MINOWÉ 2.0

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
Val-d'Or Native Friendship Centre

Renouveler et enrichir le modèle Minowé 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

Minowé passe en mode 2.0

- L'initiative Minowé 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 en santé et 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 enrichir les contenus, les actions et la portée du modèle Minowé :
  - Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
  - Réseau DIALOG – réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones
  - Autres partenariats à confirmer
- Soutenu et financé par Santé Canada, dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé, le développement du modèle Minowé 2.0 se poursuivra sur une période de 4 ans (2016-2020)

La petite histoire de Minowé

- L'initiative Minowé a été développée et mise en œuvre à Val-d'Or en janvier 2011
- Le modèle s'est développé à travers une clinique intégrée au réseau local de santé et services sociaux
- Une infirmière, un intervenant social dédié au volet services sociaux ainsi que deux médecins offraient des services via la clinique
- Située au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, la clinique Minowé contribue 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

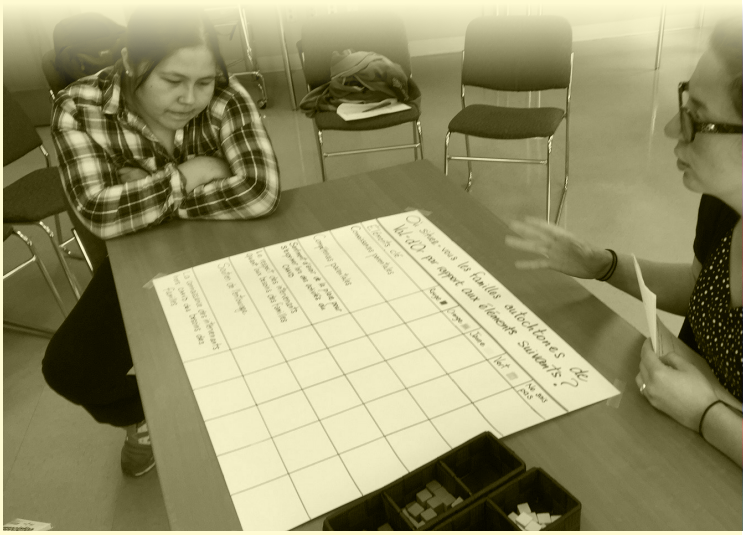
Minowé signifie «être en santé» en langue anicinabe

Le besoin d'aller plus loin

- 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
- Il arrive trop souvent que les spécificités (culturelles, sociales, économiques, 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 codes culturels différents (Alliance de recherche ODENA, 2015)

Objectif

- 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 pertinentes et sécurisantes



Axes d'intervention

Structure et gouvernance	Information et savoirs	Transfert et appropriation	Rayonnement et déploiement
• Se doter d'une structure de gouvernance partagée spécifique au projet • Mettre en place des protocoles de collaboration • Développer des modalités de travail et de concertation	• Recueillir des récits de pratique auprès des intervenants autochtones et allochtones • Recueillir des récits d'expériences vécues par les membres des Premiers Peuples • Réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé offerts à la population autochtone • Élaborer des produits de connaissances	• Familiariser les décideurs, les intervenants et le personnel des organisations aux réalités autochtones et à la démarche de la sécurisation culturelle (sessions de transfert) • Expérimenter et évaluer les pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes (stages en milieu autochtone, ateliers cliniques, activités de mentorat)	• Engager les partenaires provinciaux et les instances gouvernementales dans une démarche de rayonnement et de déploiement du modèle amélioré • Positionner le modèle comme un important maillon du continuum de services en santé pour les communautés autochtones

VIABILITÉ DE LA STRATÉGIE *Minowé*

La stratégie Minowé en santé et services sociaux prend ancrage sur des partenariats solides reposant sur des ententes formelles signées par les partenaires. Depuis la signature de leur entente de partenariat au printemps 2017, le CAAVD et le CISSSAT s'affairent à élaborer des ententes de services spécifiques en matière de santé et services sociaux, de même que des mécanismes de travail favorisant la concertation et la continuité des services.

Par ailleurs, une importante démarche d'évaluation évolutive a été mise en œuvre au cours de l'hiver 2017 afin de mesurer l'évolution de la stratégie Minowé, de fournir une rétroaction en temps réel, de favoriser l'appropriation des données recueillies, d'assurer l'arrimage et la cohésion des actions, et bien sûr de suivre le degré de réalisation des résultats attendus.

Enfin, le Réseau DIALOG (Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones), et l'Alliance ODENA (qui fait partie intégrante de DIALOG) se sont engagés à réaliser une veille scientifique pour assurer le suivi des interventions, la collecte, la documentation et la synthèse des savoirs, la conception d'outils de connaissances, la diffusion et la valorisation de l'expérience du projet ainsi que le transfert de savoirs en vue de l'adoption de nouvelles pratiques qui s'inscrivent dans une démarche de pertinence et de sécurisation culturelle pour les Autochtones.

Ensemble, la veille scientifique, l'évaluation évolutive, les ententes de partenariat et les protocoles de collaboration, de même que la volonté ferme des partenaires d'apporter des changements irréversibles dans les façons de faire, contribueront à assurer la viabilité de la stratégie Minowé.

ACTIVITÉS ENVISAGÉES AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE

- Enrichissement du plan d'action de la stratégie Minowé;
- Arrimage des travaux de la stratégie Minowé avec ceux de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones;
- Poursuite des travaux visant à assurer une délégation de services en santé et services sociaux au CAAVD;
- Poursuite des travaux d'élaboration d'ententes de services et de mécanismes de travail et de concertation entre les partenaires;
- Poursuite des travaux visant l'implication d'un médecin dans les services de santé offerts au CAAVD;
- Développement et diffusion de nouveaux outils de connaissances sur la démarche de sécurisation culturelle (exemples de cas, plateforme de formation en ligne, communauté de pratique);
- Implantation de nouveaux outils statistiques et cliniques au CAAVD, issus d'un partage avec le CISSSAT;
- Poursuite des travaux de l'évaluation évolutive et de la veille scientifique.

CONCLUSION

La force de la stratégie Minowé en santé et services sociaux réside non pas dans ses objectifs, dans ses activités ou même dans sa vision, sa véritable force puise sa source dans le partenariat CAAVD-CISSSAT qui gagne en profondeur à chaque nouvelle rencontre. Si la stratégie Minowé est porteuse d'autant d'espoir en matière d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones, c'est parce qu'elle n'appartient pas au CAAVD ni au CISSSAT, mais parce qu'elle repose sur ce partenariat CAAVD-CISSSAT qui perdure depuis bientôt dix ans, qui s'est grandement accru au cours de la dernière année et auquel se grefferont, dans les prochains mois, des collaborateurs tels que les organismes communautaires et les communautés autochtones… de manière à ce qu'il résulte de Minowé une actualisation des approches et des pratiques dans les différents systèmes du continuum de services de santé et de services sociaux, selon les réalités culturelles et identitaires des Autochtones.

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Val-d'Or Native Friendship Centre

STRATÉGIE *Minowé* en santé et services sociaux

Synthèse des travaux réalisés en 2016-2017

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

Minowé, C'EST :

Une initiative d'innovation sociale qui contribue activement à engager la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé globale.

OBJECTIF GÉNÉRAL

La stratégie Minowé en santé et services sociaux 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 pertinentes et sécurisantes.

PRINCIPAUX PARTENAIRES

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD)

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

ÉTAT DES EXTRANTS

Entente de partenariat, ententes de services et mécanismes de travail
Une entente de partenariat a été signée entre le CAAVD et le CISSSAT, en avril 2017. De cette entente de partenariat découleront des ententes de services en santé et services sociaux ainsi que des mécanismes de travail et de concertation.

Plan d'action stratégique
Le plan d'action original a été actualisé en avril 2017, à la suite d'une session de travail conjointe entre le CAAVD et le CISSSAT. Ce plan inclut les grands moyens d'action à déployer entre 2016 et 2020. Il reste maintenant à enrichir ce plan avec une multitude d'activités concrètes à réaliser dans les différents services.

Produits de formation et de connaissances
Plusieurs produits de formation ont été développés et diffusés en 2016-2017, dont une fiche d'information sur la stratégie Minowé, une présentation Powerpoint sur la démarche de sécurisation culturelle et des exemples de cas pour illustrer la sécurisation culturelle dans les services de santé et les services sociaux.

Sessions de transfert et appropriation
Deux ateliers de familiarisation à la sécurisation culturelle ont été offerts au personnel du CAAVD et du CISSSAT en 2016-2017. Environ 25 participants étaient présents à chacun de ces ateliers.

Délégation de services de santé au CAAVD
Une infirmière clinicienne a été embauchée en janvier 2017 au CAAVD; son salaire et sa supervision clinique sont assumés par le CISSSAT. L'entente de services est en cours de révision.

Délégation de services sociaux au CAAVD
Les discussions se poursuivent avec le CISSSAT sur la possibilité et les manières de déléguer certaines responsabilités de la Protection de la jeunesse au CAAVD (ouverture à des délégations de responsabilités en vertu de l'article 33 de la LPJ, arrimage des services avec les ressources d'intervention du CAAVD).

Minowé signifie «être en santé» en langue anicinabe

MINOWÉ 2.0 - Ligne de temps

1er avril 2016 et le 31 juillet 2017

Développement d'outils de présentation de la stratégie Minowé : fichier Powerpoint et fiches d'information sur l'initiative de même que sur la démarche de sécurisation culturelle.	Printemps-été 2016
Rencontres d'orientation entre la directrice générale du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et le PDG du Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT).	Printemps 2016 8 août 2016 10 août 2016
Rencontres du **comité stratégique.**	16 mai 2016 4 octobre 2016 2 décembre 2016 28 février 2017
Rencontres du **comité de travail** – volet services sociaux.	1er décembre 2016 23 janvier 2017 21 février 2017 20 mars 2017 8 mai 2017
Rencontre du **comité de travail** – volet santé.	4 novembre 2016 28 mars 2017
Arrimage des travaux de la stratégie Minowé avec ceux de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones, présidée par le CAAVD et le CISSSAT.	13 octobre 2016 31 janvier 2017 30 mars 2017 18 avril 2017
Rencontre avec le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec : **présentation de la stratégie Minowé** et de la démarche de sécurisation culturelle (une présentation du CAAVD, du CISSSAT et du Réseau DIALOG).	3 juin 2016
Démarches préparatoires à l'**embauche d'une infirmière** clinicienne au CAAVD (vision commune entre les partenaires, description de tâches, affichage de poste, entrevues de sélection).	Automne 2016
Amorce d'une réflexion autour du projet de développement d'une **plateforme de formation en ligne** sur la sécurisation culturelle.	Automne 2016
Embauche et entrée en fonction d'une **infirmière clinicienne** par le CAAVD (et dont la rémunération et la supervision clinique sont assumées par le CISSSAT).	Janvier 2017
Amorce d'une démarche d'**évaluation évolutive** avec Natasha Blanchet-Cohen (Université Concordia) et Monique Trudel (EDUCOM Environnement) : appropriation de la stratégie Minowé par les évaluatrices, élaboration d'une entente et développement d'un gabarit d'évaluation.	Hiver 2017
Développement d'un **plan d'intégration de l'infirmière.**	Hiver 2017
Session de **planification stratégique** sur les services de santé offerts au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.	7-8 février 2017
Séance de travail autour de la **veille scientifique** rattachée à la stratégie Minowé.	27-28 février 2017 1er mars 2017
Atelier de familiarisation à la sécurisation culturelle avec une vingtaine de décideurs du CISSSAT et des membres de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones.	28 février 2017
Mobilisation des membres des différents comités (stratégique, santé, services sociaux) dans le développement d'une vision commune et des orientations à donner au **plan d'action détaillé** en santé et services sociaux CAAVD-CISSSAT).	Février-mars 2017
Sessions de travail – **volets santé et services sociaux** (développement d'un cadre de travail en santé et services sociaux CAAVD-CISSSAT).	Mars 2017
Réflexion quant aux **outils statistiques et aux outils cliniques** à uniformiser (possibilité d'implantation de nouveaux outils informatisés au CAAVD, issus d'un partage avec le CISSSAT).	Automne 2016 Hiver 2017
Amorce d'une réflexion autour d'un projet de mise en œuvre d'une **communauté de pratique** en sécurisation culturelle.	Hiver 2017
Rencontres avec le **Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec** (RCAAQ) : présentation de la stratégie Minowé 2016-2020 et de l'état d'avancement des travaux (dans une perspective de mise en œuvre éventuelle de pratiques issues ou inspirées de cette stratégie dans d'autres villes de la province).	Hiver 2017
Élaboration d'une **entente formelle de partenariat stratégique** entre le CAAVD et le CISSSAT.	Hiver 2017
Élaboration d'une **entente de services détaillée** entre le CAAVD et le CISSSAT, en matière de prestation de services de santé pour les Autochtones (soins infirmiers de proximité offerts au CAAVD, de même que dans le milieu de vie et dans les lieux de fréquentation des Autochtones).	Hiver 2017
Première **visite terrain des évaluatrices** et tenue d'une première activité d'évaluation avec le CAAVD et le CISSSAT : élaboration d'une vision commune du succès de Minowé, révision et bonification du plan d'action stratégique, cueillette de données d'évaluation.	10-11-12 avril 2017
Signature de l'**entente formelle de partenariat** entre le CAAVD et le CISSSAT, dans le cadre de la stratégie Minowé.	Début mai 2017
Départ du PDG du CISSSAT, Jacques Boissonneault, et entrée en poste du **nouveau PDG, Yves Desjardins.**	Mai 2017
Rencontres d'orientation entre la direction générale du CAAVD et le nouveau PDG du CISSSAT.	Avril-mai-juin 2017
Activité de familiarisation aux réalités autochtones et à la démarche de sécurisation culturelle, offerte aux quelque vingt membres du comité de support à la pratique pour les chefs qui encadrent les équipes du Programme jeunesse (DPJ) du CISSSAT offrant des services aux Autochtones en communauté et en milieu urbain.	16 juin 2017
Dépôt du rapport d'activités et des états financiers vérifiés pour l'année 2016-2017 (Santé Canada).	13 juillet 2017

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

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
Val-d'Or Native Friendship Centre

Minowé signifie «être en santé» en langue anicinabe

THÉORIE DE CHANGEMENT

STRATÉGIE MINOWÉ EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
2016-2020

VISION

Minowé est une initiative d'innovation sociale qui contribue activement à augmenter l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, par un engagement concerté des partenaires du continuum de services dans une démarche permettant de bâtir la confiance avec les membres des Premiers Peuples.

ENJEUX	**RECONNAISSANCE**	**JUSTICE SOCIALE**	**ÉGALITÉ DES CHANCES**
	La reconnaissance renvoie à la valorisation des démarches d'affirmation identitaire des Premiers Peuples et de leur contribution à la construction de la société.	La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits, la promotion de rapports justes et équitables et la participation à la construction d'une société inclusive.	L'égalité des chances, c'est l'accès égal aux mêmes droits et opportunités, le libre exercice de ces droits et la contribution pleine et entière à la société.
PRINCIPES DIRECTEURS	**DIFFÉRENCE ÉGALITAIRE**	**SÉCURISATION CULTURELLE**	**INNOVATION SOCIALE**
	Nos comportements souvent sont empreints de cette idéologie du rattrapage qui confine les Autochtones à la remorque de la société. La reconnaissance doit s'accomplir à travers la prise en compte de la différence et l'équité entre Autochtones et Allochtones.	La sécurisation culturelle est une démarche destinée à bâtir la confiance avec les Autochtones. Elle est un résultat défini et vécu par les personnes qui reçoivent un service où elles se sentent en sécurité et en confiance, et où elles deviennent partenaires dans le processus décisionnel.	L'innovation sociale propose un changement dans les pratiques existantes de manière à apporter une réponse durable à des enjeux de société majeurs.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Transformer l'offre et l'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes.

AXES D'INTERVENTION	STRUCTURE ET GOUVERNANCE	INFORMATION ET SAVOIRS	TRANSFERT ET APPROPRIATION	RAYONNEMENT ET DÉPLOIEMENT	COORDINATION ET LOGISTIQUE
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	Accroître l'engagement de tous les partenaires concernés dans la transformation des approches et pratiques du continuum de services de santé et de services sociaux par la construction d'une gouvernance partagée et d'une coordination renforcée.	Créer de nouveaux outils de connaissances à partir des besoins, attentes, aspirations et pistes de solution de la population autochtone, des décideurs ainsi que des intervenants autochtones et allochtones.	Accroître les connaissances et les compétences des décideurs, des cadres, des intervenants et du personnel des différents partenaires et collaborateurs favorisant la transmission et l'appropriation d'une démarche de sécurisation culturelle.	Promouvoir le rayonnement du modèle Minowé 2.0 ailleurs au Québec.	Assurer une gestion efficace des opérations de l'initiative Minowé 2.0, par la mise en place et le suivi rigoureux des démarches de planification, d'organisation, de réalisation et d'évaluation des activités.
MOYENS D'ACTION	Signer un engagement mutuel (entente de partenariat CISSSAT-CAAVD); Mettre en place une structure de gouvernance partagée et de coordination renforcée; Connaître l'état des actions en cours et des services disponibles, et identifier les problématiques et les ruptures de services. Mettre en place des protocoles de collaboration entre les partenaires; Développer des mécanismes de travail et de concertation entre les partenaires; Moduler l'infrastructure de services par un arrimage d'expertises, de savoirs, d'outils, de responsabilités et de pratiques des partenaires. Assurer une délégation de services en santé et services sociaux au Centre d'amitié autochtone; Arrimer les actions de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones avec l'initiative Minowé 2.0.	Recueillir des récits d'expérience et de pratique auprès des intervenants du continuum de services en santé et services sociaux ainsi qu'auprès de la communauté autochtone; Réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé et services sociaux offerts à la population autochtone; Rendre accessibles des produits de connaissances.	Familiariser et sensibiliser les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel des différents partenaires aux réalités autochtones et à la démarche de sécurisation culturelle; Engager les décideurs, les cadres, les intervenants et le personnel des différents partenaires dans une démarche de sécurisation culturelle; Expérimenter et évaluer des pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes.	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 de l'initiative Minowé 2.0 dans d'autres villes de la province; Positionner le modèle Minowé comme important maillon du continuum de services en santé et services sociaux pour les communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec; Engager les collaborateurs régionaux et provinciaux dans une démarche de rayonnement et de déploiement du modèle amélioré.	Tenir des rencontres de réflexion, d'orientation et de travail : - Comité stratégique; - Comité de travail du volet santé; - Comité de travail du volet services sociaux; Assurer une coordination efficiente des activités des comités : - Coordination des actions et des efforts de concertation entre le CAAVD et le CISSSAT; - Mobilisation des autres partenaires à l'œuvre dans le domaine des services de santé et des services sociaux; Administrer les travaux du comité stratégique et des comités en santé et services sociaux; Assurer la poursuite des travaux de l'évaluation évaluative; Assurer la poursuite des travaux de la veille scientifique.
RÉSULTANTES	Mise en place d'une structure de gouvernance partagée, renouvelée et enrichie entre les partenaires; Repositionnement et renforcement des partenariats avec le Réseau de la santé et des services sociaux.	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances qui reflètent la démarche de sécurisation culturelle; Accès à de nouveaux corpus de connaissances pour aider les partenaires à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone.	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des dirigeants, des cadres, des intervenants et autres membres du personnel; Accroissement et diversification des capacités d'agir; Actualisation des approches et des pratiques des intervenants ainsi que des politiques des organismes, au regard des membres des Premiers Peuples.	Augmentation des connaissances des Centres d'amitié autochtones du Québec, des communautés autochtones et instances gouvernementales sur l'initiative Minowé; Engagement des Centres d'amitié autochtones du Québec à mettre en œuvre, dans leur milieu, des pratiques issues ou inspirées de l'initiative Minowé 2.0; Implication du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et autres collaborateurs provinciaux dans la promotion du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province.	Efficacité accrue dans la gestion des démarches de planification, d'organisation, de réalisation et d'évaluation des activités.

MINOWÉ 2.0

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.

Demande de financement 2016-2020

Présentée à Santé Canada
Dans le cadre du Fonds d'intégration
des services de santé

Mars 2016

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
Val-d'Or Native Friendship Centre

Table des matières

Partie A : Renseignements généraux 4
A1. Titre 4
A2. Bénéficiaire 5
A3. Partenaires du projet 5
Principaux partenaires 5
Collaborateurs importants 7
Autres partenariats à développer en cours de projet 8
A4. Montant demandé 9
A5. Durée du projet 10
Période visée par le projet 10
Pérennité du projet 10
A6. Objectifs généraux du projet 10
Objectif général 10
Axe 1 – Structure et gouvernance 11
Axe 2 – Information et savoirs 11
Axe 3 – Transfert et appropriation 11
Axe 4 – Rayonnement et déploiement du modèle amélioré 12
Partie B : Renseignements sur le projet 13
B1. Sommaire 13
B2. Description du projet 15
L'état de santé et les conditions de vie de la population autochtone urbaine 15
Le cas de Val-d'Or 16
Le cadre institutionnel 17
Implantation du modèle d'innovation 18
Retombées du modèle actuel 19
Un modèle à améliorer 20
Description du projet Minowé 2.0 21
Démarches poursuivies 22
L'approche écosystémique 22
La sécurisation culturelle 23
Transfert des connaissances 25

Rayonnement et déploiement du modèle amélioré 26
Une priorité pour le CAAVD, ses partenaires et la population cible 26
Enjeux sociaux 28
Résultats attendus du projet 29
Vision du modèle Minowé 29
Résultats d'évaluation et recommandations 30
Implication des principaux partenaires 33
Implication des autres collaborateurs 34
Rôles et responsabilités du personnel affecté au projet 36
Capacité et disponibilité des principaux partenaires 37
Le choix de l'évaluation évolutive 38
La veille scientifique 39
Indicateurs de progrès et outils de suivi 42
Risques potentiels et mesures d'atténuation 44
Viabilité du projet 45
B3. Plan de travail 48
B4. Budget 52

Bibliographie 53
Annexes 55
Budget détaillé
Lettres d'engagement

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A1. Titre

Indiquer le titre ou le nom du projet. Veuillez ajouter une brève description du projet.

Minowé 2.0 : 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

Implanté à Val-d'Or (ville régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, province de Québec) en janvier 2011 grâce à un partenariat tripartite novateur entre le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO) et le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT), ainsi que par un appui financier provenant du Fonds de transition en santé autochtone (FTSA) de Santé Canada, le modèle Minowé[1] s'est déployé jusqu'à maintenant à travers une clinique en milieu urbain intégrée au réseau local de santé et services sociaux. Située à l'intérieur des murs du CAAVD, la Clinique Minowé favorise l'accès aux services de santé par des pratiques de proximité culturellement pertinentes en santé et services sociaux pour les Autochtones. Depuis ses débuts, elle vise à contribuer activement à engager la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé par des pratiques propres à la culture des Premiers Peuples. Véritable initiative d'innovation sociale, le modèle Minowé est également en déploiement dans trois villes de la province desservies par un Centre d'amitié autochtone : La Tuque, Sept-Îles et Montréal.

Malgré les retombées positives de ce modèle en matière d'accès aux services de santé pour les Premières Nations et les Inuit depuis son implantation voilà cinq ans, il reste encore beaucoup à faire pour réduire davantage les écarts de santé entre Autochtones et Allochtones. Inscrit dans un processus d'innovation sociale en évolution, Minowé se doit maintenant d'être propulsé à un autre niveau davantage institutionnel afin d'accroître son efficacité.

Grâce à des engagements renouvelés de la part des principaux partenaires, la proposition de projet présentée aujourd'hui à Santé Canada permettra de repositionner le modèle Minowé et de l'amener à un niveau supérieur, soit un niveau systémique et structurel. Ce projet permettra essentiellement de faire un pas de plus dans l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les Autochtones en implantant la démarche de la sécurisation culturelle à travers le continuum de services en santé et services sociaux (en l'occurrence dans le Réseau de santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les communautés autochtones). Il en résultera une modulation des approches et des pratiques d'intervention dans les différents systèmes, selon les réalités culturelles et identitaires des Autochtones. De plus, de nouveaux protocoles de collaboration et mécanismes de concertation avec les partenaires contribueront à renforcer et

[1] Minowé signifie "être en santé" en langue *anicinabe*.

enrichir les contenus, les actions et la portée du modèle Minowé 2.0, qui inclut les acquis de la Clinique implantée depuis 2011. Et en y impliquant des acteurs clés comme le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et autres partenaires majeurs, le modèle Minowé amélioré entraînera des retombées qui s'étendront à l'ensemble de la province.

A2. Bénéficiaire

Indiquer le nom officiel de la communauté, de l'organisme ou du groupe qui soumet la présente proposition qui serait le bénéficiaire des fonds accordés par le FISS dans le cadre d'un accord de contribution avec Santé Canada.

Le tableau suivant fournit des renseignements sur le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, qui soumet la proposition de projet Minowé 2.0 :

Tableau 1 – Coordonnées du bénéficiaire

Coordonnées de l'organisme demandeur	
Nom de la communauté / organisme :	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or inc.
Adresse :	1272, 7e Rue, Val-d'Or (Québec) J9P 6W6
Personne-ressource :	Édith Cloutier
Titre :	Directrice générale
No de téléphone :	819-825-8299, poste 230
No de télécopieur :	819-825-7515
Courriel :	edith.cloutier@caavd.ca

A3. Partenaires du projet

Nommer le ou les partenaire(s) du projet (les rôles et les contributions des partenaires sont exigés dans la partie B2 du modèle de proposition)

Principaux partenaires

Pour permettre la réalisation du projet Minowé 2.0, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or compte deux partenaires majeurs : le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), ancré à l'Institut national de la recherche scientifique/Université du Québec.

Fonds d'intégration des services de santé (FISS)

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

Partenaire depuis plus de dix ans dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'opérationnalisation du modèle Minowé, le CISSSAT s'engage aujourd'hui activement dans le repositionnement du modèle et dans la nouvelle dynamique à lui conférer pour accroître l'accès des Premières Nations et des Inuit à des services de santé adaptés à leur réalités et à leurs besoins. Avec Minowé 2.0, il ne s'agira non plus seulement de voir la Clinique Minowé du CAAVD comme une ressource intégrée au réseau de santé et de services sociaux; notre partenariat renouvelé entraînera des changements systémiques qui prendront ancrage sur l'appropriation du processus de la sécurisation culturelle à l'intérieur même du Réseau de la santé et des services sociaux, et qui viendront moduler les pratiques d'intervention clinique du Réseau selon les réalités culturelles des Autochtones. De nouveaux protocoles et de nouvelles modalités de travail permettront également de repositionner la Clinique du CAAVD et sa relation avec le Réseau de la santé et des services sociaux, par la mise en place d'une structure de gouvernance partagée et par des protocoles efficaces de collaboration, d'entraide et de partage.

Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), INRS/Université du Québec

Dès l'implantation du modèle Minowé à Val-d'Or en janvier 2011, le CAAVD a associé les chercheurs et les étudiants du Réseau DIALOG[2] en s'engageant avec eux dans une démarche de coconstruction et de mobilisation des connaissances. L'équipe du Réseau DIALOG renouvelle aujourd'hui son partenariat afin de mener à bien une veille scientifique tout au long de la réalisation du projet Minowé 2.0, de manière à inventorier, traiter et analyser l'information scientifique et spécialisée qui sera mise au jour en mode continu. Il en résultera des outils de connaissance qui favoriseront le transfert des savoirs et l'adoption de pratiques novatrices parmi les décideurs et les intervenants autochtones et non autochtones.

Plus concrètement, cette veille scientifique permettra notamment de recueillir des récits d'expériences vécues par les membres des Premiers Peuples ainsi que des récits de pratique provenant des intervenants autochtones et allochtones. Elle permettra aussi de réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé offerts à la population autochtone, d'analyser scientifiquement les données recueillies et de concevoir des produits/outils de connaissance tels que des études diagnostiques, des synthèses thématiques, des cahiers pédagogiques et du matériel de formation. Plus encore, la veille scientifique permettra de suivre les développements et les réalisations du projet, d'en élargir la

[2] Le Réseau DIALOG – regroupement stratégique de connaissances réunissant près de 100 personnes (chercheurs, étudiants et collaborateurs autochtones) et quelque vingt-cinq partenaires universitaires et autochtones à travers le Canada) – contribue à l'établissement de rapports sociaux justes, équitables et égalitaires entre les Premiers Peuples et les autres peuples en soutenant la recherche partenariale et la coproduction des connaissances et en démocratisant l'accès aux savoirs et à la connaissance. Une équipe constituante du réseau DIALOG (l'Alliance de recherche ODENA) se consacre spécifiquement à l'étude des logiques et dynamiques urbaines des Premiers Peuples.

portée, de faciliter le transfert et l'appropriation des connaissances de la part des intervenants et des organismes, et ultimement d'en accroître les retombées et les impacts au sein de la communauté scientifique, du monde autochtone et des services publics québécois.

Les dimensions de la veille scientifique sont regroupées au sein de cinq volets : le suivi statistique des interventions, la documentation et la synthèse des savoirs, la conception d'outils de connaissances, la diffusion et la valorisation, et enfin la transmission et l'appropriation des connaissances.

Collaborateurs importants

Aux deux principaux partenaires du projet Minowé 2.0 s'ajouteront des collaborateurs importants, en l'occurrence les communautés algonquines de la région environnante (Kitcisakik et Lac Simon et Pikogan), la Commission crie de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) ainsi que le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ).

Communautés anicinabe de Kitcisakik, du Lac Simon et de Pikogan

Les communautés algonquines de Kitcisakik, du Lac Simon et de Pikogan seront impliquées dans la mise en place de protocoles efficaces de collaboration, d'entraide et de partage, ainsi que dans le développement de modalités de travail et de concertation permettant de positionner Minowé 2.0 comme un maillon important du continuum de services en santé pour les membres de ces communautés.

Commission crie de la santé et des services sociaux de la Baie James

Une entente convenue en 2013 entre la CCSSSBJ et le CAAVD a permis le développement d'une initiative en périnatalité sociale autochtone. Inspirée de l'approche en périnatalité sociale de la Maison Bleue à Montréal, l'initiative *Home Away From Home* vise à offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux favorisant la rencontre et les échanges entre les femmes cries enceintes durant leur séjour à Val-d'Or, de manière à assurer leur mieux-être et celui de leur bébé. Précisons ici que le CAAVD est doté d'un service d'accueil et d'hébergement de 24 chambres pouvant accueillir 54 personnes, essentiellement des membres de communautés cries du Nord qui doivent se rendre à Val-d'Or afin d'y recevoir des soins de santé. Durant leur séjour d'hébergement, les personnes hébergées au CAAVD ont non seulement accès aux services de santé offerts dans le cadre de Minowé, ils bénéficient également de l'ensemble des services offerts au Centre d'amitié autochtone, notamment les activités en périnatalité sociale autochtone (ateliers pré et post natals culturellement pertinents et sécurisants, suivi durant et après la grossesse, etc.), les services d'intervention psychosociale et les activités communautaires. Dans le cadre du projet Minowé 2.0, le partenariat entre la CCSSSBJ et le

Fonds d'intégration des services de santé (FISS)

CAAVD vise à permettre de financer la poursuite du projet *Home Away From Home* et de travailler en collaboration pour promouvoir cette initiative autochtone en périnatalité sociale et créer une passerelle de services pour les femmes enceintes entre les communautés cries et leur séjour à Val-d'Or.

Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec

Le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or collaboreront pour assurer une cohésion et un arrimage des initiatives en matière de santé et services sociaux déployés à travers le mouvement des Centres d'amitié autochtones. Le Regroupement sera également engagé dans la promotion, le soutien et le réseautage du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province. Militant pour les droits et intérêts des citoyens autochtones dans les villes du Québec, il appuiera les Centres d'amitié autochtones dans la mise en œuvre de pratiques issues ou inspirées du modèle amélioré (notamment dans les villes où est déjà déployé le modèle Minowé dans sa forme actuelle.

Autres partenariats à développer en cours de projet

Notons par ailleurs que Minowé 2.0 vise à développer des partenariats et des liens de collaboration avec d'autres organisations en cours de réalisation de projet, notamment avec : 1) des instances provinciales telles que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour la promotion, le soutien et le réseautage du modèle à l'échelle de la province; 2) d'autres communautés autochtones de manière à ancrer Minowé 2.0 comme un important maillon du continuum de services en santé pour les personnes issues des communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec; 3) des organismes communautaires offrant des services en santé aux membres des Premiers Peuples (maisons d'hébergement, cliniques de dépistage des ITSS, centres d'aide et de lutte contre la violence et les agressions sexuelles, etc.), afin que leurs interventions aussi s'inscrivent dans un processus de pertinence et de sécurisation culturelle pour les Premières Nations et les Inuit.

Dans la foulée du reportage de l'émission *Enquête* à Radio-Canada mettant en lumière les allégations d'abus sexuels et abus de pouvoir perpétrés à l'encontre de femmes autochtones à Val-d'Or par les policiers, le gouvernement du Québec s'est engagé à mettre sur pied une initiative pour arrimer l'action gouvernementale en matière de services offerts aux Autochtones dans les villes avec les réalités vécues par ces derniers. Des tables locales dans quatre villes ainsi qu'une table centrale ont été créés, avec comme objectif d'accroître l'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones.

Une table de concertation locale sur l'accessibilité aux services est en cours de déploiement dans la ville de Val-d'Or. Cette table servira de mécanisme pour favoriser la création et le développement de liens de partenariat et de collaboration, dans le cadre du projet Minowé 2.0.

Elle vise justement à réunir des organismes régionaux en vue d'améliorer et de faciliter les collaborations et la complémentarité des services (et plus particulièrement les services de santé). Les trois autres tables de concertation locales sont en cours de déploiement dans les villes de La Tuque, Sept-Îles et Maniwaki). Elles sont chapeautées par une table centrale de coordination, formée de représentants du Secrétariat aux affaires autochtones, du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de la Justice et du Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec.

A4. Montant demandé

Indiquer le montant du financement demandé dans le cadre du FISS et les autres sources de financement, le cas échéant.

Le tableau suivant présente la répartition annuelle du montant de financement demandé pour permettre la réalisation du projet Minowé 2.0 :

Tableau 2 – Montant demandé

Répartition du montant de financement demandé	
Montant du financement demandé dans le cadre du FISS (par année financière):	Année 2016-2017 : 235 556 $ Année 2017-2018 : 250 677 $ Année 2018-2019 : 252 082 $ Année 2019-2020 : 293 596 $ **Total pour la période 2016-2020 : 1 031 911 $**
Autres sources de financement et montants (par année financière):	Année 2016-2017 : 50 000 $ Année 2017-2018 : 50 000 $ Année 2018-2019 : 50 000 $ Année 2019-2020 : 50 000 $ **Total pour la période 2016-2020 : 200 000 $**
Coût total du projet (par année financière):	Année 2016-2017 : 285 556 $ Année 2017-2018 : 300 677 $ Année 2018-2019 : 302 082 $ Année 2019-2020 : 343 596 $ **Total pour la période 2016-2020 : 1 231 911 $**

A5. Durée du projet

Indiquer les dates de début et de fin proposées pour le projet. Ne pas oublier que la date de début définitive dépendra de la date d'acceptation de la proposition et du moment de la signature de l'accord de contribution.

Période visée par le projet

Le projet Minowé 2.0 s'étendra sur une période de 4 ans débutant le 1er avril 2016 et se terminant le 31 mars 2020.

Pérennité du projet

Minowé 2.0 est un projet hautement stratégique qui vise non pas à implanter des services ou à financer des activités déjà existantes, mais qui consiste plutôt à pousser encore plus loin ce modèle d'innovation sociale, à y ajouter de la profondeur, à l'ancrer véritablement à l'intérieur des systèmes faisant partie du continuum de services en santé et services sociaux, à moduler les pratiques d'intervention clinique du Réseau de la santé et des services sociaux de manière à ce qu'elles prennent en compte les réalités culturelles des Autochtones et pour que puisse ainsi se réaliser la sécurisation culturelle. La pérennité du modèle Minowé 2.0 passe : 1) par l'appropriation et par une application véritable des concepts liés à la conscience, à la sensibilité, à la compétence et à la sécurisation culturelle par les intervenants; 2) par l'accès à des outils de connaissances, pratiques et compétences soutenant l'intégration des services de santé et constituant des matériaux aptes à influencer la conception de programmes et services en matière de santé. Et c'est précisément ce que permettra ce projet, à travers la réalisation des activités prévues au plan d'action présenté dans les pages suivantes.

A6. Objectifs généraux du projet

Indiquer en termes clairs et concis les objectifs du projet

Objectif général

Transformer l'offre et l'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes.

Axe 1 – Structure et gouvernance

Accroître l'engagement de tous les partenaires concernés dans la transformation des pratiques cliniques du continuum de services de santé et de services sociaux par la construction d'une gouvernance partagée et d'une coordination renforcée :

- Créer un comité stratégique multipartite
- Créer un comité de coordination et de liaison
- Embaucher trois personnes-ressources chargées de mener à bien les activités du projet (volet santé, volet services sociaux, volet administration et coordination)
- Constituer une banque de mentors dont le rôle serait de soutenir l'axe de transfert et appropriation (axe 3)
- Se doter d'une structure de gouvernance spécifique au projet
- Mettre en place des protocoles efficaces de collaboration, d'entraide et de partage entre les partenaires
- Développer des modalités de travail et de concertation entre les partenaires

Axe 2 – Information et savoirs

Créer de nouveaux outils de connaissances à partir des besoins, attentes, aspirations et pistes de solution de la population autochtone, des décideurs et intervenants autochtones et allochtones ainsi que des aidants naturels des organismes communautaires autochtones :

- Organiser des cercles de parole et autres mécanismes de consultation collectifs auprès de la population autochtone
- Consigner la parole des différents segments de la population autochtone (femmes, hommes, jeunes, aînés)
- Recueillir des récits de pratique auprès des intervenants du continuum de services en santé et services sociaux
- Réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé offerts à la population autochtone
- Analyser scientifiquement les données recueillies lors des consultations et des études de cas et élaborer des produits de connaissances

Axe 3 – Transfert et appropriation

Accroître les connaissances et les compétences des décideurs, des intervenants et du personnel des différents partenaires, incluant les organismes communautaires autochtones :

- Familiariser et sensibiliser les intervenants et le personnel des différents partenaires aux réalités autochtones et à la démarche de la sécurisation culturelle

- Tenue de 4 sessions collectives de transfert (15 heures/session) par année auprès d'intervenants et aidants naturels

- Expérimenter sur le terrain et évaluer les pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes
  - Réalisation de 4 stages (30 heures/stage) par année dans les organismes communautaires autochtones, à l'intention de groupes d'intervenants autochtones ou allochtones
  - Tenue de 12 ateliers cliniques (4 heures/atelier) par année, à l'intention des intervenants ayant suivi le stage d'expérimentation (3 ateliers par année auprès de chaque groupe d'intervenants ayant suivi le stage)
  - Mentorat offert à l'intention des dirigeants et intervenants des partenaires et institutions publiques

Axe 4 – Rayonnement et déploiement du modèle amélioré

Orchestrer la mise en œuvre et le rayonnement du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province de Québec :

- Créer les conditions d'une rencontre fructueuse entre les différents Centres d'amitié autochtones du Québec, dans une perspective de mise en œuvre des nouvelles pratiques issues du modèle Minowé 2.0 dans d'autres villes de la province
- Positionner le modèle comme important maillon du continuum de services en santé pour les communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec
- Engager les partenaires provinciaux et les instances gouvernementales, dont les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS), dans une démarche de rayonnement et de déploiement du modèle amélioré

PARTIE B : RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET

B1. Sommaire

Fournir un sommaire concis du projet et des enjeux à traiter. Mettre en évidence les buts visés ainsi que les résultats attendus.

