P-447

Dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec

Témoignage de Médecins du Monde

Dr Nicolas Bergeron, président
Véronique Houle, directrice des opérations nationales
Jaëlle Rivard, infirmière de proximité
Dre Faisca Richer, médecin bénévole

Avec la contribution de :

Nadja Pollaert, directrice générale
Pénélope Boudreault, infirmière coordonnatrice clinique
Maude Blanchette Lamothe, coordonnatrice de projet/infirmière
Sarika Beauchamp, infirmière de proximité
Claudine Pringle, infirmière de proximité
Laurence Éthier, infirmière de proximité
Laurianne St-Onge, adjointe administrative

Le 23 février 2018

15 février 2018

Table des matières

1. Introduction 1

2. Médecins du Monde Canada : notre mission, notre vision et nos valeurs 3

Mission 3

Vision 3

Valeurs 4

2.1 Nos sphères d'action auprès des Autochtones ailleurs dans le monde 4

2.1.1 Médecins du Monde Bolivie, en partenariat avec la Nation Aymara 5

2.1.2 Médecins du Monde Argentine, en partenariat avec le peuple Qom-lik 6

2.1.3 Médecins du Monde Colombie, en partenariat avec les peuples Jiw, Nasa et Ember á Chami 7

2.2 Les objectifs des opérations nationales Canada 8

2.3 Notre modèle d'intervention 8

2.3.1 Nos interventions 9

2.3.2 Notre Clinique mobile 10

2.5 Nos statistiques 13

3. La réalité des populations autochtones urbaines au Canada 17

3.1 De graves iniquités de santé 17

3.2 Urbanisation des populations autochtones au Canada 18

3.2.1 Populations autochtones urbaines et itinérance 19

3.3 La situation des populations autochtones urbaines à Montréal 19

3.3.1 Surreprésentation des personnes autochtones itinérantes visibles à Montréal 20

4. Profils de santé et besoins de soins et de services 24

4.1 Déterminants structurels défavorables 24

4.2 Enjeux médicaux particuliers liés à la population autochtone itinérante 27

4.3 Éclosion de la bactérie streptocoque du groupe A 28

5. Entraves à l'accès aux soins 31

5.1 Entraves liées aux conditions de vie difficiles 33

5.2 Entraves spécifiques aux populations autochtones en milieu urbain 35

5.2.1 Méconnaissance des intervenants en matière de modalités d'accès aux services pour les personnes autochtones en milieu urbain 35

5.2.3 Les barrières linguistiques et culturelles 38

5.2.4 En résumé 41

6. Notre approche : des services de proximité culturellement sécurisants 44

6.1 La sécurité culturelle, au-delà des approches interculturelles en santé 44

6.2 En quoi nos pratiques respectent-elles les principes de sécurisation culturelle ?. 45

6.2.1 Une attitude ouverte et dépourvue de préjugés 46

6.2.2 Prendre le temps 46

6.2.3 Être à l'écoute des besoins et faire preuve de flexibilité 47

6.2.4 La prise de décision partagée 47

6.2.5 Une approche de proximité ancrée… jusque dans la rue ! 48

6.2.6 L'accompagnement : la clé de l'accès au réseau 49

6.2.7 Des résultats… probants ! 49

6.3 Nos forces 50

6.4 Les défis rencontrés 51

7. Nos solutions et nos projets en développement 52

7.1 La formation des employées 52

7.1.1 La formation générale des professionnel(le)s de la santé 52

7.1.2 La formation des employées de MdM 52

7.2 Les navigateurs 53

7.3 Évaluation des besoins pour une Clinique mobile dans d'autres villes du Québec 55

8. Nos recommandations 55

8.1 Des services de proximité adaptés 56

8.1.1 Des intervenants qui sont familiers avec l'approche de réduction des méfaits 57

8.1.2 La qualité d'écoute et de communication 58

8.1.3 La décision partagée et des attentes réalistes 59

8.1.4 Embaucher du personnel autochtone 60

8.2 Des cliniques de première ligne destinées spécifiquement aux personnes autochtones en milieu urbain 60

8.3 L'amélioration de la sécurité culturelle dans le RSSS 62

1. Introduction

« Les humains doivent se reconnaître dans leur humanité commune,
en même temps que reconnaître leur diversité tant individuelle que culturelle. »
Edgar Morin

Lorsque nous avons été interpellés pour exposer nos observations et témoigner de nos expériences devant la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec, nous avons entamé une réflexion au sein de Médecins du Monde pour déterminer ce qui caractérisait notre collaboration avec ces personnes en situation de grande vulnérabilité.

Au-delà du simple service de santé que nous aspirons à fournir, il nous est rapidement apparu que notre indépendance nous permet d'offrir quelque chose qui est encore trop rare aujourd'hui : le temps et la rencontre.

Chacun d'entre nous a pu raconter une histoire qui l'avait touché, fait réfléchir, parfois amusé, mais toujours marqué. Les personnes autochtones que nous rencontrons depuis plus d'une décennie nous ont appris des histoires sombres de notre pays, nous ont montré comment, un soir d'été, dans la rue, on peut retrouver une communauté, nous ont impressionné par leur humour, par leurs trajectoires, qu'elles soient sur des territoires intérieurs ou les espaces extérieurs.

Témoins d'une véritable détresse humaine dans nos rues, nous persistons à croire que le domaine de la santé dépasse ce qui est de l'ordre de la maladie. Le contact privilégié que nous avons développé avec les communautés autochtones nous a permis de comprendre et de respecter ce qu'est l'approche holistique en matière de soins de santé.

