochtones sont formés afin de devenir des

spécialistes de la médecine autochtone. Plusieurs communautés autochtones sont impliquées depuis le début du projet, grâce à un partenariat avec la Coordination des organisations autochtones de l'Amazonie brésilienne (COIAB en portugais) — laquelle fournit le bâtiment où le centre est installé — et avec le Centre d'étude de l'Amazonie brésilienne de l'Université fédérale de l'Amazonas (NEAI/UFAM).

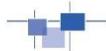
Le centre fonctionne aussi avec le soutien de l'agence de communication « Amazonia Real ». Par contre, il ne bénéficie d'aucun financement public. Ses coûts de fonctionnement sont couverts par le paiement des consultations médicales et des traitements, dont les prix varient selon la complexité de la maladie (Farias, 2017). Il se finance aussi avec la vente de produits (médicaux et artistiques).

Retombées

- Le centre a réalisé des avancées dans la reconnaissance des savoirs médicaux autochtones : un dialogue a été amorcé avec la coordination des Districts sanitaires spéciaux autochtones (DSEIs) à Manaus, une agence fédérale liée au ministère de la Santé du Brésil, quant à l'intégration des savoirs et des pratiques autochtones médicaux à l'intérieur du système de santé brésilien.
- Depuis sa création, le centre a soigné plus de 1200 personnes, dont 80 % sont des femmes entre 30 et 60 ans, la majorité des patientes/patients étant par ailleurs non autochtone.

Bibliographie

- Barreto, J. P. L. (2017). Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Revista de Antropologia Amazônica*, 9(2), 594-612. doi: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5665>
- Barreto, J. P. L. (2018). [An Explanation of the Bahserikowi Center for Indigenous Medicine of Amazon]. Communication personnelle.
- Barreto, J. P. L. et Santos, G. M. (2017). A volta da Cobra Canoa: em busca de uma antropologia indígena. *Revista Antropológica*, 60(1), 84-98. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2017.132068>
- Faleiros, G. (2017). O homem que quer levar a medicina indígena para todo o mundo. *Uol Notícias*. Repéré à <https://infoamazonia.blogosfera.uol.com.br/2017/07/20/o-homem-que-quer-levar-a-medicina-indigena-para-todo-o-mundo/?mobile&width=320&cmpid=copiaecola>
- Farias, E. (2017). Upper Rio Negro people create Bahserikowi'i, the first Amazon Indigenous Medicine Center. *Amazonia Real*. Repéré à <http://amazoniareal.com.br/povos-do-alto-rio-negro-criam-o-bahserikowii-o-primeiro-centro-de-medicina-indigena-da-amazonia/>
- Farias, E. (2018). Bahserikowi'i - Indigenous Medicine Center celebrates 1st. birthday in Manaus. *Amazonia Real*. Repéré à <http://amazoniareal.com.br/bahserikowii-centro-de-medicina-indigena-comemora-1o-aniversario-em-manaus/>
- France, E. E. (2018). The relationship between the individual and the forest beings in medicine Bahserikowi'i. *Amazonia Real*. Repéré à <http://amazoniareal.com.br/a-relacao-entre-o-individuo-e-os-seres-da-floresta-na-medicina-do-bahserikowii/>



3.2 L'approche maorie de guérison centrée sur la famille (Whānau Ora) : une réponse à la violence familiale

Kim Méthot

Contexte

L'organisation Tu Tama Wahine O Taranaki a mis sur pied l'initiative pour les familles maories aux prises avec la violence familiale. Les thématiques clés sont la santé physique, la violence familiale et la santé des familles. Elle est en fonction depuis 1989 à New Plymouth en Nouvelle-Zélande et se poursuit jusqu'à présent.