Malgré des investissements importants en matière de politiques publiques, 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.

L'initiative Minowé, mise en œuvre à Val-d'Or en janvier 2011, visait précisément à accroître l'accès des Autochtones à des services de santé adaptés à leurs réalités et à leurs besoins. Véritable modèle d'innovation déployé depuis lors dans d'autres villes de la province, le modèle Minowé, dans sa version actuelle, offre des services de santé culturellement pertinents et sécurisants qui contribuent à engager activement la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé. Certes, ce modèle a permis beaucoup d'avancées en matière d'accès aux services de santé pour les Autochtones, mais il reste encore énormément à faire pour réduire les écarts de santé entre Autochtones et Allochtones.

Grâce à des engagements renouvelés de la part des principaux partenaires, la proposition de projet présentée aujourd'hui à Santé Canada permettra de repositionner le modèle Minowé et de le propulser à un niveau supérieur, à un niveau systémique. Ce projet permettra essentiellement de faire un pas de plus dans l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les Autochtones en implantant la démarche de la sécurisation culturelle à travers le continuum de services en santé et services sociaux (en l'occurrence dans le Réseau de santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les communautés autochtones). Il en résultera une modulation des approches et des pratiques d'intervention dans les différents systèmes, selon les réalités culturelles et identitaires des Autochtones.

Ainsi, entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2020, le projet Minowé 2.0 poursuivra l'objectif ultime de transformer l'offre et l'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes dans les systèmes. Pour ce faire, il s'agira pour le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et pour ses partenaires : 1) de se doter d'une structure de gouvernance partagée, de protocoles de collaboration et de modalités de travail efficaces; 2) de créer de nouveaux outils de connaissances à partir des besoins, des attentes, des aspirations et des pistes de solution de la

population autochtone et des intervenants; 3) d'offrir aux groupes d'intervenants des sessions de formation, des stages d'expérimentation, des ateliers cliniques et du mentorat afin de permettre une appropriation des savoirs et une adoption sur le terrain de comportements culturellement sécuritaires; 4) d'impliquer des partenaires clés tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le rayonnement et dans le réseautage du modèle Minowé amélioré à l'échelle de la province.

Trois personnes seront embauchées pour permettre la réalisation du projet, soit un coordonnateur à la mobilisation des connaissances, un coordonnateur en liaison et relation avec les partenaires ainsi qu'un gestionnaire de projet. De plus, une démarche d'évaluation évolutive et une veille scientifique intégrée au projet permettront de mesurer en temps réel l'efficacité et la portée du modèle Minowé amélioré, ainsi que ses retombées, ses bénéfices et les transformations qu'il aura engendrées.

Ultimement, Minowé 2.0 entraînera la création, la diffusion et l'appropriation de connaissances et de compétences menant à l'adoption d'approches et de pratiques d'intervention novatrices reflétant une approche écosystémique et culturellement sécuritaire. Les recueils de connaissances, de pratiques et de compétences créés dans le cadre du projet permettront de soutenir l'intégration des services de santé et constitueront des matériaux aptes à influencer la conception de programmes et services en matière de santé. On parle ici de cadres de référence et de synthèses thématiques, de plan stratégique organisationnel, de cahiers pédagogiques et de matériel de formation, ainsi que d'un guide pratique en matière d'accompagnement, d'intervention et de prévention culturellement pertinents et sécurisants.

Pareil projet est indispensable afin d'augmenter l'accès des Premières Nations et des Inuit aux services de santé et pour entraîner des changements irréversibles dans la manière d'offrir les soins de santé aux Autochtones. Il importe de saisir dès maintenant la volonté et l'engagement renouvelé des principaux partenaires du projet pour propulser le modèle Minowé à un niveau supérieur et ainsi augmenter la confiance des Premiers Peuples à l'égard des services de santé. Il en va des enjeux majeurs que sont la justice sociale, l'égalité des chances et la réappropriation identitaire… et ultimement l'amélioration de la santé des Premières Nations et des Inuit.

B2. Description du projet

Fournir une brève description indiquant la situation précise, l'occasion à saisir, le problème, l'enjeu ou le besoin à l'origine de la proposition. Préciser les circonstances générales et le contexte, qui pourraient inclure des projets d'intégration précédents, financés par les FISS ou le Fond de transition pour la santé des autochtones (FTSA).

L'état de santé et les conditions de vie de la population autochtone urbaine

Il est bien connu et bien documenté que les conditions de vie et de santé de la population autochtone au Canada sont nettement inférieures à celles de la population canadienne : incidence plus élevée de maladies chroniques, problématiques psychosociales majeures, obésité, séquelles encore vives des pensionnats, traumatismes intergénérationnels, espérance de vie moindre (CCDP 2013, CSSSPNQL 2007, UN 2013). Alors que l'indice de développement humain positionne régulièrement le Canada parmi les cinq meilleurs pays au monde, cet indice positionne les Peuples autochtones au Québec et au Canada au 70e rang.

> Comparativement au reste de la population québécoise, et plus largement de la population canadienne, les Premières Nations du Québec accusent un retard alarmant en matière de santé et de qualité de vie. Les disparités couvrent quasiment tous les domaines de la santé et du développement social. Le plus alarmant est que certaines d'entre elles ont même tendance à s'amplifier, au lieu de se résorber. En comparaison avec la population canadienne, une personne issue des Premières Nations du Québec : […] est quatre fois plus exposée à l'inaccessibilité et aux carences en ce qui a trait aux soins de santé et de services sociaux; […] risque de vivre, dès sa plus jeune enfance, des situations de pauvreté, de négligence et de placements, dans des proportions de trois à cinq fois plus élevées. (CSSSPNQL 2007)

Dès la naissance, les Autochtones s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans toutes les catégories courantes : scolarisation, conditions de logement, habitudes de vie, employabilité (Macdonald et Wilson 2013). On sait par ailleurs que la proportion de la population autochtone qui réside dans les villes augmente très rapidement; elle atteint désormais plus de 60 % de la population autochtone globale au Québec (Lévesque et Cloutier 2013). Aux problèmes de santé s'ajoutent des difficultés supplémentaires : manque de soins et de ressources appropriés, accès limité aux services de santé, isolement social, surreprésentation des Autochtones parmi la population itinérante, conditions de logement insalubres et non sécuritaires, insécurité alimentaire, situations répétées de racisme et de discrimination, chômage chronique. En conséquence : 1) une pression accrue s'exerce sur les services publics des villes qui disposent rarement des ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins multiples et croissants de cette clientèle autochtone, des besoins qui sont mal connus et surtout mal compris; 2) la cohabitation interculturelle et institutionnelle est difficile et est source de tensions et d'insécurité autant pour la population autochtone que pour la population québécoise ou canadienne concernée.

Qui plus est, il s'avère que beaucoup d'Autochtones ne font pas confiance aux services de santé du réseau québécois ou canadien, une situation qui engendre d'autres problèmes graves, dont des diagnostics tardifs, des traitements plus complexes, le manque d'accompagnement, l'absence de suivi et de mesures de prévention (Allan & Smylie 2015). Les disparités sont parfois accentuées par des manifestations de racisme et de discrimination institutionnelle qui colorent les relations de nombre d'Autochtones avec le réseau de la santé (Allan & Smylie 2015). Toutes les catégories d'âge et de genre sont susceptibles de subir les lourds impacts de cette situation qui perdure depuis des décennies.

Le cas de Val-d'Or

L'Abitibi-Témiscamingue n'échappe pas à cette réalité. Dans la région, nombreux sont les membres des Premiers Peuples à éviter les services de santé offerts dans les institutions du Réseau québécois de la santé et des services sociaux, en raison de l'accueil et de l'approche qui leur sont réservés, comme en témoigne une nouvelle maman anicinabe lors d'un cercle de parole organisé en février 2016, dans le cadre d'une démarche d'évaluation des services à la petite enfance et à la famille offerts au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or :

> Moi, je n'aime pas aller au Centre de santé avec mon enfant parce que je me sens jugée. Ici, au Centre d'amitié, ce n'est pas pareil. J'ai l'impression d'être écoutée et respectée. Je me sens bien. Je me sens chez nous.

Une situation d'autant plus préoccupante qu'elle affecte un important segment de la population régionale. Il est reconnu et documenté que la circulation entre Val-d'Or et les communautés autochtones (cries et algonquines) localisées à proximité ou à plus grande distance le cas échéant, va en s'accroissant. Val-d'Or est une destination privilégiée pour l'accueil des patients autochtones de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et celle de Eeyou Istchee (Baie-James). Il y a déjà longtemps que les femmes cries et anicinabe viennent accoucher à Val-d'Or : certaines y séjournent quelques semaines, d'autres plusieurs mois lorsque leur condition le nécessite. Nombreuses personnes provenant des communautés cries du Nord-du-Québec viennent également séjourner à Val-d'Or, le temps d'y recevoir des soins de santé plus spécialisés.

Mentionnons ici que la présence d'un Centre d'amitié autochtone dans une ville comme Val-d'Or crée de nouvelles possibilités de mobilité et de circulation entre des lieux que l'on présente généralement en opposition, soit la réserve et la ville, à l'intérieur d'une zone d'influence territoriale.

> La zone d'influence territoriale d'un Centre d'amitié autochtone est l'aire de distribution et de circulation de la population autochtone à l'intérieur d'un territoire donné. Dans le cas du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, cette zone d'influence comprend l'ensemble des cinq MRC de la région, soit les MRC d'Abitibi, d'Abitibi-Ouest, de Rouyn-Noranda, du Témiscamingue et de la Vallée-de-l'Or, incluant l'ensemble des

> municipalités et des communautés autochtones qui y sont localisées. Elle occupe une superficie totale de 64 450 km^2. Selon les données du recensement de Statistique Canada en 2006, on indique que 805 Autochtones résident dans la ville de Val-d'Or. Or, en introduisant le concept de zone d'influence territoriale de Val-d'Or, ce sont 6 535 Autochtones, soit 4.6 % de la population totale en 2006, qui possèdent une identité autochtone. À ces membres des Premiers Nations qui, pour la grande majorité, convergent à Val-d'Or ou pour plusieurs y résident, s'ajoute la population des communautés cries de la Baie James, qui est également très présente à Val-d'Or pour des séjours de plus ou moins longue durée. Au total, en ajoutant les 13 620 Cris du Nord aux 6 535 personnes ayant une identité autochtone recensées dans la zone d'influence en 2006, on compte 20 155 utilisateurs potentiels de services divers dans la ville de Val-d'Or, notamment les services de santé et les services sociaux (Lévesque *et al.* 2011).

En d'autres termes, la ville où est établi le Centre d'amitié devient le théâtre de nouvelles relations avec les communautés autochtones environnantes, entre la ville du Centre d'amitié et les autres villes au sein desquelles réside aussi une population autochtone, et entre la ville ciblée et les territoires ancestraux et contemporains des peuples autochtones. Ainsi, l'existence d'un Centre d'amitié transforme les dynamiques et les logiques de mobilité des individus et des familles, que ces derniers résident dans des villes ou dans des communautés.

Le cadre institutionnel

L'engagement du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or à l'égard de la santé des Premières Nations et des Inuit s'inscrit dans une longue trajectoire de soutien social, d'affirmation identitaire et d'action mobilisatrice pour le bénéfice de la population autochtone urbaine de la MRC de la Vallée-de-l'Or et, plus largement, de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Depuis plus de 40 ans, le CAAVD multiplie les initiatives afin d'améliorer la qualité de vie des Autochtones, de promouvoir la culture autochtone, de militer pour la reconnaissance et la défense des droits et intérêts des Autochtones et de bâtir des ponts entre Autochtones et non-Autochtones. Ses champs d'action se sont considérablement transformés au fil des décennies. De lieux de rencontre et de ralliement, le Centre est devenu un point de services polyvalent, un carrefour culturel pour tous les citoyens autochtones de la ville de Val-d'Or et de la région environnante, et un foyer d'apprentissage, de transmission intergénérationnelle et de formation pour des centaines d'Autochtones.

Néanmoins, les défis demeurent nombreux et vont en augmentant compte tenu de la hausse significative de la présence autochtone depuis le début des années 2000. Qui plus est, les écarts en matière de santé et de services sociaux se sont même creusés ces dernières années, étant donné que les besoins se complexifient et s'intensifient, et que les services offerts au sein du Réseau québécois de la santé ne parviennent pas à répondre adéquatement aux demandes et attentes d'une clientèle très mobile, souvent démunie et dont les repères sociaux et culturels relèvent de modalités d'interaction différentes.

Autant de conditions spécifiques qui avaient amené le gouvernement du Québec et les autorités des Premières Nations à s'engager, lors du Forum socioéconomique des Premières Nations qui s'est tenu à Mashteuiatsh en 2006, à mettre en œuvre des actions visant à réduire ces écarts entre la population québécoise et celle issue des Premières Nations (APNQL 2006). Parmi les ententes conclues alors par le ministère de la Santé et des Services sociaux, un partenariat avec le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec a vu le jour afin de favoriser « le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les CSSS [et] l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones » (Ouellette et Cloutier 2010 : 7).

C'est dans cette foulée que le CAAVD s'est engagé pleinement dans une initiative visant à renouveler et à transformer les services de santé afin qu'ils répondent de manière plus efficace et plus sécuritaire aux besoins de la population autochtone : l'initative Minowé.

Implantation du modèle d'innovation

Implanté à Val-d'Or en janvier 2011, le modèle Minowé s'est déployé jusqu'à maintenant à travers une clinique en milieu urbain intégrée au Réseau local de la santé et des services sociaux. Située à l'intérieur des murs du CAAVD, la Clinique Minowé facilite l'accès aux Autochtones à des services de santé culturellement pertinents[3] en santé et services sociaux. Elle vise à contribuer à engager activement la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé globale par des pratiques propres à la culture des Premiers Peuples.

Le modèle Minowé s'est construit sur la base d'un partenariat majeur entre le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (devenu le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (désormais intégré au CISSSAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Ce projet d'innovation sociale a été développé dans le cadre d'une initiative pilote soutenue financièrement par Santé Canada, dans le cadre du Fonds de transition en santé autochtone (FTSA) qui a permis de soutenir la phase de développement et d'expérimentation de la Clinique Minowé du 1er décembre 2008 au 31 mars 2011. L'initiative Minowé a également été appuyée par une veille scientifique de l'Alliance de recherche ODENA, une initiative conjointe entre DIALOG – le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones – et le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec. Fort de ses retombées positives, le modèle Minowé a été déployé – ou est en cours de déploiement – dans d'autres villes de la province desservies par un Centre d'amitié autochtone, soit à La Tuque (la Clinique Acokan) ainsi qu'à Montréal et à Sept-Îles (en cours d'implantation). Une contribution financière de Santé Canada, offerte au Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec pour la période

[3] L'approche culturellement pertinente passe par une compréhension des héritages et contextes singuliers qui marquent le parcours des Autochtones : historiques, juridiques politiques, culturels, économiques et sociaux.

2012-2015 dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), a permis un tel déploiement du modèle.

Retombées du modèle actuel

Depuis son implantation en janvier 2011, le modèle Minowé offre, à travers la Clinique de santé développée en milieu autochtone : 1) des services aux femmes enceintes, à leurs enfants et à leur famille (contraception, suivi pré et post natals, vaccination pour les enfants de 0-5 ans, évaluation du développement des enfants de trois ans); 2) des services de prévention des maladies chroniques (dépistage et soutien aux personnes aux prises avec le diabète, le cholestérol ou l'hypertension, prévention et promotion des saines habitudes de vie, campagne de vaccination contre l'influenza; 3) des services d'intervention psychosociale (difficultés familiales, jeunes en difficulté, information et accompagnement dans le processus de Protection de la jeunesse, service aux personnes présentant des problèmes de santé mentale).

La Clinique Minowé relève d'un modèle d'innovation sociale dont la valeur et l'importance sont reconnues à l'échelle régionale, nationale et internationale (CCS 2012b).

> Les facteurs de réussite de la Clinique Minowé résident dans le leadership du CAAVD et l'engagement des membres de l'équipe de travail mobilisée de la conception du projet à sa mise en œuvre. De même, les partenaires, tout en contribuant de leurs propres ressources, ont sollicité et obtenu la confiance des décideurs, y compris celles des chefs de services régionaux et des ministres du gouvernement provincial. […] La Clinique Minowé a connu une rapide expansion depuis sa mise en fonction. La demande de service a augmenté et, par la suite, la charge de travail pour le personnel. On note une tendance des familles à se présenter davantage aux rendez-vous comparativement à ce qui s'observait avant l'ouverture de la Clinique. Les témoignages enregistrés auprès des clients traduisent l'impact des services de la Clinique sur leur santé et leur bien-être (Lévesque et Radu 2014).

Tableau 3 – Ligne de temps de la mise en œuvre et des retombées de la Clinique Minowé

Un modèle à améliorer

Le modèle Minowé, dans sa forme actuelle, a certes permis d'accroître l'accès des Premières Nations et des Inuits à des services de santé culturellement pertinents et sécurisants, grâce à un partenariat tripartite avec le Centre de santé et avec le Centre jeunesse qui permet désormais d'offrir, à l'intérieur même des murs du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, de tels services santé ancrés dans les réalités, les valeurs et les spécificités propres aux Premiers Peuples.

Néanmoins, les services offerts dans le Réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans les organismes communautaires qui offrent des services de santé physique ou mentale aux Autochtones, la plupart du temps, ne tiennent pas compte des différences culturelles et identitaires des Premières Nations et des Inuit.

Pour le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or autant que pour l'actuel président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Jacques Boissonneault, la réduction des écarts en matière de santé et des disparités sociales entre la population québécoise et celle issue des Premiers Peuples doit inévitablement passer par une modulation des pratiques cliniques du Réseau de la santé et des services sociaux selon les

réalités culturelles des Autochtones. C'est pour cette raison que le CISSSAT s'engage comme partenaire majeur dans le projet Minowé 2.0.

> La façon dont on s'y prend actuellement, ça ne marche pas. Il faut donner plus de vie à nos interventions en tenant compte des cultures. Il faut apporter des changements irréversibles. On doit regarder l'avenir en tenant compte du processus de sécurisation culturelle et amener les groupes à saisir l'approche.
>
> – Jacques Boissonneault, PDG du CISSSAT

C'est précisément ce que permettra le projet Minowé 2.0.

Description du projet Minowé 2.0

Le projet Minowé 2.0 vise à transformer l'offre et l'accès aux services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes. Et cela doit notamment passer par : 1) un renforcement des partenariats menant à la construction d'une gouvernance partagée et d'une coordination renforcée; 2) la documentation des pratiques des intervenants, la caractérisation des expériences vécues par les patients autochtones et la création de nouveaux outils de connaissances; 3) l'augmentation des compétences culturelles des intervenants et la transformation des pratiques d'intervention au moyen de sessions de formation, de stages d'expérimentation, d'activités cliniques et de mentorat.

Minowé 2.0 n'est surtout pas un projet qui vise l'implantation de nouveaux services, et il est encore moins destiné à financer des activités existantes. Minowé 2.0 est un projet hautement stratégique qui vise à pousser ce modèle d'innovation encore plus loin, à le transformer en une initiative encore plus grande qui permettra une diversification des modes de prestation de services afin qu'ils prennent en compte les réalités culturelles des Autochtones. Ultimement, Minowé 2.0 permettra une modulation des pratiques d'intervention – notamment celles du Réseau québécois de la santé et des services sociaux –, et cette modulation doit s'appuyer sur la démarche de la sécurisation culturelle. Un défi audacieux, certes – il est entre autres question ici de transformer des approches et des comportements de décideurs et d'intervenants qui cumulent parfois plusieurs années d'expériences théoriques et pratiques dans leur domaine –, mais un défi somme toute réaliste étant donné la volonté et l'engagement confirmé de la part des principaux partenaires du projet.

D'où l'importance des activités de transfert et d'appropriation de connaissances et de compétences des dirigeants, des intervenants et du personnel des différents partenaires (axe 3 du projet). D'où l'importance d'offrir non seulement des formations sur les réalités autochtones et sur la démarche de la sécurisation culturelle, mais aussi, et surtout, des stages d'expérimentation, des ateliers cliniques et du mentorat. Parce que l'appropriation des savoirs

et l'adoption de comportements culturellement sécuritaires doit inévitablement passer par une mise en pratique des concepts et par un suivi clinique régulier qui s'étendra jusqu'à la toute fin du projet. Ainsi, plusieurs groupes d'intervenants rattachés aux différentes organisations partenariales bénéficieront d'ateliers de formation théorique de deux jours, auxquels se succéderont des stages d'expérimentation pratique d'une durée d'une semaine, combinés à des ateliers cliniques ponctuels et à du mentorat régulier jusqu'à la toute fin du projet.

Et pour que les intervenants se sentent directement interpellés tout au long du processus, il importe de développer les approches et les contenus des sessions de transfert, des stages d'expérimentation, des ateliers cliniques et du mentorat à partir de situations signifiantes pour eux et à travers lesquelles ils pourront se reconnaître et évoluer. C'est pourquoi tous ces contenus seront développés à partir : 1) de recueils de récits de pratiques d'intervention; 2) de recueils d'expériences vécues par les membres des Premiers Peuples; 3) d'études de cas sur les situations similaires vécues ailleurs en matière de services de santé offerts à la population autochtone. La documentation, la caractérisation et l'analyse issus de la veille scientifique intégrée au projet Minowé 2.0 permettront la création d'outils de connaissances à partir des besoins, attentes et pistes de solution de la population autochtone, des intervenants autochtones et allochtones ainsi que des aidants naturels. Il en va de même pour les contenus des sessions de transfert, des stages d'expérimentation, des ateliers cliniques et du mentorat.

Démarches poursuivies

La cohésion intellectuelle, conceptuelle et opérationnelle du projet Minowé 2.0 repose sur trois types de démarches interactives et itératives qui présentent de nombreux points de convergence et qui se complètent l'une l'autre. Chacune propose d'accorder une attention spéciale non seulement aux individus, mais aussi au milieu de vie et à l'environnement communautaire et social dans lequel ils évoluent. Chacune, à sa manière, s'inscrit dans une dynamique de transformation des pratiques de prévention, d'accompagnement, de soins et de suivi avec comme finalité commune l'amélioration de la qualité de vie des hommes, des femmes, des enfants et des aînés autochtones. Chacune reconnaît la spécificité du monde autochtone et la manière propre dont se construisent les relations entre les individus, leur famille élargie et leur communauté d'appartenance. Ces démarches combinées orientent le choix des activités à entreprendre au sein du projet et permettent de baliser les étapes qu'il faut traverser afin de combler les besoins ciblés et d'atteindre les objectifs.

<u>L'approche écosystémique</u>

L'approche écosystémique propose de ne pas isoler la personne du milieu (familial et communautaire) auquel elle appartient et avec lequel elle interagit. Elle suggère un cadre de référence qui met l'accent sur les relations positives que l'individu entretient avec son environnement. La nature de ces relations et leur déploiement dans un contexte serein et sécuritaire sont essentiels à son épanouissement.

En contexte autochtone, il existe un réseau élargi de parenté biologique, sociale et territoriale qui comporte des droits, des obligations et des responsabilités. La communauté autochtone, par exemple, ne désigne pas seulement un lieu d'ancrage géographique, mais aussi et surtout la synthèse des connexions sociales, relationnelles et spirituelles qui composent l'histoire et la filiation de chaque personne, son appartenance au groupe et sa place au sein de l'univers. Ces connexions se déploient autant à l'échelle individuelle que familiale, communautaire, territoriale et cosmogonique.

Ainsi, le projet Minowé 2.0 cible les populations suivantes :

- L'individu, selon l'âge et le genre
- Le groupe d'individus réunis autour de défis, d'intérêts et d'enjeux communs
- La famille élargie
- La communauté d'appartenance
- Les intervenants et organismes

La sécurisation culturelle

La démarche de sécurisation culturelle est destinée à bâtir la confiance avec les patients autochtones et à revoir les pratiques des acteurs et intervenants afin qu'elles prennent en compte leur identité culturelle et répondent, de manière sécuritaire, à leurs besoins et attentes en matière de santé et de services sociaux[4]. La sécurisation culturelle implique le respect mutuel et le partage de savoir-faire et de connaissances. Elle repose sur des modes d'interaction, des processus d'apprentissage et des mécanismes de transmission et de communication spécifiques à la culture autochtone. Cette démarche renvoie à tous les déterminants sociaux de la santé autochtone : conditions socioéconomiques défavorables, colonisation, discrimination, manque et insalubrité des logements, insécurité alimentaire, isolement social (Lévesque 2016b)

La sécurisation culturelle requiert une compréhension approfondie des enjeux de santé (dans un sens large) relatifs à la population autochtone (Tableau 4). Elle fait référence à l'héritage colonial que partagent les peuples autochtones et à ses impacts intergénérationnels sur la santé et la qualité de vie. Elle explique de quelle manière les liens que les Autochtones ont développés avec les institutions (pensionnats, placements d'enfants, *Loi sur les Indiens*, politiques inadéquates) ont été néfastes sur leurs cultures, leurs sociétés et leur développement sur les plans individuel et collectif. Elle propose de restaurer et de régénérer ces liens, et de bâtir un environnement sécuritaire favorisant le plein accomplissement des capacités des individus et des collectivités.

[4] «La notion de « sécurisation culturelle » (*cultural safety*) a été développée en Nouvelle-Zélande dans les années 1980, dans le contexte des soins infirmiers relatifs aux Maoris. La professeure en sciences infirmières Irihapeti Ramsden, elle-même maorie, a écrit substantiellement sur le sujet et l'a fait connaître sur la scène internationale (Ramsden 2002). La démarche de sécurisation culturelle vise une réelle transformation sociale en proposant de revoir les politiques publiques destinées aux populations autochtones et de renouveler les pratiques dans une optique de décolonisation et d'autodétermination» (Lévesque *et al.* 2015).

La création d'un environnement culturellement sécurisant pour les Autochtones requiert notamment de la part des décideurs et des intervenants l'acquisition et la démonstration, à travers les gestes qu'ils posent, de compétences culturelles :

> La compétence culturelle n'est pas simplement un geste de bonne volonté, ni une activité ajoutée. C'est un élément de réforme qui s'appuie sur la compréhension selon laquelle le manque de compétence culturelle chez les professionnels de la santé et dans les services de santé empêche beaucoup d'Autochtones de demander des soins et exerce des répercussions négatives sur leurs résultats de santé. Pour devenir culturellement compétents, les organismes et les institutions doivent mettre en place des politiques, des structures et des processus pertinents qui appuient et concrétisent cet aspect des soins de santé (CCS 2012 : 15).

Tableau 4 – La sécurisation culturelle selon le Conseil canadien de la santé

La sécurisation 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 la discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans le système et dans le domaine de l'éducation ○ Exige que nous reconnaissions que nous sommes tous porteurs de culture; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs
Des soins culturellement sécuritaires
○ 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 clients ou aux patients d'être partenaires dans le processus décisionnel

Source : CCS 2012 : 5

L'innovation sociale

L'innovation sociale est un vecteur majeur de développement social et humain au sein de la société québécoise. Semblable approche propose un changement dans les pratiques existantes de manière à apporter une réponse durable à des problèmes de société majeurs tels que les inégalités sociales, les inégalités en matière de santé, ou encore les situations de marginalisation perpétrées à l'endroit d'un groupe social donné. L'innovation sociale vise des changements de nature structurelle, organisationnelle et institutionnelle afin que les mentalités, les comportements et les manières de faire se renouvellent pour accroître leur efficacité et leurs retombées. Elle repose sur une vision avancée de la collaboration et du partage entre acteurs de différents horizons qui œuvrent ensemble à transformer des conditions adverses en conditions de succès et de progrès social.

Le partenariat stratégique renouvelé dans le cadre du projet Minowé 2.0 constitue en lui-même une amorce originale à une initiative d'innovation sociale exceptionnelle. En travaillant de concert, les partenaires et collaborateurs augmenteront leurs capacités d'agir, maximiseront les retombées au sein de leurs organisations respectives et accéléreront la mise en œuvre de pratiques pertinentes et sécuritaires. L'adoption d'une gouvernance partagée vient marquer la volonté des partenaires à s'engager sur le chemin de l'innovation sociale et à créer des conditions propices en matière de prévention, de soins et d'accompagnement.

Transfert des connaissances

Le transfert des connaissances — vecteur transversal du projet Minowé 2.0 — comporte trois étapes distinctes : la création, la diffusion et l'appropriation des savoirs. Ces étapes empiriques et opérationnelles sont préalables à l'adoption de pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes et, ultimement, à la conception de nouveaux programmes et politiques.

Création des connaissances

Afin de bien saisir la nature et la portée des connaissances et compétences qui émanent du projet, il importe dans un premier temps de recueillir des récits de pratique et d'expérience et de consigner les résultats de plusieurs exercices d'observation (ateliers d'échange, cercles de paroles) qui mettront en présence les différents acteurs du projet. En parallèle, un travail de recension documentaire assurant la mise en perspective des travaux et activités du projet sera réalisé dans le cadre de la veille scientifique.

Diffusion des connaissances

La diffusion favorise l'accès, le partage, la circulation et la valorisation des informations mises au jour à travers différents supports communicationnels. C'est dans ce cadre que seront préparés des recueils de récits, des études diagnostiques, des cahiers pédagogiques, du matériel de formation et un guide pratique d'intervention destinés autant à la communauté scientifique qu'aux divers publics spécialisés, dont celui des organismes partenaires et collaborateurs ainsi que celui des services publics.

Appropriation des connaissances

L'appropriation des connaissances constitue l'étape finale du processus de transfert et la plus avancée puisqu'elle requiert une rencontre directe entre les acteurs et nécessite la mise au point de dispositifs particuliers d'animation, de transmission et d'apprentissage. Différentes stratégies favorisant une réelle appropriation par les intervenants sont envisagées, notamment des sessions de formation sur les réalités autochtones et sur la démarche de la sécurisation culturelle, des stages d'expérimentation de pratiques novatrices et culturellement sécurisantes pour les Autochtones, ainsi que des ateliers cliniques et du mentorat. Les opérations supportant

et favorisant l'appropriation utiliseront à la fois (et parfois de manière complémentaire) les ressorts de l'oralité, de l'écrit et de l'image.

Rayonnement et déploiement du modèle amélioré

De ces démarches visant le transfert et l'appropriation de connaissances et de compétences, il résultera un modèle Minowé amélioré, dont le CAAVD et ses partenaires comptent résolument orchestrer le rayonnement et le déploiement à l'échelle de la province. Ainsi, dès le début de la troisième année du projet – pendant que se poursuivront les activités de transfert et d'appropriation des savoirs auprès des dirigeants et des intervenants de la région – il importera de tenir des journées d'étude avec les représentants des Centres d'amitié autochtones du Québec et leurs partenaires, 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 (notamment dans les villes où est déjà implanté le modèle Minowé 1.0). Des journées d'étude auront également lieu avec les représentants de communautés autochtones intéressées de la région et d'ailleurs au Québec, afin de positionner ce modèle comme un maillon incontournable des services en santé dont ils ont accès, et pour que les contenus du modèle puissent être déployés sur leur territoire. Enfin, des échanges réguliers et un forum provincial avec des partenaires clés permettront d'impliquer des acteurs importants tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans la promotion, le soutien et le réseautage du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province. Notons que les démarches auprès des partenaires provinciaux seront entreprises dès ce printemps, afin que ces derniers fassent partie prenante du projet dès sa mise en œuvre.

Indiquer la raison pour laquelle il s'agit d'une priorité pour le bénéficiaire, ses partenaires et pour la population cible, décrivez les résultats attendus.

Une priorité pour le CAAVD, ses partenaires et la population cible

En dépit d'importants investissements consentis en matière de politiques publiques destinées aux peuples autochtones, les écarts entre la population autochtone et la population canadienne se sont creusés ces dernières années sur de nombreux plans. À preuve : l'augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance, la hausse du placement d'enfants, les manifestations claires et brutales de racisme dans plusieurs villes, les demandes d'aide en hausse auprès des ressources publiques, le décrochage scolaire qui demeure inquiétant, la violence qui ne connaît pas de répit. Force est de constater le peu d'impacts de ces politiques (et des programmes associés), voire les effets adverses qu'elles peuvent engendrer au sein de la population. Cet état de fait peut s'expliquer de la manière suivante : d'une part, les approches et les logiques d'action qui sous-tendent la grande majorité de ces politiques publiques de facture néolibérales et universalistes ne correspondent pas aux approches, perspectives,

savoirs, besoins et visées des Autochtones; d'autre part, lorsque la liberté d'accomplir – pour reprendre les termes d'Amartya Sen (2000) – des humains et des sociétés est freinée de toutes parts et neutralisée par les pouvoirs publics, les inégalités entre les gens perdurent.

À cela s'ajoute cette troublante réalité à l'effet que plusieurs Autochtones ne font pas confiance aux services de santé existants. Il en résulte des diagnostics tardifs, des traitements plus complexes, un manque d'accompagnement et d'écoute, une absence de suivi et de mesures de prévention ciblées.

Parallèlement à ces phénomènes, on assiste à l'émergence de multiples initiatives autochtones de réconciliation et de reconstruction sociale grâce à des collaborations inédites entre instances de gouvernance autochtone et non autochtone. La mise en œuvre et le déploiement du modèle Minowé en est un parfait exemple. Néanmoins, les actions déployées à ce jour dans le cadre de ce modèle, aussi bénéfiques soient-elles, n'ont pas encore atteint le niveau systémique nécessaire pour que s'opère un changement irréversible des pratiques d'intervention dans l'ensemble du continuum de services en santé. Pour que de tels changements s'incarnent dans les actions concrètes de transformation à l'échelle des systèmes, il faudra reconnaître l'apport indispensable et incontournable des Autochtones eux-mêmes dans la définition, l'organisation et la prestation des services qui leur sont destinés.

> Les Québécois devront franchir plusieurs étapes afin de contribuer véritablement à la réconciliation. Se sentir solidaires des peuples autochtones et soutenir leurs actions afin de combattre les inégalités est une chose. Reconnaître leurs institutions, valeurs et principes éthiques, accepter qu'ils prennent eux-mêmes les décisions quant au présent et à l'avenir de leurs sociétés en est une autre. Trop souvent, nos comportements quotidiens sont empreints, parfois même à notre insu, de cette idéologie du rattrapage qui confine les Autochtones à la remorque de la société québécoise ou canadienne, un peu comme si nos propres standards étaient devenus la référence absolue. Que ce soit en santé, en éducation ou en environnement, nous avons encore tendance à croire qu'il suffit d'adapter ou d'ajuster les mesures en vigueur au « cas des Autochtones » pour ainsi tenir compte de leurs réalités. C'est loin d'être acceptable, car les logiques et dynamiques sociétales ne sont pas nécessairement les mêmes dans le monde autochtone. […] En d'autres mots, la reconnaissance doit s'accomplir à travers la prise en compte de la différence; il ne faut pas la nier et encore moins la banaliser. C'est la raison pour laquelle il importe que les deux sociétés civiles (québécoise et autochtone) puissent avancer côte à côte et non se fondre l'une dans l'autre. Un état de reconnaissance ne saurait donc se réduire à un ajustement arbitraire ou temporaire, ni se limiter aux exactions du passé, aussi tragiques soient-elles. Il doit s'accompagner d'une consolidation véritable des structures, valeurs, pratiques et institutions autochtones contemporaines, de même que d'un processus de transformation continue des mentalités, des actions et des choix au sein de la société québécoise (Lévesque 2016a).

Dans le cas de l'initiative Minowé, il est clair pour le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et pour ses partenaires que le modèle doit maintenant être propulsé à un niveau systémique, afin

d'améliorer l'accès à des services de santé culturellement pertinents et sécurisants pour les Autochtones. Il importe plus que jamais de moduler les pratiques des intervenants du continuum des services de santé selon les réalités, les valeurs et les spécificités autochtones. Et il importe de le faire dès maintenant, étant donné l'engagement renouvelé de partenaires majeurs tels que le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et le Réseau DIALOG. Voir les lettres d'engagement des partenaires en annexe à cette proposition de projet.

Enjeux sociaux

L'initiative Minowé soulève des enjeux de justice sociale, d'égalité des chances et de réappropriation identitaire. Ces enjeux sont d'une importance qui justifie pleinement la nécessité de propulser ce modèle d'innovation à un niveau supérieur.

- La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits, la promotion de rapports justes et équitables et la participation de tous, sans discrimination, à la construction d'une société inclusive : droit à l'égalité, équité, rapports égalitaires, égalité des genres, sécurité et stabilité.

- L'égalité des chances, c'est l'accès égal aux mêmes droits et opportunités, le libre exercice de ces droits et la contribution pleine et entière à la société : compétences de la vie (*life skills*), droits et libertés, participation et inclusion.