Au-delà de toute appartenance culturelle, au-delà de situations économiques et sociales précaires, nous allons d'abord à la rencontre d'un être humain. Afin de donner vie à nos expériences et de rendre compte des réalités de ceux que nous croisons, nous avons ajouté au présent texte de nombreux témoignages de nos infirmières. Nous espérons que ces dernières sauront faire résonner à votre oreille les multiples voix de ces personnes autochtones.

Nous adressons nos sincères remerciements à nos collègues qui œuvrent dans les organisations autochtones à Montréal. Nous sommes honorés d'être écoutés et espérons que ce mémoire contribuera à faire avancer l'accès aux soins de santé des personnes autochtones qui vivent dans la rue.

2. Médecins du Monde Canada : notre mission, notre vision et nos valeurs

Mission

Promouvoir l'accès aux soins de santé et l'offrir aux personnes exclues et vulnérables, ici et ailleurs.

Créé en 1980, Médecins du Monde est un mouvement indépendant de militants actifs, au Canada et à l'international, qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social. Au moyen de nos programmes médicaux novateurs et d'un plaidoyer basé sur des faits, nous mettons les personnes exclues et leur communauté en capacité d'accéder à la santé, tout en militant pour un accès universel aux soins.

Vision

Un monde où la santé est réellement un droit.

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). Le droit à la santé n'équivaut pas au droit d'être en bonne santé, mais au droit de tout être humain d'atteindre le meilleur état de santé dont il est capable (OMS, 1946 ; Alma Ata, 1978 ; Déclaration mondiale sur la santé, 1998).

En vertu de ce droit, les États sont tenus de mettre en place des politiques et des plans d'action qui permettent à tous d'accéder à un meilleur état de santé. Cela touche évidemment les services de santé, la prévention et la promotion de la santé, mais aussi

les déterminants sociaux de la santé, comme l'alimentation, le logement, l'éducation, le revenu et des environnements sains.

Tous les membres de Médecins du Monde veulent un monde où les obstacles à la santé auront été surmontés et où le droit à la santé sera effectif.

Valeurs

Nous militons pour la **justice sociale** et de l'**autonomisation** des populations, en toute **indépendance**, sur la base de l'**engagement** et de l'**équilibre**.

Nous soignons, nous témoignons et nous nous enrichissons des différences.

2.1 Nos sphères d'action auprès des Autochtones ailleurs dans le monde

Médecins du Monde vise à rejoindre et soutenir les populations marginalisées et exclues afin de promouvoir leur droit d'accès à la santé. Dans nos actions humanitaires ou de développement dans les Amériques, nous travaillons avec plusieurs nations et peuples autochtones qui luttent pour la reconnaissance de leurs droits, le respect de leur savoir ancestral et la mise en place de mesures favorisant une vie saine au sein de leur communauté. Nous défendons l'importance d'une approche de consultation et de co-construction avec les communautés pour les soutenir dans leur accès aux soins de santé, mais aussi pour avoir un impact à plus long terme sur les systèmes de santé institutionnels qui font trop souvent abstraction de l'approche holistique en santé.

2.1.1 Médecins du Monde Bolivie, en partenariat avec la Nation Aymara

1. Renforcement de la législation nationale en faveur des peuples autochtones

MdM travaille dans le respect d'un cadre établi par une loi bolivienne qui vise, entre autres, la revalorisation et la promotion des pratiques ancestrales[1] et qui favorise une approche multidisciplinaire reconnaissant la médecine traditionnelle et son apport.

2. Revalorisation de l'approche médicale autochtone

Des professionnels de la médecine biomédicale et de la médecine traditionnelle autochtone travaillent conjointement et en complémentarité afin d'offrir des traitements pour les maladies répandues – l'objectif principal étant d'adopter une approche favorisant l'accès aux soins pour les populations autochtones.

3. Soutien et promotion des femmes autochtones leaders

Un axe important de la mission de MdM est l'autonomisation. Il s'agit de soutenir des femmes autochtones leaders qui désirent s'investir dans leur communauté afin d'atteindre l'équité des genres.

[1] Ley n° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

2.1.2 Médecins du Monde Argentine, en partenariat avec le peuple Qom-lik[2]

1. Promouvoir les réseaux de santé interculturelles et de vigilance épidémiologique communautaire pour l'élimination de la transmission du Chagas[3] dans les communautés autochtones Qom-lik

Les actions de MdM se concentrent davantage sur les déterminants sociaux de la santé qui expliquent la contagion fulgurante de la maladie plus que sur la maladie elle-même. La propagation du Chagas est intimement liée à la pauvreté, au chômage, au manque d'éducation et à l'isolement des populations autochtones dans les zones rurales. MdM soutient la consolidation de réseaux et de systèmes communautaires de vigilance de la santé collective à travers la formation d'agents de santé et œuvre pour l'amélioration de l'accessibilité des diagnostics médicaux dans les communautés rurales.

2. Sortir du déterminisme et apporter une réponse durable en soutenant la lutte des peuples autochtones pour l'accès au système de santé

MdM travaille à l'amélioration globale de la vie des personnes par une aide ponctuelle (soins de santé) en la liant à la formation et à l'éducation populaire en matière de santé. Le positionnement des actions de MdM vise à limiter l'hégémonie de la médecine occidentale en acceptant celle des peuples autochtones puisqu'il faut un changement de paradigme dans l'approche médicinale pour mettre en place un système de santé communautaire qui propose le savoir biomédical aux autochtones tout en intégrant leur savoir en médecine traditionnelle.

---

[2] Actuellement, les Qom habitent principalement le centre, le nord et l'ouest de la province de Chaco, avec environs 65 000 membres.