Les Maoris représentent 15 % de la population de la Nouvelle-Zélande (Stats NZ, 2017). Avec un taux de croissance d'environ 1,5 % en 2017, la population maorie est jeune, avec une moyenne d'âge de 22,9 ans pour les femmes et de 25,9 ans pour les hommes (Stats NZ, 2017). L'espérance de vie des Maoris est de 8,2 années inférieure à celle de la population *pakeha* (allochtone). Si le portrait socioéconomique des Maoris de la Nouvelle-Zélande est relativement positif (E Tu Whānau, 2013), ces derniers ont un revenu moyen qui est en dessous du revenu moyen du reste de la population, soit 28 000 \$ comparativement à 40 000 \$ par ménage (The Social Report, 2016). En ce qui concerne la violence familiale, le programme d'action 2013-2018 de l'organisation E Tu Whānau établissait que 7 femmes et 4 enfants maoris étaient hospitalisés pour agression pour 1 femme et 1 enfant *pakeha*. Aussi, environ 49 % des femmes maories vont être victimes d'abus de la part de leur partenaire durant leur vie, comparativement à 24 % des femmes *pakeha* (E Tu Whānau, 2013). Toujours selon ce programme d'action, le nombre de femmes qui vivent une situation de violence familiale serait sous-estimé, le caractère tabou de ce sujet encourage certaines femmes à garder le silence (E Tu Whānau, 2013).

Tu Tama Wahine O Taranaki est une organisation qui offre une gamme très variée de programmes qui visent à favoriser l'empowerment et le mieux-être des Maoris, tant sur le plan individuel, familial que communautaire. L'organisation collabore avec d'autres initiatives locales et nationales afin de constamment renouveler ses pratiques pour toujours mieux répondre aux besoins des Maoris. Elle est aussi une partenaire officielle du programme Whānau Ora.

Le programme Whānau Ora

Whānau Ora est un programme intergouvernemental qui rassemble le ministère de la Santé, le ministère du Développement social et le ministère du Développement maori, Te Puni Kokori. Ce dernier organisme gouvernemental existe depuis la signature du Traité de Waitangi, et s'il a changé de nom et de forme depuis 1840, il travaille aujourd'hui à protéger les droits des Maoris et à promouvoir leur réussite dans les domaines de la santé, de l'éducation, du développement économique et social. Il sert aussi à mesurer l'adéquation du gouvernement en ce qui concerne les services délivrés aux Maoris (Te Puni Kokiri, 2018). Whānau Ora intègre les notions de santé, d'éducation et de services sociaux afin de délivrer des services d'une manière culturellement appropriée pour les Whānau. Un système d'information, Mahere, est disponible en ligne afin d'offrir une assistance aux organisations qui délivrent des services sociaux et de santé aux Whānau. On y trouve, entre autres, des outils de planification pour les employées/employés qui travaillent avec les Whānau, une base de données concernant les Whānau, la capacité d'enregistrer les progrès et les résultats des différentes initiatives et de

générer des rapports pouvant servir aux décideurs et aussi d'offrir un support aux Whānau et aux individus afin qu'ils puissent mettre sur pied leur propre initiative ou plan d'intervention (Ministry of Health, 2015).

Description

Tu Tama Wahine O Taranaki offre des programmes de guérison pour répondre au problème de violence familiale. Deux axes principaux orientent les programmes, soit le développement des individus et des Whānau, et le développement et l'*empowerment* des communautés, sous la rubrique « *liberation* ». Les services aux individus et aux familles visent à aider les Whānau à identifier les différents problèmes qu'ils peuvent rencontrer et à établir un plan d'action. Des services aux enfants qui subissent les impacts de la violence familiale sont disponibles sous forme de rencontres hebdomadaires, et des travailleurs sociaux sont disponibles sur demande dans certaines écoles maories. Des ateliers individuels ou en groupe sur l'éducation des enfants sont offerts aux parents. Des services de thérapie « allochtone » sont aussi disponibles pour faire face aux conséquences de la violence et des dépendances aux drogues et à l'alcool pour les individus et les Whānau.