- La réappropriation identitaire est un processus d'affirmation fondé sur la reconnaissance de la culture, de l'héritage et de l'histoire des peuples autochtones, de même que sur l'engagement à construire la réconciliation : projets de vie, solidarité et entraide, guérison, réparation.

Résultats attendus du projet

Les principaux résultats attendus (transformations souhaitées mesurables) dans le cadre du projet Minowé 2.0 sont les suivants :

Tableau 5 – Résultats attendus

	Résultats attendus
Axe 1 – Structure et gouvernance	○ Renouvellement et renforcement des partenariats avec le Réseau de la santé et des services sociaux, les communautés autochtones et les organismes communautaires du continuum de services en santé ○ Mise en place d'une structure de gouvernance partagée, renouvelée et enrichie entre les partenaires ○ Mise en place de mécanismes de coordination renforcés pour le modèle Minowé 2.0
Axe 2 – Information et savoirs	○ Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances entourant les expériences vécues par les membres des Premiers Peuples, les pratiques actuelles des intervenants autochtones et allochtones, ainsi que les pratiques exemplaires vécues dans les services de santé d'ici et d'ailleurs
Axe 3 – Transfert et appropriation	○ Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des dirigeants et des intervenants ○ Accroissement et diversification des capacités d'agir des intervenants ○ Transformation des pratiques des intervenants et des organismes au regard des membres des Premiers Peuples ○ Satisfaction accrue des membres des Premiers Peuples sur la façon dont ils sont accueillis et accompagnés
Axe 4 – Rayonnement et déploiement	○ Adhésion du mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec aux approches et aux contenus issus du modèle Minowé 2.0 ○ Engagement de Centres d'amitié autochtones à mettre en œuvre, dans leur milieu, des pratiques issues ou inspirées du modèle Minowé 2.0 (notamment les Centres d'amitié où est déjà déployé le modèle Minowé dans sa forme actuelle) ○ Accès et usage accrus des membres de communautés autochtones (notamment celles de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec) des services de santé déployés dans le cadre du modèle Minowé 2.0 ○ Engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et autres partenaires provinciaux à promouvoir, soutenir et réseauter le modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province

Décrire la vision « avant et après », suite aux impacts du projet.

Vision du modèle Minowé

La vision du modèle Minowé a évolué depuis la mise en œuvre de cette initiative d'innovation en janvier 2011, et elle continuera d'évoluer à la suite des impacts du projet qui s'étend sur quatre ans. Le tableau qui suit présente la vision de Minowé lors de son ouverture voilà cinq

ans, de même que sa vision actuelle, à l'aube de la réalisation du projet Minowé 2.0, ainsi que celle à la fin du projet, après l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes dans les organisations du continuum de services en santé :

Tableau 6 – Vision du modèle Minowé

Stade de développement	Vision du modèle Minowé
Vision initiale du modèle Minowé (lors de son implantation en janvier 2011)	La Clinique Minowé, un modèle d'innovation sociale, contribue activement à engager la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé globale par des pratiques propres à la culture des Premiers Peuples.
Vision actuelle du modèle Minowé (à l'aube de la réalisation du projet Minowé 2.0)	Minowé, modèle d'innovation sociale, contribue activement à améliorer l'accès aux services de santé destinés aux Autochtones en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes dans les systèmes faisant partie du continuum de services en santé et services sociaux.
Vision du modèle Minowé à la fin du projet (après l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes dans les organisations du continuum de services en santé)	Minowé, modèle d'innovation sociale, contribue activement à la transformation systémique qui inscrit la démarche de la sécurisation culturelle dans les organisations et institutions publiques du continuum de services en santé et services sociaux.

Si le bénéficiaire a reçu un financement du FISS par le passé, fournir des renseignements sur l'efficacité du projet réalisé. Indiquer comment le présent projet et ses partenaires s'inspireront des résultats précédents et seront disposés à implanter une forme d'intégration soutenue qui améliorera l'accès aux services de santé pour la population cible.

Résultats d'évaluation et recommandations

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) a reçu un financement de Santé Canada, dans le cadre du Fonds de transition en santé autochtone (FTSA), afin de soutenir l'implantation du modèle Minowé, entre 2008 et 2011. Par ailleurs, le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) a bénéficié d'une contribution de Santé Canada, dans le cadre cette fois du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), pour permettre le déploiement et l'implantation du modèle Minowé dans d'autres villes de la province desservies par un Centre d'amitié autochtone, entre 2012 et 2015. Le tableau suivant présente une synthèse des résultats obtenus avec le modèle Minowé :

Tableau 7 – Évaluation du modèle Minowé dans sa forme initiale et actuelle

Résultats d'évaluation[5]
Il ressort de l'évaluation, en ce qui a trait à la clientèle, une amélioration de la santé physique et sociale des jeunes enfants autochtones et de leur famille rapprochée et élargie. Le portrait quantitatif des services montre que le nombre d'interventions offert à la Clinique a augmenté chaque année, avec plus de 530 dossiers actifs en 2014. L'analyse qualitative de la satisfaction de la clientèle permet de souligner que le projet Abinodjic, par le biais de la Clinique Minowé, représente : ○ Un service essentiel pour les Autochtones ○ Une approche adaptée à la réalité autochtone ○ Un lieu d'acquisition d'habiletés parentales ○ Une amélioration de la santé ○ Une contribution à la responsabilisation des membres de la communauté L'exemple d'une utilisation auprès d'une famille montre la valeur ajoutée apportée par la complémentarité dans les services de santé, les services sociaux et les services offerts par le CAAVD, ainsi que les bénéfices d'une approche holistique et à long terme. Cependant, étant donné la complexité des problématiques, les interventions n'ont pas toujours un impact immédiat et quantifiable. Chez les organismes partenaires, des impacts ont été constatés sur les façons de faire et la prestation de services. Pour le CAAVD, on retient surtout le fait de pouvoir élargir le continuum de services pour les 0-5 ans et leur famille. En ce qui a trait aux changements des façons de faire, des retombées importantes ont été enregistrées, telles que : ○ L'intégration de la Clinique au CAAVD pour travailler dans une même direction et avec une même vision ○ Le développement de nouvelles façons de collaborer avec le Réseau de santé québécois centrées sur les besoins des Autochtones ○ Les résultats d'une veille scientifique pour nourrir la crédibilité de la démarche Pour le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, on constate une baisse de 40 % des signalements et compromissions, et des économies qui couvrent l'équivalent d'un salaire, de même que des changements dans les manières de faire, par exemple : ○ L'accent mis sur la prévention ○ Les avantages du travail en partenariat à l'interne et au-delà ○ La valorisation du travail de proximité et à long terme avec les familles Finalement, pour le Centre de santé et de services sociaux, on retient comme succès le fait que la Clinique a permis de rejoindre la population autochtone absente des services de santé. En ce qui a trait aux changements dans les façons de faire, on parle de : ○ L'utilisation de nouveaux moyens pour rejoindre les clients ○ L'ordonnance collective pour faciliter le lien entre les jeunes mères et les enfants ○ Des partenaires qui s'associent aux services de la Clinique

[5] Ces résultats sont tirés du rapport d'évaluation du projet Abinodjic publié en septembre 2014. Directement associé à la Clinique Minowé, le projet Abinodjic, financé par Avenir d'Enfants, vise à soutenir la production de connaissances et le développement de mécanismes de transfert des savoirs en ciblant les enfants autochtones de 0 à 5 ans et leur famille vivant en situation de vulnérabilité.

Toutefois, pour tous les partenaires, des défis demeurent afin de faire connaître et institutionnaliser les changements au sein des organismes.

De nombreux moyens et dispositifs ont été répertoriés quant à la documentation et au transfert de connaissances. Identifiée comme une pratique exemplaire par le Conseil canadien de la santé, une demande d'exportation de l'expérience de la Clinique est en cours de réalisation.

En résumé, on constate que l'emphase mise sur la prévention, avec les 0 à 5 ans comme porte d'entrée, et avec l'approche écosystémique des services basés au Centre d'amitié avec les ressources issues d'un partenariat tripartite, est gagnante. Par ailleurs, le modèle demeure fragile sans une reconnaissance et une stabilité assurant la pérennité.

Source : Blanchet-Cohen et Trudel 2014

De l'évaluation du modèle Minowé réalisée en 2014 s'est dégagée une liste de recommandations, présentée dans le tableau qui suit :

Tableau 8 – Recommandations issues de l'évaluation du modèle Minowé

Recommandations issues de l'évaluation
L'équipe d'évaluation recommande, afin de renforcer l'impact dans l'apport de services répondant aux besoins des Autochtones en milieu urbain : ○ D'élargir la mise en œuvre afin de rejoindre une plus grande proportion de la population autochtone urbaine ○ De renforcer le partenariat afin d'assurer la pérennité ○ D'accroître le transfert de connaissances pour augmenter la portée du projet ○ D'entretenir une documentation et une réflexion continues pour nourrir l'approche ○ D'augmenter la reconnaissance et l'intégration de la Clinique dans le Réseau québécois Le projet pilote a su démontrer sa pertinence, une suite assurerait une garantie d'un modèle qui répond aux besoins des Autochtones en ville tout en permettant de conserver son aspect novateur en évolution.

Source : Blanchet-Cohen et Trudel 2014

Le projet Minowé 2.0 prend en compte l'ensemble des recommandations issues de cette évaluation réalisée en 2014, en particulier celles relatives au renforcement des partenariats, à l'accroissement du transfert – et de l'appropriation – des savoirs, ainsi qu'à l'intégration des approches et pratiques culturellement sécurisantes de la Clinique Minowé à l'intérieur du Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Identifier les rôles et les contributions de chacun des partenaires du projet. La proposition de projet devrait clairement démontrer que tous les partenaires offrent un soutien concret et informé au projet proposé. Le soutien peut être démontré en signant conjointement la proposition de projet, en proposant de contribuer financièrement, en offrant un soutien tangible non financier ou encore en fournissant du personnel de leur organisation afin de travailler sur le projet.

Implication des principaux partenaires

Le projet Minowé 2.0 compte trois partenaires principaux, soit le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), ainsi que DIALOG – le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (qui intègre l'Alliance de recherche ODENA). Des lettres d'engagement présentées en annexe confirment les ententes de partenariat dans le cadre de ce projet.

Tableau 9 – Rôles et contributions des principaux partenaires

Partenaires	Mission de l'organisme	Contribution au projet
CAAVD Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or	Améliorer la qualité de vie des Autochtones en offrant, entre autres, des services et des activités qui respectent l'ensemble des dimensions de la vie collective autochtone et qui agissent sur les différents déterminants sociaux et culturels de la santé.	En tant que maître d'œuvre du projet Minowé 2.0, le CAAVD veillera à la coordination de l'ensemble des activités prévues au plan de travail et à l'atteinte des objectifs visés et des transformations souhaitées. Il orchestrera les rencontres du comité stratégique multipartite, sera responsable de l'élaboration, la signature et la mise en application des protocoles de collaboration entre les partenaires, proposera aux partenaires de nouvelles modalités de travail et de concertation, assistera l'équipe chargée de la veille scientifique dans l'exécution des activités de cueillette d'information ainsi que dans la création d'outils de connaissances, organisera et animera, de concert avec l'équipe du Réseau DIALOG, les sessions de transfert, les stages d'expérimentation ainsi que les ateliers cliniques et de mentorat, veillera à sensibiliser et à impliquer de nouveaux partenaires et collaborateurs dans le projet, et finalement organisera des journées d'étude de même qu'un forum provincial, avec les partenaires et collaborateurs afin de favoriser le réseautage, le rayonnement et le déploiement du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province.

Fonds d'intégration des services de santé (FISS)

CISSSAT Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	**Volet santé auprès des Autochtones** : Assurer des services de santé et des services sociaux de qualité en milieu urbain à la population autochtone de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre de sa responsabilité populationnelle. **Volet protection jeunesse auprès des Autochtones** : Offrir des services de nature psychosociale, dont l'évaluation et l'intervention lors de signalement, des services en matière de placement d'enfants, la médiation familiale, l'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, l'adoption et la recherche d'antécédents biologiques, les services d'urgence sociale requis par la mise en œuvre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.*	**Volet santé auprès des Autochtones** : Le CISSSAT comprend et reconnaît le déséquilibre de pouvoir lié à la prestation des services de santé auprès des Autochtones, la discrimination institutionnelle et la nécessité de rectifier ces iniquités en y apportant des changements systémiques. Dans le cadre du projet Minowé 2.0, le CISSSAT collaborera avec le CAAVD afin de renouveler une offre de services dans un contexte de sécurisation culturelle. **Volet protection jeunesse auprès des Autochtones** : L'équipe du volet protection de la jeunesse du CISSSAT (Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue) reconnaît la nécessité de développer des mécanismes favorisant la participation d'intervenants du CAAVD au cours des différentes étapes du processus de la protection de la jeunesse. Minowé 2.0 permettra la mise en place de tels mécanismes, qui prendront appui sur la reconnaissance de l'expertise du CAAVD et sur le transfert de compétences culturelles favorisant l'adoption de pratiques novatrices.
DIALOG Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (INRS)	Contribuer à l'établissement de rapports sociaux justes, équitables et égalitaires entre les Premiers Peuples et les autres peuples en soutenant la recherche partenariale et la coproduction des connaissances et en démocratisant l'accès aux savoirs et à la connaissance.	L'équipe du réseau DIALOG réalisera la veille scientifique tout au long du projet, de manière à inventorier, traiter et analyser l'information scientifique et spécialisée relative au projet. Il en résultera des outils de connaissance qui favoriseront le transfert des savoirs et l'adoption des pratiques novatrices.

Implication des autres collaborateurs

Aux principaux partenaires s'ajouteront des collaborateurs importants, en l'occurrence les communautés algonquines de la région environnante (Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan), la Commisson crie de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ), ainsi que le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ).

Tableau 10 – Rôles et contributions des autres collaborateurs

Collaborateurs	Contribution au projet
Communautés algonquines de Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan	Les communautés algonquines de Kitcisakik, du Lac Simon et de Pikogan seront impliquées dans la mise en place de protocoles efficaces de collaboration, d'entraide et de partage, ainsi que dans le développement de modalités de travail et de concertation permettant de positionner Minowé 2.0 comme un maillon important du continuum de services en santé pour les membres de ces communautés.
Commission crie de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ)	Une entente entre la CCSSSBJ et le CAAVD permettra de financer la poursuite du projet *Home Away From Home* et de travailler en collaboration pour promouvoir cette initiative autochtone en périnatalité sociale et créer une passerelle de services pour les femmes enceintes entre les communautés cries et leur séjour à Val-d'Or. Et puisque *Home Away From Home* et Minowé 2.0 sont intimement liées, le CCSSSBJ permettra également au CAAVD de rejoindre un maximum de femmes cries enceintes dans le cadre du projet.
Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)	Le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or collaboreront pour assurer une cohésion et un arrimage des initiatives en matière de santé et services sociaux déployés à travers le mouvement des Centres d'amitié autochtones. Le Regroupement sera également engagé dans la promotion, le soutien et le réseautage du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province. Militant pour les droits et intérêts des citoyens autochtones dans les villes du Québec, il appuiera les Centres d'amitié autochtones dans la mise en œuvre de pratiques issues ou inspirées du modèle amélioré (notamment dans les villes où est déjà déployé le modèle Minowé dans sa forme actuelle).

Rôles et responsabilités du personnel affecté au projet

Trois personnes seront embauchées pour permettre la réalisation du projet Minowé 2.0, soit un coordonnateur à la mobilisation des connaissances, un coordonnateur en liaison et relation avec les partenaires ainsi qu'un gestionnaire de projet. Le tableau qui suit présente les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe affectée au projet :

Tableau 11 – Sommaire des rôles et responsabilités du personnel du projet

Coordonnateur – mobilisation des connaissances
○ Assurer un lien avec la veille scientifique intégrée au projet ○ Coordonner l'information relative aux activités de la veille scientifique ○ Planifier, organiser, animer et coréaliser les activités de consultation ○ Soutenir les équipes de recherche dans la consignation des données recueillies ○ Participer à la production des outils de connaissances ○ Planifier, organiser, animer et coréaliser les activités de transfert et appropriation des savoirs ○ Participer à la diffusion des nouveaux savoirs et outils de connaissances
Coordonnateur – liaison et relation avec les partenaires
○ Assurer l'organisation, la coordination, l'animation et le suivi des orientations du comité stratégique multipartite ainsi que celles du comité de coordination et de liaison ○ Constituer une banque de mentors dédiés à soutenir les activités de transfert et appropriation des savoirs ○ Assurer la mise en œuvre des protocoles et des modalités de travail et de concertation entre les partenaires ○ Développer et maintenir des liens de partenariat et de collaboration fructueux avec les communautés autochtones, organismes communautaires et instances publiques, dont les CISSS ○ Planifier, organiser et animer des journées d'étude et un forum provincial avec les communautés autochtones, organismes communautaires et instances publiques, dont les CISSS
Gestionnaire de projet
○ Veiller à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ○ Assurer le suivi du plan d'action et l'atteinte des objectifs du projet ○ Réunir les conditions favorisant la construction d'une structure de gouvernance spécifique au projet ainsi que l'élaboration des protocoles de collaboration, d'entraide et de complémentarité entre les partenaires ○ Soutenir la démarche d'évaluation évolutive du projet ○ Assurer la reddition de compte du projet ○ Élaborer et coordonner le plan de communication ○ Coordonner les services de la Clinique Minowé ○ Arrimer les autres services de santé et services sociaux du CAAVD à la vision du modèle Minowé 2.0

Décrire la capacité et disponibilité des partenaires à mettre en œuvre le projet proposé (se référer à l'expérience du personnel en gestion de projets, aux partenariats actuels ou des accords existants sur lesquels s'appuyer, etc.).

Capacité et disponibilité des principaux partenaires

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or pourra compter sur une capacité et une disponibilité des principaux partenaires à mettre en œuvre le projet Minowé 2.0. Le tableau qui suit présente les éléments issus des ententes de partenariat qui assureront le bon déroulement des activités et l'atteinte des résultats attendus ainsi que des transformations souhaitées :

Tableau 12 – Éléments de partenariats fructueux

Éléments de partenariat	Détail
Des partenaires engagés depuis les débuts du projet	Les principaux partenaires du projet, en l'occurrence le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Réseau DIALOG/Alliance de recherche ODENA, sont engagés activement, et ce depuis les tout débuts, dans le développement et dans la mise en œuvre du modèle Minowé. C'est grâce à une entente tripartite avec le Centre d'amitié, le Centre de santé et le Centre jeunesse que le modèle Minowé a pu être mis en œuvre, en janvier 2011, à travers l'implantation au CAAVD d'une clinique intégrée au Réseau de santé et de services sociaux. Encore aujourd'hui, une infirmière et un intervenant social « prêtés » par le Réseau de la santé œuvrent au sein de la Clinique Minowé, qui est toujours en opération à l'intérieur des murs du CAAVD. Des protocoles d'entente ont également permis de développer des liens de collaboration (qui doivent maintenant être repositionnés et renforcés dans le cadre du projet Minowé 2.0). Par ailleurs, le Réseau DIALOG et l'Alliance de recherche ODENA ont réalisé une veille scientifique dans le cadre des activités de mise en œuvre du modèle Minowé, au cours des cinq dernières années. Les travaux de recherche ont notamment permis de suivre les développements et les réalisations du modèle, d'en élargir la portée, d'en faciliter le transfert et l'appropriation des connaissances et d'en accroître les retombées. L'engagement renouvelé du Réseau DIALOG dans le cadre du projet Minowé 2.0 permettra à la recherche de nourrir le développement de cette initiative d'innovation sociale qu'est Minowé; à son tour, Minowé viendra nourrir la recherche de telle sorte que ce modèle puisse constituer une réponse toujours plus efficace aux enjeux en matière de santé et services sociaux pour les Autochtones. Il importe maintenant d'assurer une pérennité à cette initiative autochtone porteuse de belles réalisations.

Des engagements renouvelés et renforcés	Les principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre et l'opérationnalisation de Minowé 2.0, soit le CAAVD, le CISSSAT, le Réseau DIALOG et l'Alliance de recherche ODENA, se sont tous engagés à renouveler et à renforcer leur partenariat afin de contribuer activement au développement du modèle amélioré. Ces engagement ainsi renouvelés, combinés aux ententes de partenariat qui sont en voie d'être conclues avec les communautés autochtones de la région environnante et du Nord-du Québec, permettront de repositionner et de propulser ce projet d'innovation sociale à un autre niveau, soit un niveau systémique, de telle sorte que les Premières Nations et les Inuits puissent désormais avoir accès à des services de santé culturellement sécurisants dans l'ensemble des organisations et institutions publiques du continuum de services en santé (réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires et communautés autochtones). Voir les lettres d'engagement en annexe à cette proposition de projet. Notons que d'autres partenariats seront développés avec divers collaborateurs tout au long de la réalisation du projet.
Une volonté de mieux faire	Les principaux partenaires se sont tous engagés dans le projet Minowé 2.0 par souci de faire un pas de plus dans l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuit, en misant sur l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes à l'intérieur des organisations du continuum de services en santé (réseau québécois, organisations communautaires, communautés autochtones). Les propos du président-directeur général du CISSSAT, Jacques Boissonneault, résument parfaitement cette volonté commune de mieux faire : « Il faut donner plus de vie à nos interventions en tenant compte des cultures. Il faut apporter des changements irréversibles. On doit regarder l'avenir en tenant compte du processus de sécurisation culturelle et amener les groupes à saisir l'approche. »

Détailler une approche crédible et mesurable afin d'évaluer l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé et/ou la qualité de ces derniers à la suite des investissements effectués (indicateurs de résultats).

Le choix de l'évaluation évolutive

L'évaluation évolutive présente une grande pertinence étant donné le contexte d'innovation du projet, alors que des changements de nature systémique sont envisagés dans l'organisation et la prestation des services du domaine de la santé et des services sociaux. L'évaluation évolutive met l'accent sur l'apprentissage adaptatif, la rétroaction en temps réel et les interventions actives en vue d'éclairer la prise de décision ainsi que l'atteinte de l'objectif général, soit la transformation de l'offre et de l'accès aux services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes.

Dans un contexte adaptatif, la reddition de comptes et l'analyse des retombées seront réalisées à partir du mouvement enclenché par la mise en application du projet, des réussites enregistrées, des échecs s'il y a lieu, ainsi que des modifications que pourraient connaître le contexte, plutôt que sur l'atteinte de résultats prédéfinis et prédéterminés. L'accompagnement par l'équipe d'évaluation tout au long du projet contribuera à mobiliser les partenaires et collaborateurs, à dynamiser les institutions et organismes dans leur processus de transformation et à faciliter le transfert de connaissances en vue de l'adoption de nouvelles pratiques en matière de santé et services sociaux.

Dans le cadre de cette approche d'évaluation fondée sur l'utilisation et la mise en perspective continue des résultats, le travail sera exécuté par une équipe d'évaluateurs externe qui travaillera en étroite collaboration avec l'équipe du CAAVD et ses partenaires et collaborateurs. Cette démarche favorisera le développement d'une expertise en évaluation à l'interne, mais aussi l'appropriation des données recueillies afin de bonifier le projet au fur et à mesure de son déroulement.

La question générale qui guidera l'évaluation est de savoir si les actions menées dans le cadre du projet Minowé 2.0 soutiendront une transmission efficace et appropriée des savoirs afin qu'il y ait appropriation d'un nouveau corpus de connaissances et compétences et adoption de pratiques novatrices qui reflètent une approche écosystémique et culturellement sécuritaire.

L'identification des indicateurs de progrès pour les trois démarches clés du transfert des savoirs et habiletés – approche écosystémique, sécurisation culturelle et innovation sociale – aidera à rendre compte du degré de réalisation des changements escomptés et à évaluer les stratégies adoptées pour atteindre les objectifs. Cette manière de procéder permettra de documenter autant l'évaluation du processus que l'évaluation centrée sur les résultats proximaux, c'est-à-dire observer et caractériser les changements à court terme ayant eu un impact sur les pratiques, les normes, les valeurs et les connaissances découlant des interventions réalisées dans le cadre du projet.

Conformément aux principes de l'évaluation évolutive, l'équipe d'évaluation et les partenaires du projet Minowé 2.0 collaboreront, dès le début du projet, à raffiner les indicateurs de progrès ainsi que le processus d'évaluation en lui-même afin qu'il reflète les principes et objectifs du projet de même que l'état des connaissances actuelles dans les domaines d'innovation sociale.

La veille scientifique

Définition et objectifs

La veille scientifique intégrée au projet Minowé 2.0 se présente comme un processus continu de création, d'organisation et de suivi des connaissances qui vise à repérer, recenser, traiter et analyser l'information scientifique et spécialisée relative au projet : ses orientations, sa gouvernance, ses pratiques, ses activités, ses impacts, ses retombées. Elle sera développée et

mise en œuvre par une équipe de chercheurs de l'Alliance de recherche ODENA (faisant partie intégrante du Réseau DIALOG). Cette veille scientifique vise essentiellement à :

- Documenter, au fur et à mesure de leur déploiement, le déroulement des différentes activités du projet
- Recueillir des informations de première main sur les interventions réalisées et les pratiques mises en œuvre
- Identifier, à partir de la littérature scientifique, gouvernementale et autochtone, des expériences similaires et les documenter
- Circonscrire les tendances et le type de contribution particulière qui se dessinent au sein du projet
- Situer le projet parmi les grandes tendances du domaine à l'échelle nationale et internationale
- Fournir aux décideurs, acteurs et intervenants une information synthétisée afin de soutenir leurs actions et décisions
- Faciliter le partage, la circulation et le transfert de l'information
- Soutenir le processus d'appropriation et d'apprentissage déployé dans le cadre du projet

Activités

Cette veille scientifique intégrée comportera cinq volets : le suivi quantitatif et qualitatif des interventions, la collecte, la documentation et la synthèse des savoirs, la conception d'outils de connaissances, la diffusion et la valorisation, la transmission et l'appropriation des connaissances. Ces cinq volets se déploieront de manière simultanée, se nourrissant et se complétant les uns les autres.

Le suivi quantitatif et qualitatif des interventions

- Afin de mesurer et d'évaluer l'impact du modèle Minowé amélioré, il sera nécessaire de compiler une série de données relatives aux interventions réalisées et de tenir un registre des dossiers constitués pour la circonstance en fonction des patients, voire des familles (immédiate et élargie) et de la communauté autochtone urbaine de la région. Une base de données conçue spécialement pour le projet permettra l'enregistrement des informations de nature quantitative et qualitative selon les variables en usage (type d'intervention, genre, âge, motif de consultation, bénéfices mesurables, bénéfices perçus).

La collecte, la documentation et la synthèse des savoirs

- Ce volet de la veille scientifique favorisera d'abord la cueillette des points de vue et opinions des principaux acteurs et intervenants concernés (récits de pratique, récits d'expériences vécues). Il permettra de plus la caractérisation d'initiatives semblables développées en contexte autochtone au Canada ou à l'extérieur, et l'exploration de

diverses approches susceptibles d'éclairer les actions et les décisions liées à la réalisation du projet. Une activité de vigie identifiant la littérature scientifique et gouvernementale pertinente sera également associée à ce volet.

La conception d'outils de connaissances

- L'information consignée sera transformée et reproduite en différents formats afin d'en faciliter le partage, la circulation et la discussion. Des fiches d'information, des études de cas (feuillets et recueils), des synthèses de connaissances thématiques, des cahiers pédagogiques et du matériel de formation seront préparés afin de rendre accessibles et disponibles les résultats mis au jour.

La diffusion et la valorisation

- Ce quatrième volet de la veille scientifique visera à faire connaître l'expérience du projet sur de nombreuses tribunes, qu'elles soient autochtones, gouvernementales ou universitaires, à la fois pour faire connaître ses avancées et ses retombées. Il s'agira de présentations publiques ou ciblées selon le cas; elles pourront être proposées par les membres de l'équipe de la veille scientifique ou elles pourront constituer une réponse à des demandes provenant de l'extérieur. De plus, chaque année, au moins un article scientifique sera préparé en vue d'une publication dans une revue nationale ou internationale.

Le transfert et l'appropriation des connaissances

- Le dernier volet de la veille scientifique a trait au transfert et à l'appropriation des connaissances et des compétences par les décideurs, les acteurs et intervenants du milieu. Il s'agit d'activités de plus grande portée et de plus grande envergure qui ne peuvent prendre place qu'après un certain temps. Aucun transfert ne peut être efficace sans que soient développés en parallèle des mécanismes favorisant de manière combinée la transmission et l'appropriation des connaissances de la part des personnes concernées. Des séances de transfert ciblées seront ainsi organisées; elles donneront lieu à la préparation d'un matériel pédagogique.

<u>Les produits et activités dérivés</u>

Tous les documents produits dans le cadre des activités de la veille scientifique seront déposés au fur et à mesure sur le site web du réseau DIALOG et sur le site du CAAVD (en libre accès). Un moteur de recherche spécialement conçu pour la circonstance permettra la consultation des produits dérivés suivant des fonctionnalités électroniques déterminées en fonction des objectifs de la veille scientifique et du projet lui-même. Les principaux produits (outils) suivants sont envisagés :

- Recueil de récits d'expériences vécues par les membres des Premiers Peuples
- Recueil de récits de pratiques provenant des intervenants autochtones et allochtones
- Études diagnostiques et synthèses thématiques
- Cahiers pédagogiques et matériel de formation

Indicateurs de progrès et outils de suivi

Un comité stratégique multipartite sera mis en place dès la mise en œuvre du projet. Ce comité sera formé de décideurs du Centre d'amitié autochtone et de ses principaux partenaires engagés dans le projet, ainsi que des responsables de la démarche d'évaluation évolutive et de la veille scientifique. Ce comité sera chargé de soutenir le déroulement du projet et l'atteinte des résultats.

Les principaux indicateurs de progrès qui permettront de mesurer les résultats attendus et les transformations souhaitées du projet Minowé 2.0 sont les suivants :

Tableau 13 – Indicateurs de progrès

	Indicateurs de progrès
Axe 1 – Structure et gouvernance	○ Engagement d'au moins 3 partenaires dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'une structure de gouvernance renouvelée et enrichie pour le modèle Minowé 2.0 ○ Engagement d'au moins 6 collaborateurs dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de mécanismes de coordination renforcés pour le modèle Minowé 2.0
Axe 2 – Information et savoirs	○ Les intervenants et les organismes ont accès à de nouveaux corpus de connaissances pour les aider à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone
Axe 3 – Transfert et appropriation	○ Une augmentation des connaissances sur l'histoire, la culture et les réalités autochtones sera démontrée chez 50 intervenants ○ Une augmentation des connaissances sur le processus de la sécurisation culturelle sera démontrée chez 50 intervenants ○ Une augmentation de la capacité à livrer des interventions culturellement pertinentes et sécurisantes en santé auprès des membres des Premiers Peuples sera démontrée chez 30 intervenants ○ Une augmentation du degré de satisfaction quant à l'accueil et à l'accompagnement reçus sera démontrée chez 30 personnes issues des Premiers Peuples
Axe 4 – Rayonnement et déploiement	○ Les Centres d'amitié autochtones et les communautés autochtones ont recours aux nouveaux corpus de connaissances pour les aider à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone dans leur milieu ○ Une volonté à mettre en œuvre des pratiques issues ou inspirées du modèle Minowé 2.0 sera démontrée dans au moins 4 Centres d'amitié autochtones ○ Une augmentation du nombre de personnes provenant des communautés autochtones ayant recours aux services de santé déployés dans le cadre du modèle Minowé 2.0 sera observée dans la région ○ Une participation d'au moins 5 partenaires provinciaux sera démontrée dans la promotion, le soutien et le réseautage du modèle Minowé 2.0 à l'échelle du Québec

Par ailleurs, un comité de coordination et de liaison formé des personnes ressources affectées au projet ainsi que des agents de liaison des différents partenaires veillera notamment à assurer le bon déroulement des activités et le suivi optimal des objectifs du projet. Les principaux outils qui permettront d'assurer ce suivi de projet sont les suivants :

Tableau 14 – Outils de suivi

	Outils de suivi
Axe 1 – Structure et gouvernance	○ Comptes-rendus des rencontres du comité stratégique multipartite ainsi que du comité de coordination et de liaison ○ Organigramme du modèle Minowé 2.0 ○ Schématisation des rôles et responsabilités des différents partenaires dans la gouvernance et dans la coordination du modèle Minowé 2.0 ○ Calendrier de tâches lié à la gouvernance partagée et à la coordination renforcée du modèle Minowé 2.0 ○ Grilles d'entrevue pour l'évaluation des partenariats ○ Rapports d'activités ○ Rapports d'évaluation
Axe 2 – Information et savoirs	○ Calendrier de réalisation des produits de connaissances ○ Plate-forme physique et virtuelle des produits de connaissances élaborés dans le cadre du projet ○ Grilles de discussions de groupe (cercles de parole – population autochtone) ○ Grilles de discussions de groupe (cercles de parole – intervenants) ○ Synthèses de résultats ○ Rapports d'activités ○ Rapports d'évaluation
Axe 3 – Transfert et appropriation	○ Registre des réalisations et performances (nombre de sessions réalisées, nombre de personnes rejointes) ○ Formulaire d'évaluation d'atelier ○ Formulaire d'évaluation de stage ○ Grilles de discussions de groupe (cercles de parole – population autochtone) ○ Grilles de discussions de groupe (cercles de parole – intervenants) ○ Synthèses de résultats ○ Rapports d'activités ○ Rapports d'évaluation
Axe 4 – Rayonnement et déploiement	○ Comptes-rendus des journées d'étude (participants, enjeux abordés, perspectives et opportunités de développement, orientations, recommandations et décisions) ○ Bilan du forum provincial (participants, enjeux abordés, perspectives et opportunités de développement, orientations, recommandations et décisions) ○ Liste de diffusion des produits de connaissances élaborés dans le cadre du projet ○ Bilan des statistiques d'intervention ○ Registre des partenaires et des collaborateurs (nom de l'organisation, type de partenariat ou de collaboration) ○ Rapports d'activités ○ Rapports d'évaluation

Les indicateurs de progrès et des outils de suivi seront précisés en début de projet avec les équipes associées à la démarche d'évaluation évolutive et à la veille scientifique.

Préciser les obstacles/risques et les facteurs clés qui pourraient avoir une incidence sur le projet et indiquer de quelle façon ils seront surmontés/atténués.

Risques potentiels et mesures d'atténuation

Bien que des efforts considérables seront faits afin de créer les conditions les plus propices au succès du projet Minowé 2.0, il demeure que des circonstances particulières sont susceptibles de créer des imprévus avec lesquels il faudra composer. Dans cette optique, nous sommes en mesure, d'ores et déjà, d'identifier trois risques potentiels :

- Le roulement de personnel au sein du CAAVD qui constitue une réalité et qui est susceptible d'engendrer un effet déstabilisant sur les forces vives et l'offre de services.
- La familiarisation avec les réalités et enjeux relatifs à la communauté autochtone urbaine de la part des intervenants, des partenaires et des collaborateurs.
- La nouvelle ingénierie du Réseau de la santé et des services sociaux, impliquant notamment l'abolition des agences régionales et une restructuration dont les composantes ne sont pas encore entièrement connues.

Tableau 15 – Risques potentiels et mesures d'atténuation

Risques	Caractérisation	Mesures d'atténuation
Roulement de personnel	Le fonctionnement d'une organisation communautaire comme le CAAVD est tributaire des budgets reliés aux politiques et programmes gouvernementaux. Un changement d'orientation, voire un changement de gouvernement, peut engendrer une redéfinition des priorités en matière de santé et de services sociaux. Par ailleurs, il faut prendre en compte des situations de remplacement lors des congés de maternité, par exemple, au sein d'une organisation qui compte une grande proportion de femmes parmi son personnel.	Face à cette situation, hors de notre contrôle, nous proposons de tenir annuellement des séances collectives de planification stratégique afin que le personnel concerné soit toujours au fait des orientations du projet et de son état d'avancement. Ces séances collectives favoriseront la cohésion interne et l'appartenance au projet, tout en permettant de minimiser l'impact que pourrait avoir le départ ou l'absence prolongée d'un employé et son remplacement par un autre, et en procurant l'occasion d'une familiarisation rapide avec les enjeux du projet. Elles permettront également de développer une compréhension commune du projet et de ses différentes dimensions.

Risques	Caractérisation	Mesures d'atténuation
Sensibilisation et connaissance des réalités autochtones	Bien que des avancées aient été enregistrées à cet égard au cours des dernières années, il reste encore beaucoup à faire pour que les défis auxquels font face les Autochtones de la région de l'Abitibi-Témiscamingue soient compris et considérés comme étant légitimes. Les ancrages et repères culturels de la population autochtone demeurent méconnus et souvent incompris.	Le CAAVD va mettre au point une formation de 15 heures dans le cadre de ce projet, afin de susciter la conscience et la sensibilité culturelle auprès des organismes partenaires et collaborateurs. Cette formation sera offerte plusieurs fois par année et pourra être bonifiée au fur et à mesure des besoins exprimés.
Restructuration du Réseau québécois de la santé et des services sociaux	Dans le contexte d'une transformation majeure des établissements du Réseau, il existe un risque de déplacement des priorités. La priorité accordée à la mise en œuvre d'approches et de services culturellement pertinents et sécurisants pour les Autochtones de la région peut se trouver diluée par les défis de la transformation ainsi que par le déplacement possible de ressources clés favorables et bien instruits des impacts positifs d'un partenariat avec le CAAVD.	Dans ce contexte, le partenariat gagnant-gagnant établi avec les instances du Réseau lors de l'implantation du projet Minowé, au cours des dernières années, assure sans aucun doute une base solide et stable pour le futur. Des ententes de partenariat formelles entre les organismes concernés pour l'établissement d'un modèle d'organisation de services innovants lient déjà les partenaires. De plus, la rédaction de lettres d'engagement par les directions concernées offre des conditions favorables à la pérennité du partenariat sur lequel repose le projet.

Présenter un plan de viabilité qui fera état des mesures qui seront prises pour assurer la viabilité du projet. Inclure tout engagement concernant l'infrastructure existante qui favorisera la viabilité du projet.