[3] **Qu'est-ce que la maladie du Chagas ?** C'*est une forme de trypanosomiase (comme la maladie du sommeil), une maladie parasitaire qui sévit dans les régions tropicales d'Amérique du Sud et centrale. Elle est provoquée par trypanosoma cruzi, un trypanosome qui est transmis par des réduves, sorte de punaises, telle la vinchuca. Selon MdM Argentine, près de 20 000 personnes meurent du mal de Chagas et 200 000 nouveaux cas se déclarent chaque année* ».

2.1.3 Médecins du Monde Colombie, en partenariat avec les peuples Jiw, Nasa et Ember á Chami

1. Appui en santé intégrale

La santé est prioritaire pour ces populations, non seulement parce qu'elles sont coupées du système de santé alors que le conflit et leurs conditions de vie génèrent de graves problèmes sanitaires, mais également parce qu'il s'agit d'un droit humain à la vie, à la protection et au bien-être. Il est donc indispensable de répondre aux besoins immédiats de la population au moyen de services mobiles de santé comprenant un appui intégral et multisectoriel. Dans cette période de transition politique, les actions de MdM visent la participation accrue des services de santé publique dans une perspective de récupération de leur rôle et de co-construction d'un modèle de santé adapté au contexte.

2. Appui psychosocial

Pour répondre aux dommages importants générés par la violence et le conflit dans les communautés, MdM propose un appui psychosocial de manière systématique dans ses interventions liées à la santé. Dans ce nouveau contexte de transition vers le post-conflit, MdM déploie cette composante avec les stratégies de reconstruction de la vérité, de reconnaissance des victimes et de justice.

3. Formation et transfert de compétences

En s'appuyant sur son expérience, MdM joue un rôle de formateur auprès des prestataires publics de santé dans ses domaines d'expertise. MdM se concentrera sur la participation des communautés à la construction d'un accès universel à la santé et sur le transfert de compétences en termes de santé primaire, avec une approche de genre et d'âge, en insistant sur la santé sexuelle et reproductive, les violences liées au genre, le suivi nutritionnel des enfants et l'appui psychosocial.

4. Renforcement communautaire

Afin de permettre aux communautés de renforcer leurs capacités d'organisation et d'intervention, MdM maintiendra ses actions en santé communautaire. MdM utilisera ses bases relais, telles que des centres communautaires, pour permettre aux populations de se réunir, de se former et de partager des expériences. Plusieurs types d'activités seront proposées : formations aux premiers secours et à la protection ; mise en place des systèmes de référencement ; activités artistiques, artisanales et éducatives ; promotion et développement de groupes d'entraide ; groupes de promotion de la santé, etc.

2.2 Les objectifs des opérations nationales Canada

Améliorer les conditions de santé des populations migrantes à statut précaire, des personnes itinérantes, marginalisées et exclues des soins de santé, et permettre aux intervenants communautaires œuvrant auprès de ces personnes d'accéder à une meilleure qualité de vie professionnelle et émotionnelle.

2.3 Notre modèle d'intervention

- Respect et approche de proximité : « rejoindre les gens là où ils sont » ; activités d'*outreach* pour atteindre les populations les plus vulnérables.
- Engagement bénévole : des médecins bénévoles sont à l'origine de la création de Médecins du Monde, et encore aujourd'hui, tous nos médecins sont bénévoles. D'autres bénévoles (246) sont présents dans nos projets nationaux, notamment à chaque sortie de la Clinique mobile.
- Collaboration avec les organismes communautaires : nous travaillons en partenariat avec de nombreux organismes du milieu (autochtones, itinérance, travail du sexe, prévention des ITSS, etc.). Leur connaissance d'un quartier et de

ses habitants, et leur expertise dans certains domaines précis permettent une belle complémentarité avec les services offerts par MdM.

- Approche de réduction des méfaits.
- Accès facile et rapide au dépistage des ITSS et aux traitements en cas de besoin.
- Soins accessibles et adaptés aux besoins des personnes marginalisées.
- Confidentialité (on ne demande pas de pièce d'identité, de nom de famille ; dossiers non nominaux).
- Témoignage et prise de position : Médecins du Monde a mis en place un groupe de travail de plaidoyer qui vise à mettre en œuvre, depuis 2014, une stratégie de défense du droit à la santé des populations que nous desservons dans une perspective d'équité et de justice sociale.
- MdM n'a pas vocation à se substituer au Réseau de la santé et des services sociaux, mais, au contraire, se veut un pont entre les personnes marginalisées et le système de santé publique.
- Approche d'autonomisation (*empowerment*) : reconnaissance des compétences des personnes à prendre leurs propres décisions.

2.3.1 Nos interventions

« La force de Médecins du Monde est de collaborer avec les organismes qui travaillent auprès des personnes issues des Premières Nations et des Inuit. Nous avons établi une relation de longue date avec des intervenants issus de la communauté et travaillant pour la communauté. C'est longtemps presque exclusivement cette relation qui nous a permis de rejoindre les personnes autochtones dans le besoin et d'intervenir au niveau de leur santé. Nos patients avaient confiance en leurs intervenants qui, eux, avaient confiance en nous. »

« La présence d'intervenants communautaires dédiés à rejoindre les populations des Premières Nations et Inuit, comme l'organisme Plein Milieu et les intervenants du Square Cabot (Café de la Maison Ronde, Native Women's Shelter, Chez Doris) facilite grandement le contact avec ces derniers. »

2.3.2 Notre Clinique mobile

La Clinique mobile de Médecins du Monde est un outil novateur et efficace permettant d'atteindre les personnes en situation d'itinérance. Les équipes de Médecins du Monde vont à leur rencontre, là où elles vivent : dans la rue, dans les parcs, dans les refuges ou dans des lieux isolés, loin des emplacements fréquentés par la population. Compte tenu de l'étendue du territoire et, surtout, des conditions climatiques rudes de l'hiver, la Clinique mobile permet d'aller au-devant de ces personnes et de leur offrir, grâce à un espace privé à l'abri des regards, des soins intimes et sécuritaires dans le respect de leur dignité.