Un programme d'éducation sur la violence familiale permet à des groupes de femmes « sous protection » et à leurs enfants (sessions individuelles) de pouvoir parler de la violence familiale et d'apprendre à faire face à ses conséquences le plus sainement possible. Les hommes ont aussi un groupe auquel ils peuvent se joindre; les sessions sont hebdomadaires et s'étendent sur 18 semaines. En collaboration avec le Roderique Hope Trust et la New Plymouth Police Domestic Violence Team, Tu Tama Wahine supporte l'initiative *Blue Santa*. En apportant des paniers de nourriture aux familles dans le besoin pour Noël, on s'assure par la même occasion que ces familles aient un plan de sécurité en cas de crise, puisque tous les services sont fermés durant le temps des fêtes (Roderique Hope Trust, 2018).

Du côté de la santé physique des individus, des consultations en médecine traditionnelle avec des guérisseurs et des guides spirituels sont à la portée des clientes/clients, et tous les services énumérés précédemment sont offerts gratuitement à la population (Tu Tama Wahine O Taranaki, 2018).

Concernant la guérison communautaire, des séances avec des leaders, des intellectuels et des artistes maoris sont organisées mensuellement, et des cercles communautaires avec des citoyens engagés ont lieu tous les trois mois. À propos de l'engagement citoyen, une « classe des maîtres » d'une durée de quatre mois est offerte à des citoyens intéressés à s'engager plus activement dans une réflexion sur la situation des Maoris et ainsi « former » de plus en plus d'individus capables d'apporter un changement dans leur communauté. À cet effet, le programme Community Action Incubator permet à des leaders de suivre une formation de quatre mois afin de mettre sur pied ou de régénérer un projet déjà existant favorisant le changement social dans leur communauté. L'organisation cherche à favoriser le développement communautaire par la mise en valeur du bien-être traditionnel maori et par la mise en lumière des problèmes comme étant des conséquences directes du colonialisme (Tu Tama Wahine O Taranaki, 2018).

Une formule d'avant-garde

L'approche de l'organisation est donc en harmonie avec les valeurs des *Tikanga Maoris* (ancêtres maoris) et vise le bien-être des Whānau. Partant du principe selon lequel les Whānau ont une forte appartenance identitaire et sont connectés les uns aux autres, l'organisation croit fermement que ces derniers sont tous capables de maintenir la paix et l'harmonie dans leur communauté (Tu Tama Wahine O Taranaki, 2018). Chaque Whānau est

ancré dans son identité et sait reconnaître ses propres besoins; si on leur en donne l'opportunité et les bons outils, les Whānau sont tous capables de contribuer à maintenir les communautés saines et dynamiques.

Bibliographie

E Tu Whānau. (2013). *Programme of Action for Addressing Family Violence 2013-2018*. New Zealand Government. 50p.

Ministry of Health. (2015). Whānau Ora Program. Repéré à <https://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/whanau-ora-programme>.

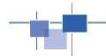
Ministry of Social Development. (2016). *The Social Report; Te purongo oranga tangata*. Wellington.

Roderique Hope Trust. (2018). Initiatives. Repéré à <https://www.roderiquehopetrust.co.nz/initiatives/>

Stats NZ. (2017). Maori Population Estimates: At 30 June 2017. Repéré le 08-09-2018 à http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/population/estimates_and_projections/MaoriPopulationEstimates_HOTPA30Jun17.aspx.

Te Puni Kokiri. s.d. About us and all our stories. Repéré à <https://www.tpk.govt.nz/en/mo-te-puni-kokiri>.

Tu Tama Wahine o Taranaki. (2018). About. Repéré à <http://www.tutamawahine.org.nz/about>



– INITIATIVE INSPIRANTE (INTERNATIONAL) –

3.3 Navigatrices/navigateurs de services Whānau Ora : accompagner les familles maories

Marie-Ève Drouin-Gagné

Contexte

C'est le ministère du développement maori en Nouvelle-Zélande qui a instauré les postes de navigatrices/navigateurs de services Whānau Ora. À l'origine, l'initiative visait particulièrement les familles maories, mais elle s'adresse maintenant à d'autres groupes. Les thématiques clés sont la santé holistique, communautaire et relationnelle. La politique Whānau Ora du Te Puni Kōkiri est en place depuis 2010.