Viabilité du projet

La viabilité du modèle Minowé 2.0, autrement dit sa capacité à se développer et à durer dans le temps, dépend d'un certain nombre de facteurs qui feront l'objet d'un suivi régulier et continu tout au long de la réalisation du projet. Ces facteurs sont décrits dans le tableau qui suit :

Tableau 16 – Plan de viabilité du projet

Facteur de viabilité	Détail
Faire participer les partenaires aux prises de décisions	Un comité stratégique multipartite composé de décideurs du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, et du Réseau DIALOG se réunira tous les semestres pour l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'une structure de gouvernance partagée et d'une coordination renforcée. Cela passera par la signature de protocoles de collaboration entre les partenaires. Ce comité aura également le mandat d'agir au niveau des orientations stratégiques, financières et politiques du projet, d'approuver la programmation de recherche et la démarche d'évaluation. Par ailleurs, un comité de coordination et de liaison formé des personnes ressources affectées au projet ainsi que des agents de liaison des différents partenaires veillera notamment à assurer le bon déroulement des activités et le suivi optimal des objectifs du projet.
Associer les équipes de travail à la démarche	Les protocoles d'entente signés par les membres du comité stratégique entraîneront la mise en œuvre de modalités de travail et de concertation entre les partenaires qui nécessiteront une implication de l'ensemble des décideurs, des dirigeants et des intervenants dans la démarche. Le comité de coordination et de liaison rendra fluides de tels mécanismes de concertation. Ces mécanismes permettront notamment aux intervenants du CAAVD et du CISSSAT de mieux collaborer dans le cadre des services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi offerts aux Autochtones. Ils permettront également, le cas échéant, d'associer des intervenants du CAAVD à ceux du CISSSAT dans le cadre d'interventions en matière de santé et de protection de la jeunesse. L'assurance de voir les équipes de travail des différents partenaires participer activement à la démarche sera de la responsabilité des membres du comité stratégique multipartite.
Assurer la circulation de l'information au sein des acteurs	Un plan de communication assurera la circulation de l'information au sein de l'équipe de direction et du personnel de l'ensemble des partenaires impliqués dans le projet Minowé 2.0. Ce plan de communication sera élaboré dès le début du projet par les ressources humaines affectées à la construction du modèle amélioré.
Assurer la disponibilité des ressources (humaines, matérielles, financières)	La présente demande de financement soumise à Santé Canada, dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), permettra l'embauche des ressources humaines nécessaires au développement du modèle amélioré. Minowé 2.0 aura été créé, adopté et mis en œuvre dans le continuum de services en santé, grâce aux protocoles d'entente entre les principaux partenaires, bonifiés par des collaborations en cours de projet. Les conditions seront ainsi réunies pour assurer sa pérennité. La présente demande de financement soumise à Santé Canada permettra également de mener une veille scientifique qui permettra de créer de nouveaux outils de connaissances à partir des besoins, attentes, aspirations et pistes de solution de la population autochtone et des intervenants autochtones et allochtones. Ces produits de connaissances favoriseront le

	transfert et l'appropriation de savoirs ainsi que l'adoption d'approches et de pratiques d'intervention novatrices reflétant une approche écosystémique et culturellement sécuritaire. Ces outils contribueront également à assurer la pérennité des approches et des pratiques issues du modèle Minowé amélioré.
Assurer l'atteinte des résultats escomptés et des transformations souhaitées	Les responsables de la démarche d'évaluation évolutive et de la veille scientifique siégeront au comité stratégique multipartite, formé des décideurs du Centre d'amitié autochtone et de ses principaux partenaires engagés dans le projet. En plus de son mandat résumé un peu plus haut dans ce tableau, le comité stratégique sera chargé de soutenir le déroulement du projet ainsi que l'atteinte des résultats escomptés et des transformations souhaitées. La responsabilité de la démarche d'évaluation évolutive sera confiée à des spécialistes en évaluation évolutive, qui travailleront en étroite collaboration avec le CAAVD et ses partenaires. Les activités de la veille scientifique seront quant à elles réalisées par une équipe de chercheurs de DIALOG et de l'Alliance de recherche ODENA. Cette équipe sera placée sous la responsabilité scientifique et professionnelle de Carole Lévesque (Ph. D.), qui compte plus de 40 ans de carrière en contexte autochtone et qui détient de grandes connaissances et expériences en matière de transfert et de mobilisation des connaissances relatives aux peuples autochtones. Elle œuvrera en collaboration avec l'équipe de direction du CAAVD et les partenaires impliqués dans le projet. Précisons que cette même équipe de chercheurs a réalisé les travaux de la veille scientifique dans le cadre de la mise en œuvre du modèle Minowé en 2011.
Assurer la pérennité du modèle amélioré	Minowé 2.0 est un projet stratégique qui vise non pas à implanter des services ou à financer des activités déjà existantes, mais qui consiste plutôt à pousser encore plus loin ce modèle d'innovation sociale, à y ajouter de la profondeur, à l'ancrer véritablement à l'intérieur des systèmes faisant partie du continuum de services en santé et services sociaux, à moduler les pratiques d'intervention clinique du Réseau de la santé et des services sociaux de manière à ce qu'elles prennent en compte les réalités culturelles des Autochtones et pour que puisse ainsi se réaliser la sécurisation culturelle. La pérennité du modèle Minowé 2.0 passe par : 1) une appropriation et une application véritable des concepts liés à la conscience, à la sensibilité, à la compétence et à la sécurisation culturelle par les intervenants; 2) l'accès à des outils de connaissances, pratiques et compétences soutenant l'intégration des services de santé et constituant des matériaux aptes à influencer la conception de programmes et services en matière de santé. Et c'est précisément ce que permettra ce projet, à travers la réalisation des activités prévues au plan d'action présenté dans les pages suivantes.

MINOWÉ 2.0

PLAN DE TRAVAIL

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Val-d'Or Native Friendship Centre

B3. Plan de travail

Veuillez décrire brièvement les buts et les objectifs visés à chaque exercice financier. Pour chaque but et objectif, veuillez également détailler les activités, les échéances et les résultats attendus.

Période visée par le projet	**1er avril 2016 au 31 mars 2020**

Objectif général du projet	**Transformer l'offre et l'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit en misant sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes.**

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

Axe 1	**Structure et gouvernance**			
Objectif spécifique	**Accroître l'engagement de tous les partenaires concernés dans la transformation des pratiques cliniques du continuum de services de santé et de services sociaux par la construction d'une gouvernance partagée et d'une coordination renforcée.**			
Calendrier	**AN 1 – 2016-2017**			
Moyens	**Extrants**	**Résultats attendus**	**Indicateurs de progrès**	**Outils de suivi**
Créer un comité stratégique multipartite Créer un comité de coordination et de liaison Embaucher trois personnes-ressources chargées de mener à bien les activités du projet (volet santé, volet services sociaux, volet administration et coordination) Constituer une banque de mentors dédiés à soutenir l'axe de transfert et appropriation (axe 3 du projet) Se doter d'une structure de gouvernance spécifique au projet Mettre en place des protocoles efficaces de collaboration, d'entraide et de partage entre les partenaires Développer des modalités de travail et de concertation entre les partenaires	Comité stratégique multipartite Comité de coordination et de liaison Banque de mentors Protocoles de collaboration signés par les partenaires Cadres de référence et synthèses thématiques Plan stratégique organisationnel Répertoire des nouvelles modalités de travail et de concertation entre les partenaires Mécanismes de liaison et de coordination renforcés entre les partenaires Plan de communication Plan de formation	Renouvellement et renforcement des partenariats avec le Réseau de la santé et des services sociaux, les communautés autochtones et les organismes communautaires du continuum de services en santé Mise en place d'une structure de gouvernance partagée, renouvelée et enrichie entre les partenaires Mise en place de mécanismes de coordination renforcés pour le modèle Minowé 2.0	Engagement d'au moins 3 partenaires dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'une structure de gouvernance renouvelée et enrichie pour le modèle Minowé 2.0 Engagement d'au moins 6 collaborateurs dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de mécanismes de coordination renforcés pour le modèle Minowé 2.0	Comptes-rendus des rencontres du comité stratégique multipartite ainsi que du comité de coordination et de liaison Organigramme du modèle Minowé 2.0 Schématisation des rôles et responsabilités des différents partenaires dans la gouvernance et dans la coordination du modèle Minowé 2.0 Calendrier de tâches lié à la gouvernance partagée et à la coordination renforcée du modèle Minowé 2.0 Guides d'entrevue pour l'évaluation des partenariats Rapports d'activités Rapports d'évaluation

Axe 2	Information et savoirs			
Objectif spécifique	**Créer de nouveaux outils de connaissances à partir des besoins, attentes, aspirations et pistes de solution de la population autochtone, des décideurs et intervenants autochtones et allochtones ainsi que des aidants naturels des organismes communautaires autochtones.**			
Calendrier	**ANS 1 et 2 – 2016-2018**			
Moyens	**Extrants**	**Résultats attendus**	**Indicateurs de progrès**	**Outils de suivi**
Organiser des cercles de parole et autres mécanismes de consultation collectifs auprès de la population autochtone Consigner la parole des différents segments de la population autochtone (femmes, hommes, jeunes, aînés) Recueillir des récits de pratique auprès des intervenants du continuum de services en santé et services sociaux Réaliser des études de cas pour s'informer des situations vécues ailleurs en matière de services de santé offerts à la population autochtone Analyser scientifiquement les données recueillies lors des consultations et des études de cas et élaborer des produits de connaissances	Recueil de récits d'expériences vécues par les membres des Premiers Peuples Recueil de récits de pratique provenant des intervenants autochtones et allochtones Études diagnostiques Cahiers pédagogiques Matériel de formation Guide pratique en matière d'accompagnement, d'intervention et de prévention culturellement pertinent et sécurisant	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances entourant les expériences vécues par membres des Premiers Peuples, les pratiques actuelles des intervenants autochtones et allochtones, ainsi que les pratiques exemplaires vécues dans les services de santé d'ici et d'ailleurs	Les intervenants et les organismes ont accès à de nouveaux corpus de connaissances pour les aider à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone	Calendrier de réalisation des produits de connaissances Plate-forme physique et virtuelle des produits de connaissances élaborés dans le cadre du projet Guide de discussions de groupe (cercles de parole – population autochtone) Guide de discussions de groupe (cercles de parole – intervenants) Synthèses de résultats Rapports d'activités Rapports d'évaluation

Axe 3	Transfert et appropriation			
Objectif spécifique	**Accroître les connaissances et les compétences des décideurs, des intervenants et du personnel des différents partenaires, incluant les organismes communautaires autochtones.**			
Calendrier	**ANS 3 et 4 – 2018-2020**			
Moyens	**Extrants**	**Résultats attendus**	**Indicateurs de progrès**	**Outils de suivi**
Familiariser et sensibiliser les intervenants et le personnel des différents partenaires aux réalités autochtones et à la démarche de la sécurisation culturelle Expérimenter sur le terrain et évaluer les pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes	Tenue de 4 sessions collectives de transfert (15 heures/session) par année auprès d'intervenants et aidants naturels Réalisation de 4 stages (30 heures/stage) par année dans des organismes communautaires autochtones, à l'intention de groupes d'intervenants autochtones ou allochtones Tenue de 12 ateliers cliniques (4 heures/atelier) par année, à l'intention des intervenants ayant suivi le stage d'expérimentation (3 ateliers par année auprès de chaque groupe d'intervenants ayant suivi le stage) Mentorat offert à l'intention des dirigeants et intervenants des partenaires et institutions publiques	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des dirigeants et des intervenants Accroissement et diversification des capacités d'agir des intervenants Transformation des pratiques des intervenants et des organismes au regard des membres des Premiers Peuples Satisfaction accrue des membres des Premiers Peuples sur la façon dont ils sont accueillis et accompagnés	Une augmentation des connaissances sur l'histoire, la culture et les réalités autochtones sera démontrée chez 50 intervenants Une augmentation des connaissances sur le processus de sécurisation culturelle sera démontrée chez 50 intervenants Une augmentation de la capacité à livrer des interventions culturellement pertinentes et sécurisantes en santé auprès des membres des Premiers Peuples sera démontrée chez 30 intervenants Une augmentation du degré de satisfaction quant à l'accueil et à l'accompagnement reçus sera démontrée chez 30 personnes issus des Premiers Peuples	Registre des réalisations et performances (nombre de sessions réalisées, nombre de personnes rejointes) Formulaire d'évaluation d'atelier Formulaire d'évaluation de stage Guide de discussions de groupe (cercles de parole – population autochtone) Guide de discussions de groupe (cercles de parole – intervenants) Synthèses de résultats Rapports d'activités Rapports d'évaluation

Axe 4	Rayonnement et déploiement du modèle amélioré			
Objectif spécifique	**Orchestrer la mise en œuvre et le rayonnement du modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province de Québec.**			
Calendrier	**AN 4 – 2018-2020**			
Moyens	**Extrants**	**Résultats attendus**	**Indicateurs de progrès**	**Outils de suivi**
Créer les conditions d'une rencontre fructueuse entre les différents Centres d'amitié autochtones du Québec, dans une perspective de mise en œuvre des nouvelles pratiques issues du modèle Minowé 2.0 dans d'autres villes de la province Positionner le modèle comme important maillon du continuum de services en santé pour les communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec Engager les partenaires provinciaux et les instances gouvernementales, dont les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS), dans une démarche de rayonnement et de déploiement du modèle amélioré	Tenue de 2 journées d'étude avec les représentants des différents Centres d'amitié autochtones du Québec Tenue de 2 journées d'étude avec les représentants des communautés autochtones de la région environnante et d'ailleurs au Québec Organisation d'un forum provincial réunissant les représentants des Centres d'amitié autochtones, des communautés autochtones et des diverses instances gouvernementales, dont les CISSS concernés	Adhésion du mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec aux approches et aux contenus issus du modèle Minowé 2.0 Engagement de Centres d'amitié à mettre en œuvre, dans leur milieu, des pratiques issues ou inspirées du modèle Minowé 2.0 (notamment les Centres d'amitié où est déjà déployé le modèle Minowé dans sa forme actuelle) Accès et usage accrus des membres de communautés autochtones (notamment celles de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec) aux services de santé déployés dans le cadre du modèle Minowé 2.0 Engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et autres partenaires provinciaux à promouvoir, soutenir et réseauter le modèle Minowé 2.0 à l'échelle de la province	Les Centres d'amitié autochtones et les communautés autochtones ont recours aux nouveaux corpus de connaissances pour les aider à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone dans leur milieu Une volonté à mettre en œuvre des pratiques issues ou inspirées du modèle Minowé 2.0 sera démontrée dans au moins 4 Centres d'amitié autochtones Une augmentation du nombre de personnes provenant des communautés autochtones ayant recours aux services de santé déployés dans le cadre du modèle Minowé 2.0 sera observée dans la région Une participation d'au moins 5 partenaires provinciaux sera démontrée dans la promotion, le soutien et le réseautage du modèle Minowé 2.0 à l'échelle du Québec	Comptes-rendus des journées d'étude (participants, enjeux abordés, perspectives et opportunités de développement, orientations, recommandations et décisions) Bilan du forum provincial (participants, enjeux abordés, perspectives et opportunités de développement, orientations, recommandations et décisions) Liste de diffusion des produits de connaissances élaborés dans le cadre du projet Bilan des statistiques d'intervention Registre des partenaires et des collaborateurs (nom de l'organisation, type de partenariat ou de collaboration) Rapports d'activités Rapports d'évaluation

B4. Budget

Veuillez détailler le budget prévu, en lien avec le plan de travail, en utilisant le gabarit en annexe (fichier Excel). Prendre note que le FISS appuiera seulement les dépenses directement en lien avec la mise en œuvre du projet proposé et non les dépenses en continu associées au maintien d'accords d'intégration un fois complétés et implantés.

Voir le tableau du budget détaillé en annexe.

Bibliographie

Allan Billie et Janet Smylie. 2015. *First Peoples, second class treatment : The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON: The Wellesley Institute.

Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2006. *Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant … pour l'avenir.* Wendake, Québec, 139 p.

Blanchet-Cohen Natasha et Monique Trudel. 2014. *Rapport d'évaluation du projet Abinodjic*. Université Concordia, Montréal.

Commission canadienne des droits de la personne (CCDP). 2013. *Rapports sur les droits à l'égalité des Autochtones.* Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. 2007. *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*. Wendake, CSSSPNQL.

Conseil canadien de la santé. 2012. *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. CCS, Ottawa.

Lévesque Carole. 2016a. Peuples autochtones : la réconciliation passe d'abord par la reconnaissance, in *L'État du Québec 2016*, Institut du Nouveau-Monde. Montréal : Del Busso.

Lévesque C. 2016b. Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone, *Revue Droits et Libertés* (numéro spécial Décolonisation et droits des peuples autochtones) 34 (2) : 16-19.

Lévesque Carole, Apparicio Philippe, Gagnon Martin, Guth Katharina et Édith Cloutier et Josée Goulet. *Cartographie sociale et économique de la population autochtone de l'espace urbain au Québec. La ville de Val-d'Or et la zone d'influence du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. Cahier ODENA n° 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Lévesque C. et É. Cloutier. 2013. Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles, *in* A. Beaulieu, M. Papillon et S. Gervais (sous la direction de) : *Les Autochtones et le Québec*. *Des premiers contacts au Plan Nord* : 281-296. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Lévesque C., Cloutier É., Sirois T. Labrana R. et Radu I. 2015. Récit d'une relation fructueuse entre des leaders autochtones, des intervenants et des chercheurs engagés dans une démarche de coproduction des connaissances : la création, la mise en œuvre et les réalisations de l'Alliance de recherche ODENA, *in* S. Basile, K. Gentelet (sous la direction de) : *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, réciprocité, collaboration et culture.* Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Lévesque Carole et Ioana Radu. 2014. *La Clinique Minowé : une application de la démarche de sécurisation culturelle.* Fiche d'information. Institut national de la recherche scientifique, Montréal.

Macdonald David et Daniel Wilson. 2013. *Poverty or Prosperity. Indigenous Children in Canada.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives and Save the Children Canada.

Ouellette André et Édith Cloutier. 2010. *Vers un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or : La Clinique MINOWÉ, une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or.* Une initiative conjointe du Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or, du Centre de jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

UNITED NATIONS (UN). 2013. *United Nations Special Rapporteur on the rights of indigenous peoples, James Anaya, Statement upon conclusion of the visit to Canada*. UN, Genève.

Projet Abinodjic

Phase II

(Abinodjic signifie « enfant » en langue anicinabe)

DEMANDE DE FINANCEMENT
2015-2018

PRÉSENTÉE À

AVENIR D'ENFANTS
DES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Val-d'Or Native Friendship Centre

SEPTEMBRE 2015

" Nos enfants sont le cœur de notre peuple.
Ils sont l'essence qui lie notre peuple
et qui est au centre de nos nations.
Sans nos enfants, nous n'avons aucun but."

– Elaine M. Alec, Penticton First Nation, BC

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
Val-d'Or Native Friendship Centre

DIALOG
Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones

AVENIR D'ENFANTS
DES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES

REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or

INFORMATIONS GÉNÉRALES
Projet Abinodjic
– Phase II
2015-2018

Personne-ressource :
Édith Cloutier
Directrice générale
Centre d'amitié
autochtone de Val-d'Or
1272, 7e Rue
Val-d'Or (Québec)
J9P 6W6

Tél. : 819 825-8299
poste 230
Téléc : 819 825-7515
edith.cloutier@caavd.ca
www.caavd.ca

Table des matières

Sommaire du projet 5

1 Contexte 7
1.1 État de santé et conditions de vie de la population autochtone urbaine 7
1.2 Le cadre institutionnel 9
1.3 Un engagement envers l'amélioration de la qualité de vie 9
2 Abinodjic – phase I (2011-2014): le chemin parcouru 11
2.1 Les prémisses 11
2.2 L'accent mis sur la périnatalité et la sécurisation culturelle 12
3 Abinodjic - Phase II (2015-2018) : Description du projet 15
3.1 Besoins ciblés 16
3.2 Population ciblée 16
3.3 Objectifs poursuivis 17
3.4 Démarches 18
3.5 Transfert des connaissances 21
3.6 Les secteurs d'intervention 22
3.7 Mise en œuvre 23
3.8 Perennité 28
4 Partenariat stratégique et collaboration institutionnelle 30
5 Plan d'évaluation 32
5.1 Approche préconisée 32
5.2 Objets de l'évaluation 32
5.3 Méthodes et outils proposés 33
5.4 L'équipe responsable de l'évaluation 34
6 Une veille scientifique intégrée 35
6.1 Définition et objectifs 35
6.2 Activités 35
6.3 Les produits et activités dérivés 36
6.4 L'équipe responsable de la veille scientifique 37
7 Les livrables, extrants et produits de connaissance 38
8 Gouvernance et ressources humaines 39
8.1 Comité d'encadrement 39
8.2 Ressources humaines du projet 39
9 Gestion des risques et mesures d'atténuation 41
10 Budget 43

Bibliographie 46
Annexes
Résolution
Lettres d'engagement des partenaires

Liste des tableaux

Tableau 1 : Évaluation du projet ABINODJIC Phase 1- Résultats 13
Tableau 2 : Évaluation du projet ABINODJIC Phase 1 – Recommandations 14
Tableau 3 : La sécurisation culturelle selon le Conseil canadien de la santé 20
Tableau 4 : Plan d'action 24
Tableau 5 : Principaux partenaires 30
Tableau 6 : Principaux organismes collaborateurs 31
Tableau 7 : Livrables et autres produits 38
Tableau 8 : Rôles et responsabilités des intervenants 40
Tableau 9 : Risques potentiels et mesures d'atténuation 42
Tableau 10 : Budget contribution Avenir d'enfants 43
Tableau 11 : Budget contribution globale des partenaires 44

Figure

Figure 1 : Modèle logique ..... Fig. 1

Sommaire du projet

La population autochtone connaît une croissance démographique au moins quatre fois plus rapide que celle de la population canadienne (Statistique Canada 2013). En outre, près des deux tiers des Autochtones ont moins de 30 ans, et environ un tiers des résidents des communautés/réserves[1] ont moins de 15 ans. Beaucoup d'enfants autochtones vivent et grandissent dans des conditions qui ont, et continueront d'avoir, de fâcheuses conséquences pour leur santé. On estime que la moitié d'entre eux (que ce soit dans les communautés/réserves ou dans les villes) subsistent plutôt qu'ils ne vivent, immergés dans la pauvreté et affectés notamment par le surpeuplement des maisons et par des conditions adverses sur les plans interpersonnel et social. Ces jeunes sont plus susceptibles que les jeunes québécois de connaître des problèmes de santé chronique ou des troubles mentaux et socioaffectifs. Lorsque l'on consulte les études récentes sur la question, on constate que cette condition débute dès la petite enfance et se perpétue au fil des ans. Objectivement, davantage d'enfants autochtones que d'enfants non autochtones sont victimes de violence physique et sexuelle, se heurtent à des obstacles importants lorsqu'ils tentent d'atteindre un niveau de scolarité adéquat, sombrent dans la toxicomanie ou se suicident.

Afin de remédier à la situation, à l'intérieur des limites géographiques de la MRC de la Vallée-de-l'Or, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) a identifié les enfants de 0-5 ans comme étant le segment de la population le plus vulnérable, mais présentant en parallèle le plus grand potentiel. Afin de moduler une nouvelle offre de services qui leur est destinée et qui prend en compte leurs spécificités sociales, culturelles et économiques, le CAAVD a obtenu en 2011 un premier appui financier d'Avenir d'enfants lui permettant de mettre en œuvre le projet Abinodjic[2] dans le but de réunir les conditions propices à l'acquisition de nouvelles compétences, connaissances et pratiques en matière d'organisation et de prestation des services de santé et des services sociaux pour les enfants autochtones de 0 à 5 ans et leur famille immédiate et étendue.

La phase I du projet Abinodjic est arrivée à échéance le 31 décembre 2014. Considérant le succès de cette première phase, dont fait état un rapport d'évaluation produit à l'été 2014, considérant la qualité de la production scientifique et les avancées en termes de transfert de connaissances que le projet a engendré, considérant l'accueil enthousiaste des femmes enceintes et des mères déjà impliquées et considérant que le projet a regroupé plusieurs organismes partenaires et collaborateurs qui confirment leur engagement à la poursuite de l'initiative, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or sollicite à nouveau l'appui financier d'Avenir d'enfants afin de mener à bien, d'ici le 31 décembre 2018, une phase II pour le projet Abinodjic.

Cette seconde phase du projet Abinodjic permettra au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or de consolider et d'élargir son leadership en matière de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention auprès de la petite enfance autochtone, en misant sur la transmission des savoirs et sur l'appropriation de nouvelles connaissances, habiletés et compétences de la part des femmes enceintes, des parents, des intervenants, du

1 On compte 54 collectivités amérindiennes et inuit au Québec, parmi lesquelles : quatorze municipalités de village inuit, huit municipalités de village cri, une municipalité de village naskapi, 25 réserves indiennes et 6 établissements indiens. De manière générale, toutes ces collectivités sont couramment désignées de nos jours par l'expression « communauté autochtone ». Étant donné les distinctions existantes, nous avons opté pour l'expression « communautés/réserves» lorsqu'il est question des collectivités localisées en territoire autochtone afin de les distinguer des communautés autochtones urbaines (installées dans les villes).
2 Abinodjic = « enfant » en langue anicinabe.

personnel spécialisé et des décideurs des organismes concernés. Semblable visée favorisera notamment un redéploiement des pratiques et leur inscription dans une démarche de pertinence et de sécurisation culturelle essentielle au maintien d'un filet de protection familiale, communautaire et institutionnelle pour les enfants autochtones de 0 à 5 ans.

Pour y parvenir, le CAAVD mènera des actions et initiatives auprès de quatre groupes cibles : 1) les femmes enceintes ainsi que les nouvelles mamans et leur enfant de 0 à 5 ans ; 2) les membres de la famille, incluant la famille élargie ; 3) la communauté d'appartenance ; 4) les intervenants et organismes. Ces actions et initiatives reposeront sur quatre objectifs spécifiques :

- Accroître et diversifier la capacité des femmes enceintes, des jeunes filles et des nouvelles mamans à se mobiliser et à réunir des conditions favorables à leur développement global ainsi qu'à celui de leur enfant ;
- Accroître et diversifier la capacité des membres de la famille immédiate et élargie à soutenir la mère dans le développement global de son enfant ;
- Accroître et diversifier la capacité des membres de la communauté à participer au développement de l'enfant par le partage et la transmission de savoirs nécessaires à la création d'un filet de protection communautaire ;
- Accroître et diversifier la capacité des intervenants et autres professionnels à répondre de manière culturellement pertinente et sécurisante aux besoins, au développement et aux aspirations des enfants autochtones et de leur famille.

La création et la transmission des savoirs, de même que l'appropriation de nouvelles connaissances et compétences s'articuleront autour de deux principaux axes de services : 1) la périnatalité sociale ; 2) l'adaptabilité psychosociale. La périnatalité sociale autochtone regroupe l'ensemble des actions et des interventions destinées à créer des conditions accueillantes, soutenantes et habilitantes pour les femmes enceintes et leurs enfants de 0 à 2 ans; il s'agit ici de mettre l'accent sur les liens d'attachement entre l'enfant et sa mère (et son père le cas échéant) et sur la protection et le renforcement de la santé émotionnelle, spirituelle, mentale et physique de la mère comme de l'enfant. Pour sa part, l'adaptabilité psychosociale vise à bâtir l'appartenance de l'enfant au monde autochtone; elle mise sur la capacité de l'enfant de 3 à 5 ans à se développer et s'épanouir dans un environnement culturellement sécuritaire au sein duquel il acquiert des habiletés d'interaction et de communication avec sa mère, son père, ses frères et sœurs, sa famille élargie et sa communauté d'appartenance. Les activités proposées favoriseront à la fois la regénération et l'acquisition de compétences parentales et mettront en valeur les liens intergénérationnels qui se tissent à différentes échelles de relations.

En plus de conduire à la création de nouvelles connaissances et de permettre de manière intégrée et systémique leur transmission et leur appropriation, les activités offertes aux femmes enceintes, aux nouvelles mamans et à leur enfant, ainsi qu'aux familles, à la communauté et aux intervenants seront documentées, caractérisées et évaluées au fur et à mesure de leur déroulement. Elles donneront lieu à la conception de nouveaux outils de connaissances qui, à leur tour, seront mis en commun et partagés pour devenir, à l'intérieur d'un cycle d'apprentissage continu, sources de nouvelles actions et pratiques.

1. LE CONTEXTE

1.1 État de santé et conditions de vie de la population autochtone urbaine

Il est bien connu et bien documenté que les conditions de vie et de santé de la population autochtone au Canada sont nettement inférieures à celles de la population canadienne : incidence plus élevée de maladies chroniques; problématiques psychosociales majeures; obésité; séquelles encore vives des pensionnats; traumatismes intergénérationnels; espérance de vie moindre (CCDP 2013, CSSSPNQL 2007, UN 2013). Alors que l'indice de développement humain positionne régulièrement le Canada parmi les cinq meilleurs pays au monde, cet indice positionne les Peuples autochtones au Québec et au Canada au 70e rang.

> Comparativement au reste de la population québécoise, et plus largement de la population canadienne, les Premières Nations du Québec accusent un retard alarmant en matière de santé et de qualité de vie. Les disparités couvrent quasiment tous les domaines de la santé et du développement social. Le plus alarmant est que certaines d'entre elles ont même tendance à s'amplifier, au lieu de se résorber. En comparaison avec la population canadienne, une personne issue des Premières Nations du Québec : […] est quatre fois plus exposée à l'inaccessibilité et aux carences en ce qui a trait aux soins de santé et de services sociaux; […] risque de vivre, dès sa plus jeune enfance, des situations de pauvreté, de négligence et de placements, dans des proportions de trois à cinq fois plus élevées. (CSSSPNQL 2007)

Dès la naissance, les Autochtones s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans toutes les catégories courantes : scolarisation, conditions de logement, habitudes de vie, employabilité (Macdonald et Wilson 2013). On sait par ailleurs que la proportion de la population autochtone qui réside dans les villes augmente très rapidement; elle atteint désormais plus de 60 % de la population autochtone globale au Québec (Lévesque et Cloutier 2013). Aux problèmes de santé s'ajoutent des difficultés supplémentaires : manque de soins et de ressources appropriés; accès limité aux services de santé; isolement social; surreprésentation des Autochtones parmi la population itinérante; conditions de logement insalubres et non sécuritaires; insécurité alimentaire; situations répétées de racisme et de discrimination; chômage chronique. En conséquence : 1) une pression accrue s'exerce sur les services publics des villes qui disposent rarement des ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins multiples et croissants de cette clientèle autochtone, des besoins qui sont mal connus et surtout mal compris; 2) la cohabitation interculturelle et institutionnelle est difficile et est source de tensions et d'insécurité autant pour la population autochtone que pour la population québécoise ou canadienne concernée.

Qui plus est, il s'avère que beaucoup d'Autochtones ne font pas confiance aux services de santé du réseau québécois ou canadien, une situation qui engendre d'autres problèmes graves, dont des diagnostics tardifs, des traitements plus complexes, le manque d'accompagnement, l'absence de suivi et de mesures de prévention (Allan & Smylie 2015). Les disparités sont parfois accentuées par des manifestations de racisme et de discrimination institutionnelle qui colorent les relations de nombre d'Autochtones avec le réseau de la santé (Allan & Smylie 2015). Toutes les catégories d'âge et de genre sont susceptibles de subir les lourds impacts de cette situation qui perdure depuis des décennies; toutefois, ce sont les enfants et leurs mères qui en souffrent le plus.

En 2009, UNICEF Canada avait déjà attiré l'attention sur l'état de santé des enfants autochtones en mettant en évidence un taux de mortalité infantile plus élevé, un taux de vaccination des enfants plus faible, un piètre état nutritionnel et des proportions endémiques d'obésité, de diabète et d'autres maladies chroniques. Le rapport soulignait notamment que le taux de fécondité précoce (chez les adolescentes) des Premières Nations est sept fois plus élevé que celui des adolescentes canadiennes – 100 naissances pour 1000 femmes – et les adolescentes autochtone de moins de 15 ans présentaient un taux 18 fois plus élevé que celui des jeunes canadiennes (UNICEF 2009).

> Les grossesses précoces augmentent la vulnérabilité des personnes et des communautés qui sont déjà désavantagées sur le plan socio-économique et ont un accès limité à l'éducation, à l'emploi et aux services de garde formels. (CSSSPNQL 2007: 3, 13).

La situation s'avère tout aussi préoccupante sur le plan de la pauvreté. Au Québec, le taux de pauvreté des enfants autochtones se situe à 33 %, soit le double de celui des enfants non autochtones qui se situe à 16 % (Macdonald et Wilson 2013). La MRC de la Vallée-de-l'Or n'échappe pas à ces réalités socioéconomiques. En 2006, dans la zone d'influence territoriale[3] du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, on comptait deux fois plus de familles autochtones monoparentales que dans la population québécoise en général. Dans cette même zone d'influence, plus de 40 % de la population autochtone était constituée d'enfants de moins de 18 ans.

En fait, entre 1996 et 2011, la population autochtone de la ville de Val-d'Or a plus que doublé, de même que la proportion de la population autochtone par rapport à la population totale de la ville. Cette population est majoritairement féminine et compte un grand nombre de jeunes enfants [4]. Toujours à Val-d'Or, deux hommes sur cinq gagnent moins de 10 000 $ par année, et les familles sont plus souvent à faible revenu à Val-d'Or que dans l'ensemble de la zone d'influence. À ces données s'ajoutent les dernières statistiques du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue qui révèlent que 24 % des signalements à la DPJ sont attribuables à un enfant autochtone sur le territoire de la MRC de la Vallée-de-l'Or, alors que la population autochtone compte pour 4,6 % seulement du total de la population de ce territoire.

Qui plus est, la circulation entre Val-d'Or et les communautés autochtones (cries et anicinabe) localisées à proximité ou à plus grande distance le cas échéant, va également en s'accroissant. Val-d'Or est une destination privilégiée pour l'accueil des patients autochtones de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et celle de Eeyou Istchee (Baie-James). Il y a déjà longtemps que les femmes cries et anicinabe viennent accoucher à Val-d'Or : certaines y séjournent quelques semaines, d'autres plusieurs mois lorsque leur condition le nécessite.

3 La zone d'influence territoriale d'un centre d'amitié autochtone est l'aire de distribution et de circulation de la population autochtone à l'intérieur d'un territoire donné. Dans le cas du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, cette zone comprend l'ensemble des territoires de cinq MRC, soit Abitibi, Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda, Témiscamingue et la Vallée-de-l'Or, incluant toutes les municipalités et communautés/réserves autochtones qui y sont localisées. http://www.odena.ca/IMG/pdf/ficheinformationvaldorprofil.pdf

4 « [en 2011] les enfants autochtones âgés de 14 ans et moins représentaient 27,1 % de la population autochtone totale et 4,4 % de tous les enfants à Val-d'Or [alors que] les enfants non autochtones âgés de 14 ans et moins représentaient 16,6 % de la population non autochtone» (Statistique Canada 2014).

1.2 Le cadre institutionnel

L'intérêt marqué du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) à l'égard de la santé des enfants de 0-5 ans s'inscrit dans une longue trajectoire de soutien social, d'affirmation identitaire et d'action mobilisatrice pour le bénéfice de la population autochtone urbaine de la MRC de la Vallée-de-l'Or et, plus largement, de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Depuis plus de 40 ans, le CAAVD multiplie les initiatives afin d'améliorer la qualité de vie des Autochtones, de promouvoir la culture autochtone, de militer pour la reconnaissance et la défense des droits et intérêts des Autochtones et de bâtir des ponts entre Autochtones et non-autochtones. Ses champs d'action se sont considérablement transformés au fil des décennies. De lieux de rencontre et de ralliement, le Centre est devenu un point de services polyvalent, un carrefour culturel pour tous les citoyens autochtones de la ville de Val-d'Or et de la région environnante, et un foyer d'apprentissage, de transmission intergénérationnelle et de formation pour des centaines d'Autochtones. Néanmoins, les défis demeurent nombreux et vont en augmentant compte tenu de la hausse significative de la présence autochtone depuis le début des années 2000. Qui plus est, les écarts en matière de santé et de services sociaux se sont même creusés ces dernières années étant donné que les besoins se complexifient et s'intensifient, et que les services offerts au sein du réseau québécois de la santé ne parviennent pas à répondre adéquatement aux demandes et attentes d'une clientèle très mobile, souvent démunie et dont les repères sociaux et culturels relèvent de modalités d'interaction différentes.

Autant de conditions spécifiques qui avaient amené le gouvernement du Québec et les autorités des Premières Nations à s'engager, lors du Forum socioéconomique des Premières Nations qui s'est tenu à Mashteuiatsh en 2006, à mettre en œuvre des actions visant à réduire ces écarts entre la population québécoise et celle issue des Premières Nations (APNQL 2006). Parmi les ententes conclues alors par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un partenariat avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) a vu le jour afin de favoriser « le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les CSSS [et] l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones » (Ouellette et Cloutier 2010 : 7).

C'est dans la foulée de ce partenariat que le CAAVD, dès 2009, s'engage pleinement dans une initiative visant à renouveler et à transformer les services de santé afin qu'ils répondent de manière plus efficace et plus sécuritaire aux besoins de la population autochtone. Des rencontres et des consultations qui ont eu lieu à cette époque — avec des chercheurs, des intervenants, différents acteurs institutionnels de la ville de Val-d'Or, de la MRC de la Vallée-de-l'Or, des représentants du réseau québécois de la santé et des membres du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) — le soutien aux enfants de 0-5 ans et l'accompagnement des mères et des familles sont apparus comme des priorités (Cloutier et al. 2009).

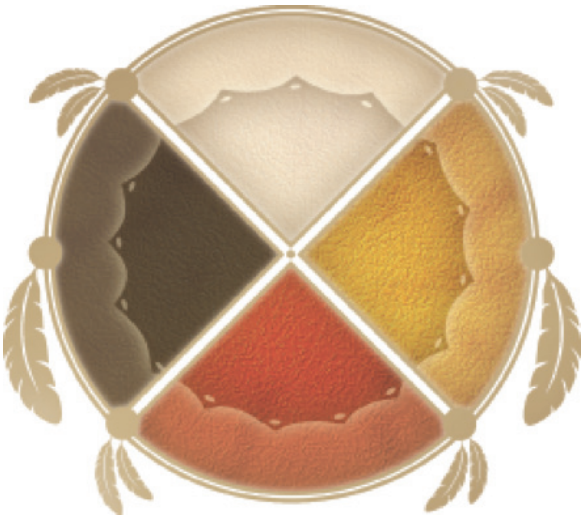
1.3 Un engagement envers l'amélioration de la qualité de vie

Les actions du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or pour le mieux-être s'inscrivent dans une quête particulière, celle du *Mino Madji8in* qui, en langue anicinabe, désigne l'état d'un bien-être global, harmonieux et équilibré et, plus largement, la qualité de vie de la population autochtone dans ses liens avec les humains et avec l'univers.