> *« La proximité est définitivement une approche à privilégier lorsqu'il est question de rejoindre les populations autochtones, et elle est, selon moi, incontournable lorsqu'il s'agit de rejoindre des personnes autochtones encore plus fragilisées par l'itinérance et la consommation de drogues et d'alcool. »*

En collaboration avec les travailleurs de rue et d'autres intervenants des organismes communautaires partenaires, les infirmières de proximité de MdM prodiguent des soins de santé adaptés aux besoins et aux modes de vie des personnes rencontrées, dont les membres des Premières Nations et les Inuit.

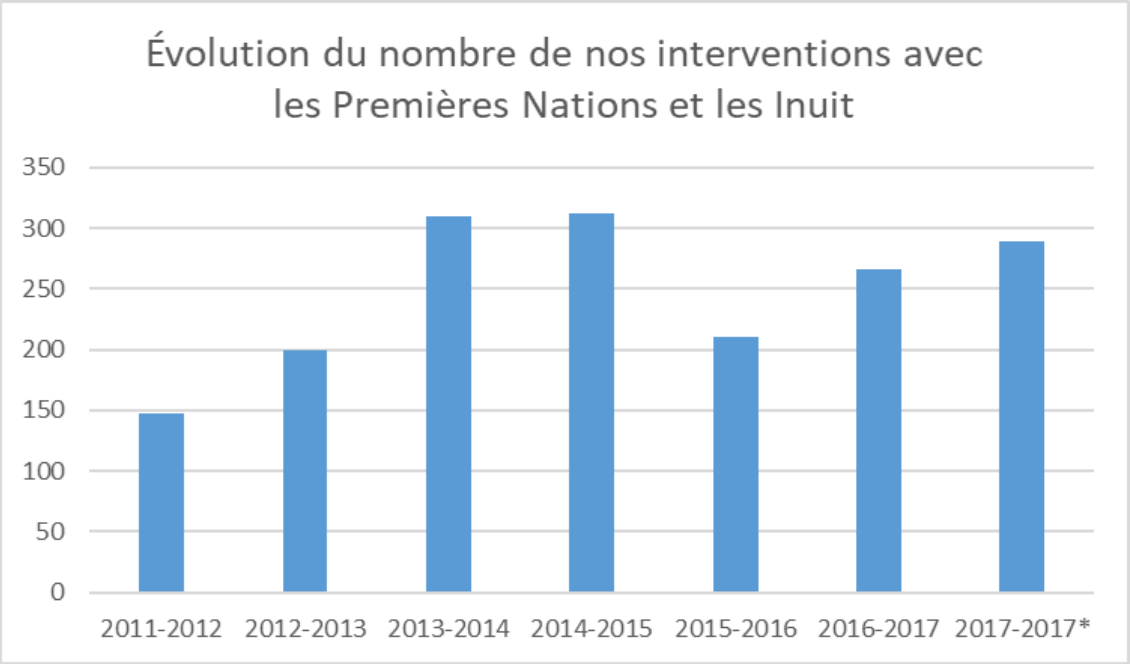
Les soins infirmiers comprennent les soins de base, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, la vaccination, les soins de plaies et d'abcès, l'éducation à la réduction des risques, etc. Les personnes qui nécessitent de tels soins sont recommandées et accompagnées vers les ressources adéquates du RSSS en fonction de leurs besoins. Des médecins bénévoles sont aussi présents à bord de la Clinique mobile, ce qui permet aux personnes de bénéficier d'une consultation médicale en cas de besoin. Les interventions de MdM se veulent complémentaires aux services du RSSS, puisqu'elles visent à faire le pont entre les personnes marginalisées et les ressources du RSSS qu'elles ne fréquentent pas.

« La présence d'une infirmière de proximité et d'une travailleuse sociale issue du CSSS de la Montagne, qui fréquentent les mêmes milieux que nous, peut faciliter la prise en charge autant médicale que sociale. Nous sommes ainsi amenés à travailler en collaboration et pouvons assurer, lorsque possible, un suivi sur certaines problématiques de santé. Par exemple, le traitement de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang, la notification d'ITSS aux partenaires, le suivi de plaies ou de problèmes cutanés, planning familial, etc. »

2.4 Nos partenaires

1. Rézo
2. Centre d'amitié autochtone de Montréal
3. Plein Milieu
4. Mission St-Michael's
5. Rap Jeunesse
6. Maison Benoit Labre
7. Pact de rue
8. Stella
9. Projets autochtones du Québec
10. Travail de Rue/Action communautaire (TRAC)

2.5 Nos statistiques



Il est à noter que la dernière colonne, 2017-2017, représente les chiffres recueillis entre le 1er avril et le 31 décembre 2017, ce qui représente donc 9 mois d'activité. Les autres colonnes font référence à une année complète du 1er avril au 31 mars.

Rencontres avec les Autochtones à bord de la Clinique mobile

Au total, 289 consultations infirmières ont eu lieu avec des personnes autochtones à bord de la Clinique mobile entre le 1er avril et le 31 décembre 2017, pour un total de 149 personnes différentes rencontrées. Pour les allochtones, nous parlons de 374 rendez-vous, pour un total de 295 personnes différentes.

Portrait

La majorité des personnes rencontrées proviennent des communautés autochtones du Québec, et nous retrouvons également une forte proportion d'Inuits du Nunavik.