Avant 1984, en Nouvelle-Zélande, les services de santé et les services sociaux relevaient d'agences étatiques, ou encore de la pratique privée en ce qui concerne les soins de santé primaires. Dans tous les cas, il y existait une approche unique pour tout le monde, avec peu d'égards en ce qui concerne la participation des Maoris (qui représentent 15 % de la population de la Nouvelle-Zélande) dans la conception et la prestation des services. La mise en place d'un système de santé plus décentralisé dans les années 1980, accompagné de l'émergence d'organisations maories prestataires de services, a ouvert la porte à une participation de plus en plus grande des Maoris au système de services sociaux et de santé (Taskforce on Whānau-Centred Initiatives, 2010 : 19). Les organisations maories ont d'ailleurs développé leurs propres approches en santé et en services sociaux, qui situent généralement la famille étendue (le concept maori de Whānau) au centre de leurs interventions.

Malgré ces changements, en 2009, la ministre du secteur communautaire et bénévole, qui était alors une femme maorie, relevait toujours un problème de fragmentation des services offerts aux individus de façon non coordonnée par une diversité d'organisations prestataires (Te Puni Kōkiri, 2015 : 19). Même lorsque des organisations maories usaient d'approches centrées sur la Whānau, la ministre notait que la nature fragmentée des secteurs de services et les attentes venant des instances finançant ces services empêchaient parfois de vraiment répondre aux besoins des Whānau (Te Puni Kōkiri, 2015 : 19).

C'est pour répondre à cette problématique que le groupe de travail sur les pratiques centrées sur la Whānau a été mis sur pied en juin 2009 (Taskforce on Whānau-Centred Initiatives, 2010, p. 10). La mission du groupe de travail était de développer, sur la base des pratiques existantes, un cadre de prestation de services centré sur la Whānau. Ce cadre devait permettre de renforcer les capacités des Whānau, de développer une approche intégrale du bien-être des Whānau, d'établir des relations de collaboration entre les agences gouvernementales et communautaires, et d'améliorer l'efficacité des services en relation avec leurs coûts (Taskforce on Whānau-Centred Initiatives, 2010 : 10). Pour développer ce cadre, le groupe de travail s'est appliqué à rassembler les informations sur les services centrés sur la Whānau à travers des revues de littérature, des interviews avec le public, mais aussi des études de cas, dont une avec la fondation Te Whānau o Waipareira à Auckland (Taskforce on Whānau-Centred Initiatives, 2010).

Le groupe de travail sur les initiatives centrées sur la Whānau en est venu à proposer le cadre « Whānau Ora » comme politique de prestation de services. Le groupe notait que l'expression Whānau Ora était de plus en plus utilisée pour désigner le bien-être des familles maories. Le

terme avait déjà fait son apparition dans des documents gouvernementaux en 2002, avec la Stratégie de santé maorie He Korowai Oranga, pour mettre de l'avant une vision où les familles maories seraient soutenues dans l'atteinte d'une santé et d'un bien-être holistique (Taskforce on Whānau-Centred Initiatives, 2010 : 28). Cette vision reposait entre autres sur un changement d'accent, qui ne serait plus sur les maladies individuelles, mais plutôt sur la santé des familles comme un tout.

À la suite du dépôt du rapport du groupe de travail, en 2010, le gouvernement lançait l'initiative Whānau Ora. Le ministère du Développement maori (Te Puni Kōkiri) prenait le leadership de l'initiative, avec le soutien du ministère du Développement social et du ministère de la Santé. Te Puni Kōkiri définissait l'initiative comme une approche inclusive, ancrée dans la culture maorie et visant à offrir des services et des opportunités aux Whānau considérées dans leur ensemble plutôt que de mettre l'emphase sur les individus et leurs problèmes séparément (Te Puni Kōkiri, 2010). Il était reconnu dès le départ que cela demanderait à de multiples agences gouvernementales de travailler ensemble et avec les Whānau, plutôt que d'offrir des services séparés à chaque membre de la famille (Te Puni Kōkiri, 2010). Pour ce faire, le gouvernement encourageait la formation de collectifs de prestataires de services, qui pourraient ainsi répondre aux multiples besoins des familles.

