

MINOWE 20

Concevoir un nouveau modèle d'intégration, d'intervention, de prévention et de gouvernance partagée en santé et services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit en milieu urbain.



La stratégie Minowé passe en mode 2.0

- La stratégie Minowé, dans sa mouture 2.0, permettra d'accroître l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones en implantant la démarche de la sécurisation culturelle à travers le continuum de services de santé et de services sociaux :
 - Réseau de la santé et des services sociaux
 - Organismes communautaires
 - Communautés autochtones
- Il en résultera une actualisation des approches et des pratiques d'intervention dans les différents systèmes, selon les réalités culturelles et identitaires des Autochtones.

Des partenariats renouvelés et enrichis

- De nouveaux protocoles de collaboration avec les partenaires actuels et futurs contribueront à renforcer et à enrichir les contenus, les actions et la portée du modèle Minowé, qui inclut les acquis de la clinique implantée depuis 2011 au Centre d'amitié autochtone :
 - Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT)
 - Réseau DIALOG – réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (INRS/Université du Québec)
 - Autres partenariats à confirmer (communautés, organismes)

Une action régionale; une portée provinciale

- Réalisé dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, la stratégie Minowé vise également à impliquer des acteurs clés comme le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin notamment d'entraîner des retombées qui s'étendront à l'ensemble de la province (déploiement et rayonnement du modèle amélioré).
- Soutenue et financée par Santé Canada, dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé, la phase 2.0 de la stratégie Minowé se poursuivra sur une période de 4 ans (2016-2020).

La petite histoire de Minowé

- La stratégie Minowé en santé et services sociaux a été mise en œuvre à Val-d'Or en janvier 2011.
- Dans sa phase initiale (2011-2016), le modèle s'est développé à travers une clinique intégrée au Réseau local de santé et services sociaux.
- Située au CAAVD, la clinique Minowé a contribué à engager la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé, par des pratiques propres à la culture des Premiers Peuples.
- Le modèle Minowé est en déploiement dans trois villes de la province : La Tuque, Sept-Îles et Montréal.

Le besoin d'aller plus loin

- Minowé a permis beaucoup d'avancées en matière d'accès aux services de santé pour les Autochtones depuis sa mise en oeuvre, mais il reste encore énormément à faire.
- Les membres des peuples autochtones se heurtent, encore aujourd'hui, à des obstacles particuliers lorsqu'il s'agit d'obtenir des services de santé :
 - Leur langue, leur culture, leur histoire, leurs valeurs et leurs spécificités contribuent à les maintenir éloignés des services dont ils ont pourtant besoin.
- Il est reconnu et documenté que les Autochtones, pour plusieurs, ne font pas confiance aux services de santé existants.

Le besoin d'aller plus loin

- Il arrive trop souvent que les spécificités (culturelles, sociales, économiques, voire historiques) ne soient pas connues de la part des intervenants ou ne soient pas prises en considération lors de l'établissement d'un diagnostic ou de l'évaluation d'une situation. Il arrive également que les modalités d'interaction entre intervenants et personnes autochtones soient teintées d'incompréhension, compte tenu de repères et de codes culturels et sociaux différents. (Lévesque, 2015.)

Objectif et axes d'intervention

Minowé 2.0 vise à transformer l'offre et l'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés aux Autochtones en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement et socialement sécurisantes.

- Axe 1 – Structure et gouvernance
- Axe 2 – Information et savoirs
- Axe 3 – Transfert et appropriation
- Axe 4 – Rayonnement et déploiement

Axe 1 – Structure et gouvernance

- Mettre en place une structure de gouvernance partagée et de coordination renforcée.
- Signer un engagement mutuel (entente de partenariat CISSSAT-CAAVD).
- Développer des protocoles de collaboration ainsi que des mécanismes de travail et de concertation entre les partenaires.
- Assurer une délégation de services de santé et de services sociaux au Centre d'amitié autochtone :
 - Embaucher et soutenir une infirmière au Centre d'amitié
 - Déléguer au CAAVD certaines responsabilités de la Protection de la jeunesse
- Arrimer les actions de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones avec la stratégie Minowé.

Axe 2 – Information et savoirs

- Recueillir des récits d'expérience et de pratique auprès des intervenants du continuum de services de santé et de services sociaux, ainsi qu'auprès de la communauté autochtone :
 - Cercles de parole et autres mécanismes de consultation collectifs
- Réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé et de services sociaux offerts à la population autochtone.
- Élaborer et rendre accessibles des produits de connaissances et de formation.