Identité	Nbr de personnes	%
Inuit	71	47,65 %
Premières Nations	63	42,28 %
Métis	5	3,36 %
Non spécifié	10	6,71 %
Total	**149**	**100,00 %**

Genre	Autochtones	%	Allochtones	%
Féminin	81	54,36 %	79	26,78 %
Masculin	67	44,97 %	214	72,54 %
Transsexuel(le)	1	0,67 %	2	0,68 %
Total général	**149**	**100,00 %**	**295**	**100,00 %**

Il est important de noter le ratio de femmes autochtones rejointes par Médecins du Monde, comparativement au ratio de femmes dans la population allochtone. De plus, nous notons que les hommes autochtones consultent plus rarement les infirmières de la Clinique mobile que les non autochtones.

Dans le tableau suivant, il est clairement démontré que les Autochtones, pour près de 78 % d'entre eux, ont déjà consulté une infirmière ou un médecin de MdM, comparativement à 43 % des allochtones. Cela démontre bien le fait que les personnes autochtones sont plus difficiles à référer dans le système – nous expliquerons les raisons plus loin dans ce document.

Est-ce votre première visite ?	Autochtones	%	Allochtones	%
Oui	33	22,15 %	161	54,58 %
Non	116	77,85 %	128	43,39 %
Non renseigné	0	0	6	2,03 %
Total	**149**	**100,00 %**	**295**	**100,00 %**

Lieux de vie	Autochtones	%	Allochtones	%
Appartement	22	14,77 %	119	40,34 %
Appartement supervisé	4	2,68 %	1	0,34 %
Autre	1	0,67 %	3	1,02 %
Chez un tiers (famille, ami, *couchsurfing*)	13	8,72 %	30	10,17 %
Maison de chambres/motel	1	0,67 %	1	0,34 %
Refuge	35	23,49 %	27	9,15 %
Rue (squat, piaule)	53	35,57 %	47	15,93 %
Non renseigné	20	13,42 %	67	22,71 %
Total général	**149**	**100,00%**	**295**	**100,00 %**

Nous notons également dans nos statistiques qu'une plus grande proportion des Autochtones a accès à l'aide sociale, soit près de 60 % d'entre eux, comparativement à 35 % des allochtones. Les Autochtones ont aussi davantage recours à la mendicité, soit 15 % d'entre eux, contre 5 % des allochtones.

Concernant les statuts sérologiques connus des patients, nous constatons qu'une plus grande portion des Autochtones ont l'hépatite C, comparativement aux allochtones (23 % contre 9 %). Il en va de même pour la syphilis : 9 % des Autochtones l'ont contractée, comparativement à 2 % des allochtones.

En termes de problèmes de santé rencontrés, voici les statistiques significatives couvrant la période d'avril à décembre 2017 (9 mois d'activité) :

- 46 % des Autochtones nous ont consultés pour des problèmes cutanés, comparativement à 25 % des allochtones, les cas principaux étant des lacérations.
- 21 % des Autochtones nous ont consultés pour des symptômes ostéo-articulaires, principalement reliés à la douleur, comparativement à 13 % des allochtones.
- 22 % des Autochtones présentaient des symptômes d'ordre psychologique ou psychiatrique, principalement des troubles de consommation de substances, comparativement à 11 % des allochtones.
- 12 % des Autochtones présentaient des besoins d'ordre social, comparativement à 3 % des allochtones. Les éléments identifiés regroupent plus particulièrement les relations affectives et la violence chez les Autochtones, éléments identifiés 4 fois plus souvent que chez les allochtones.

3. La réalité des populations autochtones urbaines au Canada

3.1 De graves iniquités de santé

« The fact that even in well-resourced countries such as Australia, Canada, and New Zealand, Indigenous peoples still experience substantial gaps in life expectancy points to the detrimental effects of persistent social disadvantage[4]. »

Les écarts de santé rencontrés par les populations autochtones au Canada, comme ailleurs dans le monde, sont le reflet des conditions de pauvreté et d'exclusion sociale dans lesquelles elles vivent. En plus de ces conditions de vie difficiles, il faut aussi prendre en compte les effets transgénérationnels des traumatismes collectifs causés par la succession de politiques assimilatrices ayant contribué à l'érosion des territoires, des cultures et des modes de vie traditionnels à travers l'histoire de ces populations depuis leur colonisation[5].

Or, même si les populations autochtones au Canada se déplacent de plus en plus vers les villes dans le but, principalement, d'améliorer leurs conditions de vie, la population autochtone à Montréal n'échappe pas à ce phénomène et présente, de façon générale, des iniquités importantes sur le plan sanitaire et social.

---

[4] Kirmayer, L.J., et G. Brass. «Addressing global health disparities among Indigenous peoples », *The Lancet*, 2016.

[5] Allan, B., et J. Smylie. *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada.* Well Living House for Wellesley Institute, 2015.

3.2 Urbanisation des populations autochtones au Canada

Plus de la moitié des Autochtones du Canada vivent en milieu urbain (56 %) en 2011 ; en fait, ce groupe constitue le segment de la société canadienne connaissant la plus forte croissance[6]. Le phénomène de mobilité n'est bien sûr pas nouveau chez les peuples autochtones au Canada ; or, l'urbanisation des populations autochtones aujourd'hui est un phénomène bien différent du nomadisme traditionnel, et est plutôt justifiée par la volonté d'améliorer leurs conditions de vie et leurs perspectives d'avenir[7].

En effet, selon plusieurs enquêtes menées auprès des populations autochtones urbaines au Québec et au Canada, la grande majorité des Autochtones qui viennent s'établir en ville le font principalement pour le travail ou pour poursuivre leurs études ; sont également évoquées, mais dans une moindre mesure, les mauvaises conditions de logement ou le désir de fuir une situation difficile dans leur communauté[8].