Le ministère prévoyait par ailleurs que les prestataires de services emploieraient des « navigateurs Whānau Ora » pour travailler avec les familles à identifier leurs aspirations et leurs besoins, et les guider à travers les services disponibles pour atteindre leurs objectifs (Te Puni Kōkiri, 2010). L'objectif était de passer d'une approche interventionniste à une approche où les familles sont responsables de leur bien-être tout en ayant les moyens d'atteindre leurs objectifs (Durie, 2017 : 27; Te Puni Kōkiri, 2010; 2015).

Description

Les navigatrices/navigateurs Whānau Ora (parfois aussi appelés kaimahi en maori) sont des professionnelles/professionnels qui travaillent au sein des collectifs de prestation de service. Ils/elles travaillent directement avec les Whānau/familles pour identifier leurs besoins et aspirations, puis faire le pont et coordonner l'accès à une gamme de services et programmes pouvant répondre à ces besoins et aspirations. Dès le début de 2011, Te Puni Kōkiri finançait l'embauche de navigatrices/navigateurs par les collectifs de prestation de services Whānau Ora (Te Puni Kōkiri, 2015), qui devinrent rapidement un élément-clé dans la mise en place de services Whānau-centrés. Un autre élément central est le développement de plans par chaque Whānau, définissant leurs besoins.

Ces plans sont généralement développés en collaboration avec les navigatrices/navigateurs, mais ils assurent que le processus soit centré sur la Whānau, qui reste aux commandes du processus. Ce faisant, les navigatrices/navigateurs établissent des liens de confiance avec les Whānau, identifiant les forces sur lesquelles elles peuvent construire le changement nécessaire à l'amélioration de leur santé et leur bien-être en tant que Whānau. De plus, les navigatrices/navigateurs deviennent des agentes/agents de changement importants dans les collectifs de prestation de services, puisqu'ils sont en relation directe avec les Whānau et peuvent identifier les manques à combler en termes de service, ou encore, quelles collaborations sont nécessaires à travers les secteurs et les services existants (Te Puni Kōkiri, 2015).

Une formule d'avant-garde

La mise en place de navigatrices/navigateurs Whānau Ora a ainsi permis une meilleure coordination des services sociaux, de santé et d'éducation à l'intérieur (et parfois entre) des collectifs de prestation de services (Durie, 2017). Ensemble, les Whānau et leurs navigatrices/navigateurs s'engagent dans la formation d'une stratégie à long terme visant le développement de déterminants de santé et de bien-être propres à chaque Whānau. Cela permet également de passer d'une approche de crise où les prestataires de services interviennent pour régler des problèmes, à une approche de planification contrôlée par les Whānau.

De plus, les navigatrices/navigateurs permettent de centrer le processus et les services sur la famille et ses besoins. En aidant la famille à développer son propre plan d'action, ses propres objectifs en fonction de sa réalité, les navigatrices/navigateurs remettent la santé entre les mains de la famille même, tout en restant à ses côtés pour la guider vers les ressources nécessaires. Ce faisant, c'est la famille qui définit ses besoins et qui entreprend le cheminement, plutôt que l'offre de services qui définit le processus pour la famille. Cela permet d'établir un sentiment d'autonomie et de contrôle. Les services sont offerts et coordonnés en gardant toujours en tête les objectifs à moyens et longs termes dans leur complexité, plutôt que de façon à répondre à un moment de crise dans une seule dimension de la vie de la famille (ex : nutrition sans prendre en compte le revenu et l'emploi). Cela permet en outre de replacer la dimension collective et socioculturelle de la santé et du bien-être.