Axe 3 – Transfert et appropriation

- Familiariser et sensibiliser les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel des différents partenaires aux réalités autochtones et à la démarche de sécurisation sociale et culturelle :
 - Offrir des ateliers de formation
 - Diffuser des outils pédagogiques
- Engager les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel des différents partenaires dans une démarche de sécurisation sociale et culturelle :
 - Cibler et former des agents multiplicateurs dans les services
 - Inscrire la remise d'outils pédagogiques dans la politique d'accueil des employés
 - Outiller les décideurs pour qu'ils puissent assurer un suivi auprès de leurs équipes
- Expérimenter sur le terrain et évaluer les pratiques culturellement et socialement sécurisantes :
 - Expérimenter une offre de stages d'immersion en milieu autochtone
 - Mettre en œuvre une communauté de pratique en sécurisation sociale et culturelle

Axe 4 – Rayonnement et déploiement du modèle 2.0

- Faciliter les échanges avec les différents Centres d'amitié autochtones du Québec, dans une perspective de mise en œuvre des nouvelles pratiques issues ou inspirées du modèle Minowé 2.0 dans d'autres villes de la province.
- Positionner le modèle Minowé comme important maillon du continuum de services de santé et de services sociaux pour les communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec.
- Engager les partenaires et les collaborateurs régionaux et provinciaux, y compris les instances gouvernementales, dont les CISSS, dans une démarche de rayonnement et de déploiement du modèle Minowé amélioré.

Ressources humaines affectées à la stratégie Minowé

- **Coordonnateur – mobilisation des connaissances**
 - Assurer un lien avec la veille scientifique intégrée à la stratégie Minowé
 - Planifier et coréaliser les activités de consultation, transfert et appropriation des savoirs
 - Participer à la production et à la diffusion des nouveaux savoirs et des outils de connaissances
- **Coordonnateur – liaison et relation avec les partenaires**
 - Assurer l'organisation et le suivi des orientations du comité stratégique
 - Assurer la mise en œuvre des protocoles de collaboration ainsi que des modalités de travail et de concertation
 - Développer et maintenir des liens de partenariat fructueux
- **Gestionnaire de projet**
 - Réunir les conditions favorisant l'élaboration d'une structure de gouvernance partagée et de protocoles de collaboration mutuellement bénéfiques
 - Arrimer les services du CAAVD à la vision du modèle Minowé
 - Assurer le suivi du plan d'action et l'atteinte des objectifs du projet

Résultantes du projet

- Nouveaux recueils de connaissances, pratiques et compétences soutenant l'intégration des services de santé et des services sociaux, et constituant des matériaux aptes à influencer la conception de programmes et services en matière de santé et services sociaux.

La sécurisation sociale et culturelle

- La sécurisation sociale et culturelle est une démarche destinée à bâtir la confiance avec les Autochtones. Elle requiert une compréhension approfondie des enjeux relatifs à la population autochtone.
- La sécurisation sociale et culturelle fait référence à l'héritage colonial que partagent les peuples autochtones et à ses impacts intergénérationnels sur la santé et la qualité de vie.

La sécurisation sociale et culturelle

- La démarche de sécurisation sociale et culturelle vise une réelle transformation systémique et sociale en proposant de revoir les politiques publiques destinées aux peuples autochtones et de renouveler les pratiques dans une optique de décolonisation et d'autodétermination (Levesque, 2015).

La sécurisation sociale et culturelle...

- Est un résultat défini et vécu par les patients qui reçoivent un service où ceux-ci se sentent en sécurité.
- Repose sur une participation respectueuse qui peut aider les patients à trouver la voie de leur mieux-être.
- S'appuie sur une compréhension du déséquilibre de pouvoir inhérent à la prestation des services de santé, de discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans les systèmes.
- Exige que nous reconnaissons que nous sommes tous porteurs de culture; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs.
- Source : Conseil canadien de la santé, 2012.

Des soins culturellement et socialement sécurisants...

- Exigent la création de liens de confiance avec les patients autochtones et la reconnaissance des effets des conditions socioéconomiques, de l'histoire et des politiques sur la santé.
- Incitent à intervenir en respectant les croyances, les comportements et les valeurs des patients.
- Permettent aux patients d'être partenaires dans le processus décisionnel.
- Source : Conseil canadien de la santé, 2012.

Kitci Meegwetc

Merci beaucoup!