> *« Il m'est arrivé d'apprendre qu'un gars n'aimait vraiment pas Montréal, mais ne pouvait pas retourner au Nord. Il s'était ouvert sur les abus sexuels qu'il a subis de la part de ses professeurs pendant plusieurs années. Une autre femme dont la vie était en danger à Montréal ne voulait pas retourner dans sa communauté puisqu'un policier important (le chef de police ou le chef de bande, je ne suis plus certaine) l'avait abusée sexuellement à plusieurs reprises. »*

Enfin, certains mentionnent également le fait d'être « restés coincés en ville » suite à un séjour en milieu de soins ou en prison.

> *« Plusieurs des Inuits rencontrés sont arrivés à Montréal suite à une incarcération. Et bien que certains aimeraient retourner dans leur communauté, ils n'y sont plus vraiment les bienvenus. Par conséquent, plusieurs ne sont ni bien ici ni bien en haut. Mais de toute façon, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas simple d'être*

---

[6] Statistics Canada. *Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit. The National Household Survey Catalogue n° 99-011-X2011001.* Minister of Industry, 2013.
[7] Commission de la santé et des services sociaux des Première Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale de santé des Première Nations du Québec, 2008. Faits saillants.* CSSSPNQL, 2012.
[8] Environics Institute. *REPORTUrban Aboriginal Peoples Study.* Environics Institute, 2011.

rapatrié dans sa communauté, surtout si c'est au Nord : les billets d'avion sont très coûteux. »

3.2.1 Populations autochtones urbaines et itinérance

Lorsque les populations autochtones arrivent en milieu urbain, les barrières systémiques à l'emploi et au logement, l'absence de soutien social et le manque d'accès à des services adaptés à leurs besoins pourront faire en sorte que certains individus se retrouveront en situation de marginalité sociale et d'itinérance visible ou cachée. En fait, on estime qu'environ 15 % de la population itinérante au Canada serait d'origine autochtone, soit une proportion 3 fois supérieure à leur représentation dans la population générale canadienne[9].

3.3 La situation des populations autochtones urbaines à Montréal

Bien que le phénomène d'urbanisation soit plus récent au Québec qu'il ne l'a été dans les provinces de l'Ouest, il est présentement en nette augmentation dans de nombreuses villes de la province. Montréal arrive maintenant au premier rang des villes au Québec, avec plus de 26 000 personnes d'identité autochtone au sein de la grande région métropolitaine[10] ; elle représente ainsi l'une des villes au pays où la croissance de cette population serait la plus forte[11].

Il existe une grande diversité dans la population autochtone urbaine de Montréal, avec près des deux tiers (63 %) s'identifiant comme appartenant aux Premières Nations, un tiers (34 %) comme métis, et une très faible minorité (3 %) d'Inuits. Il existe bien sûr, à Montréal comme ailleurs, une certaine hétérogénéité des populations urbaines sur le

---

[9] WELLESLEY INSTITUTE. *Precarious Housing in Canada.* WELLESLEY INSTITUTE, 2010.
[10] Statistics Canada. *Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit The National Household Survey Catalogue n° 99-011-X2011001.* Minister of Industry, 2013.
[11] Environics Institute. *REPORTUrban Aboriginal Peoples Study.* Environics Institute, 2011.

plan du statut socio-économique, mais il demeure que bon nombre d'entre elles doivent composer avec le chômage, des revenus moindres et des conditions de logement moins favorables que les non-Autochtones, et ce, même si, dans certains cas, ces conditions de vie constituent une amélioration par rapport à celles de leur communauté d'origine[12].

3.3.1 Surreprésentation des personnes autochtones itinérantes visibles à Montréal

Les Autochtones constituent 10 % des personnes itinérantes, alors qu'ils représentent moins de 0,6 % de la population de Montréal. Les Inuits constituent 40 % des personnes itinérantes, tandis qu'ils ne représentent que 10 % de la population autochtone à Montréal[13].

Populations urbaines et itinérance *(extrait de CSSSPNQL, 2017)*

*L'itinérance cachée (*couchsurfing*) constitue une forme d'itinérance significative au sein des communautés autochtones, comme un milieu urbain ; l'ampleur de ce phénomène s'explique, certes, par la crise du logement qui sévit sur la plupart des territoires, mais également par la présence de valeurs familiales fortes qui se traduisent par une solidarité au sein des familles élargies, ainsi que par l'absence de notion de propriété dans la culture ancestrale des Autochtones.*

D'autre part, l'itinérance visible (ou « sans-abrisme ») semble ainsi plus répandue en milieu urbain que dans les communautés. De plus, en raison de la proximité des services dans les communautés situées en zone urbaine, ces dernières accueillent de façon plus importante des personnes en situation d'itinérance issues de communautés isolées et difficiles d'accès, qui sont aussi celles où les problèmes de surpeuplement sont les plus graves.

L'itinérance des autochtones en milieu urbain a une dimension spécifique, compte tenu des aspects sociohistoriques et culturels propres aux Premières Nations. La fracture

[12] Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. *Un portrait de santé des Autochtones de Montréal.* CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015.
[13] Latimer, E., J. McGregor, C. Méthot, et A. Smith. *Je compte MTL 2015 : Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015.* Institut universitaire en santé mentale Douglas du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2015.

sociale et humaine engendrée par la loi sur les Indiens, les pensionnats et les déplacements de population reste vive[14].