Finalement, les navigatrices/navigateurs offrent aussi une vision d'ensemble des services de santé et de services sociaux qui permet aux professionnelles/professionnels de ces secteurs de mieux comprendre l'ensemble de l'offre, de collaborer les uns avec les autres et d'identifier potentiellement certains manques qui existent dans l'offre de services. La vision holistique d'un même problème permet d'en saisir la complexité et d'y répondre dans ses différentes facettes, plutôt que de tenter de régler un problème à partir d'un service qui est limité dans sa portée sur l'individu et sa famille.

Gouvernance, financement et défis

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a confié l'application de Whānau Ora au ministère du Développement maori, qui à son tour finance des collectifs Whānau Ora (WO) à travers le pays. Deux instances principales sont mises en place pour l'application de WO : une sur l'île du Nord (Te Pou Matakama) et une sur l'île du Sud (Te Pūtahitanga). En 2014, Te Pou Matakama faisait un appel d'offres pour trois programmes de mise en service de la politique WO, dont le programme d'impact collectif comme stratégie de continuité de l'approche WO. Pour répondre à cet appel d'offres, une cohorte de prestataires de services d'Auckland s'est organisée, formée de sept partenaires, dont la fondation Te Whānau o Waipareira. Les partenaires se sont alors entendus pour que Te Whānau o Waipareira prenne le leadership quant à la mise en place d'une initiative d'impact collectif localisée au Centre Whānau, pour deux ans (2015-2017). Les apprentissages ressortant de cette initiative pourraient ensuite servir à d'autres projets d'impacts collectifs à un niveau régional (Auckland).

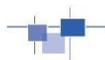
Retombées

- À la suite de cette initiative du gouvernement, 34 collectifs de prestation de services, incluant 180 prestataires de services, furent créés. Les collectifs peuvent alors référer les familles aux services appropriés.
- La prise en compte de l'unité familiale plutôt que de l'individu permet une meilleure mise en place d'un mode de vie sain.

- L'établissement d'un plan d'action avec des objectifs à moyens et à longs termes par la famille et pour la famille crée un sentiment d'autonomie important pour le progrès des familles vers une vision du bien-être et de la santé qui leur est propre.
- Les navigatrices/navigateurs peuvent établir des relations de confiance avec les familles de façon à les soutenir dans leurs plans d'action et les connecter avec les services et les ressources pertinents à leur démarche, ce qui la rend plus efficace.
- Les navigatrices/navigateurs permettent aussi une meilleure intégration des services à travers des secteurs traditionnellement fragmentés, ce qui permet une approche holistique mieux adaptée à chaque famille, plutôt que des interventions en silo.
- La coordination et la collaboration entre services permettent d'identifier les manques à combler de façon à répondre aux réalités complexes des familles, plutôt que d'imposer un modèle pour tous.

Bibliographie

- Durie, M. (2017). Ngā tini whetū — a navigational strategy for whānau journeys. Dans M. Durie et T. Allport (dir.), *Te Kura Nui o Waipareira. Our People, Our Voices, Our Journeys* (p. 25-40). Auckland: Wai-Research, Te Whānau o Waipareira Trust.
- Taskforce on Whānau-Centred Initiatives. (2010). *Whānau Ora: Report of the Taskforce on Whānau-Centred Initiatives*. Wellington: Ministry of Social Development.
- Te Puni Kōkiri (2010). Whānau Ora Fact Sheet. Repéré à <https://www.tpk.govt.nz/en/a-matou-mohiotanga/health/whanau-ora-factsheet>.
- Te Puni Kōkiri. (2015). *Understanding whānau-centred approaches. Analysis of Phase One Whānau Ora research and monitoring results*. Wellington: Te Puni Kōkiri.
- Te Whānau o Waipareira. (2017). *The Whānau Centre Collective Impact Initiative – #tatou. Whānau Centre Health Needs Assessment*. Auckland : Whānau Centre.