> Reflétant l'esprit de nos ancêtres et en constante évolution, le Mino Madji8in est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le monde et d'y interagir dans le respect de nos valeurs traditionnelles et contemporaines. […] Le Mino Madji8in évoque à la fois un état d'esprit et une certitude que le mieux-être consiste à cultiver notre volonté d'être en harmonie en tout, dans le temps et dans l'espace. Cette quête du mieux-être, individuel et collectif, repose sur un équilibre des différentes dimensions du Cercle de la vie et des interactions entre celles-ci. Cette quête du mieux-être s'incarne dans un mouvement perpétuel qui sait s'ancrer dans la vie sans jamais être figé. Et voilà pourquoi le Mino Madji8in prend la forme d'un cercle, à l'image de la Roue de médecine, qui constitue un symbole spirituel permettant une compréhension cyclique du monde par l'harmonie et l'équilibre entre les quatre éléments (air, eau, terre et feu), les quatre directions (Est, Sud, Ouest et Nord) et les quatre nations de la Terre (jaune, noire, rouge et blanche). (RCAAQ 2012 : 8-9).

La principale qualité du *Mino Madji8in* est de reposer sur un ancrage à la fois identitaire et social qui positionne l'individu, en toutes circonstances, dans une collectivité, en tant que membre de cette collectivité, qu'elle soit appelée communauté autochtone (réserve), communauté d'appartenance ou communauté autochtone urbaine. Le *Mino Madji8in* est résolument holistique dans le sens où il traduit un équilibre dont les différentes dimensions et forces se déploient de manière combinée et intégrée sur les plans individuel, familial, communautaire, territorial et cosmogonique. En conséquence, isoler la personne (qu'elle ait 5 ans ou 80 ans) de son monde de significations et de relations (comme ce fut le cas à grande échelle avec les pensionnats par exemple ou encore lorsqu'il y a placement d'enfant autochtone dans des familles d'accueil non autochtones), c'est provoquer une rupture dans son développement et son plein épanouissement. C'est également rompre le cercle de transmission des connaissances et des compétences qui assurent la connexion avec le *Mino Madji8in*.

Cette quête du *Mino Madji8in* exige, à terme, de revoir non seulement les habitudes et les pratiques en matière de santé périnatale ou maternelle, mais également de redéfinir les logiques qui sous-tendent les choix et les décisions à cet égard afin d'offrir des services renouvelés qui intègrent cette vision du monde et du relationnel et un accompagnement qui dépasse la simple présence pour devenir une occasion privilégiée de regénérescence.



2. ABINODJIC – PHASE I (2011-2014) : LE CHEMIN PARCOURU

2.1 Les prémisses

Le projet Abinodjic – phase I a débuté à la fin de 2011, grâce à un appui financier d'Avenir d'enfants. Ce projet, déployé sur le territoire de la MRC de la Vallée-de-l'Or et orchestré au sein du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), a ciblé les enfants autochtones de 0 à 5 ans ainsi que les femmes et jeunes filles autochtones enceintes vivant en milieu urbain, en s'intéressant principalement aux enfants et aux familles qui se retrouvent en situation de vulnérabilité. Inscrit sous le volet « Projets d'acquisition et de transfert de connaissances » d'Avenir d'Enfants, le projet Abinodjic – phase I avait comme objectif principal de soutenir la production de connaissances et le développement de mécanismes de transfert associés à une démarche autochtone de sécurisation culturelle en matière de santé et de services sociaux. Originellement prévu pour une période de deux ans (2012-2013), le CAAVD a obtenu une prolongation d'une année en octobre 2013, afin de jeter les bases d'une offre de services renouvelée en périnatalité sociale autochtone sur laquelle s'est construite la phase II, comme nous le verrons plus loin.

Pendant ses trois premières années de fonctionnement, le partenariat avec Avenir d'enfants a permis de réunir les conditions propices à l'amorce d'un changement de pratiques en matière d'organisation et de prestation des services pour les enfants autochtones de 0 à 5 ans et leur famille. Selon le rapport d'évaluation du projet réalisé au printemps 2014 (Blanchet-Cohen et Trudel 2014), les impacts positifs de ces changements de pratiques, combinés à une accessibilité accrue aux services offerts, se manifestent déjà par une amélioration de la santé physique et sociale des jeunes enfants autochtones de 0 à 5 ans ainsi que de celle de leur famille rapprochée et élargie. Ce rapport met aussi en évidence l'efficacité de l'approche écosystémique sur laquelle repose l'offre de services du CAAVD. Les auteures constatent en effet que le projet Abinodjic a contribué à la création d'une nouvelle passerelle de services qui part de l'enfant, rejoint ses parents et se déploie à l'échelle de sa famille élargie et de sa communauté d'appartenance. Au terme de la phase I, le projet Abinodjic a mis l'accent, entre autres, sur la nécessité de créer des outils et des dispositifs culturellement pertinents qui encourageront le développement de nouvelles habiletés parentales, familiales, communautaires et institutionnelles.

> On constate que l'emphase mise sur la prévention, avec les 0 à 5 ans comme porte d'entrée, et l'approche écosystémique des services basés au Centre d'amitié avec les ressources issues d'un partenariat tripartite sont gagnantes. (Blanchet-Cohen et Trudel 2014 : 3)

Dans le cadre de cette phase I, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or s'est associé avec le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO) et le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) afin de mettre sur pied une alliance stratégique favorisant la mise en commun de ressources financières et humaines ainsi que le partage d'une vision de mieux-être des enfants autochtones et de leur famille. Des résultats concrets ont découlé de cette démarche partenariale. Ainsi, le CJAT confirme une diminution de 40 % des signalements à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) relatifs à un enfant autochtone vivant hors-communauté entre 2009 et 2013 ; des résultats qui illustrent les retombées positives et surtout rapides d'un projet tel qu'Abinodjic.

Cette phase I a également fait l'objet d'une veille scientifique qui a été placée sous la responsabilité de l'Alliance de recherche ODENA basée à l'Institut national de la recherche scientifique (Université du Québec) ; plusieurs documents d'orientation et fiches synthèse ont été produits afin de doter les différents acteurs individuels et institutionnels de nouveaux outils de référence relativement à la santé et à la qualité de vie des enfants autochtones vivant en milieu urbain.

2.2 L'accent mis sur la périnatalité et la sécurisation culturelle

La prolongation d'un an accordée à l'automne 2013 a servi à jeter les bases d'un nouveau service en périnatalité sociale autochtone et à sensibiliser les intervenants à la démarche de sécurisation culturelle en contexte autochtone, en vue de consolider son implantation et son déploiement au cours de la phase II [5]. Pendant cette période, le CAAVD a également été en mesure de renforcer ses liens avec le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ), plus particulièrement avec la Direction des services de santé maternelle et infantile « Awash », dans le cadre de la mise en oeuvre d'un projet-pilote intitulé « Home Away From Home »[6] . Ce projet-pilote est devenu une composante clé de l'axe de services en périnatalité sociale du projet Abinodjic – phase II.

De plus, cette année de prolongation a permis au CAAVD de tisser autour de ces femmes enceintes autochtones un tout nouveau réseau de soutien composé de professionnels de la santé et des services sociaux : infirmière, conseillère en périnatalité, travailleur social et animatrice à la vie communautaire. Le Centre d'amitié propose un accueil unique et chaleureux permettant aux femmes de se sentir à l'aise et en confiance, tout en étant entourées de personnes efficaces. L'équipe du CAAVD a réussi à créer un modèle d'intervention intégré et holistique qui se caractérise par la participation des parents, de la famille élargie, de la communauté d'appartenance et des prestateurs de services (intervenants et accompagnateurs).

Au terme de cette première phase, une conclusion se dégage clairement de l'expérience : Abinodjic permet d'offrir aux enfants de 0 à 5 ans ainsi qu'aux femmes autochtones enceintes de la MRC de la Vallée-de-l'Or une égalité des chances de s'épanouir et d'aspirer à un avenir sécurisant et prometteur, de même qu'un accès privilégié à des soins, du soutien et de l'accompagnement selon des formules inédites et profondément respectueuses des valeurs et traditions autochtones. Ce constat est partagé par les évaluatrices du projet: « Le projet pilote a su démontrer sa pertinence, une suite assurerait une garantie d'un modèle qui répond aux besoins des Autochtones en ville tout en permettant de conserver son aspect novateur en évolution » (Blanchet-Cohen et Trudel 2014 : 4).

On trouvera dans les tableaux 1 et 2 (pages suivantes) une synthèse des résultats et recommandations issus du rapport d'évaluation.

5 Une session de transfert des connaissances de sept heures (Initiation à la démarche de sécurisation culturelle en contexte autochtone) a été mise sur pied dans ce contexte et offerte à l'automne 2014 au personnel du CAAVD. Des séances d'information ponctuelles ont également eu lieu à différents moments au cours de l'année 2014.

6 Ce projet-pilote a permis de mettre à la disposition des femmes cries enceintes qui doivent quitter leur communauté de Eeyou Itschee pour venir accoucher à Val-d'Or, un milieu de vie accueillant et chaleureux. Ce projet-pilote a notamment contribué à diminuer l'isolement social dans lequel plusieurs de ces femmes se retrouvaient tout en leur offrant la possibilité de nouer des relations avec la communauté autochtone urbaine.

Tableau 1 : Évaluation du projet ABINODJIC Phase 1- Résultats

RÉSULTATS			
POUR LA CLIENTÈLE **les enfants de 0-5 ans** **leur famille**	**POUR LE CAAVD**	**POUR LE CSSSVO**	**POUR LE CJAT**
Un service essentiel pour la clientèle -- Un service qui se distingue des autres services offerts à l'intérieur du réseau québécois et où la clientèle se sent chez elle. Les intervenants se déplacent à domicile pour offrir leur aide à la famille élargie **Une approche adaptée à la réalité autochtone** - Appréciation de la stabilité du personnel dédié au projet Abinodjic – phase I - Personnel à l'écoute et qui procure un sentiment de sécurité et de confiance **Un espace d'acquisition de nouvelles habiletés** - Développement d'outils et application de l'approche holistique pour favoriser l'acquisition ou le renouvellement des habiletés parentales, pour favoriser l'attachement et la stimulation des enfants et pour augmenter leur estime de soi en se dotant de dispositifs de communication adéquats afin de prévenir les conflits et la négligence - Recours au cercle de familles pour réduire les conflits familiaux par des séances de médiation qui se font souvent à domicile **Une amélioration de la santé physique et sociale** - Contraception, vaccination, suivis périodiques des 0-5 ans, suivis et visites à domicile : des services très valorisés par la clientèle	**Des retombées importantes sur le plan organisationnel** - Intégration des activités pour travailler dans une même direction et avec la même vision que le CAAVD - Développement de nouvelles façons de collaborer avec le réseau de santé québécois, au regard des besoins des Autochtones - Déploiement d'une veille scientifique en plusieurs volets qui a nourri la crédibilité de la démarche et favorisé le transfert de connaissances - La mise en commun des expertises au sein d'un continuum de services pour les 0-5 ans et leur famille	**Une plus grande accessibilité** - Le succès du projet se traduit par une plus grande capacité du réseau québécois à rejoindre la population autochtone absente des services de santé **Des changements dans les façons de faire** - L'utilisation de nouveaux moyens pour rejoindre les membres de la communauté - L'ordonnance collective pour faciliter la contraception chez les jeunes mères - Des partenaires qui s'associent aux services offerts	**Une baisse de 40 % des signalements et compromissions a été enregistré grâce :** - À un accent mis sur la prévention - Aux avantages du travail en partenariat à l'interne et au-delà - À la valorisation du travail de proximité et d'un investissement à long terme pour les familles

Source : Blanchet-Cohen et Trudel 2014

Tableau 2 : Évaluation du projet ABINODJIC Phase 1 - Recommandations

RECOMMANDATIONS

Élargir la portée du projet afin de rejoindre un plus grand nombre de jeunes filles et de femmes enceintes

- En faisant connaître les nouveaux services offerts
- En concevant une stratégie de communication

Renforcer le partenariat afin d'assurer la pérennité

- En augmentant la rétroaction et l'implication des décideurs des instances partenaires à raison de deux fois par année
- En systématisant les ententes et protocoles afin d'assurer la pérennité du modèle mis de l'avant et de clarifier l'arrimage et les corridors de services avec le réseau québécois
- En assurant le financement des ressources humaines par une meilleure connaissance des retombées et par une reconnaissance de l'importance des services offerts aux enfants de 0-5 ans

Accroître le transfert et l'appropriation des connaissances et des compétences pour optimiser le déploiement des initiatives novatrices découlant du projet

- En bonifiant les outils pour mieux faire connaître le modèle au sein même des organisations partenaires
- En favorisant des échanges entre les organisations partenaires
- En formant des intervenants autochtones ou des homologues associés aux intervenants du réseau québécois

Développer une documentation et une réflexion scientifique pour nourrir la démarche de sécurisation culturelle

- En veillant à ce que les alliances avec le milieu universitaire engendrent une plus grande diversité de retombées auprès des intervenants, des décideurs et des partenaires
- En diffusant les connaissances auprès d'auditoires tels que : praticiens, décideurs, communauté scientifique et grand public
- En poursuivant la réflexion et la documentation de la démarche de sécurisation culturelle avec les intervenants et autres acteurs
- En alimentant les intervenants du terrain afin de briser l'isolement face à leurs pairs
- En développant une communication efficace afin d'alimenter le projet et de faire connaître les apprentissages à l'interne ainsi qu'auprès des partenaires

Consolider l'arrimage entre le projet Abinodjic et les autres services offerts au CAAVD

- En renforçant l'unité dans la réponse aux besoins tout en respectant les spécialisations et mandats des partenaires et collaborateurs; il demeure primordial pour les bénéficiaires de recevoir directement au CAAVD des services intégrés au réseau québécois; il importe d'inclure leurs préoccupations dans les corridors de services définis dans le cadre des protocoles et ententes de collaboration
- En ajustant les banques d'information afin que les données soient complètes et transférables d'un service à l'autre
- En adoptant des outils d'évaluation spécifiques

Source : Blanchet-Cohen et Trudel 2014

3- ABINODJIC - PHASE II (2015-2018): DESCRIPTION DU PROJET

La deuxième phase du projet Abinodjic va permettre au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or de consolider et d'élargir son leadership en matière de soins, de soutien et d'accompagnement auprès de la petite enfance autochtone et de rejoindre un plus large bassin d'enfants et de mères, en misant sur la transmission des savoirs et sur l'appropriation de nouvelles connaissances, habiletés et compétences de la part des parents, des intervenants, du personnel spécialisé et des organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Semblable visée favorisera notamment un renouvellement de la gamme de services offerts ainsi qu'un redéploiement des pratiques et leur inscription continue dans une démarche de pertinence et de sécurisation culturelle essentielle au maintien d'un filet de protection familiale, communautaire et institutionnelle pour les enfants autochtones de 0 à 5 ans.

Cette seconde phase impliquera non seulement les enfants eux-mêmes et leur mère, mais aussi les pères, les frères et sœurs, les membres de la famille étendue, la communauté autochtone urbaine et les intervenants; toutes ces personnes étant susceptibles de contribuer au développement des enfants autochtones. Abinodjic - phase II reposera sur la création de nouveaux savoirs, leur transmission et leur appropriation à travers des activités d'apprentissage et d'accompagnement en périnatalité et en adaptabilité psychosociale qui feront l'objet d'une évaluation évolutive et d'une veille scientifique afin que soient élaborés et diffusés des outils de connaissances favorisant l'adoption de pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes en matière de santé et de services sociaux pour les enfants de 0 à 5 ans et leur famille.

La figure 1 (modèle logique) présentée à la page suivante met en évidence les différentes composantes du projet et fait état de leur articulation. Chacune de ces composantes est décrite dans les pages subséquentes.

Abinodjic - Phase II

Figure 1: Modèle Logique

MINO MADJI8IN - Bien-être et qualité de vie de la communauté autochtone de la MRC de la Vallée-de-l'Or

Pérennité

Nouveaux corpus de connaissances, pratiques et compétences susceptibles de constituer des matériaux aptes à influencer de futures politiques publiques en matière de périnatalité sociale et d'adaptabilité psychosociale autochtones.

Mise en œuvre-Actions

Résultante

Appropriation de nouvelles connaissances, habiletés et compétences de la part des femmes enceintes, des parents, des intervenants, du personnel spécialisé et des décideurs des organismes concernés, favorisant un redéploiement des pratiques et leur inscription dans une démarche de pertinence et de sécurisation culturelle essentielle au maintien d'un filet de protection familiale, communautaire et institutionnelle pour les enfants autochtones de 0 à 5 ans.

Enfants	Familles	Communauté d'appartenance	Intervenants et organismes
- Activités et accompagnement prénatals et postnatals - Soutien social et acquisition de saines habitudes de vie - Ateliers de stimulation précoce - Suivis psychoéducatifs	- Enseignement prénatal destiné aux pères - Soutien aux parents dans leur rôle parental - Ateliers sur la relation de couple - Activités culturelles et familiales	- Activités traditionnelles et intergénérationnelles - Événements culturels - Ateliers de transmission des savoirs autochtones - Rencontres de parents	- Sessions de transfert sur la sécurisation culturelle - Présentation des services et offre de formation aux organisations - Protocoles d'entente - Passerelles entre les projets Ninan et Abinodjic II

Secteurs d'intervention

Périnatalité sociale	Adaptabilité psychosociale
La périnatalité sociale autochtone regroupe l'ensemble des actions et des interventions destinées à créer des conditions accueillantes, soutenantes et habilitantes pour les femmes enceintes, les nouvelles mères et leurs enfants de 0 à 2 ans, qui leur permettent de se connecter avec les traditions autochtones et de développer des liens d'attachement solides avec leurs enfants.	L'adaptabilité psychosociale vise à bâtir l'appartenance sociale et culturelle de l'enfant de 3 à 5 ans au monde autochtone par l'acquisition des habiletés d'interaction et de communication et de création de liens entre le monde contemporain et le monde traditionnel.

Démarches

Transfert des connaissances

Une démarche collective d'action à l'égard des savoirs (connaissances et compétences) qui en favorise la création, la diffusion, l'accessibilité et l'appropriation pour le bénéfice de différents groupes cibles, de praticiens et d'intervenants

Approche écosystémique	Sécurisation culturelle	Innovation sociale
Une approche qui propose de ne pas isoler l'enfant du milieu (familial et communautaire) auquel il appartient et avec lequel il apprend à interagir dès son plus jeune âge. Elle inscrit le développement de l'enfant autochtone dans une logique dynamique d'éveil et de croissance entre lui et son univers.	Une démarche destinée à bâtir la confiance avec les Autochtones et à revoir les pratiques des acteurs et intervenants afin qu'elles prennent en compte leur identité culturelle et répondent, de manière sécuritaire, à leurs besoins et attentes.	La collaboration entre les organismes dans le cadre du projet constitue en elle-même une amorce originale à une initiative d'innovation sociale exceptionnelle. En travaillant de concert, les partenaires et collaborateurs augmenteront leurs capacités d'agir, maximiseront les retombées au sein de leurs organisations respectives et accéléreront la mise en œuvre de pratiques pertinentes et sécuritaires.

Objectifs

Enfants	Familles	Communauté d'appartenance	Intervenants et organismes
Accroître et diversifier la capacité des femmes enceintes, des jeunes filles et des nouvelles mamans à se mobiliser et à réunir des conditions favorables à leur développement global ainsi qu'à celui de leur enfant.	Accroître et diversifier la capacité des membres de la famille immédiate et élargie à soutenir la mère dans le développement global de son enfant.	Accroître et diversifier la capacité des membres de la communauté à participer au développement de l'enfant par la transmission de savoirs nécessaires à la création d'un filet de protection communautaire.	Accroître et diversifier la capacité des intervenants et autres professionnels à répondre de manière culturellement pertinente et sécurisante aux besoins, au développement et aux aspirations des enfants autochtones et de leur famille.

Groupes ciblés

Enfants	Familles	Communauté d'appartenance	Intervenants et organismes

Besoins ciblés

Enfants	Familles	Communauté d'appartenance	Intervenants et organismes
La femme enceinte, la mère et l'enfant de moins de 5 ans ont droit à un milieu de vie sécuritaire et stimulant pour un développement optimal.	L'enfant a besoin de l'implication dynamique de ses parents et du soutien de sa famille élargie afin d'assurer son bien-être et son équilibre holistique.	L'enfant a besoin de se développer et d'évoluer dans un environnement social sain et sécuritaire, qui respecte les valeurs autochtones traditionnelles et contemporaines.	L'enfant, ses parents et sa famille ont droit à des services qui traduisent une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelles autochtones.

Partenariat stratégique

AVENIR D'ENFANTS DES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES

Accompagnement évaluatif et scientifique

Pratiques novatrices

Transformation sociale

Figure Figure1

3.1 Besoins ciblés

Le contexte de pauvreté et de vulnérabilité dans lequel un trop grand nombre d'enfants autochtones naissent et grandissent ainsi que les écueils auxquels ils font face sur le plan de l'accessibilité, de la nature et de la portée des services présentement offerts, exige une transformation des pratiques et des manières d'offrir les services de santé et les services sociaux afin de mieux répondre à leurs besoins tout en respectant leurs réalités, leurs valeurs, leurs spécificités et leur identité. C'est précisément ce que propose la deuxième phase du projet Abinodjic : une réelle transformation sociale reposant sur l'expérimentation et l'implantation de pratiques novatrices, sur un partenariat stratégique et sur une collaboration institutionnelle indispensables pour l'atteinte et le maintien du *Mino Madji8in* chez les enfants autochtones de 0 à 5 ans dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Ces besoins se déclinent comme suit :

- La femme enceinte, la mère et l'enfant de moins de 5 ans ont droit à un milieu de vie sécuritaire et stimulant pour un développement optimal.
- L'enfant a besoin de l'implication dynamique de ses parents et du soutien de sa famille élargie afin d'assurer son bien-être et son équilibre holistique.
- L'enfant a besoin de se développer et d'évoluer dans un environnement social sain et sécuritaire, qui respecte les valeurs autochtones traditionnelles et contemporaines.
- L'enfant, ses parents et sa famille ont droit à des services qui traduisent une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelles autochtones.

En réponse à ces besoins, les services culturellement pertinents et sécurisants qui seront mis de l'avant s'inscriront dans une vision écosystémique, en ce sens qu'ils seront offerts d'abord auprès des nourrissons de 0 à 2 ans, des enfants de 3 à 5 ans et des femmes enceintes, mais aussi, dans une perspective plus globalisante et intégrée, auprès de l'ensemble des personnes qui évoluent dans le milieu de vie et dans l'environnement de l'enfant : père et mère, frères et sœurs, grands-parents, autres membres de la famille élargie, autres membres de la communauté d'appartenance et de la communauté autochtone urbaine de la Vallée-de-l'Or ainsi que tous les intervenants qui interagissent avec ces mères et ces enfants. La santé et le bien-être d'un enfant autochtone ne reposent pas que sur l'enfant lui-même ou sur ses parents, ils prennent appui sur les personnes qui gravitent dans son environnement. L'équilibre holistique de l'enfant passe inévitablement par une implication dynamique et médiatrice de l'ensemble des membres de sa communauté.

3.2 Population ciblée

Quatre groupes d'acteurs/participants ont été ciblés et chacun est abordé dans une perspective systémique mettant l'accent sur les relations entre l'enfant et son environnement maternel, familial, social et communautaire d'une part, et assurant une continuité et une cohérence d'un groupe à un autre.

▶ Enfants

Le projet Abinodjic – phase II vise d'abord les enfants autochtones de 0 à 5 ans, les nouvelles mères ayant des enfants entre 0 et 5 ans ainsi que les jeunes filles et les femmes enceintes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité ou dont les enfants sont placés en famille d'accueil. Il a été démontré, tout au long de la phase I, que les mères désirent

être accompagnées pendant la grossesse et durant les premières années de vie de leur enfant afin que ce dernier puisse s'épanouir pleinement. Ces mères, afin de maximiser le plein potentiel de leur enfant, souhaitent avoir l'opportunité de stimuler leur enfant et de lui offrir un environnement sécuritaire; elles désirent également qu'il puisse conserver et connaître ses racines et sa culture autochtone. Cependant, ces mères souvent très jeunes, ayant déjà plusieurs enfants, se trouvent souvent en situation de monoparentalité; plusieurs assument seules le soutien financier et matériel de la famille. Elles ne possèdent en général pas de voiture, ont un faible niveau de scolarité et sont âgées entre 16 et 35 ans. Certaines d'entre elles connaissent des difficultés de consommation et ont besoin d'un soutien psychosocial. Pour leur part, les enfants autochtones en famille d'accueil non autochtone vivent habituellement un déracinement, un éloignement de leur famille et de leur environnement social et communautaire, d'où l'importance de l'accompagnement personnalisé et de la transmission des savoirs, pour l'adoption de pratiques gagnantes qui seront bénéfiques autant à l'enfant qu'à sa mère.

▶ Familles

Le deuxième groupe ciblé est la famille de la mère et de l'enfant autochtone qui vivent ou séjournent en milieu urbain. On sous-entend ici l'ensemble des membres de la famille immédiate et étendue de l'enfant, notamment le père, les frères et sœurs, les grands-parents, les oncles et les tantes. Traditionnellement en contexte autochtone, la famille élargie a toujours occupé une place importante dans la vie de l'enfant en lui donnant accès à un réseau particulier de relations et de connexions et en lui fournissant un accompagnement privilégié.

▶ Communauté d'appartenance

Les membres de la communauté d'appartenance jouent eux aussi un rôle important dans le développement de l'enfant. La communauté regroupe l'ensemble des familles autochtones ou allochtones (le cas échéant) qui gravitent autour de l'enfant, l'ensemble des individus qui fréquentent le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et l'ensemble des individus qui habitent le quartier ou le village de l'enfant. Dans le cadre de ce projet, la communauté sera rejointe principalement à travers divers canaux de communication entretenus par le CAAVD et dans le cadre des activités communautaires qu'il organise régulièrement.

▶ Intervenants et organismes

Les intervenants et les organismes constituent le quatrième groupe cible. Il s'agit d'une part des professionnels offrant des services directs aux enfants autochtones, à leur mère, à leur famille et aux membres de leur communauté d'appartenance, et d'autre part, des organismes publics dont relèvent ces professionnels sur le plan administratif. Par exemple, il peut s'agir de l'infirmière, du travailleur social ou communautaire, du dentiste, du psychologue, de l'éducatrice en garderie, de la psychoéducatrice, du médecin, ou de toutes autres personnes gravitant dans la sphère de la santé et des services sociaux.

3.3 Objectifs poursuivis

La première phase du projet Abinodjic, rappelons-le, a permis de réunir les conditions propices à l'amorce d'un changement de pratiques en matière d'organisation et de

prestation des services de santé et des services sociaux destinés aux enfants autochtones de 0 à 5 ans. En capitalisant sur la solidité du partenariat et de la collaboration existante ainsi que sur la confiance et le respect mutuel acquis lors de la phase I par les acteurs institutionnels concernés, la deuxième phase permettra de consolider et d'élargir le leadership du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or en ce domaine. En conséquence, le CAAVD mènera, d'ici le 31 décembre 2018, de nombreuses actions afin :

- d'accroître et diversifier la capacité des femmes enceintes, des jeunes filles et des nouvelles mamans à se mobiliser et à réunir des conditions favorables à leur développement global ainsi qu'à celui de leur enfant ;
- d'accroître et diversifier la capacité des pères et des membres de la famille élargie à soutenir la mère dans le développement global de son enfant ;
- d'accroître et diversifier la capacité des membres de la communauté à participer au développement de l'enfant par la transmission de savoirs nécessaires à la création d'un filet de protection communautaire ;
- d'accroître et diversifier la capacité des prestataires de services à répondre de manière culturellement pertinente et sécurisante aux besoins, au développement et aux aspirations des enfants autochtones et de leur famille.

La création des savoirs, leur transmission et leur appropriation, de même que l'adoption de pratiques renouvelées prendront leur source dans des activités destinées aux femmes enceintes et aux nouvelles mères (par exemple, accompagnement prénatal et postnatal, programme sur les saines habitudes de vie) aux enfants de 0 à 5 ans (stimulation précoce, suivi psychoéducatif), aux familles (enseignement prénatal aux pères, cercles de famille), à la communauté (activités culturelles et intergénérationnelles, cérémonies traditionnelles) ainsi qu'aux intervenants et aux organismes (session de formation sur la sécurisation culturelle et sur les réalités autochtones, augmentation de l'offre de participation pour les organismes lors des formations offertes à l'interne).

Ces activités, mises en œuvre au fur et à mesure de l'avancement du projet, seront documentées, puis évaluées en continu ; elles donneront lieu à l'élaboration d'outils inédits de connaissances pratiques et applicables (guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, fiches thématiques, affiches scientifiques, guide pédagogique, cahier de formation, cadres de référence) visant à optimiser l'appropriation de nouvelles connaissances et l'adoption de pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes. Ce faisant, le projet Abinodjic – phase II s'inscrit dans une vision de transformation sociale qui contribuera directement à l'atteinte d'un bien-être et d'une qualité de vie au sein de la population autochtone de la MRC de la Vallée-de-l'Or et modifiera durablement l'environnement des enfants autochtones.

3.4 Démarches

La cohésion intellectuelle, conceptuelle et opérationnelle du projet Abinodjic – phase II repose sur trois types de démarches interactives et itératives qui présentent de nombreux points de convergence et qui se complètent l'une l'autre. Chacune propose d'accorder une attention spéciale non seulement aux enfants autochtones, mais aussi au milieu de vie et à l'environnement communautaire et social dans lequel évoluent ces enfants. Chacune, à sa manière, s'inscrit dans une dynamique de transformation des pratiques de prévention, d'accompagnement, de soins et de suivi avec comme finalité commune l'amélioration de

la qualité de vie des enfants, des femmes et jeunes filles enceintes et des mères. Chacune reconnaît la spécificité du monde autochtone et la manière propre dont se construisent les relations entre les enfants et leurs parents, leur famille élargie et la communauté d'appartenance. Ces démarches combinées orientent le choix des activités à entreprendre au sein du projet et permettent de baliser les étapes qu'il faut traverser afin de combler les besoins ciblés et d'atteindre les objectifs.

▶ Se nourrir de l'approche écosystémique

Semblable approche propose de ne pas isoler l'enfant du milieu (familial et communautaire) auquel il appartient et avec lequel il apprend à interagir dès son plus jeune âge. L'approche écosystémique propose un cadre de référence qui met l'accent sur les relations positives que l'enfant est amené à construire dans son parcours et non seulement sur les dimensions physiologiques de sa croissance. La nature de ces relations et leur déploiement dans un contexte serein et sécuritaire sont essentiels au plein épanouissement des enfants, mais aussi de leurs parents. L'approche écosystémique inscrit le développement de l'enfant autochtone dans une logique dynamique d'éveil et de croissance entre lui et son univers.

En contexte autochtone, aux côtés de l'enfant et de sa famille immédiate (parents, frères, sœurs), il existe un réseau élargi de parenté biologique, sociale et territoriale qui comporte des droits, des obligations et des responsabilités. La communauté autochtone, par exemple, ne désigne pas seulement un lieu d'ancrage géographique, mais aussi et surtout la synthèse des connexions sociales, relationnelles et spirituelles qui composent l'histoire et la filiation de chaque enfant, son appartenance au groupe et sa place au sein de l'univers. Ces connexions se déploient autant à l'échelle individuelle que familiale, communautaire, territoriale et cosmogonique. Le développement de l'enfant ne peut être envisagé sans que soit pris en compte cette vision du monde et les responsabilités que partagent les adultes autochtones dans leurs relations avec les enfants.

▶ Construire un environnement culturellement sécuritaire

La démarche de sécurisation culturelle est destinée à bâtir la confiance avec les patients/clients autochtones et à revoir les pratiques des acteurs et intervenants afin qu'elles prennent en compte leur identité culturelle et répondent, de manière sécuritaire, à leurs besoins et attentes en matière de santé et de services sociaux [7]. La sécurisation culturelle implique le respect mutuel et le partage de savoir-faire et de connaissances. Elle repose sur des modes d'interaction, des processus d'apprentissage et des mécanismes de transmission et de communication spécifiques à la culture autochtone. Cette démarche renvoie à tous les déterminants sociaux de la santé autochtone : conditions socioéconomiques défavorables ; colonisation ; discrimination ; manque et insalubrité des logements ; insécurité alimentaire ; isolement social.

La sécurisation culturelle requiert une compréhension approfondie des enjeux de santé (dans un sens large) relatifs à la population autochtone (Tableau 3). Elle fait référence à l'héritage colonial que partagent les Peuples autochtones et à ses impacts intergénérationnels sur la santé et la qualité de vie. Elle explique de quelle manière les liens que les Autochtones ont développés avec les institutions (pensionnats, placements

7 «La notion de « sécurisation culturelle » (cultural safety) a été développée en Nouvelle-Zélande dans les années 1980, dans le contexte des soins infirmiers relatifs aux Maoris. La professeure en sciences infirmières Irihapeti Ramsden, elle-même maorie, a écrit substantiellement sur le sujet et l'a fait connaître sur la scène internationale (Ramsden 2002). La démarche de sécurisation culturelle vise une réelle transformation sociale en proposant de revoir les politiques publiques destinées aux populations autochtones et de renouveler les pratiques dans une optique de décolonisation et d'autodétermination» (Lévesque et al. 2014).

d'enfants, Loi sur les Indiens, politiques inadéquates) ont été néfastes sur leurs cultures, leurs sociétés et leur développement sur les plans individuel et collectif. Elle propose de restaurer et de regénérer ces liens et de bâtir un environnement sécuritaire favorisant le plein accomplissement des capacités des individus et des collectivités. La création d'un environnement culturellement sécurisant pour les Autochtones requiert notamment de la part des intervenants l'acquisition et la démonstration, à travers les gestes qu'ils posent, de compétences culturelles :

> La compétence culturelle n'est pas simplement un geste de bonne volonté, ni une activité ajoutée. C'est un élément de réforme qui s'appuie sur la compréhension selon laquelle le manque de compétence culturelle chez les professionnels de la santé et dans les services de santé empêche beaucoup d'Autochtones de demander des soins et exerce des répercussions négatives sur leurs résultats de santé. Pour devenir culturellement compétents, les organismes et les institutions doivent mettre en place des politiques, des structures et des processus pertinents qui appuient et concrétisent cet aspect des soins de santé. (CCS 2012 : 15)

Tableau 3 : La sécurisation culturelle selon le Conseil canadien de la santé

LA SÉCURISATION 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 la discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans le système et dans le domaine de l'éducation - Exige que nous reconnaissions que nous sommes tous porteurs de culture; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs
DES SOINS CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES
- 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 clients ou aux patients d'être partenaires dans le processus décisionnel

Source : CCS 2012 : 5

(Ramsden 2002). La démarche de sécurisation culturelle vise une réelle transformation sociale en proposant de revoir les politiques publiques destinées aux populations autochtones et de renouveler les pratiques dans une optique de décolonisation et d'autodétermination» (Lévesque et al. 2014).

▶ Viser l'innovation sociale

L'innovation sociale est un vecteur majeur de développement social et humain au sein de la société québécoise. Semblable approche propose un changement dans les pratiques existantes de manière à apporter une réponse durable à des problèmes de société majeurs tels que les inégalités sociales, les inégalités en matière de santé, ou encore les situations de marginalisation perpétrées à l'endroit d'un groupe social donné. L'innovation sociale vise des changements de nature structurelle, organisationnelle et institutionnelle afin que les mentalités, les comportements et les manières de faire se renouvellent pour accroître leur efficacité et leurs retombées. Elle repose sur une vision avancée de la collaboration et du partage entre acteurs de différents horizons qui œuvrent, ensemble, à transformer des conditions adverses en conditions de succès et de progrès social.

Le partenariat stratégique renouvelé dans le cadre du projet Abinodjic - phase II constitue en lui-même une amorce originale à une initiative d'innovation sociale exceptionnelle. En travaillant de concert, les partenaires et collaborateurs augmenteront leurs capacités d'agir, maximiseront les retombées au sein de leurs organisations respectives et accéléreront la mise en œuvre de pratiques pertinentes et sécuritaires. L'adoption d'une gouvernance partagée vient marquer la volonté des partenaires et collaborateurs à s'engager sur le chemin de l'innovation sociale et à créer des conditions propices en matière de prévention, de soins et d'accompagnement.

3.5 Transfert des connaissances

Le transfert des connaissances — vecteur transversal du projet Abinodjic — comporte trois étapes distinctes : la création, la diffusion et l'appropriation des savoirs. Ces étapes empiriques et opérationnelles sont préalables à l'adoption de pratiques culturellement pertinentes et sécurisantes et, ultimement, à la conception de nouveaux programmes et politiques.

▶ Création des connaissances

Afin de bien saisir la nature et la portée des connaissances et compétences qui émanent du projet, il importe dans un premier temps de recueillir des récits de pratique et d'expérience et de consigner les résultats de plusieurs exercices d'observation (ateliers d'échange, cercles de paroles) qui mettront en présence les différents acteurs du projet. En parallèle, un travail de recension documentaire assurant la mise en perspective des travaux et activités du projet Abinodjic – phase II sera réalisé dans le cadre de la veille scientifique.

▶ Diffusion des connaissances

La diffusion favorise l'accès, le partage, la circulation et la valorisation des informations mises au jour à travers différents supports communicationnels. C'est dans ce cadre que seront rédigées des fiches synthèses et autres documents ou brochures qui feront connaître les avancées et les résultats du projet et que seront organisés des conférences scientifiques, des prestations publiques, des séminaires ou des webinaires (le cas échéant) destinés autant à la communauté scientifique qu'aux divers publics spécialisés, dont celui des organismes partenaires et collaborateurs.