> *« Quand je travaillais dans la rue, j'avais souvent l'impression que certaines des personnes autochtones que je rencontrais avaient un passé tellement lourd, qu'elles semblaient ne plus pouvoir se battre – comme si le passé était tellement lourd qu'elles ne croyaient plus que cela pouvait changer. Ce n'est pas un lâcher-prise ni un manque de volonté, mais plutôt comme un genre de constat que c'est ainsi et que ça ne changera pas. »*
>
> *« Mon impression est qu'ils vivent une accumulation de déceptions et de souffrances, dans un contexte historique de violence, de consommation, de séparation et d'éloignement. Être itinérant, alcoolique ou consommateur de substances psychoactives et Autochtone n'est pas un chapeau ou une étiquette facile à porter. Pour eux, même s'il s'agit de l'histoire de leurs parents, grands-parents, ils gardent le souvenir du déracinement, du vol d'identité et de leur territoire. Il est frappant de voir à quel point tous ces faits demeurent ancrés en eux et modifient leur savoir-être et leur savoir-faire. »*

L'itinérance des Autochtones est également liée à l'importante crise du logement qui sévit dans la grande majorité des communautés des Premières Nations du Québec. En effet, les peuples autochtones connaissent actuellement une importante croissance démographique, et leurs populations croissent presque deux fois plus vite que le reste de la population canadienne[15]. Cependant, le financement fédéral attaché à la construction de logements sociaux dans les communautés n'a pas augmenté depuis de nombreuses années, et la disponibilité des logements ne suit pas la courbe croissante de la démographie. Par conséquent, les maisons sont surpeuplées et en mauvais état.

L'expérience de Médecins du Monde nous a permis d'observer certaines particularités de la réalité des personnes autochtones vivant en situation d'itinérance, soit

---

[14] Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador & Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2008). Le phénomène de l'itinérance chez les Premières Nations au Québec : Commission des affaires sociales.

[15] Société canadienne d'hypothèque et de logement (2006). *L'observateur du logement au Canada 2006*. Ottawa, p. 96.

l'investissement de certains lieux, l'itinérance de groupe, ainsi que leur très grande vulnérabilité à l'exploitation sexuelle. Nous livrons ici quelques témoignages de nos intervenants à ce sujet.

Investissement de certains lieux

> *« J'ai commencé à travailler dans la rue en 2006. À cette époque, nous allions régulièrement intervenir au Parc de la Paix, au Square Cabot et dans un petit parc qui était situé près du Centre d'amitié autochtone, mais qui a été rasé pour faire place au Quartier des spectacles. J'ai constaté au fil des années que ces lieux investis par les personnes autochtones sont régulièrement visités par la police et finissent par être modifiés ou fermés, obligeant nos patients à changer de lieu. Cela rend difficile le suivi des patients. Heureusement, nous arrivons à rejoindre cette population par notre étroite collaboration avec nos partenaires, tels que Projet Autochtone Québec et le Centre d'amitié autochtone de Montréal, avec lesquels on travaille depuis maintenant plus de 15 ans. Les personnes autochtones en situation d'itinérance nous informent aussi des déplacements de leurs pairs et nous appuient pour arriver à les retrouver. »*

Itinérance de groupe

Les cultures autochtones étant le plus souvent issues d'une tradition collectiviste (plutôt qu'individualiste), les individus privilégient souvent la compagnie de leurs pairs. Ils auront tendance à se regrouper selon leur identité autochtone, mais également selon leur langue maternelle.

> *« Les personnes issues des Premières Nations et les Inuits se tiennent majoritairement en groupe, comparativement à plusieurs personnes itinérantes non autochtones, qui sont souvent plus solitaires. Ils tendent à se regrouper entre eux par peuple ou nation (Inuit avec Inuit, etc.). »*

D'autre part, il n'est pas rare que, même dans les organismes communautaires destinés à la population itinérante, les personnes autochtones subissent du racisme de la part des personnes itinérantes, mais également de la part des intervenants.

« Deux personnes m'ont dit vivre de la discrimination dans un centre de jour avec lequel on travaille. Un bénévole a dit que les Autochtones avaient droit à deux chèques de BS et qu'ils ont tout gratuit. »

Des personnes extrêmement vulnérables à l'exploitation sexuelle

On observe, dans de nombreuses villes au Canada, que certains adolescents se retrouvent dans la rue à un âge précoce et sont surreprésentés dans le commerce de la drogue et l'industrie du sexe. De la même façon, les femmes autochtones vivant en milieu urbain font souvent face à des défis importants sur le plan de leur sécurité. Bien que certaines arrivent à trouver un emploi, plusieurs n'ont aucun soutien social ni familial et se retrouvent complètement isolées. Par conséquent, plusieurs deviennent des proies faciles pour la traite humaine et l'exploitation sexuelle.

« On remarque que les femmes sont rarement seules dans la rue, elles seront en couple avec un homme. Il y a une intersection des stigmates qu'elles vivent, soit l'itinérance, l'appartenance à une nation autochtone, la toxicomanie, le travail du sexe et le fait d'être une femme. Elles ne portent pas nécessairement tous les stigmates nommés, mais souvent au moins 3 de ceux-ci.

On sait que des proxénètes traînent dans un quartier en particulier pour recruter des jeunes femmes Inuits nouvellement arrivées à Montréal. Souvent, le fait que les filles aient rencontré ces gars-là va en dire long sur ce qui les attend en territoire urbain : aggravation de leurs dépendances, itinérance, travail du sexe, prise de grands risques au niveau de leur santé sexuelle et violence.