3.4 Saami Norwegian National Advisory Unit on Mental Health (SANKS)

Nicolas Marzarte-Fricot

Contexte

L'initiative a été créée par le *Finnmark Hospital Trust, Clinic of Mental Health and Addiction*, pour les jeunes (en particuliers les jeunes hommes) samis et leur famille en Norvège. Les thématiques clés sont la santé publique et communautaire. Elle a débuté en 2001 et se poursuit à ce jour. Afin d'essayer d'apporter une solution au problème du suicide, le Conseil sami et SANKS ont mis en place un plan de prévention pour les Samis. Cette initiative se veut une expression du droit des Samis d'avoir une influence sur leur propre santé. Dans le cadre de ce plan de prévention, la cinquième des onze stratégies mises en avant pour prévenir le suicide chez les Samis est le renforcement et la protection de l'identité culturelle samie (SANKS, 2017) Le lien entre santé et culture est démontré dans l'étude de Sexton et Sárlié (2008), dont l'une des découvertes est qu'une plus grande place à la guérison traditionnelle devrait être donnée dans le traitement des patientes/patients samis en psychiatrie en Norvège.

Le SANKS a donc développé une approche de prévention du suicide qui passe par le renforcement et la protection de l'identité culturelle, entre autres en faisant une place privilégiée à la guérison par le rétablissement du lien à la nature. Ainsi, deux méthodes de traitement adaptées à la culture samie sont offertes à SANKS : la *Meahccterapiija therapy* ou thérapie en terres sauvages ou terres éloignées, et la *Milieu therapy*, thérapie en milieu reposant sur des activités basées sur la nature ainsi que les coutumes et valeurs samies (l'indépendance et l'autosuffisance, l'existence de relations entre personnes qui mêlent sensibilité, humour et importance de se donner du temps, l'importance de la famille élargie et de la communauté, la proximité avec la nature et l'utilisation des trois principales langues samies).

Le programme de thérapie en terres sauvages ou éloignées inclut un programme de quatre semaines pour les familles élargies et un programme de séjours de deux à trois jours en campement ou en cabine. Dans un cas comme dans l'autre le traitement peut être ajusté, car il est flexible, il met le patient dans une situation de changement vis-à-vis de son contexte habituel. La thérapie est basée sur l'action pendant la conversation. Les valeurs centrales et les actions sont fondées sur la culture samie : flexibilité, égalité et interaction informelle.

Le programme de thérapie en milieu urbain est un programme résidentiel pour adolescents de 13 à 18 ans, disposant de 6 lits. Le programme inclut aussi des activités basées sur la nature et les normes samies. Les adolescents peuvent continuer d'aller à l'école durant le traitement avec quatre éducateurs spécialisés et là aussi la nature est utilisée comme salle de thérapie.

Une formule d'avant-garde

L'approche du SANKS contribue à ce que les Samis reçoivent une offre égale en matière de santé mentale et de toxicomanie, tout en respectant leurs besoins propres. Ainsi, les services de santé samis se veulent différents des services de santé norvégiens ou occidentaux, en offrant des services complets et flexibles dans une relation de coopération entre les patientes/patients, les répondantes/répondants et le reste de la communauté. En mettant au centre de la démarche les valeurs et la langue samies, ainsi que le rapport au territoire, l'approche du SANKS est un bon exemple de sécurisation culturelle.

Les employés des cliniques sont soit des personnes samies, soit des personnes compétentes linguistiquement et culturellement. Un autre point fort du programme est que la démarche d'accès aux services est facilitée : il n'y a pas d'attente, l'autoréférence est possible, il n'y a pas de frais, et le patient décide où la conversation devrait avoir lieu.

Gouvernance, financement, défis

Le SANKS reçoit la majorité de son financement de l'autorité gouvernementale qu'est le Finnmark Hospital Trust, qui est responsable de la santé dans le comté de Finnmark, situé à la pointe nord de la Norvège (Jeffries, 2017). Le Centre de compétence national sami en santé mentale se situe à Karasjok, et dispose d'un second centre dans le comté de Finnmark, à Lakselv, ainsi que de cinq bureaux pour son « équipe nationale », qui fournit une assistance aux personnes qui souhaitent un thérapeute ayant une expertise dans la culture et les relations sociales avec les Samis. Cette équipe nationale se concentre spécialement sur les résidents samis vivant hors du Finnmark. Ses bureaux sont répartis sur l'ensemble du territoire : à Oslo, à Snåsa, à Narvik, à Bodø, à Tysfjord. À cela s'ajoutent deux centres de coopération, un à Rovaniemi et l'autre au Jämtland. Chaque équipe se compose d'un psychologue, d'un travailleur social, d'une infirmière et d'un médecin.