▶ Appropriation des connaissances

L'appropriation des connaissances constitue l'étape finale du processus de transfert et la plus avancée puisqu'elle requiert une rencontre directe entre les acteurs et nécessite la mise au point de dispositifs particuliers d'animation, de transmission et d'apprentissage. Différentes stratégies favorisant une réelle appropriation par les différents groupes cibles sont envisagées dont des ateliers de partage et des sessions de formation de même que la conception d'outils de communication spécifiques, de cahiers de formation et de guides pédagogiques (en fonction des besoins des différents groupes d'acteurs). Les opérations supportant et favorisant l'appropriation utiliseront à la fois (et parfois de manière complémentaire) les ressorts de l'oralité, de l'écrit et de l'image.

3.6 Les secteurs d'intervention

Tel que mentionné plus tôt, deux axes de services ont été identifiés afin de prendre en considération les étapes qui marquent le parcours des enfants en contexte autochtone : 1) la périnatalité sociale autochtone : naissance et éveil (0-2 ans); 2) l'adaptabilité psychosociale : croissance et interaction (3-5 ans).

▶ Périnatalité sociale autochtone : naissance et éveil (0-2 ans)

La périnatalité sociale autochtone regroupe l'ensemble des actions et des interventions destinées à créer des conditions accueillantes, soutenantes et habilitantes pour les femmes enceintes, les mères et leurs enfants de 0 à 2 ans. Ces nouvelles conditions sécurisantes et réconfortantes permettront aux femmes de se connecter avec les traditions autochtones d'accueil des nouveau-nés et des nourrissons, et de développer des liens d'attachement solides avec leurs enfants tout au long de la grossesse et au cours des deux premières années de vie de l'enfant.

> La responsabilisation de la communauté passe par la responsabilité des personnes et des familles et, à mon avis, la responsabilisation est reliée au sentiment d'identité qui commence dès les premiers moments de la naissance. Pour moi, l'histoire de ma naissance est une grande source de force. Quand vous posez des questions sur nos enfants, je dois faire une longue digression pour expliquer que tout commence par la façon dont ils naissent. (Katsi Cook, sage-femme autochtone très connue et respectée et originaire du Québec.)

▶ Adaptabilité psychosociale autochtone : croissance et interaction (3-5 ans)

L'adaptabilité psychosociale vise à bâtir l'appartenance de l'enfant au monde autochtone. Elle mise sur la capacité de l'enfant de 3 à 5 ans à se développer dans un environnement culturellement sécuritaire au sein duquel il acquiert des habiletés d'interaction et de communication avec sa mère, son père, ses frères et sœurs, sa famille élargie et sa communauté. Les services offerts dans cet axe seront modelés notamment sur les programmes de parentage traditionnel développés par des organismes autochtones de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. La transmission des enseignements et des pratiques culturelles d'une génération à l'autre « favorise le renforcement et la pérennité des sociétés autochtones » (CCNSA 2012). Chez les Premières Nations, la transmission de la langue, des coutumes et de la culture a « une influence protectrice sur le bon développement

de l'enfant, et est source de force, de résilience et de transformation ». Un exemple peut être apporté ici. L'organisme Métis Family Services de Surrey, en Colombie-Britannique, propose un programme de parentage basé sur des histoires de parents faisant intervenir des ainés, des mères et des pères, tout en visant le renforcement de l'estime de soi, la croissance spirituelle et l'acquisition de compétences parentales traditionnelles. Le parentage traditionnel amène à créer des ponts entre le monde contemporain et le monde traditionnel, et reprend les enseignements culturels favorisant le bien-être des enfants, des familles et des communautés.

3.7 Mise en oeuvre

La mise en œuvre du projet Abinodjic – phase II nécessite un plan d'action très élaboré dont on trouvera le détail dans le Tableau 4. Ce plan, organisé selon les groupes d'acteurs ciblés — identifiés en tant que Système — , synthétise et catégorise l'information relative aux actions envisagées, à leur fréquence de réalisation et aux transformations souhaitées. Il fait également état des ressources humaines requises, des indicateurs de progrès et de performance, des extrants et des outils de suivi.

Tableau 4 : Plan d'action

SYSTÈME ENFANTS

Besoin ciblé : La femme enceinte, la mère et l'enfant de moins de 5 ans ont droit à un milieu de vie sécuritaire et stimulant pour un développement optimal.

Facteur de protection : Les pratiques et compétences parentales.

Objectif : Accroître et diversifier la capacité des femmes enceintes, des jeunes filles et des nouvelles mamans à se mobiliser et à réunir des conditions favorables à leur développement global ainsi qu'à celui de leur enfant.

Sous-systèmes	Actions	Calendrier	Responsable	Contributeurs	Transformations souhaitées	Indicateurs de progrès et de performance	Extrants	Outils de suivi
Volet réalisation					Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances des jeunes filles et des femmes enceintes en matière de prévention et de protection de l'enfant Regénération des habiletés parentales existantes des jeunes filles et des femmes enceintes et acquisition de nouvelles habiletés Construction d'une appartenance à un réseau de soutien, de médiation et d'entraide pour les jeunes filles et les femmes enceintes Renforcement du sentiment de sécurité de la mère, au moment de la naissance de son enfant et par la suite Enrichissement des habiletés relatives au langage, au développement moteur et au développement affectif de l'enfant	**Avril 2017 et décembre 2018 :** Une augmentation des connaissances en matière de prévention et de protection de l'enfant sera démontrée chez 20 jeunes filles et femmes enceintes (cercle de parole et formulaire d'évaluation). Une acquisition de nouvelles habiletés parentales sera observée chez 20 jeunes filles et femmes enceintes (grille d'observation par critères). Un soutien de l'entourage « élevé » ou « modéré » sera observé chez 20 jeunes filles et femmes enceintes (grille d'observation par critères). Un sentiment de sécurité sera vécu par 20 mères au moment de la naissance de leur enfant (cercle de parole et formulaire d'évaluation). Un enrichissement des habiletés relatives au langage, au développement moteur et au développement affectif sera observé chez 50 enfants (grille d'observation par critères).	**Avril 2016 :** Étude de besoins des femmes enceintes et des nouvelles mamans en lien avec les étapes pré et post natales ainsi que le développement de l'enfant. **Avril 2017 :** Plan de rédaction de chapitres en lien avec les étapes pré et post natales ainsi que le développement de l'enfant. **Avril 2018 :** Version préliminaire du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur les étapes pré et post natales ainsi que le développement de l'enfant. **Décembre 2018 :** Version finale du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur les étapes pré et post natales ainsi que le développement de l'enfant.	Registre des réalisations et performances maintenu à jour (outil de suivi en continu). Rapports annuels d'évaluation évolutive. Comptes-rendus des cercles de parole. Compilation des formulaires d'évaluation. Synthèse des évaluations par observation. Comptes-rendus des rencontres du comité de suivi. Rapports trimestriels. Rapports financiers. Rapports de progrès en lien avec la démarche Ninan.
Jeunes filles enceintes	Transmettre des savoirs nécessaires au développement optimal de la jeune fille enceinte et de l'enfant qu'elle porte, par : - Un accompagnement pré et post natal personnalisé et adapté à la réalité d'une jeune fille enceinte. - Des activités pour élargir le réseau de soutien de la jeune fille enceinte.	1 rencontre aux deux semaines 1 rencontre par semaine	Conseillère en périnatalité	Accompagnante familiale traditionnelle Infirmière Équipe du secteur communautaire du CAAVD Superviseure clinique				
Femmes enceintes	Transmettre des savoirs nécessaires au développement optimal de la femme enceinte et de l'enfant qu'elle porte, par : - Un enseignement prénatal aux femmes enceintes. - Un soutien social et l'enseignement des saines habitudes de vie (alimentation, exercice physique, relaxation). - Un programme d'activités destinées aux femmes enceintes de la communauté incluant les femmes cries (Home away from home).	1 rencontre aux deux semaines 1 rencontre aux deux semaines 2 activités par semaine	Conseillère en périnatalité	Accompagnante familiale traditionnelle Infirmière Équipe du secteur communautaire du CAAVD Superviseure clinique				
Enfant de moins de 5 ans	Transmettre des savoirs nécessaires au développement optimal des enfants de moins de 5 ans, par : - Des ateliers de stimulation précoce pour le développement de l'enfant de moins de 2 ans. - Un accompagnement des enfants dans leurs relations avec la fratrie. - Un suivi des enfants présentant des besoins psychoéducatifs. - Un service d'éveil à l'oralité, à la lecture et à l'écriture. - Des activités de groupe favorisant une entrée réussie à l'école.	1 atelier par semaine Lors des visites à domicile Selon le cas 1 activité par mois 2 activités par semaine	Équipe du service petite enfance et famille	Conseillère en périnatalité Conseillère en adaptabilité psychosociale Conseillère en périnatalité Infirmière				
Volet pérennisation								
Femmes enceintes et enfants	Documenter et évaluer les pratiques prometteuses expérimentées lors de la mise en œuvre des ateliers, des activités, ainsi que des suivis en périnatalité sociale et en adaptabilité psychosociale.	En continu	Équipe ODENA Évaluatrice externe Équipe du CAAVD	Femmes enceintes et enfants				

Au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, des cercles de parole sont organisés afin d'évaluer l'impact d'un projet dans la vie des personnes rejointes (augmentation des connaissances, nature des connaissances acquises, augmentation de la motivation à adopter tel ou tel comportement, nature des comportements adoptés, etc.). Un cercle de parole réunit une dizaine de personnes. Un évaluateur anime la rencontre. Il est accompagné d'un membre de son équipe qui recueille les propos exprimés. Au terme de la rencontre, les participants complètent un formulaire d'évaluation présenté sous forme de jeu interactif. Ce questionnaire permet d'obtenir des données quantitatives complémentaires à celles qualitatives recueillies en discussion de groupe. Plusieurs cercles de parole peuvent être organisés successivement avec différents participants afin d'obtenir un échantillon d'évaluation représentatif de l'ensemble des personnes rejointes avec le projet.

Tableau 4 : Plan d'action

SYSTÈME FAMILLES

Besoin ciblé : L'enfant a besoin de l'implication dynamique de ses parents et du soutien de sa famille élargie afin d'assurer son bien-être et son équilibre holistique.

Facteur de protection : Rôles et responsabilités familiales.

Objectif : Accroître et diversifier la capacité des membres de la famille immédiate et élargie à soutenir la mère dans le développement global de son enfant.

Sous-systèmes	Actions	Calendrier	Responsable	Contributeurs	Transformations souhaitées	Indicateurs de progrès et de performance	Extrants	Outils de suivi
Volet réalisation					Renforcement du lien d'attachement des pères avec leur enfant Consolidation de la capacité du parent à prendre soin de son enfant Accompagnement de la fratrie Renforcement des liens conjugaux Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances des parents et des membres de la famille élargie en matière de santé, de sécurité, d'alimentation et d'hygiène de l'enfant Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des familles allochtones qui accueillent des enfants autochtones	**Avril 2017 et décembre 2018 :** Un lien d'attachement « élevé » ou « modéré » sera observé auprès de 20 pères à l'égard de leur enfant (grille d'observation par critères). Une augmentation des connaissances en matière de santé, de sécurité, d'alimentation et d'hygiène de l'enfant sera démontrée chez 50 parents et membres de la famille élargie (cercle de parole et formulaire d'évaluation). La réalisation de gestes concrets visant à améliorer leur situation conjugale sera observée chez 12 parents (grille d'observation par critères). Le recours à des cercles de famille afin d'élaborer un plan de protection pour leur enfant sera observé auprès de 5 parents (grille d'observation par critères). Une augmentation des connaissances et compétences culturelles (langue, culture et traditions) sera démontrée dans 10 familles d'accueil (cercle de parole et formulaire d'évaluation).	**Avril 2016 :** Étude de besoins des membres de la famille sur la petite enfance autochtone. **Avril 2017 :** Plan de rédaction de chapitres sur le rôle de la famille en matière de santé holistique et de sécurité dans le développement de l'enfant. **Avril 2018 :** Version préliminaire du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur le rôle de la famille en matière de santé holistique et de sécurité dans le développement de l'enfant. **Décembre 2018 :** Version finale du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur le rôle de la famille en matière de santé holistique et de sécurité dans le développement de l'enfant.	Idem aux outils de suivi du système Enfants.
Pères	Transmettre des savoirs nécessaires à l'enrichissement des compétences du père, par : - Un enseignement prénatal aux pères. - Des activités qui considèrent l'intérêt des pères et qui incluent les Mocom (grand-pères).	1 activité par mois	Conseillère en périnatalité	Conseillère en adaptabilité psychosociale Intervenant social Accompagnante familiale traditionnelle				
Parents	Transmettre des savoirs nécessaires à l'enrichissement des compétences des parents, par : - Des outils pour enrichir le niveau de connaissances et de compétences des parents en lien avec le développement de leur enfant. - Des outils pour favoriser des relations harmonieuses entre l'enfant et sa fratrie. - Des services de soutien aux parents afin de les aider dans leur rôle parental (relation conjugale). - Des ateliers sur la relation de couple. - L'utilisation des cercles de famille dans l'accompagnement psychosocial des parents. - Un accompagnement vers les ressources d'aide appropriées.	Au besoin durant les suivis	Conseillère en adaptabilité psychosociale	Intervenant social Infirmière				
Familles d'accueil	Transmettre des savoirs nécessaires à l'enrichissement des compétences culturelles des familles d'accueil allochtones, par : - Des activités culturelles.	6 activités par année	Conseillère en adaptabilité psychosociale	Accompagnante familiale traditionnelle Intervenant social				
Familles élargies	Transmettre des savoirs nécessaires à l'enrichissement des compétences parentales des membres de la famille élargie, par : - Une participation aux activités familiales du CAAVD.	Selon le calendrier d'activités du CAAVD	Conseillère en adaptabilité psychosociale	Conseillère en périnatalité Équipe du service petite enfance et famille Accompagnante familiale traditionnelle				
Volet pérennisation								
Pères, parents, familles d'accueil et familles élargies	Documenter et évaluer les pratiques prometteuses expérimentées lors de la mise en œuvre des activités destinées aux pères, aux parents, aux familles d'accueil et à la famille élargie de l'enfant.	En continu	Équipe ODENA Évaluatrice externe Équipe du CAAVD	Membres de la famille				

Tableau 4 : Plan d'action

SYSTÈME COMMUNAUTÉ D'APPARTENANCE

Besoin ciblé : L'enfant a besoin de se développer et d'évoluer dans un environnement social sain et sécuritaire, qui respecte les valeurs traditionnelles autochtones et contemporaines.

Facteur de protection : Connaissance de la langue, des coutumes et de la culture autochtone.

Objectif : Accroître et diversifier la capacité des membres de la communauté à participer au développement de l'enfant par la transmission de savoirs nécessaires à la création d'un filet de protection communautaire.

Sous-systèmes	Actions	Calendrier	Responsable	Contributeurs	Transformations souhaitées	Indicateurs de progrès et de performance	Extrants	Outils de suivi
Volet réalisation								
Communauté	Transmettre des savoirs traditionnels nécessaires à la création d'un filet de protection communautaire, par : - Des activités traditionnelles et intergénérationnelles (makushan, fête familiale, échange intergénérationnel). - Des événements spéciaux du CAAVD (Journée nationale des Autochtones, Marche Gabriel-Commanda, Gala Mëmëgwashi). - Des ateliers de transmission de savoirs autochtones (caractère sacré de la naissance, cérémonies traditionnelles, etc.). - Des rencontres de parents.	1 activité par mois 3 événements spéciaux par année 4 ateliers par année 1 rencontre aux deux mois	Coordonnatrice projet Abinodjic	Accompagnante familiale traditionnelle Équipe du secteur communautaire du CAAVD Équipe du service petite enfance et famille	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des membres de la communauté. Mobilisation des membres de la communauté autour de la quête du *Mino Madji8in*	**Avril 2017 et décembre 2018 :** Une augmentation des connaissances et compétences culturelles (langue, culture et traditions) sera démontrée chez 50 membres de la communauté (cercle de parole et formulaire d'évaluation).	**Avril 2016 :** Étude de besoins sur les connaissances et les compétences culturelles. **Avril 2017 :** Plan de rédaction de chapitres sur les connaissances et les compétences culturelles. **Avril 2018 :** Version préliminaire du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur les connaissances et les compétences culturelles. **Décembre 2018 :** Version finale du Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone, lequel renferme les chapitres sur les connaissances et les compétences culturelles.	Idem aux outils de suivi du système Enfants.
Volet pérennisation								
Communauté	Documenter et évaluer les pratiques prometteuses expérimentées lors de la mise en œuvre des activités destinées aux membres de la communauté de l'enfant	En continu	Équipe ODENA Évaluatrice externe Équipe du CAAVD	Membres de la communauté				

Tableau 4 : Plan d'action

SYSTÈME INTERVENANTS ET ORGANISMES

Besoin ciblé : L'enfant, ses parents et sa famille ont droit à des services qui traduisent une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelles autochtones.

Facteur de protection : La clientèle a accès à des services culturellement pertinents.

Objectif : Accroître et diversifier la capacité des intervenants et autres professionnels à répondre de manière culturellement pertinente et sécurisante aux besoins, au développement et aux aspirations des enfants autochtones et de leur famille.

Sous-systèmes	Actions	Calendrier	Responsable	Contributeurs	Transformations souhaitées	Indicateurs de progrès et de performance	Produits issus de la veille scientifique	Outils de suivi
Volet réalisation								
Intervenants	Collecte des récits de pratique. Organisation de sessions de formation sur la sécurisation culturelle et sur les réalités autochtones auprès des organismes collaborateurs. Augmentation de l'offre de participation pour les organismes collaborateurs lors des formations offertes à l'interne. Suivi à la formation sur la sécurisation culturelle offerte en septembre 2014.	Selon l'évolution du projet et les demandes formulées.	Équipe d'ODENA	Coordonnatrice projet Abinodjic Agent de liaison	Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des intervenants Accroissement et diversification des capacités d'agir des intervenants Transformation des pratiques des intervenants et des organismes au regard de la clientèle autochtone Familiarisation continue avec les services offerts par le CAAVD Satisfaction accrue de la clientèle autochtone sur la façon dont elle est accueillie et accompagnée	Les intervenants et les organismes ont accès à un nouveau corpus de connaissances qui les aide à traduire une conscience, une sensibilité, une compétence et une sécurisation culturelle autochtone. Une augmentation de 25% du degré de connaissance des intervenants sur les services du CAAVD. Les intervenants et les organismes diversifient leurs capacités d'agir afin de créer un environnement sécurisant pour la clientèle autochtone. Une augmentation du degré de satisfaction de la clientèle d'au moins 25% dans les résultats de sondage.	**Janvier, mai et septembre 2016, 2017 et 2018 :** Chronique Abinodjic. **Juin et décembre 2016, 2017 et 2018 :** Fiche d'information thématique. **Juin 2016, 2017 et 2018 :** Article scientifique. Recueil de récits de pratiques. **Décembre 2016:** Cahier de formation sur la sécurisation culturelle. **Décembre 2017 et 2018 :** Synthèses de connaissances **Décembre 2018 :** Cadre de référence et études de cas.	Idem aux outils de suivi du système Enfants.
Intervenants	Présentation des services aux réseaux et dans les organismes (écoles, milieu de la santé, communautaire, etc.). Envoi du Cahier du Centre à l'ensemble des organismes travaillant en santé et mieux-être.	Selon l'évolution du projet et les demandes formulées.	Coordonnatrice projet Abinodjic	Agent de liaison				
Organismes	Élaboration et signature de protocoles d'entente avec les différents collaborateurs du projet Aninodjic II. Création de passerelle entre le projet Ninan (RCAAQ) et le projet Abinodjic II.	Selon l'évolution du projet et les demandes formulées.	Coordonnatrice projet Abinodjic	Agent de liaison				
Volet pérennisation								
Intervenants et organismes	Documenter et évaluer les pratiques prometteuses expérimentées lors de la mise en œuvre des activités destinées aux intervenants et aux organismes.	En continu	Équipe ODENA Évaluatrice externe Équipe du CAAVD	Intervenants et organismes				

3.8 Perennité

L'efficacité, la durabilité et la viabilité du projet Abinodjic – phase II se vérifieront dans sa capacité à orienter, mettre en œuvre, implanter et soutenir les améliorations et les changements qu'il propose, et à maintenir un niveau élevé de bénéfices positifs pour les clientèles, les décideurs, les intervenants et les partenaires sur plusieurs plans. D'abord, sur celui de l'offre de services et des pratiques associées, au regard des habiletés et des capacités nouvelles à acquérir par les parents (mère et père), par la famille immédiate et élargie ainsi que par les membres de la communauté d'appartenance environnante. Les bénéfices s'appliqueront également aux pratiques des intervenants et à l'organisation des services au sein des organismes. Ultimement, les retombées du projet pourront aussi influencer la conception de programmes et politiques publiques à une plus large échelle institutionnelle. La pertinence des services et programmes offerts, la solidité du partenariat et de la collaboration institutionnelle constituée pour la circonstance, la qualité du dialogue continu qui en découlera, la volonté manifeste des partenaires de travailler ensemble dans une même direction, de même que la couverture informationnelle basée sur des données probantes mises au jour dans le cadre de la veille scientifique contribueront directement à accroître le potentiel de pérennité du projet au fur et à mesure de son déploiement.

La pérennité du projet sera assurée grâce à la participation de nombreux acteurs qui ont déjà participé à un titre ou à un autre aux retombées de la phase I. Aussi, l'expérience, les acquis et les nouvelles connaissances des phases I et II serviront de levier à l'élaboration de la stratégie d'exportation du modèle Abinodjic vers d'autres centres autochtones urbains du Québec, et même faire partie de la stratégie provinciale «Petite enfance autochtone » dont l'élaboration est placée sous la responsabilité du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.

Ultimement, la phase II du projet Abinodjic engendrera des transformations directes, concrètes et durables auprès des femmes enceintes, des enfants et des mères, de la famille, de la communauté ainsi que des prestateurs de services. La nature des transformations souhaitées à court et moyen termes se lisent comme suit :

▶ L'enfant, la nouvelle mère, la jeune fille et la femme enceinte

- Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances des jeunes filles et des femmes enceintes en matière de prévention et de protection de l'enfant
- Regénération des habiletés parentales existantes des jeunes filles et des femmes enceintes et acquisition de nouvelles habiletés
- Construction d'une appartenance à un réseau de soutien, de médiation et d'entraide pour les jeunes filles et les femmes enceintes
- Renforcement du sentiment de sécurité de la mère, au moment de la naissance de son enfant et par la suite
- Enrichissement des habiletés relatives au langage, au développement moteur et au développement affectif de l'enfant

▶ Les membres de la famille immédiate et élargie

- Renforcement du lien d'attachement des pères avec leur enfant
- Consolidation de la capacité du parent à prendre soin de son enfant
- Accompagnement de la fratrie
- Renforcement des liens conjugaux
- Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances des parents et des membres de la famille élargie en matière de santé, de sécurité, d'alimentation et d'hygiène de l'enfant
- Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des familles allochtones qui accueillent des enfants autochtones

▶ Les membres de la communauté d'appartenance

- Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des membres de la communauté.
- Mobilisation des membres de la communauté autour de la quête du Mino Madji8in

▶ Les intervenants et les organismes

- Renouvellement et élargissement du bagage de connaissances et de compétences culturelles des intervenants
- Accroissement et diversification des capacités d'agir des intervenants
- Transformation des pratiques des intervenants et des organismes au regard de la clientèle autochtone
- Familiarisation continue avec les services offerts par le CAAVD
- Satisfaction accrue de la clientèle autochtone sur la façon dont elle est accueillie et accompagnée

4. PARTENARIAT STRATÉGIQUE ET COLLABORATION INSTITUTIONNELLE

Le projet Abinodjic - phase II compte trois partenaires principaux, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), DIALOG - le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (qui intègre l'Alliance de recherche ODENA), et Avenir d'enfants.

En plus, il pourra compter sur la collaboration de trois organismes de premier plan : le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ) et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ).

Tableau 5 : Principaux partenaires

	CAAVD Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or	DIALOG Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (INRS)	Avenir d'Enfants
Mission	Améliorer la qualité de vie des citoyens autochtones en offrant, entre autres, des services et des activités qui respectent l'ensemble des dimensions de la vie collective autochtone et qui agissent sur les différents déterminants sociaux et culturels de la santé.	Contribuer à l'établissement de rapports sociaux justes, équitables et égalitaires entre les Premiers Peuples et les autres peuples en soutenant la recherche partenariale et la coproduction des connaissances et en démocratisant l'accès aux savoirs et à la connaissance.	Contribuer, par un soutien à la mobilisation des communautés locales, au développement global des enfants âgés de 5 ans et moins vivant en situation de pauvreté afin que chacun d'eux ait toutes les chances de connaître un bon départ dans la vie.
Contribution au projet Abinodjic II	Le CAAVD met à la disposition du projet des locaux adéquats afin de fournir des services de première ligne dans un environnement culturellement sécuritaire. Il encourage le travail multidisciplinaire entre les équipes (ex. service petite enfance et famille, service d'intervention psychosociale, clinique Minowé et développement communautaire) et offre un service de conseil clinique aux employés et professionnels du projet Abinodjic II.	L'équipe du réseau DIALOG réalisera la veille scientifique tout au long de la réalisation du projet, de manière à recenser, traiter et analyser l'information scientifique et spécialisée relative au projet. Il en résultera des outils de connaissance qui favoriseront le transfert des savoirs et l'adoption des pratiques novatrices.	Les représentants d'AE participeront au comité de suivi et au comité chargé de l'évaluation évolutive, aux rencontres annuelles relatives aux grands volets du projet, de même qu'au groupe de réflexion sur la pérennité et la transmission des savoirs.

Tableau 6 : Principaux organismes collaborateurs

	CISSSAT Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	CCSSSBJ Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	RCAAQ Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Mission	**Volet santé :** Assurer des services de santé et des services sociaux de qualité en milieu urbain à la population autochtone de la Vallée-de-l'Or, dans le cadre de sa responsabilité populationnelle. **Volet protection jeunesse :** Offrir des services de nature psychosociale, dont l'évaluation et l'intervention lors de signalement; des services en matière de placement d'enfants; la médiation familiale; l'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants; l'adoption et la recherche d'antécédents biologiques; les services d'urgence sociale requis par la mise en œuvre de la *Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;*	Fondé en 1978, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) est responsable de l'administration des services de santé et des services sociaux pour toutes les personnes qui résident de façon permanente ou temporaire dans la Région 18, région administrative du ministère de la santé et services sociaux du Québec qui correspond au territoire cri de la Baie James (Eeyou Istchee). Le mandat du CCSSSBJ est défini par la Loi S-5 et les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Cris.	Le RCAAQ milite pour les droits et intérêts des citoyens autochtones dans les villes du Québec, tout en appuyant les différents centres d'amitié autochtones dans l'atteinte de leur mission. Le RCAAQ est présentement engagé dans l'élaboration d'une stratégie provinciale petite enfance/famille autochtone.
Contribution au projet Abinodjic II	**Volet santé :** Le CISSSAT comprend et reconnaît le déséquilibre de pouvoir lié à la prestation des services de santé auprès des Autochtones, la discrimination institutionnelle et la nécessité de rectifier ces iniquités en y apportant des changements. Dans le cadre d'Abinodjic II, le CISSSAT collaborera avec le CAAVD afin de renouveler une offre de services dans un contexte de sécurisation culturelle. **Volet protection jeunesse :** L'équipe du volet protection de la jeunesse du CISSSAT (Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue) reconnaît la nécessité de développer des mécanismes favorisant la participation d'intervenants du CAAVD au cours des différentes étapes du processus de la protection de la jeunesse. Abinodjic II permettra la mise en place de tels mécanismes, qui prendront appui sur la reconnaissance de l'expertise du CAAVD et sur le transfert de compétences culturelles favorisant l'adoption de pratiques novatrices.	Une entente entre le CCSSSBJ et le CAAVD permettra de financer la poursuite du projet Home Away From Home et de travailler en collaboration pour promouvoir ce modèle autochtone en périnatalité sociale dans six communautés cries. Puisque Home Away From Home et Abinodjic II sont intimement liées, le CCSSSBJ permettra au CAAVD de rejoindre un maximum de femmes cries enceintes dans le cadre du projet, lors de leur séjour à Val-d'Or.	Les projets Ninan et Abinodjic II se nourriront mutuellement. Dans un premier temps, Abinodjic, avec la mise en application de son approche novatrice en matière de la périnatalité sociale et d'adaptabilité psychosociale, permettra d'enrichir la stratégie provinciale Ninan. À son tour, Ninan deviendra éventuellement un phare pour Abinodjic, notamment au regard des actions visant à consolider le changement de pratiques en matière d'organisation et de prestation de services de santé et de services sociaux pour la clientèle ciblée.

5. PLAN D'ÉVALUATION

5.1 Approche préconisée

Les préceptes de l'évaluation évolutive (EE) seront priorisés dans la phase II du projet Abinodjic (Dozois et al. 2010). Ce type d'évaluation présente une grande pertinence étant donné le contexte d'innovation du projet, alors que des changements de nature systémique sont envisagés dans l'organisation et la prestation des services du domaine de la santé et des services sociaux. L'EE met l'accent sur l'apprentissage adaptatif, la rétroaction en temps réel et les interventions actives en vue d'éclairer la prise de décision ainsi que l'atteinte de l'objectif général, soit la création d'un filet de protection et de soutien social et communautaire pour les femmes enceintes, les jeunes mères et les enfants (0-5 ans), les pères et les familles.

Dans un contexte adaptatif, la reddition de comptes et l'analyse des retombées seront réalisées à partir du mouvement enclenché par la mise en application du projet, des réussites enregistrées, des échecs s'il y a lieu, ainsi que des modifications que pourraient connaître le contexte, plutôt que sur l'atteinte de résultats prédéfinis et prédéterminés. L'accompagnement par l'équipe d'EE tout au long du projet contribuera à mobiliser les partenaires et collaborateurs, à dynamiser les institutions et organismes dans leur processus de transformation et à faciliter le transfert de connaissances en vue de l'adoption de nouvelles pratiques en périnatalité sociale autochtone et en adaptabilité psychosociale.

Dans le cadre de cette approche d'évaluation fondée sur l'utilisation et la mise en perspective continue des résultats, le travail sera exécuté par une équipe d'évaluateurs externe qui travaillera en étroite collaboration avec l'équipe du CAAVD et ses partenaires et collaborateurs. Cette démarche favorisera le développement d'une expertise en évaluation à l'interne, mais aussi l'appropriation des données recueillies afin de bonifier le projet au fur et à mesure de son déroulement.

5.2 Objets de l'évaluation

A priori, la question générale qui guidera l'évaluation est celle de savoir si les actions menées dans le cadre de la phase II d'Abinodjic soutiendront une transmission efficace et appropriée des savoirs afin qu'il y ait appropriation d'un nouveau corpus de connaissances et compétences et adoption de pratiques novatrices qui reflètent une approche écosystémique et culturellement sécuritaire.

L'identification des marqueurs (indicateurs) de progrès et de performance pour les trois démarches clés du transfert des savoirs et habiletés – approche écosystémique, sécurisation culturelle et innovation sociale – aidera à rendre compte du degré de réalisation des changements escomptés et à évaluer les stratégies adoptées pour atteindre les objectifs. Cette manière de procéder permettra de documenter autant l'évaluation du processus que l'évaluation centrée sur les résultats proximaux, c'est-à-dire observer et caractériser les changements à court terme ayant eu un impact sur les pratiques, les normes, les valeurs et les connaissances découlant des interventions réalisées dans le cadre du projet.

Conformément aux principes de l'EE, l'équipe d'évaluation et les partenaires du projet Abinodjic collaboreront à définir les marqueurs de progrès et de performance ainsi que le

processus d'évaluation en lui-même afin qu'il reflète les principes et objectifs du projet de même que l'état des connaissances actuelles dans les domaines d'innovation sociale. Par exemple, pour la sécurisation culturelle, les marqueurs seront définis à partir de la gamme des composantes du projet.

Les quatre objectifs identifiés dans le plan d'action (Tableau 4) seront utiles pour élaborer un modèle de changement qui guidera les interventions dans une perspective d'amélioration continue; ainsi, la démarche sera mise à jour au fur et à mesure où les apprentissages seront réalisés. À priori, les questions d'évaluation plus précises se formulent comme suit :

- Qu'est-ce qui facilite/traduit/illustre un accompagnement et un soutien pour une offre des services améliorés et culturellement pertinents et sécurisants pour les femmes et jeunes filles enceintes, et pour les nouvelles mères?

- Qu'est-ce qui facilite/traduit/illustre un arrimage des pratiques contemporaines et des pratiques traditionnelles d'accueil des nouveaux-nés au sein de la communauté et une valorisation de la paternité autochtone au cours de la grossesse?

- Qu'est-ce qui facilite/traduit/illustre le développement des habiletés parentales et favorise le transfert des habiletés et connaissances relatives au développement de l'enfant de moins de 5 ans.

- Qu'est-ce qui facilite/traduit/illustre l'acquisition des compétences/capacités des intervenants afin que leurs pratiques traduisent une conscience, une sensibilisation et une compétence culturelles autochtones.

Dans le plan d'action (Tableau 4), des marqueurs ont été identifiés pour chacune de ces questions. L'information recueillie en continu sur ces marqueurs servira à éclairer la mise en œuvre ainsi qu'à rendre compte des réalisations.

5.3 Méthodes et outils proposés

En contexte d'évaluation évolutive, les méthodes d'évaluation doivent refléter les besoins du projet. La première tâche de l'équipe d'EE sera donc de définir des méthodes d'évaluation de concert avec les coordonnateurs du projet, ce qui permettra aussi d'assurer la validité des outils. Un suivi trimestriel sera effectué. Il est prévu d'avoir recours à des méthodes quantitatives et qualitatives pour la cueillette de données. L'approche participative sera préconisée en fonction des besoins et du contexte. Les données seront recueillies auprès des différents groupes d'acteurs ciblés par le projet, par exemple :

- Les mères (et enfants dans la mesure du possible) qui bénéficient du projet. Nous développerons des activités interactives pour faire ressortir leurs points de vue sur le projet, leur niveau de satisfaction et leurs aspirations.
- Les familles immédiates, élargies et d'accueil. Des rencontres d'échange permettront de recueillir leurs perceptions, leurs motivations et leur appréciation des services offerts ainsi que leurs idées et suggestions pour bonifier le projet.
- Les directeurs responsables du projet et les intervenants professionnels. Des entrevues individuelles ou en groupe seront menées afin de consigner et documenter leur contribution.
- Les partenaires — le Conseil cri de la santé et des services de la Baie-James (CCSSSBJ), l'Alliance de recherche ODENA (Réseau DIALOG), le Regroupement des centres

d'amitié autochtones du Québec — seront également invités à faire part de leurs constats, orientations et perspectives

- La documentation constituée (rapports d'activités, livrables et outils de connaissances) et les statistiques produites portant sur l'utilisation ou l'appréciation du service seront à examiner au fur et à mesure du déroulement du projet et de l'atteinte des objectifs identifiés.

5.4 L'équipe responsable de l'évaluation

L'évaluation évolutive sera placée sous la responsabilité scientifique et professionnelle de Natasha Blanchet-Cohen (Ph.D.), professeure au Département des sciences humaines appliquées de l'Université Concordia. La professeure Blanchet-Cohen cumule plus de 15 ans d'expérience en recherche interculturelle appliquée dans les domaines de la participation et de la protection des jeunes ainsi que dans la démarche de l'évaluation évolutive. Elle est actuellement mentor pour le module sur l'EE Innoweave ainsi que responsable attitrée de la communauté de pratique en EE d'Innoweave au Québec. Elle a récemment réalisé plusieurs mandats en EE pour Vélo Québec et le Réseau des Accorderies. Surtout, elle a une bonne connaissance du monde autochtone, ayant collaboré avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et mené l'évaluation sommative de la phase I du projet Abinodjic. Les activités d'évaluation impliqueront, sous sa direction, des étudiants du Département des sciences humaines appliquées de l'Université Concordia.

6. UNE VEILLE SCIENTIFIQUE INTÉGRÉE

6.1 Définition et objectifs

La veille scientifique intégrée au projet Abinodjic – phase II, se présente comme un processus continu de création, d'organisation et de suivi des connaissances qui vise à repérer, recenser, traiter et analyser l'information scientifique et spécialisée relative au projet : ses orientations, sa gouvernance, ses pratiques, ses activités, ses impacts, ses retombées. Elle sera développée et mise en œuvre par une équipe de chercheurs de l'Alliance de recherche ODENA (faisant partie intégrante du réseau DIALOG). Cette veille scientifique vise essentiellement à :

- Documenter, au fur et à mesure de leur déploiement, le déroulement des différentes activités du projet
- Recueillir des informations de première main sur les interventions réalisées et les pratiques mises en œuvre
- Identifier, à partir de la littérature scientifique, gouvernementale et autochtone, des expériences similaires et les documenter
- Circonscrire les tendances et le type de contribution particulière qui se dessinent au sein du projet
- Situer le projet parmi les grandes tendances du domaine à l'échelle nationale et internationale
- Fournir aux décideurs, acteurs et intervenants une information synthétisée afin de soutenir leurs actions et décisions
- Faciliter le partage, la circulation et le transfert de l'information
- Soutenir le processus d'appropriation et d'apprentissage déployé dans le cadre du projet

6.2 Activités

Cette veille scientifique intégrée comportera cinq volets : le suivi quantitatif et qualitatif des interventions; la collecte, la documentation et la synthèse des savoirs ; la conception d'outils de connaissances; la diffusion et la valorisation; la transmission et l'appropriation des connaissances. Ces cinq volets se déploieront de manière simultanée, se nourrissant et se complétant les uns les autres.

▶ Le suivi quantitatif et qualitatif des interventions

Afin de mesurer et d'évaluer l'impact de la nouvelle offre de services, il sera nécessaire de compiler, sur une base mensuelle et annuelle, une série de données relatives aux interventions réalisées et de tenir un registre des dossiers constitués pour la circonstance en fonction des patients, voire des familles (immédiate et élargie) et de la communauté autochtone urbaine de la MRC. Une base de données conçue spécialement pour le projet permettra l'enregistrement des informations de nature quantitative et qualitative selon les variables en usage (type d'intervention; genre; âge; motif de consultation; bénéfices mesurables; bénéfices perçus).

La collecte, la documentation et la synthèse des savoirs

Ce volet de la veille scientifique favorisera d'abord la cueillette des points de vue et opinions des principaux acteurs et intervenants concernés à chaque année. Il permettra de plus la caractérisation d'initiatives semblables développées en contexte autochtone au Canada ou à l'extérieur, et l'exploration de diverses approches susceptibles d'éclairer les actions et les décisions liées à l'implantation et à la mise en œuvre du projet. Une activité de vigie identifiant la littérature scientifique et gouvernementale pertinente sera également associée à ce volet.

La conception d'outils de connaissances

L'information consignée sera transformée et reproduite en différents formats afin d'en faciliter le partage, la circulation et la discussion. Des fiches d'information, des profils statistiques, des études de cas (feuillets et recueils), des synthèses de connaissances thématiques, des affiches, des présentations PowerPoint et des chroniques trimestrielles dans le Cahier du Centre (CAAVD) seront préparés afin de rendre accessibles et disponibles les résultats mis au jour.

La diffusion et la valorisation

Ce quatrième volet de la veille scientifique visera à faire connaître l'expérience du projet sur de nombreuses tribunes, qu'elles soient autochtones, gouvernementales ou universitaires, à la fois pour faire connaître ses avancées et ses retombées. Il s'agira de présentations publiques ou ciblées selon le cas; elles pourront être proposées par les membres de l'équipe de la veille scientifique ou elles pourront constituer une réponse à des demandes provenant de l'extérieur. De plus, chaque année, au moins un article scientifique sera préparé en vue d'une publication dans une revue nationale ou internationale.

Le transfert et l'appropriation des connaissances

Le denier volet de la veille scientifique a trait au transfert et à l'appropriation des connaissances et compétences par les décideurs, les acteurs et intervenants du milieu. Il s'agit d'activités de plus grande portée et de plus grande envergure qui ne peuvent prendre place qu'après un certain temps. Aucun transfert ne peut être efficace sans que soient développés en parallèle des mécanismes favorisant de manière combinée la transmission et l'appropriation des connaissances de la part des personnes concernées. Des séances de transfert ciblées seront ainsi organisées; elles donneront lieu à la préparation d'un matériel pédagogique.

6.3 Les produits et activités dérivés

Tous les documents produits dans le cadre des activités de la veille scientifique seront déposés au fur et à mesure sur le site web du réseau DIALOG et sur le site du CAAVD (en libre accès). Un moteur de recherche spécialement conçu pour la circonstance permettra la consultation des produits dérivés suivant des fonctionnalités électroniques déterminées en fonction des objectifs de la veille scientifique et du projet lui-même. Les principaux produits (outils) suivants sont envisagés :

- Document de stratégie et de planification de la veille scientifique
- Conception d'un registre électronique doublé d'un moteur de recherche afin d'y déposer les livrables et d'en permettre la consultation
- Collecte annuelle de données auprès de la clientèle et des intervenants
- Collecte de récits de pratique auprès des intervenants
- Activité de vigie électronique permettant de repérer la littérature pertinente
- Études de cas (nombre à déterminer selon l'information disponible)
- Conférences scientifiques et présentations publiques (donnant lieu également à la préparation d'affiches et/ou de PowerPoint)
- Fiches d'information thématiques
- Articles scientifiques ou chapitres de livre le cas échéant
- Chroniques Abinodjic publiées dans le Cahier du CAAVD
- Matériel pédagogique (cahier de formation et guide pédagogique)
- Organisation des séances de transmission et d'appropriation des connaissances
- Synthèses de connaissances et cadres de référence en vue de soutenir la conception/ la révision de nouveaux programmes et politiques

6.4 L'équipe responsable de la veille scientifique

Une équipe de cinq personnes, formée de trois professionnels du CAAVD et de deux chercheures — secondés à l'occasion par des étudiants de cycles supérieurs — interagira afin de préparer une documentation de référence qui permettra d'assurer le suivi des interventions effectuées, d'en circonscrire les réalisations et les orientations et de les positionner face à des expériences similaires mises en œuvre au Québec, au Canada ou à l'international. Cette interaction permettra d'entretenir le dialogue et le partage des savoirs et des compétences à toutes les phases d'implantation du projet. Les travaux de cette équipe seront placés sous la responsabilité scientifique et professionnelle de Carole Lévesque (Ph. D.), qui compte plus de 40 ans de carrière en contexte autochtone et qui est la co-directrice du Réseau DIALOG et de l'Alliance de recherche ODENA. Professeure titulaire à l'Institut national de la recherche scientifique, Carole Lévesque détient également de grandes compétences et expériences en matière de transfert et de mobilisation des connaissances.

7. LES LIVRABLES, EXTRANTS ET PRODUITS DE CONNAISSANCE

La documentation et l'évaluation des pratiques déployées dans le cadre de la phase II d'Abinodjic, combinées à la veille scientifique intégrée et à l'évaluation évolutive, permettront la conception et la diffusion d'outils de connaissances et d'apprentissage favorisant l'appropriation et la regénération par divers groupes d'acteurs de nouvelles capacités et savoirs nouveaux. Le tableau qui suit présente la nature des livrables du projet, des extrants et des produits issus de la veille scientifique :

Tableau 7 : Livrables et autres produits

Nature	Échéance/fréquence
Les livrables	
Rapports d'activités	4 rapports par année, selon l'accord de contribution
Rapports financiers	4 rapports par année, selon l'accord de contribution
Rapports annuels de l'évaluation évolutive	1 rapport par année, selon le plan d'évaluation
Les extrants	
Guide pratique sur la grossesse et la petite enfance autochtone : - Étude de besoins - Plan de rédaction - Version préliminaire du Guide - Version finale du Guide	 An 1 – 30 avril 2016 An 2 – 30 avril 2017 An 3 – 30 avril 2018 An 3 – 31 décembre 2018
Les produits issus de la veille scientifique	
Chroniques Abinodjic dans le Cahier du Centre	3 chroniques par année, selon les dates de parution du Cahier
Fiches d'information thématiques	Une fiche d'information sera disponible tous les six mois, au 30 juin et au 31 décembre de chaque année
Articles scientifiques / chapitres de livre	Un article/chapitre est prévu chaque année
Recueils de récits de pratique des intervenants	An 1 – 30 juin 2016 An 2 – 30 juin 2017 An 3 – 30 juin 2018
Cahier de formation sur la sécurisation culturelle	An 1 – 31 décembre 2016
Synthèses de connaissances	An 2 – 31 décembre 2017 An 3 – 31 décembre 2018
Cadres de référence et études de cas	An 2 – 31 décembre 2017 An 3 – 31 décembre 2018

8. GOUVERNANCE ET RESSOURCES HUMAINES

8.1 Comité d'encadrement

Un comité d'encadrement, composé de représentants du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et de Avenir d'Enfants, sera constitué afin d'accompagner le déroulement du projet et d'en assurer un suivi continu. Entre autres, ce comité révisera le plan d'action et les échéanciers — et les ajustera au besoin — conseillera l'équipe dans la mise en œuvre du plan d'action et des différentes activités. Le comité travaillera en étroite collaboration avec l'équipe d'évaluation et l'équipe de la veille scientifique et suivra les étapes des travaux à cet égard.

8.2 Ressources humaines du projet

Les ressources humaines requises pour assurer la faisabilité, la viabilité, et la pérennité du projet sont les suivantes: un coordonnateur, une conseillère en périnatalité, une conseillère en adaptabilité psychosociale, une accompagnante familiale traditionnelle et une conseillère en activité clinique. L'équipe travaillera en étroite collaboration avec l'ensemble des ressources du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et assurera un travail interdisciplinaire et intersectoriel pour le mieux-être des enfants et des familles autochtones.

Tableau 8 : Rôles et responsabilités des intervenants

Poste	Rôles et responsabilités
Coordonnateur	- Mise en œuvre du projet - Planification, organisation et coordination de l'ensemble des activités proposées dans le plan d'action - Supervision de l'équipe - Agir comme porte-parole auprès des différents partenaires et collaborateurs - Assurer un suivi auprès des partenaires quant aux orientations et au déroulement du projet - Créer des liens de collaboration avec les partenaires et les collaborateurs - Participer à l'évaluation du projet
Conseillère en périnatalité	- Développement et implantation du programme de prévention et d'entraide auprès des femmes enceintes - Développer et animer une programmation d'activités de socialisation, de préparation à la naissance et d'enrichissement de l'expérience parentale - Contribuer à développer la capacité des femmes à se mobiliser et à réunir les conditions favorables à leur développement global et celui de leur enfant - Aider les parents à développer et entretenir des liens d'attachement avec leur jeune bébé et à promouvoir leur rôle en tant que parent - Accompagner les parents dans la résolution des difficultés ayant un impact direct sur le développement affectif, intellectuel, spirituel et physique de leur bébé
Conseillère en adaptabilité psychosociale	- Suivre les progrès des enfants, et assurer la mise en application et le suivi des plans d'intervention propres aux besoins de chacun des enfants - Accompagner les parents dans leurs démarches personnelles vers les ressources appropriés - Assurer la transmission des enseignements et pratiques culturelles afin de pouvoir bâtir l'appartenance de l'enfant au monde autochtone
Accompagnante familiale traditionnelle	- Soutenir les mères en période prénatale et postnatale - Effectuer des visites à domicile afin d'accomplir des tâches quotidiennes tout en établissant un contact avec la mère afin de faciliter l'enrichissement de l'expérience parentale. - Orienter les familles vers les ressources adéquates pouvant les aider à améliorer leurs conditions de vie
Conseillère en activité clinique	- Coordonner l'aspect clinique des services d'intervention psychosociale et psychoéducative dispensés au CAAVD ainsi que ceux du travail de proximité - Planifier, organiser et animer les rencontres du comité clinique, de la supervision clinique individuelle et des ateliers cliniques de tous les intervenants du Centre - Favoriser les conditions permettant la croissance, la stimulation et la reconnaissance de la compétence professionnelle de chaque intervenant - Offrir un soutien et un accompagnement à l'intervenant dans la réalisation de ses différentes tâches - Accompagner l'intervenant dans ses efforts pour faire correspondre les connaissances théoriques et empiriques et ses actes professionnels

9. GESTION DES RISQUES ET MESURES D'ATTÉNUATION

Bien que des efforts considérables seront faits afin de créer les conditions les plus propices au succès du projet Abinodjic – phase II, il demeure que des circonstances particulières sont susceptibles de créer des imprévus avec lesquels il faudra composer. Dans cette optique, nous sommes en mesure, d'ores et déjà, d'identifier quatre risques potentiels :

- Le roulement de personnel au sein du CAAVD qui constitue une réalité et qui susceptible d'engendrer un effet déstabilisant sur les forces vives et l'offre de services.
- L'interaction continue du personnel avec des personnes présentant un cumul de problématiques psychosociales et sanitaires.
- La familiarisation avec les réalités et enjeux relatifs à la communauté autochtone urbaine de la part des intervenants, des partenaires et des collaborateurs.
- La nouvelle ingénierie du réseau de la santé et des services sociaux, impliquant notamment l'abolition des agences régionales et une restructuration dont les composantes ne sont pas encore entièrement connues.

Tableau 9 : Risques potentiels et mesures d'atténuation

Risques	Caractérisation	Mesures d'atténuation
Roulement de personnel	Le fonctionnement d'une organisation communautaire comme le CAAVD est tributaire des budgets reliés aux politiques et programmes gouvernementaux. Un changement d'orientation, voire un changement de gouvernement, peut engendrer une redéfinition des priorités en matière de santé et de services sociaux. Par ailleurs, il faut prendre en compte des situations de remplacement lors des congés de maternité, par exemple, au sein d'une organisation qui compte une grande proportion de femmes parmi son personnel.	Face à cette situation, hors de notre contrôle, nous proposons de tenir à chaque trimestre des séances collectives de planification stratégique afin que le personnel concerné soit toujours au fait des orientations du projet et de son état d'avancement. Ces séances collectives favoriseront la cohésion interne et l'appartenance au projet, tout en permettant de minimiser l'impact que pourrait avoir le départ ou l'absence prolongée d'un employé et son remplacement par un autre, et en procurant l'occasion d'une familiarisation rapide avec les enjeux du projet. Elles permettront également de développer une compréhension commune du projet et de ses différentes dimensions.
Interaction avec les intervenants	Il est bien connu que plusieurs des personnes qui fréquentent un centre d'amitié autochtone sont aux prises avec de nombreuses difficultés existentielles. Cette situation peut constituer une pression sur le personnel et engendrer à la longue un impact négatif sur l'implication et l'efficacité.	Il est important à cet égard d'apporter un soutien psychologique aux membres du personnel concernés afin de prévenir les départs ou les absences prolongées. Face à cette éventualité, le CAAVD mettra en place un service de soutien anonyme auquel les employés pourront avoir recours, le cas échéant.
Sensibilisation et connaissances des réalités autochtones	Bien que des avancées aient été enregistrées à cet égard au cours des dernières années, il reste encore beaucoup à faire pour que les défis auxquels font face les Autochtones de la MRCVO soient compris et considérés comme étant légitimes. Les ancrages et repères culturels de la population autochtone demeurent méconnus et souvent incompris.	Le CAAVD va mettre au point une formation de sept heures afin de susciter la conscience et la sensibilité culturelle auprès des organismes partenaires et collaborateurs. Cette formation sera offerte plusieurs fois par année et pourra être bonifiée au fur et à mesure des besoins exprimés.
Restructuration du réseau québécois de la santé et des services sociaux	Dans le contexte d'une transformation majeure des établissements du réseau, il existe un risque de déplacement des priorités. La priorité accordée à l'offre de services aux familles et aux enfants autochtones de la ville peut se trouver diluée par les défis de la transformation ainsi que par le déplacement possible de ressources clés favorables et bien instruits des impacts positifs d'un partenariat avec le CAAVD.	Dans ce contexte, le partenariat gagnant-gagnant établi avec les instances du réseau lors de la phase I du projet Abinodjic assure sans aucun doute une base solide et stable pour le futur. Des ententes de partenariat formelles entre les organismes concernés pour l'établissement d'un modèle d'organisation de services innovants lient déjà les partenaires. De plus, la rédaction de lettres d'engagement par les directions concernées offre des conditions favorables à la pérennité du partenariat sur lequel repose le projet.

10. BUDGET

Un financement total de 986 020 $ (pour toute la durée du projet) est nécessaire de la part d'Avenir d'Enfants afin de réaliser les activités proposées et d'atteindre les objectifs identifiés (Tableau 10). Il s'agit d'une proportion de quelque 41 % de la contribution totale de tous les partenaires et collaborateurs qui s'établit à 2 339, 911 $ (Tableau 11). Ce montant comporte des salaires et avantages sociaux, des frais de fonctionnement, des honoraires et dépenses requis par l'évaluation et des frais administratifs liés au fonctionnement du projet.

Tableau 10 : Budget - Contribution Avenir d'enfants

POSTE BUDGÉTAIRE	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018	TOTAL
Salaires et avantages sociaux - Opérationnel					
Coordonnateur de projet (temps plein)	26 276 $	63 038 $	63 983 $	49 956 $	203 253 $
Conseiller en périnalité (temps plein)	23 772 $	57 594 $	59 033 $	46 546 $	186 945 $
Conseillère en adaptabilité pyscho-sociale (temps plein)	21 112 $	51 150 $	52 428 $	41 338 $	166 028 $
Accompagnante familiale traditionnelle (temps plein)	17 000 $	41 187 $	42 217 $	33 287 $	133 691 $
Conseilère en activité clinique (1/2 journée par semaine)	2 848 $	6 899 $	7 002 $	6 060 $	22 809 $
Sous-total :	**91 008 $**	**219 868 $**	**224 663 $**	**177 187 $**	**712 726 $**
Frais de fonctionnement					
Loyer	5 238 $	12 570 $	12 570 $	9 428 $	39 806 $
Matériel et équipement de bureau	4 525 $	300 $	300 $	225 $	5 350 $
Matériel et équipement - Service en périnalité & adaptabilité	9 575 $	6 225 $	6 475 $	7 475 $	29 750 $
Frais de formation	4 500 $	8 000 $	6 500 $	0 $	19 000 $
Honoraires professionnels	0 $	3 500 $	7 500 $	0 $	11 000 $
Frais d'impression	250 $	250 $	250 $	3 000 $	3 750 $
Sous-total :	**24 088 $**	**30 845 $**	**33 595 $**	**20 128 $**	**108 656 $**
Autres					
Évaluation	0 $	25 000 $	25 000 $	25 000 $	75 000 $
Sous-total :	**0 $**	**25 000 $**	**25 000 $**	**25 000 $**	**75 000 $**
Frais administratifs					
Coûts du projet liés à l'administration du programme (10%)	11 510 $	27 571 $	28 326 $	22 232 $	89 638 $
Sous-total :	**11 510 $**	**27 571 $**	**28 326 $**	**22 232 $**	**89 638 $**
GRAND TOTAL :	**126 606 $**	**303 284 $**	**311 584 $**	**244 547 $**	**986 020 $**

Tableau 11 : Budget - Contribution globale des partenaires

Poste budgétaire	Contribution Avenir d'enfants	Contribution provenant d'autres sources							Coût total	Précisions à l'appui des coûts du projet
		CJAT	CSSSVO	SAA	CCSSSBJ	INRS / Alliance ODENA	RCAAQ	CAAVD		
Salaires et avantages sociaux - Opérationnel										
Coordonnateur de projet (temps plein)	203 253 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	203 253 $	Année 15-16 : 26 276$ - Année 16-17 : 63 038$ - Année 17-18 : 63 983$ - Année 18 -19: 49956$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Intervenant social (temps plein)	0 $	221 667 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	221 667 $	Prêt de service avec le CJAT incluant les avantages sociaux.
Infirmière (7 jrs par 2 semaines)	0 $		216 090 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	216 090 $	Prêt de service avec le CSSSVO incluant les avantages sociaux.
Agent de liaison (temps partiel)	0 $	6 650 $	12 667 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	19 317 $	Prêt de service des partenaires CSSSVO et le CJAT incluant les avantages sociaux. L'agent de liaison du CAAVD est inclut dans la section contribution du CAAVD dans le poste « frais administratifs».
Conseiller en périnalité (temps plein)	186 945 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	186 945 $	Année 15-16 : 23 772$ - Année 16-17 : 57 594$ - Année 17-18 : 59 033$ - Année 18-19 :46546$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Conseillère en adaptabilité pyscho-sociale (temps plein)	166 028 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	166 028 $	Année 15-16 : 21 112$ - Année 16-17 : 51 150$ - Année 17-18 : 52 428$ - Année 18-19 : 41 338$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Accompagnante familiale traditionnelle (temps plein)	133 691 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	133 691 $	Année 15-16 : 17 000 - Année 16-17 : 41 187$ - Année 17-18 : 42 217$ - Année 18-19 : 33287$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Superviseur clinique (1/2 journée par semaine)	22 809 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	22 809 $	Année 15-16 : 2 848$ - Année 16-17 : 6 899$ - Année 17-18 : 7 002$ - Année 18-19 : 6 060$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Soutien et logistique - évaluation évolutive (80 hrs / année)	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	8 040 $	8 040 $	Année 15-16 : 1 006$ - Année 16-17 : 2 500$ - Année 17-18 : 2 563$ - Année 18-19 : 1 971$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Animateur communautaire (120 hrs / année)	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	7 615 $	7 615 $	Animation, soutien et accompagnement des activités communautaires. Année 15-16 : 962$ - Année 16-17 : 2 365$ - Année 17-18 : 2 424$ - Année 18-19 : 1864$ Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Organisateur communautaire (225 hrs / année)	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	19 672 $	19 672 $	Organisation, soutien et accompagnement des activités communautaires. Année 15-16 : 2 489$ - Année 16-17 : 6 106$ - Année 17-18 : 6 259$ - Année 18-19 : 4 818$ Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Pyscho-éducateur (20hrs / semaine x 2 ressources)	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	208 899 $	208 899 $	Contribution du service petite enfance famillle. Année 15-16 : 26 564$ - Année 16-17 : 64 357$ - Année 17-18 : 65 966$ - Année 18-19 : 52 012$. Le salaire est établi selon l'échelle en vigueur du centre en fonction des exigences du poste et inclut les avantages sociaux.
Sous-total :	**712 726 $**	**228 317 $**	**228 757 $**	**0 $**	**0 $**	**0 $**	**0 $**	**244 225 $**	**1 414 025 $**	
Frais de fonctionnement										
Frais de déplacement	0 $	0 $	1 894 $	0 $	4 439 $	0 $	0 $	0 $	6 333 $	Déplacement lors des visites à domicile ainsi que pour les activités communautaires. Une moyenne de 2 000$/année
Activités communautaires	0 $	0 $	0 $	0 $	43 061 $	0 $	0 $	36 106 $	79 167 $	Une moyenne de 25 000$ en activité / année
Loyer	39 806 $	0 $	0 $	19 436 $	0 $	0 $	0 $	0 $	59 242 $	Espace de bureau - Année 14-15 à 16-17 : 720 pi2 x 22,27$ pi2/an = 16 035$ = 1 336$/mois x 27 mois = 36 072$. Année 17-18 & 18-19 : 840 pi2 x 22.27$ pi2/an = 18 707$ = 1 559$/mois x 24 mois = 37 416
Télécommunications	0 $	0 $	0 $	12 231 $	0 $	0$	0 $	6 009 $	18 240 $	6 postes de travail x 60$/mois = 360$ x 38 mois = 13 680$. Plus les frais de deux cellulaires à 60$/mois x38 mois = 4 560$
Matériel et équipement de bureau	5 350 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0$	0 $	3 200 $	8 550 $	Année 15-16 : 4 400$ pour l'achat de deux ordinateurs, et de deux postes de travail (bureau, chaise, classeur) pour le conseiller en adaptabilité et l'accompagnante familiale. Année 16-17 : 3 200$ pour renouveller du matériel informatique. 25$/mois pour de la fourniture de bureau x 38 mois.
Matériel et équipement - Service en périnalité & adaptabilité	29 750 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	29 750 $	Une moyenne de 7 000$ / année.
Frais de formation	19 000 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	19 000 $	Offrir à nos employés de la formation pertinente au projet.
Honoraires professionnels	11 000 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	170 000$	0 $	181 000 $	Honoraires pour la réalisation de guides dans le cadre de la transmission des savoirs - 11 000$. Honoraires pour mener à bien la démarche de consultation - Stratégie Petite Enfance (projet Ninan) ainsi que le plan communautaire local (SAMU) - 170 000$.
Frais d'impression	3 750 $									
Veille scientifique	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	255 000 $	0 $	0 $	255 000 $	Honoraires pour la réalisation des travaux de recherche et de documentation = 127 500$, soit une moyenne de 30 000$/an. Honoraires reliés à la supervision et à la formation = 85 000$, soit une moyenne de 20 000$/an. Frais de déplacement et frais de séjour - 42 500$, soit une moyenne de 10 000$/an.
Sous-total :	**1 108 656 $**	**0 $**	**1 894 $**	**31 667 $**	**47 500 $**	**255 000 $**	**170 000$**	**45 315 $**	**656 282 $**	
Autres										
Évaluation	75 000 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	75 000 $	Honoraires et frais d'enquêtes : Honoraires pour la réalisation de l'évaluation évolutive : 17 500$/an et frais reliés à la réalisation des travaux de suivis : 7 500$/an
Sous-total :	75 000 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	75 000 $	
Frais administratifs										
Coûts du projet liés à l'administration du programme (10%)	89 638 $	0 $	0 $	3 171 $	0 $	0 $	0 $	101 795 $	194 604$	Les frais d'administration sont les coûts rattachés aux salaires du personnel du Centre d'amitié autochtone qui interviennent dans le projet Abinodjic par l'encadrement de la direction, le soutien administratif et comptable .
Sous-total :	**89 638 $**	**0 $**	**0 $**	**3 171 $**	**0 $**	**0 $**	**0 $**	**101 795 $**	**208 371 $**	
GRAND TOTAL :	**986 020 $**	**228 317 $**	**230 651 $**	**34 838 $**	**47 500 $**	**255 000$**	**170 000$**	**391 335 $**	**2 339 911 $**	

BIBLIOGRAPHIE

Allan Billie et Janet Smylie. 2015. *First Peoples, second class treatment : The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada.* Toronto, ON: The Wellesley Institute.

Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2006. *Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant … pour l'avenir.* Wendake, Québec, 139 p.

Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2007. *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2014.* Wendake, Québec, 139 p.

Blanchet-Cohen Natasha et Monique Trudel. 2014. *Rapport d'évaluation du projet Abinodjic.* Université Concordia.

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. 2013. *Projet Abinodjic - Demande de prolongation présentée à Avenir d'enfants.* CAAVD, Val-d'Or.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2012. *L'espace sacré de la féminité : le maternage à travers les générations.* CCNSA, Ottawa,

Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. *Rapport annuel 2013-2014.* CJAT, Val-d'Or

Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. *Comparatif des statistiques de signalements reçus à la Direction de la protection de la jeunesse entre 2009 et 2013.* CJAT, Val-d'Or.

Cloutier Édith, Dugré Suzanne, Salée Daniel, Comat Ioana et Carole Lévesque. 2009. *Enjeux et défis en santé et services sociaux pour les Autochtones en milieu urbain.*

Cahier ODENA no. 2009-04. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.

Commission canadienne des droits de la personne (CCDP). 2013. *Rapports sur les droits à l'égalité des Autochtones.* Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. 2007. *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017.* Wendake, CSSSPNQL.

Conseil canadien de la santé. 2012. *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain.* CCS, Ottawa.

Dozois, E. Langlois, M. et Natasha Blanchet-Cohen. 2010. DE 201 : *Guide du praticien de l'évaluation évolutive,* La fondation de la famille J.W. McConnell et l'Institut international des droits de l'enfant et du développement.

Lévesque Carole, Apparicio Philippe, Gagnon Martin, Guth Katharina et Édith Cloutier et Josée Goulet. *Cartographie sociale et économique de la population autochtone de l'espace urbain au Québec. La ville de Val-d'Or et la zone d'influence du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.* Cahier ODENA no 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Lévesque C. et É. Cloutier. 2013. Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles, *in* A. Beaulieu, M. Papillon et S. Gervais (sous la direction de) : *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord :* 281-296. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Lévesque Carole, Radu Ioana, Polèse Geneviève et Mélissa Sokoloff. 2014. *Dossier documentaire. Le concept de sécurisation culturelle : origine, portée et application.* INRS et CAAVD, Montréal.

Macdonald David et Daniel Wilson. 2013. Poverty or Prosperity. *Indigenous Children in Canada.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives and Save the Children Canada.

Ouellette André et Édith Cloutier. 2010. *Vers un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or : La Clinique MINOWÉ, une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or.* Une initiative conjointe du Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or, du Centre de jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Ramsden Irihapeti. 2002. *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu.* Ph.D. Thesis (Nursing), University of Wellington, Victoria.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). 2012. *Mino Madji8in – Innovation et développement en économie sociale autochtone. RCAAQ, Wendake.*

Statistique Canada. 2013. Enquête nationale auprès des ménages. Statistique Canada, Ottawa, no 99-012-X2011046 au catalogue.

Statistique Canada. 2014. *Enquête nationale auprès des ménages. Série «Perspective géographique».* La ville de Val-d'Or. https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?lang=F&level=4&GeoCode=2489008

UNICEF. 2009. *La santé des enfants autochtones : pour tous les enfants sans exception.* Supplément canadien au rapport La situation des enfants dans le monde 2009. Comité canadien de l'UNICEF.

UNITED NATIONS (UN). 2013. *United Nations Special Rapporteur on the rights of indigenous peoples, James Anaya, Statement upon conclusion of the visit to Canada.* UN, Genève.

ANNEXES

RÉSOLUTION TENANT LIEU D'ASSEMBLÉE
CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR
1272, 7E RUE, VAL-D'OR (QUÉBEC)
LE 31 AOÛT 2015

RÉSOLUTION 15-16 / 17

PROJET ABINODJIC PHASE II
Présenté à :
AVENIR D'ENFANTS
dans le cadre du dépôt de la demande pour le fonds Partenariats et innovation.

IL EST PROPOSÉ ET RÉSOLU QUE le C.A. du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or autorise la Directrice générale, Madame Édith Cloutier, à présenter à Avenir d'enfants une demande de projet dans le cadre du fonds Partenariats et innovation.

QU'IL SOIT DE PLUS RÉSOLU que le C.A. du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or accepte que la directrice générale, Madame Édith Cloutier ou la directrice générale adjointe, Madame Sandy McGuire, puisse signer, le cas échéant, les ententes, demandes et réclamations des fonds et qu'elle soit mandatée comme signataire, le cas échéant, de toute entente de financement et tous les documents relatifs à la présente demande et de ceux qui pourront en découler;

Signée et adoptée à Val-d'Or :

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	POUR	CONTRE	DATE
Oscar Kistabish, président			08/09/2015
Janet Mark, vice-présidente			03/09/2015
Peggie Jérôme, secrétaire-trésorière			08/09/2015
Roger Lacroix, administrateur			10/09/201
Francis Lévesque, administrateur			03/09/2015
Mélanie Bowen, repr. employés			08/09/2015
Roxane Mianscum-Lizotte, représ. des jeunes			08/09/2015

Peggy Jérôme, secrétaire-trésorière

REÇU LE
07 OCT. 2014

REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Québec, le 1er octobre 2014

Madame Édith Cloutier
Directrice générale
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
1272, 7e rue
Val-d'Or (Québec) J9P 6W6

Madame,

Par la présente, le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) désire vous réitérer son appui à la phase II du projet Abinodjic qui s'inscrit dans le cadre d'intervention de la Clinique Minowé par son approche innovante pour l'amélioration de la santé des Autochtones de la Vallée-de-l'Or. En effet, l'implication financière d'Avenir d'Enfants soutient la Clinique Minowé en permettant d'offrir des services de santé et sociaux culturellement pertinents et adaptés aux besoins spécifiques des femmes enceintes, des enfants autochtones âgés entre 0 et 5 ans ainsi qu'à leur famille.

Afin de prioriser son offre de services, la Clinique Minowé a privilégié l'intervention auprès des enfants de 0 à 5 ans qui représentent un segment vulnérable de notre population. Les soins et services sont offerts dans une approche holistique qui respecte notre culture.

En 2012, Santé Canada a confié au RCAAQ l'exportation et l'implantation du modèle de la Clinique Minowé vers d'autres centres d'amitié autochtones au Québec. Déjà quatre Centres (La Tuque, Montréal, Saguenay et Lanaudière) ont débuté leurs démarches en collaboration avec les partenaires du milieu.

Le projet Abnodjic et le modèle de la Clinique Minowé seront au cœur de notre projet NINAN, le développement d'une stratégie provinciale en petite enfance, et nous sommes convaincus qu'ils feront figure de proue. C'est donc avec enthousiasme que nous appuyons la demande de contribution financière à Avenir d'Enfants pour la mise en œuvre de la phase II du projet Abinodjic présentée par le Centre d'Amitié autochtone de Val-d'Or.

Espérant que cette nouvelle demande sera acceptée par Avenir d'Enfants, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Dans la Paix et l'Amitié.

La directrice générale

Tanya Sirois

85, Boul. Maurice-Bastier
Suite
Wend (Québec)
G0A 4V0
T: 418.842.6354
F: 418.842.9795
1.877.842.6354
infos@rcaaq.info

RCAAQ.info

INRS
Université d'avant-garde

Montréal, le 1er octobre 2014

Madame Edith Cloutier
Directrice générale
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
1272, 7e Rue
Val d'Or (Québec) J9P 6W6

Objet : Partenariat avec le CAAVD dans le cadre du projet *Abinodjic* phase II

Chère madame Cloutier,

J'aimerais, par la présente, confirmer que l'Alliance de recherche ODENA poursuivra son implication dans la phase II du projet *Abinodjic.* C'est dans cette optique que nous appuyons la demande de soutien financier déposée par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or dans le cadre du programme *« Partenariat et Innovation d Avenir d'enfants »*.

L'Alliance de recherche ODENA vise à soutenir le développement social, économique, politique et culturel de la population autochtone des villes québécoises et à mettre en valeur l'action collective des centres d'amitié autochtones du Québec. Cette alliance privilégie la recherche de proximité, le partage continu des savoirs et leur inscription directe dans les initiatives de reconstruction sociale mises de l'avant par les instances autochtones concernées.

A plusieurs titres, les objectifs entretenus par l'Alliance ODENA rejoignent ceux du projet *Abinodjic* ; nous considérons comme un honneur d'y être associé. Soyez donc assurée de notre entière collaboration dans la mise en œuvre des pratiques et des mesures d'action culturellement adaptées aux besoins des enfants autochtones qui vivent en milieu urbain afin d'améliorer autant l'accès aux services que la qualité de vie des enfants et de leurs familles. Notre engagement financier sera de l'ordre de 60 000$ par année pendant les quatre années de la phase II du projet *Abinodjic*. Cette somme servira à couvrir les honoraires d'un professionnel de recherche, les honoraires associés à la direction et à la supervision de la veille scientifique, de même que des frais de déplacement et d'hébergement entre Montréal et Val-d'Or.

Je vous prie d'agréer, madame Cloutier, l'expression de mes salutations distinguées.

Carole Lévesque, professeure titulaire, INRS
Co-directrice de l'Alliance ODENA

ODENA
ARUC-CURA
Les Autochtones et la ville au Québec : identité, mobilité, qualité de vie et gouvernance

Institut national de la recherche scientifique
Centre - Urbanisation Culture Société

☐ 385, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2X 1E3 CANADA
T 514 499-4000 F 514 499-4065
www.inrs.ca

☐ 490, rue de la Couronne
Québec (Québec) G1K 9A9 CANADA
T 418 687-6400 F 418 687-6425

Centre de santé et de services sociaux
de la Vallée-de-l'Or

Le 14 octobre 2014

HÔPITAL DE VAL-D'OR
725,6e Rue
Val-d'Or (Québec) J9P 3Y1
Tél. : 819 825-6711
Téléc. : 819 825-7909

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
DE MALARTIC
1141, rue Royale
Case postale 800
Malartic (Québec) J0Y 1Z0
Tél. : 819 757-4342
Téléc. : 819 757-4330

CLINIQUE EXTERNE DE SANTÉ MENTALE
ET PSYCHIATRIE
665, rue Royale
Case postale 800
Malartic (Québec) J0Y 1Z0
Tél. : 819 757-4342, P. 296
Téléc. : 819 757-4313

CENTRE D'HÉBERGEMENT
FOYER DE VAL-D'OR
1212, avenue Brébeuf
Val-d'Or (Québec) J9P 2C9
Tél. : 819 825-3093
Téléc. : 819 825-7893

CENTRE D'HÉBERGEMENT
LA SAINT-MARTIN DE MALARTIC
701, rue de la Paix
Case postale 639
Malartic (Québec) J0Y 1Z0
Tél. : 819 757-3663
Téléc. : 819 757-3309

CLSC DE MALARTIC
691, rue Royale
Case postale 1808
Malartic (Québec) J0Y 1Z0
Tél. : 819 757-3601
Téléc. : 819 757-6034

CENTRE DE SERVICES DE SENNETERRE
961, rue de la Clinique
Case postale 4000
Senneterre (Québec) J0Y 2M0
Tél. : 819 737-2243
Téléc. : 819 737-3122

CLSC DE VAL-D'OR
725, 6e Rue
Val-d'Or (Québec) J9P 3Y1
Tél. : 819 825-8825
Télec. : 819 825-5950

SIÈGE SOCIAL
725, 6e Rue
Val-d'Or (Québec) J9P 3Y1
Tél. : 819 825-6711
Téléc. : 819 825-7919

CENTRE ADMINISTRATIF
1265, boul. Forest
Val-d'Or (Québec) J9P 5H3
Tél. : 819 825-6711
Téléc. : 819 825-7949

INFO-SANTÉ
(819) 825-INFO (4636)

Madame Edith Cloutier
Directrice générale
Centre d'amitié autochtones de Val-d'Or
1272, 7e Rue
Val-d'Or (Québec) J9P 6W6

Objet : Lettre d'engagement de partenariat avec le CAAVD dans le cadre du projet ABINODJIC PHASE II

Madame,

Le Centre de santé et de service sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO) s'est engagé et a participé activement à la mise en œuvre de la Clinique Minowé dès décembre 2008. Lors de son ouverture officielle au début janvier 2011, le CSSSVO a affecté une infirmière clinicienne sur une base horaire de 7 jours / 2 semaines.

En septembre dernier, le CSSSVO a confirmé son engagement à poursuivre son partenariat avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). Nous sommes persuadés de l'importance de la Clinique Minowé, et du projet Abinodjic puisqu'une grande partie des services offerts par notre infirmière s'adressent aux enfants de 0-5 ans et leur famille. Nous libérons également une agente de liaison qui voit à la bonne marche des relations entre le personnel des deux établissements et la création de corridors de services entre nos différents départements et la Clinique.

Notre implication financière se chiffre à :

- Salaire et avantages sociaux de l'infirmière : 68 239,00 $
- Frais de déplacements : 598,00 $
- Fournitures et autres dépenses : 700,00 $
- Salaire de l'agente de liaison : 4 000,00 $

Le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or est convaincu de la pertinence de la Clinique Minowé et déploie tous les efforts nécessaires pour assurer une continuité et une pérennité de ses services et de son financement.

Souhaitant qu'Avenir d'Enfants réponde favorablement à votre demande de financement pour la phase II du projet Abinodjic, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur général intérimaire,

Michel Michaud

c. c. Nicole Dufresne, agente de liaison et chef d'administration de programmes

Centre jeunesse
de l'Abitibi-Témiscamingue

Direction générale

700, boulevard Forest Val-d'Or QC J9P 2L3
Tél. 819 825-0002 Télécop. 819 825-5132
www.cjat.qc.ca

Val-d'Or, le 1er octobre 2014

REÇU LE
10 OCT. 2014

Madame Edith Cloutier
Directrice générale
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
1272, 7e Rue
Val d'Or (Québec) J9P 6W6

Objet : Lettre d'engagement de partenariat avec le CAAVD dans le cadre du projet Abinodjic phase II

Madame,

Le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) s'est engagé et a participé activement à la mise en œuvre de la Clinique Minowé dès décembre 2008. Lors de son ouverture officielle au début de janvier 2011, le CJAT a affecté un intervenant social sur une base horaire de 35 heures/semaine.