En 2007, le Finnmark Hospital Trust et le Lapin Sairaanhoidoriiri (l'Hôpital de Laponie) ont signé un accord de coopération sur les services de santé spécialisés dans les zones frontalières qu'ont la Finlande et la Norvège. Grâce à ces accords de coopération, le SANKS peut recevoir des patientes/patients de la région de Jämtland Härjedalen en Suède et du comté de Laponie en Finlande. Le but de ces accords est d'améliorer l'offre pour les résidents frontaliers, et principalement pour une population samie, qui peut elle aussi avoir besoin ou souhaiter un traitement qui protège la culture et la langue. En 2015, SANKS a conclu un autre accord de coopération avec la région de Jämtland Härjedalen sur le traitement des patientes/patients samis nécessitant ou souhaitant un traitement qui protège la langue et la culture samies. Les accords comprennent les soins ambulatoires et les soins de jour (traitement psychologique, psychothérapie, thérapie environnementale et investigations complémentaires). Malgré ces accords entre les comtés de Jämtland Härjedalen en Suède et Lapin Sairaanhoidoriiri en Finlande, il reste que le financement de prise en charge des Samis ne réside pas dans ces comtés et reste problématique. Dans leur rapport de 2017, le SANKS et le Conseil sami demandaient une action régionale concertée pour attaquer ce problème (SANKS, 2017).

Retombées

- 2016 : plus de 1000 jeunes et 21 familles ont reçu un soutien.
- Seuls 4 % des jeunes ayant été en traitement sont revenus au centre après la fin de leur programme.
- Depuis le début du programme, on ne note aucun suicide chez les clientes/clients des cliniques du SANKS et un nombre significatif de ces dernières/derniers recommandent à leurs amies/amis de contacter le SANKS en cas de besoin.

Bibliographie

Heatta, G. K. (2016). *Sámi našuvnnala gealbobálvalus - psyhkalaš dearvvašvuodasuddjen ja gárrendilledikšu*, Melbourne.

Jeffries, G. (2017). Introducing a Saami-Centered Solution to Substance Abuse. *Artic Deeply*. Repéré à <https://www.newsdeeply.com/arctic/articles/2017/08/15/introducing-a-saami-centered-solution-to-substance-abuse>

- Kvernmo, S. et Heatta, G. K. (2014). *Samisk Nasjonalt Kompetansesenter - psykisk helsevern og rus, SANKS*. Communication présentée CASPH, Toronto, 14th of May 2014.
- Kvernmo, S. et Rosenvinge, J. H. (2009). Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 235-248. doi: 10.3402/ijch.v68i3.18331
- SANKS. (2017). *Plan for suicide prevention among the Sámi people in Norway, Sweden, and Finland. Karasjok*. Norway: Sámi Norwegian National Advisory Unit on Mental Health and Substance Abuse.
- Sexton, R. et Sárlié, T. (2008). Use of traditional healing among Sami psychiatric patients in the north of Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(1), 137-148. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18250
- Silviken, A. et Kvernmo, S. (2007). Suicide attempts among indigenous Sami adolescents and majority peers in Arctic Norway: Prevalence and associated risk factors. *Journal of Adolescence* 30(4), 613-626.
- Sustainable Development Working Group. (2015). Sharing Hope. Circumpolar Perspectives on Promising Practices for Promoting Mental Wellness and Resilience. Repéré à <https://oaarchive.arctic-council.org/handle/11374/411>
- Young, T. K., Revich, B., et Soinenen, L. (2015). Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *International journal of circumpolar health*, 74(1). Repéré à <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v74.27349>