En septembre dernier, le CJAT a confirmé qu'il poursuivait son engagement comme partenaire au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). Nous sommes persuadés de l'importance de la Clinique Minowé et plus particulièrement du projet Abinodjic puisque qu'une grande partie des services offerts par notre intervenant s'adressent aux enfants de 0-5 ans et leur famille. D'ailleurs, nos statistiques des dernières années démontrent des résultats encourageant avec une baisse allant jusqu'à 40% des signalements et de prise en charge des enfants autochtones en milieu urbain par les services de la protection de la jeunesse.

De plus, un autre membre de notre personnel, soit la directrice du développement professionnel et organisationnel agit à titre d'agente de liaison qui voit à la bonne marche des relations entre le personnel des deux établissements.

Notre contribution financière annuellement au projet se détail comme suit :

- Salaires et avantages sociaux de l'intervenant: 70 000$
- Implication de l'agente de liaison : 2100$

.../2

Le CJAT est convaincu de la pertinence de la Clinique Minowé et déploie les efforts nécessaires pour assurer une continuité et une pérennité. C'est sans hésitation que nous appuyons votre démarche auprès d'Avenir d'Enfants.

Souhaitant qu'Avenir d'Enfants réponde favorablement à votre demande de financement pour la phase II du projet Abinodjic, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur général,

Sylvain Plouffe

SP/id

c. c. Sylvie Leblond, agente de liaison et directrice du développement professionnel et organisationnel

Développement et
mise en œuvre d'un
**POINT DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX CULTURELLEMENT
ET SOCIALEMENT SÉCURISANTS**
au Centre d'amitié autochtone
de Val-d'Or

PROPOSITION DE PROJET-PILOTE

Octobre 2017

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

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
Val-d'Or Native Friendship Centre

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3
Mise en contexte 3
La conception de la santé chez les Autochtones 3
Un enjeu de justice sociale 4

LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION SOCIALE ET CULTURELLE 4
Une démarche destinée à bâtir la confiance 4
La sécurisation culturelle selon le Conseil canadien de la santé 5
La dimension sociale de la démarche de sécurisation culturelle 5

LA STRATÉGIE Minowé EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX 6
Un peu d'histoire 6
Résultats de l'évaluation de la première phase de la stratégie Minowé 6
La vision de Minowé 7
La petite histoire de Minowé 7
La nécessité d'une réponse systémique 8

UNE PROPOSITION DE PROJET-PILOTE VISANT À BÂTIR UN POINT DE SERVICES CULTURELLEMENT ET SOCIALEMENT SÉCURISANTS 9
Énoncé d'intention 9
Des services de 1re et 2e lignes 9
Vers une décolonisation et une régénération 10
Durée du projet-pilote 11
Ressources humaines nécessaires 11
Principal extrant du projet-pilote 11
Principale résultante du projet-pilote 11

LES ACTIVITÉS POTENTIELLES DU POINT DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À BÂTIR AU CAAVD 12
Services de santé 12
Services sociaux 12
Services petite enfance et famille 12
Services à la communauté 13
Une influence bilatérale 13

LES ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DU POINT DE SERVICES 13
Conceptualisation – Ans 1 et 2 13
Expérimentation – Ans 1, 2, 3 et 4 13
Évaluation – Ans 1, 2, 3, 4 et 5 13
Implantation – Ans 4 et 5 13

OSER L'INNOVATION SOCIALE PORTÉE PAR LES AUTOCHTONES 14
Les ingrédients tous réunis 14
L'agentivité comme moteur d'une démarche d'innovation 14
Un projet-pilote en phase avec les orientations gouvernementales 14

CONCLUSION 15

PROCHAINE ÉTAPE 15

BIBLIOGRAPHIE 15

DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE D'UN POINT DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CULTURELLEMENT ET SOCIALEMENT SÉCURISANTS AU CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL-D'OR

PROPOSITION DE PROJET-PILOTE

« Les Autochtones ont bien d'autres choses à offrir que des besoins. Les réponses doivent venir d'eux-mêmes. Ce sont eux qui ont ce bagage, ces modes d'apprentissage particuliers, ces systèmes de savoirs dans lesquels il faut puiser pour restaurer les façons de faire. »

– Carole Lévesque, INRS

INTRODUCTION

Mise en contexte

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) poursuivent depuis bientôt dix ans une importante démarche commune qui consiste à bâtir un modèle novateur de services de santé et de services sociaux fondés sur les réalités, les spécificités et les valeurs autochtones, en l'occurrence la stratégie Minowé en santé et services sociaux.

Si la stratégie Minowé est porteuse d'innovation sociale en matière d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones, c'est parce qu'elle n'appartient pas au CAAVD ni au CISSSAT, mais parce qu'elle repose sur ce partenariat CAAVD-CISSSAT qui perdure depuis bientôt dix ans et qui s'est considérablement accru au cours des deux dernières années.

Avec cette stratégie fondée sur le transfert bilatéral des connaissances, le CAAVD et le CISSSAT aspirent à une transformation systémique et sociale qui engagera les Autochtones comme acteurs premiers dans l'amélioration de leur santé globale et de leur mieux-être. Mais beaucoup de travail reste encore à faire pour y parvenir, et c'est pourquoi les deux partenaires entendent promouvoir ce modèle d'innovation à un niveau davantage structurel et qui s'inscrit dans une démarche de sécurisation sociale et culturelle.

La sécurisation sociale et culturelle

La sécurisation sociale et culturelle est une démarche destinée à bâtir la confiance avec les Autochtones. Elle est un résultat défini et vécu par les personnes qui reçoivent un service où elles se sentent en sécurité et en confiance, et où elles deviennent partenaires dans le processus décisionnel.

La conception de la santé chez les Autochtones

Les peuples autochtones ont une vision de la santé bien différente de celle des sociétés non autochtones. La conception de la santé chez les Autochtones rejoint davantage un état de bien-être global issu de l'équilibre entre les quatre dimensions de la nature humaine (le physique, le psychologique, l'affectif et le spirituel) et qui intègre les différents aspects de la vie, y compris la maîtrise de l'environnement physique et social de même que l'inséparabilité de l'individu, de la famille, de la communauté et du monde (Mark, 2012).

Le Mino Madjiwin

Les peuples autochtones utilisent différents concepts pour désigner cette quête de mieux-être global et intégré. Les Anicinabek, notamment, évoquent le Mino Madjiwin pour nommer cet état de bien-être physique, psychologique, affectif et spirituel d'une personne.

Ayant une résonnance dans la plupart des langues autochtones du Québec, le Mino Madjiwin, en langue anicinabe, désigne le mieux-être global, harmonieux et équilibré. Reflétant l'esprit de nos ancêtres et en constante évolution, le Mino Madjiwin est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le monde et d'y interagir dans le respect de nos valeurs traditionnelles et contemporaines (RCAAQ, 2012).

En milieu autochtone, l'amélioration de la santé va de pair avec le renforcement des conditions physiques, sociales, économiques et culturelles à la fois au niveau individuel, mais aussi au niveau communautaire. [Dans la société québécoise ou canadienne], lorsque l'on tente de répondre à des besoins en matière de santé pour les Autochtones, il est très rare que l'on passe par ce type de concept, que l'on prenne en considération cette vision du monde particulière qui amène les personnes autochtones à interagir différemment les unes avec les autres. On y va plus directement pour un besoin précis, de manière souvent technique, et on a notre propre vision de la santé. S'il y a tant d'écarts, une des pistes à explorer c'est bien cette question de la correspondance entre des visions de la santé. C'est fondamental pour faire des pas dans une démarche de sécurisation culturelle (Lévesque, 2017).

Vision globale en matière de santé

Il apparaît clairement que la santé autochtone doit être abordée suivant une approche globale, qui reconnaisse que la santé est inextricablement liée à la famille, à la communauté, à la culture, à la langue, à la justice et à la pauvreté (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015, page 190).

Dans un rapport publié en 2012, la Commission de vérité et réconciliation du Canada a formulé 94 recommandations, parmi lesquelles figure la suivante :

Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande. (Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2012, page 3.)

Un enjeu de justice sociale

Il est reconnu et documenté que les conditions de vie et de santé des Autochtones sont nettement inférieures à celles de la population canadienne : espérance de vie moindre, incidence des maladies chroniques plus élevée, obésité, difficultés psychosociales majeures, etc. L'amélioration de leur santé globale, pour qu'elle puisse se concrétiser, devra inévitablement passer par un meilleur accès à des services de santé et à des services sociaux qui prennent en compte cette vision holistique de la santé propre aux peuples autochtones. La sécurisation sociale et culturelle dans la prestation des services devient alors un véritable instrument de justice sociale.

La justice sociale

La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits, la promotion de rapports justes et équitables et la participation de tous, sans discrimination, à la construction d'une société inclusive. En matière de santé, la justice sociale permet aux Autochtones de devenir acteurs premiers dans l'amélioration de leur santé globale.

LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION SOCIALE ET CULTURELLE

Une démarche destinée à bâtir la confiance

- 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 est bâtie sur la prise en compte de l'héritage colonial que partagent les peuples autochtones et de ses impacts intergénérationnels sur la santé et la qualité de vie ;
- La sécurisation sociale et culturelle vise une réelle transformation 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. Elle propose de régénérer les liens et de construire un environnement sécuritaire favorisant le plein accomplissement des capacités des individus et des collectivités.

La sécurisation culturelle selon le Conseil canadien de la santé

La sécurisation 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 la discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans le système et dans le domaine de l'éducation ;
- Exige que nous reconnaissions que nous sommes tous porteurs de culture ; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs.

Des soins culturellement 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.

La dimension sociale de la démarche de sécurisation culturelle

Les plus récentes études du Réseau DIALOG (INRS/Université du Québec) confirment toute l'importance de la prise en compte de la dimension sociale dans la création d'espaces sécurisants pour les personnes autochtones.

La dimension sociale, dans la démarche de sécurisation sociale et culturelle, signifie qu'il existe des structures sociales en contexte autochtone qui ne sont pas les mêmes, des spécificités d'organisation sociale autochtone qu'on ne retrouve pas nécessairement dans les mêmes conditions en milieu non autochtone. La singularité culturelle des Autochtones les amène à se doter d'une organisation sociale spécifique qui se traduit par des repères sociaux particuliers, des mécanismes de régulation sociale… Cette spécificité chez les peuples autochtones vient justifier la quête de différence égalitaire (Lévesque, 2017).

La différence égalitaire

La différence égalitaire s'oppose à cette idéologie du rattrapage qui confine les Autochtones à la remorque de la société. La reconnaissance doit s'accomplir à travers la prise en compte de la différence et de l'équité entre les peuples.

Confection d'une pochette de cèdre

LA STRATÉGIE *Minowé* EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Un peu d'histoire

Lors du Forum socio-économique des Premières Nations du Québec de Mashteuiatsh en 2006, le Gouvernement du Québec et les autorités autochtones se sont engagés à œuvrer à l'amélioration des conditions de vie des Premiers Peuples du Québec. L'un des engagements conjoints conclu lors de ce Forum implique le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), et se libelle comme suit :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en partenariat avec le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec, s'engage à favoriser les partenariats dans le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les Centres de santé et des services sociaux ainsi que dans l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones.

C'est dans ce contexte que s'est établi, en 2009, un partenariat entre le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et les instances locales du Réseau de la santé et des services sociaux, en l'occurrence le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or, aujourd'hui regroupés sous la dénomination du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). De cette alliance est née la stratégie Minowé en santé et services sociaux.

Les partenaires ont reçu l'appui financier de Santé Canada pour permettre la réalisation de la démarche de développement du modèle Minowé, d'abord via le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) entre 2008 et 2011, puis par l'intermédiaire du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), entre 2012 et 2015 pour le déploiement du modèle dans d'autres villes du Québec et de 2016 à 2020 pour repositionner et poursuivre le développement du modèle.

Résultats de l'évaluation de la première phase de la stratégie *Minowé*

Dans une évaluation de la stratégie Minowé pour la période 2011-2014, en ce qui a trait aux usagers, il se dégage une amélioration de la santé physique et sociale des jeunes enfants autochtones et de leur famille rapprochée et élargie. Le portrait quantitatif des services montre que le nombre d'interventions offertes à la Clinique Minowé a augmenté chaque année, avec plus de 530 dossiers actifs en 2014. L'analyse qualitative de la satisfaction de la clientèle permet de souligner que la Clinique représente :

- Un service essentiel pour les Autochtones
- Une approche adaptée à la réalité autochtone
- Un lieu d'acquisition d'habiletés parentales
- Une amélioration de la santé
- Une contribution à la responsabilisation des membres de la communauté

L'exemple d'une utilisation auprès d'une famille montre la valeur ajoutée apportée par la complémentarité dans les services de santé, les services sociaux et les services offerts par le CAAVD, ainsi que les bénéfices d'une approche holistique et à long terme. Cependant, étant donné la complexité des problématiques, les interventions n'ont pas toujours un impact immédiat et quantifiable.

Pour le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, on constate une baisse de 40 % des signalements et compromissions, et des économies qui couvrent l'équivalent d'un salaire, de même que des changements dans les manières de faire, par exemple :

- L'accent mis sur la prévention
- Les avantages du travail en partenariat à l'interne et au-delà
- La valorisation du travail de proximité et à long terme avec les familles

Finalement, pour le Centre de santé et de services sociaux, on retient comme succès le fait que la Clinique a permis de rejoindre la population autochtone absente des services de santé. En ce qui a trait aux changements dans les façons de faire, on parle de :

- L'utilisation de nouveaux moyens pour rejoindre les clients
- L'ordonnance collective pour faciliter le lien entre les jeunes mères et les enfants
- Des partenaires qui s'associent aux services de la Clinique

Toutefois, pour tous les partenaires, des défis demeurent afin de faire connaître et institutionnaliser les changements au sein des organismes.

En résumé, on constate que l'accent mis sur la prévention, avec les 0 à 5 ans comme porte d'entrée, et avec l'approche écosystémique des services basés au Centre d'amitié avec les ressources issues d'un partenariat tripartite, est gagnante. Par ailleurs, le modèle demeure fragile sans une reconnaissance et une stabilité assurant la pérennité.

La vision de *Minowé*

La stratégie Minowé en santé et services sociaux vise une transformation sociale qui s'appuie sur l'intégration et l'appropriation de pratiques d'intervention et de prévention culturellement pertinentes et sécurisantes pour permettre aux Autochtones de se sentir en sécurité, de développer un lien de confiance avec le personnel et d'être partenaires dans le processus décisionnel dans les services de santé et les services sociaux.

La petite histoire de *Minowé*

Phase de développement du modèle – 2009-2011

- Les partenaires s'unissent pour développer le modèle Minowé, une initiative d'innovation sociale qui doit contribuer à engager la communauté autochtone comme acteur premier dans l'amélioration de sa santé globale, par des pratiques propres à la culture des Premiers Peuples.

Phase d'expérimentation – 2011-2016

- La stratégie Minowé est mise en œuvre au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or en janvier 2011 ;
- Le modèle se déploie à travers une clinique intégrée au réseau local de santé et services sociaux ;
- Une infirmière, un intervenant social dédié au volet services sociaux ainsi que deux médecins offrent des services via la clinique ;
- Le Réseau DIALOG – Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (INRS/Université du Québec) entreprend la réalisation d'une veille scientifique pour nourrir cette démarche d'innovation sociale ;
- Le modèle Minowé est en déploiement dans trois villes de la province : La Tuque, Sept-Îles et Montréal.

Massage de bébé

Phase de repositionnement et d'enrichissement du modèle Minowé – 2016-2020

- L'initiative Minowé 2.0 permet de faire un pas de plus dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones en implantant la démarche de sécurisation culturelle à travers le continuum de services de santé et de services sociaux, y compris dans le Réseau québécois de la santé et des services sociaux ;
- Les partenaires cheminent ensemble vers l'actualisation des approches et des pratiques d'intervention et de prévention dans les différents systèmes, selon les réalités culturelles, sociales et identitaires des Autochtones.

Le besoin d'aller plus loin

- En dépit des retombées bénéfiques que procure la stratégie Minowé en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones, les membres des peuples autochtones se heurtent, encore aujourd'hui, à des obstacles particuliers lorsqu'il s'agit d'obtenir ces services ; 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 que les Autochtones, pour plusieurs, ne font pas confiance aux services de santé existants (Lévesque, 2016a) ;
- Il arrive trop souvent que les spécificités (culturelles, sociales, économiques, 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 (Alliance de recherche ODENA, 2015).

La nécessité d'une réponse systémique

Il a été maintes fois démontré que les services actuellement offerts dans le Réseau québécois de la santé et des services sociaux ne correspondent pas aux réalités et aux spécificités des Premiers Peuples, que les approches et pratiques en vigueur contribuent à maintenir les Autochtones éloignés de ces services. Certes, la stratégie Minowé, dans sa forme actuelle, aide à développer la confiance des Autochtones envers les services de santé et les services sociaux, mais de grands pas restent encore à faire pour augmenter véritablement leur accès aux services de santé et aux services sociaux. Le modèle d'innovation sociale Minowé se doit d'être enrichi, solidifié, et surtout ancré dans les systèmes de manière durable et irréversible, afin de procurer des retombées encore plus bénéfiques et pérennes.

CONSIDÉRANT QUE *« la façon dont on s'y prend actuellement, ça ne marche pas. Il faut donner plus de vie à nos interventions en tenant compte des cultures. Il faut apporter des changements irréversibles. On doit regarder l'avenir en tenant compte de la démarche de sécurisation culturelle et amener les groupes à saisir l'approche. »*
– Jacques Boissonneault, ancien PDG du CISSSAT, 2016

CONSIDÉRANT QUE la rhétorique de l'universalité, fondée sur le principe de l'égalité, entraîne de nouvelles formes d'inégalité parce qu'elle ne tient pas compte des différences qui caractérisent les personnes faisant partie de diverses structures sociales.
– Amartya Sen, prix Nobel de l'économie en 1998

CONSIDÉRANT QUE *« les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. »*
– Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, 2007, article 23.

CONSIDÉRANT QUE *« pour être véritablement efficaces, les systèmes de soins de santé et de guérison autochtones devront s'intéresser aux aspects spirituels, affectifs et sociaux des problèmes de santé physique et aux aspects "santé physique" des problèmes spirituels, affectifs et sociaux. »*
– Commission royale sur les peuples autochtones, 1996, page 255.

CONSIDÉRANT QUE, dans le système de santé, de manière générale, *« on vise des personnes, des individus, alors qu'en contexte autochtone, la personne est là d'abord dans son appartenance à un groupe, à une communauté, à une famille. […] Tant et aussi longtemps qu'on va ramener les Autochtones à des unités isolées, on ne se donnera pas les moyens de voir le potentiel créatif et de transformation sociale que portent les Autochtones, parce qu'ils sont pris dans ce déséquilibre de pouvoir. »*
– Carole Lévesque, INRS, 2017

CONSIDÉRANT la volonté commune du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue de travailler ensemble pour faire un pas de plus dans l'amélioration de la qualité et dans l'augmentation de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les Autochtones.

EN CONSÉQUENCE, il importe de multiplier les efforts visant à propulser la stratégie Minowé en santé et services sociaux à un niveau supérieur, un niveau davantage structurel et systémique. Il importe de saisir cette opportunité que procure le partenariat CAAVD-CISSSAT pour progresser d'une manière encore plus efficiente et pertinente sur le chemin de l'innovation menant à une véritable transformation sociale. À ce chapitre, le CAAVD et le CISSSAT sont d'avis que cette opportunité d'innovation réside dans le développement et la mise en œuvre d'un point de services de santé et de services sociaux culturellement et socialement sécurisants au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, une initiative portée conjointement par le CAAVD et le CISSSAT, dans le cadre d'un important partenariat qui ne cesse de s'enrichir depuis maintenant dix ans.

UNE PROPOSITION DE PROJET-PILOTE VISANT À BÂTIR UN POINT DE SERVICES CULTURELLEMENT ET SOCIALEMENT SÉCURISANTS

Énoncé d'intention

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) proposent au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de les soutenir financement dans la réalisation d'un projet-pilote visant à développer et à mettre en œuvre un point de services de santé et de services sociaux culturellement et socialement sécurisants au CAAVD. Un point de services en milieu urbain destiné d'abord aux Autochtones, mais qui saura aussi rejoindre une population non autochtone aux prises avec certaines formes de vulnérabilité, laquelle trouvera assurément une résonnance dans ce point de services, de par ses fondements, ses approches et ses pratiques qui s'appuient sur des notions d'inclusion, de respect, de confiance, d'altérité, de proximité et d'appartenance communautaire.

Un modèle inspirant : le Wabano Centre for Aboriginal Health

Le point de services de santé et de services sociaux au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or s'inspirera du Wabano Centre for Aboriginal Health.

Situé à Ottawa, le Wabano Centre for Aboriginal Health offre une large gamme de services aux Autochtones en misant à la fois sur les savoirs biomédicaux couramment employés dans le Réseau de la santé ontarien et sur une approche holistique en matière de bien-être psychologique, spirituel et affectif qui puise ses sources dans les méthodes traditionnelles de guérison.

Des services de 1re et 2e lignes

Essentiellement, le projet-pilote permettra de bâtir une première ligne forte en santé et services sociaux, et d'y inclure certains éléments de deuxième ligne, notamment en matière de services psychosociaux jeunesse où les intervenants du point de services du CAAVD pourront participer aux différentes étapes du processus de protection de la jeunesse, dans une perspective de complémentarité et d'union des forces et des expertises avec le Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Une nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse mieux adaptée à la réalité des Autochtones

La nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse vise à assurer la préservation de l'identité culturelle des enfants autochtones. La DPJ devra prévenir la communauté et obtenir sa collaboration lorsqu'un jeune autochtone sera retiré de son milieu familial.

La Loi permet également la participation des familles d'accueil et des personnes significatives au processus judiciaire et à la prise de décision concernant les enfants qui leur sont confiés.

« Nous nous sommes assurés de faire en sorte que les nouvelles mesures adoptées tiennent davantage compte de l'identité culturelle des enfants autochtones, notamment en privilégiant qu'ils soient confiés à des familles d'accueil de leur propre communauté. De cette façon, nous favorisons leur développement en tenant compte de leurs réalités culturelles, en plus de leur donner une plus grande stabilité. Les prochaines générations vont pouvoir bénéficier de la transmission des valeurs de leur communauté. »

– Geoffrey Kelley, ministre responsable des Affaires autochtones, 4 octobre 2017

Sanctionnée le 5 octobre 2017, la Loi qui modifie la *Loi de la protection de la jeunesse contient de nouvelles dispositions qui permettent notamment au gouvernement du Québec et à des « communautés » autochtones ou à « tout autre regroupement autochtone » de ratifier « une entente établissant un régime particulier de protection de la jeunesse »* (article 37.5). Une telle entente *« indique les personnes ou les instances à qui seront confiées pour l'exercice, en pleine autorité et en toute indépendance, de tout ou partie des responsabilités dévolues au directeur »* (article 37.5). Il est donc spécifié que certaines responsabilités peuvent, le cas échéant, être déléguées à d'autres organisations que la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ces nouvelles modalités concernent vraisemblablement l'évaluation des dossiers, les orientations qui leur sont attribuées et l'application des mesures à mettre en œuvre (articles 32, 33, 51 et 91, notamment).

L'intention du législateur a trait, à maints égards, à ne pas *« déraciner l'enfant autochtone »*. Parallèlement, comme en font état les discussions entourant l'adoption de la loi en question, il semble envisageable que les Centres d'amitié puissent obtenir une forme ou une autre de délégation de pouvoirs en vertu de l'article 37.5 (séance du 13 juin 2017). Il est en effet de notoriété publique que plus de la moitié des Autochtones demeurent en milieu urbain, en dehors des communautés territoriales et de leur domaine de compétences.

Il est tout à fait crucial que les enfants autochtones vivant en milieu urbain et faisant l'objet de procédures au regard de la Loi sur la protection de la jeunesse ne soient pas laissés pour compte. En ce sens, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or souhaite activement prendre part à l'application des nouvelles dispositions relatives aux enfants autochtones afin de nous assurer collectivement que leur mise en vigueur s'établisse d'après les principes de sécurisation sociale et culturelle.

Vers une décolonisation et une régénération

Les services développés à l'intérieur du projet-pilote s'inscriront dans une optique de décolonisation, de revalorisation des systèmes de connaissances, de régénération du rapport entre les Autochtones et les services de santé ainsi que de mise en valeur de leur rôle comme acteurs premiers dans l'amélioration de leur santé globale. Ces services permettront de sortir des cadres existants pour laisser place à l'innovation sociale.

La décolonisation

Les efforts de décolonisation consistent à éliminer les couches que la colonisation a laissées au fil du temps. Malheureusement, et ce malgré toutes les bonnes intentions, la décolonisation dérive parfois vers le néocolonialisme : création de programmes pour que les Autochtones puissent rejoindre les standards de la société québécoise ou canadienne, « adaptation » de pratiques universelles au cas des Autochtones, etc.

À l'inverse, la décolonisation doit notamment se traduire par la restauration des systèmes de valeurs et de savoirs autochtones, la revitalisation des cultures et la restitution de compétences politiques et sociales.

Durée du projet-pilote

Le projet-pilote du CAAVD et du CISSSAT s'étendra sur une durée de cinq ans, soit du 1er avril 2018 au 31 mars 2023.

Ressources humaines nécessaires

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or compte actuellement plus de 80 employés, dont une vingtaine de personnes-ressources qui oeuvent en intervention psychosociale, psychoéducation, éducation spécialisée, éducation à la petite enfance, soins infirmiers, périnatalité et organisation communautaire.

Une équipe composée de neuf ressources humaines additionnelles sera nécessaire pour réaliser les activités du projet-pilote menant à l'implantation du point de services de santé et de services sociaux au CAAVD :

- 1 gestionnaire de projet
- 1 coordonnateur administratif
- 1 conseiller clinique
- 1 conseiller culturel
- 1 infirmière
- 2 intervenants psychosociaux
- 2 organisateurs communautaires

Ces nouvelles ressources travailleront en synergie avec l'équipe déjà en place, notamment pour arrimer la programmation du point de services avec les activités actuellement en vigueur au CAAVD.

Principal extrant du projet-pilote

Le principal extrant escompté au terme du projet-pilote est l'implantation au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or d'un point de services de santé et de services sociaux reconnu et financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Principale résultante du projet-pilote

La mise en œuvre d'un tel point de services au CAAVD entraînera une transformation systémique et sociale fondée sur la modulation des approches et des pratiques d'intervention et de prévention selon les réalités et les spécificités autochtones, sur l'augmentation de l'accès à des services de santé et à des services sociaux culturellement et socialement sécurisants pour les Autochtones, et ultimement sur l'engagement des membres des Premiers Peuples comme acteurs premiers dans l'amélioration de leur santé globale et de leur mieux-être.

LES ACTIVITÉS POTENTIELLES DU POINT DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À BÂTIR AU CAAVD

Services petite enfance et famille

Promotion des besoins de l'enfant et des saines habitudes de vie

- Lien d'attachement, routine de vie, alimentation, loisir actif,
  relation parent-enfant

Suivis prénataux, postnataux, petite enfance et familiaux

Accompagnement périnatal et relevailles

Stimulation précoce et éveil culturel

Suivis psychoéducatifs et évaluation du développement
des enfants

Soutien social aux parents, aux couples et aux familles

Valorisation du rôle du parent et de la famille

Promotion d'un environnement familial et social sain

Appartenance sociale et culturelle

Services à la communauté

Promotion d'une santé communautaire et de saines habitudes de vie

- Consommation, maladies chroniques, sexualité, rapport à l'autre, habitation, alimentation, loisir actif

Expérimentation des intérêts et stimulation du désir d'action

Élargissement des possibilités sociales, culturelles, collectives et individuelles

Stimulation intellectuelle et soutien à l'apprentissage

Connexion, expression et transmission culturelles

Création d'espaces de réalisation pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés

Implication sociale et participation citoyenne

Appartenance sociale et culturelle

Services de santé

Soins de santé primaires de proximité

- Soins infirmiers, services médicaux généraux

Services de périnatalité

- Enseignements prénataux, sensibilisation et prévention, examens physiques de la mère et du bébé, suivi de grossesse et de naissance, allaitement, vaccination, évaluation du développement du bébé

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Évaluation du développement de l'enfant de trois ans

Consultations brèves et traitement selon les ordonnances collectives

- Maladies infantiles, fièvre, dermatologie, système respiratoire, système cardiaque, système gynécologique
- Prises de sang, application de crèmes et onguents, actes infirmiers courants

Réduction des comportements à risque

- Contraception, diabète et maladies chroniques, ITSS, alcoolisation fœtale, dépendances

Vaccination contre la grippe

Dépistage

- Tension artérielle, glycémie, ITSS, grossesse

Coordination de l'accès aux services médicaux

- Gynécologie, pneumologie, pédiatrie, oncologie, gériatrie, spécialiste ITSS, psychologie, psychiatrie

Services sociaux

Accueil et évaluation

Travail de proximité

Prévention de situations d'injustice, d'insécurité, d'instabilité et d'inégalité

- Itinérance, dépendance, violence, prostitution, VIH et ITSS, interactions conjugales, familiales et sociales

Services psychosociaux aux adultes (individualisés et de groupe)

- Suivis offerts aux personnes vivant des difficultés personnelles : itinérance, dépendance, violence, prostitution, VIH et ITSS, interactions conjugales, familiales et sociales

Services psychosociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille

- Délégation au CAAVD de responsabilités dans les diverses étapes du processus de Protection de la jeunesse

Accès au logement, à la justice, aux services de santé et autres services existants

Une influence bilatérale

En plus d'offrir aux populations autochtones et non autochtones des services de santé, des services sociaux, des services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille ainsi que des services d'organisation communautaire, le point de services au CAAVD rejaillira sur l'ensemble des services du Réseau.

Un important mécanisme de transfert bilatéral de connaissances et d'expertises sera mis en place pour assurer non seulement une qualité de services, mais aussi pour favoriser l'adoption d'approches et de pratiques culturellement et socialement sécurisantes pour les Autochtones, y compris dans les services du Réseau.

Activité «orignal»

LES ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DU POINT DE SERVICES

Conceptualisation – Ans 1 et 2

- Approfondir et documenter les différentes possibilités qui s'offrent au CAAVD et au CISSSAT en termes de développement et de mise en œuvre d'un point de services de santé et de services sociaux au CAAVD;
- Enrichir les mécanismes de travail et de concertation entre le CAAVD et le CISSSAT;
- Développer des mécanismes de transfert de connaissances et d'expertises entre le CAAVD et le CISSSAT;
- Mettre en commun les outils de travail et les procédures permettant au CAAVD et au CISSSAT de mieux travailler ensemble;
- Structurer l'offre de services de santé et de services sociaux culturellement pertinents et sécurisants au CAAVD.

Expérimentation – Ans 1, 2, 3 et 4

- Mettre en place, de manière graduelle et à titre expérimental, les diverses composantes de l'offre de services de santé et de services sociaux au CAAVD;
- Moduler l'infrastructure de services par un arrimage d'expertises, de savoirs, d'outils, de responsabilités et de pratiques du CAAVD et du CISSSAT;
  - Arrimer la programmation du point de services avec les autres services du CAAVD et avec ceux du CISSSAT;
  - Déployer les mécanismes de travail, de concertation ainsi que de transfert de connaissances et d'expertises entre le CAAVD et le CISSSAT.

Évaluation – Ans 1, 2, 3, 4 et 5

- Réaliser une évaluation évolutive du projet pilote menant à l'implantation d'un point de services de santé et de services sociaux au CAAVD;
- Ajuster et bonifier les approches, les pratiques et les services expérimentés en fonction des rétroactions en temps réel et des recommandations issues de l'évaluation évolutive.

Implantation – Ans 4 et 5

- Mettre en œuvre la programmation révisée et complétée du point de services de santé et de services sociaux au Centre d'amitié;
- Positionner le point de services du CAAVD comme important maillon du continuum de services de santé et de services sociaux pour les communautés autochtones dans la MRC Vallée-de-l'Or;
- Assurer la pérennité du point de services de santé et de services sociaux du CAAVD par l'obtention d'une reconnaissance assortie d'un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

OSER L'INNOVATION SOCIALE PORTÉE PAR LES AUTOCHTONES

Les ingrédients tous réunis

La mise en œuvre d'un point de services de santé et de services sociaux au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or réunira l'ensemble des ingrédients de la sécurisation sociale et culturelle :

- L'initiative se réalisera avec le souci de remédier aux situations et aux pratiques non sécuritaires, qui refusent de prendre en considération les spécificités des Autochtones ;
- L'initiative sera portée par les Autochtones eux-mêmes et visera l'amélioration de la santé des Autochtones ;
- L'initiative favorisera les retombées « communautaires » des actions ;
- L'initiative inclura des espaces de médiation où les Autochtones assumeront un leadership et feront partie prenante des décisions ;
- L'initiative, étant rattachée à la stratégie Minowé en santé et services sociaux, sera assortie d'une veille scientifique dont les travaux de recherche continueront de nourrir la démarche d'innovation ;
- L'initiative reposera sur le maintien d'une éthique de la relation entre Autochtones et Non-Autochtones ;
- L'initiative vise une amélioration des services de santé et des services sociaux fondée sur la reconnaissance et la prise en compte des savoirs et des compétences autochtones.

L'agentivité comme moteur d'une démarche d'innovation

L'agentivité des peuples autochtones se retrouve clairement au cœur de ce vaste projet d'innovation en santé et services sociaux, porté par et pour les Autochtones. C'est précisément grâce à cette qualité, à cette capacité d'action qu'ils portent en eux, que les Autochtones, de concert avec leur principal partenaire qu'est le CISSSAT, parviendront à s'extraire des cadres existants pour tendre vers une transformation sociale, communautaire et culturelle.

L'agentivité

L'agentivité est un concept employé en sciences sociales pour marquer la capacité d'un individu ou d'une collectivité d'agir sur son propre destin, en réponse à des conditions et structures sociales, politiques, économiques, environnementales ou institutionnelles qu'il ou elle n'a pas nécessairement déterminées ou voulues, de manière à transformer la situation à son avantage, en fonction de ses priorités propres.

Un projet-pilote en phase avec les orientations gouvernementales

Le projet-pilote visant le développement d'un point de services de santé et de services sociaux culturellement et socialement sécurisants pour les Autochtones à Val-d'Or rejoint directement plusieurs des orientations et des mesures faisant partie du Plan d'action du gouvernement du Québec pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits, pour la période 2017-2022 :

- Déployer des stratégies de sécurisation culturelle afin d'améliorer la prestation des services du Réseau de la santé et des services sociaux ;
- Convenir d'ententes établissant un régime particulier de protection de la jeunesse pour les Autochtones ;
- Élaborer, avec les partenaires autochtones et les responsables des dossiers autochtones du Réseau de la santé et des services sociaux, une stratégie visant à améliorer l'accès et la continuité des services en dépendances pour les membres des Premières Nations et des Inuits.

CONCLUSION

La force de la stratégie Minowé en santé et services sociaux réside non pas dans ses objectifs, dans ses activités ou même dans sa vision, sa véritable force puise sa source dans le partenariat CAAVD-CISSSAT qui perdure depuis bientôt dix ans et qui s'est considérablement accru au cours des deux dernières années. C'est sur la base de ce partenariat sincère et efficace que se réalisera ce vaste projet d'innovation sociale visant le développement et la mise en œuvre d'un point de services de santé et de services sociaux culturellement et socialement sécurisants pour les Autochtones à Val-d'Or.

PROCHAINE ÉTAPE

Une proposition complète du projet-pilote, incluant un plan de travail et un budget détaillé, sera présentée au ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 2017.

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2007. *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant… pour l'avenir.* Wendake, APNQL.

Blanchet-Cohen, Natasha et Monique Trudel. 2014. *Rapport d'évaluation du projet Abinodjic.* Montréal, Université Concordia.

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). 2013. *Un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or : la Clinique Minowé, une ressource intégrée au Réseau local de la Vallée-de-l'Or. Val-d'Or,* CAAVD.

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). 2016. *Minowé 2.0 – 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 Inuits en milieu urbain.* Val-d'Or, CAAVD.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2012. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action.* Winnipeg, CVRC.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2015. *Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Volume 5. Pensionnats du Canada : Les séquelles.* Montréal/Kingston, McGill-Queen's University Press.

Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). 1996. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Volume 3. Vers un ressourcement.* Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services du Canada.

Conseil canadien de la santé (CCS). 2012. *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain.* Toronto, CCS.

Lévesque, Carole. 2016a. *« Autochtones : La réconciliation passe d'abord par la reconnaissance », dans Annick Poitras (dir.), L'état du Québec 2016.* Montréal, Institut du Nouveau Monde/Del Busso Éditeur.

Lévesque, Carole. 2016b. *La présence autochtone dans les villes du Québec : tendances, enjeux et actions. Cahiers ODENA, Au croisement des savoirs.* Montréal, Alliance de recherche ODENA/DIALOG/RCAAQ.

Lévesque, Carole. 2017. Institut national de la recherche scientifique (INRS). *Présentation de la démarche de sécurisation culturelle devant la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec.* Val-d'Or, 17 octobre 2017. (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès. 2017. « Détail de l'audience – Enregistrement vidéo du 2017-10-17 », dans https://www.cerp.gouv.qc.ca. [En ligne]. Page consultée le 23 octobre 2017.
https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=57&tx_cspqaudiences audiences%5Baudiences%5D=29&tx_cspqaudiences_audiences%5Baction %5D=show&tx_cspqaudiences_audiences%5Bcontroller%5D=Audiences&cHash=1 983541bfac4a2690eab3f77293ebb82)

Mark, Janet. 2012. *Vision holistique. Présentation au Symposium sur la santé et le bien-être des Autochtones. 31 octobre 2012.* Val-d'Or, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Organisation des Nations Unies (ONU). 2008. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.* New York, ONU.

Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). 2012. *Mino Madjiwin – Innovation et développement en économie sociale autochtone.* Wendake, RCAAQ.

Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). 2017. *Faire plus, faire mieux. Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits. 2017-2022.* Québec, Direction des communications du ministère du Conseil exécutif et du Secrétariat du Conseil du trésor.

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Val-d'Or Native Friendship Centre

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

Québec