Je me souviens de cette femme que j'ai accompagnée pour qu'elle retourne dans sa communauté après 3 ans d'itinérance à Montréal. Sa vie était littéralement en danger. Elle s'était enfuie à deux reprises des mains des gangs de rue, puis voulait que je l'emmène à l'hôpital pour qu'elle y soit protégée. C'était le seul endroit où elle se sentait en sécurité, et malgré sa condition d'extrême vulnérabilité et le fait qu'elle soit en danger, elle avait une peur incroyable des policiers, et refusait catégoriquement de faire appel à eux. »

4. Profils de santé et besoins de soins et de services

4.1 Déterminants structurels défavorables

Bien que les taux de prévalence précis puissent varier d'un peuple à l'autre, et d'une province à l'autre, les populations autochtones au pays, comme ailleurs dans le monde, présentent habituellement un tableau épidémiologique assez caractéristique des populations dont la transition démographique a été bouleversée (sur une période plus ou moins longue, selon les nations) par le processus de colonisation et l'érosion des modes de vie traditionnels. À ces bouleversements profonds, il faut ajouter les conséquences très lourdes du traumatisme historique sur l'érosion identitaire et de l'exclusion sociale et économique de la société dominante (voir l'encadré ci-dessous).

Le concept de traumatisme historique aux conséquences intergénérationnelles

Les politiques gouvernementales mises en application par le biais de la Loi des Indiens et du régime des pensionnats ont profondément entravé la transmission de la culture et de l'identité autochtone, en plus de créer chez ces enfants des carences affectives importantes. Les blessures profondes causées ainsi aux enfants (et à leur famille) ont perturbé la capacité de plusieurs à mener une vie saine et à établir des relations intimes stables, entraînant par le fait même un cycle d'effets dévastateurs sur la santé de leurs familles et des enfants qui y grandissent ; l'impact de ces expériences s'est ainsi répercuté d'une génération à la suivante[16].

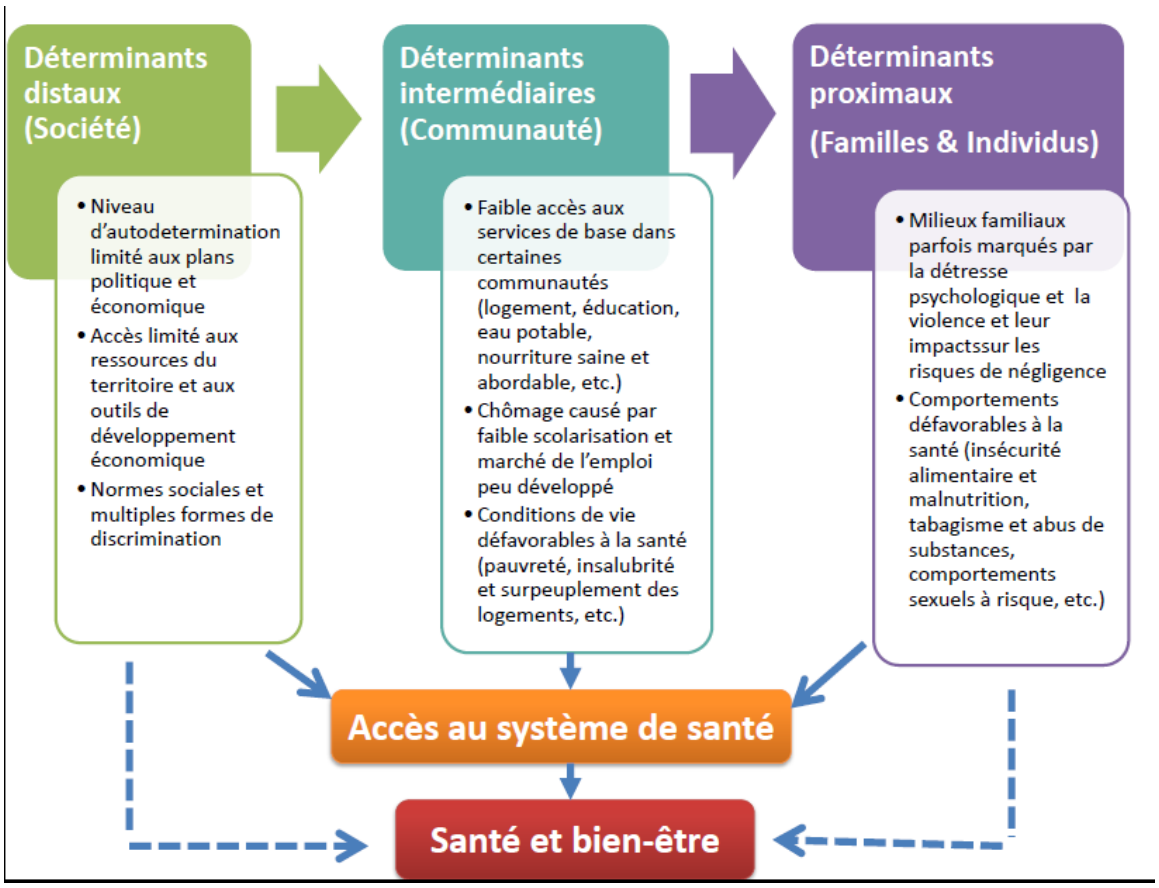
Ces phénomènes de traumatisme collectif se sont échelonnés dans le temps (sur une période allant de plusieurs décennies à plusieurs siècles, selon les nations), et ont fait en sorte que, comme toutes les sociétés ayant dû faire face à des traumatismes collectifs de cette ampleur, les populations autochtones expriment collectivement tous les symptômes reliés aux deuils collectifs non résolus, tels la dépendance et l'abus de substances, les violences familiales et sexuelles, le sentiment de désespoir et les comportements suicidaires[17].

[16] Healing Foundation. *Historic Trauma and Aboriginal Healing.* Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, 2004.
[17] Kirmayer, L.J., J.P. Gone, et J. Moses. « Rethinking Historical Trauma », *Transcultural Psychiatry*, 2014.

Les conséquences observables de ces processus structurels combinés incluent des maladies infectieuses généralement en déclin, comme la persistance de la tuberculose et les forts taux d'ITSS, l'émergence de nombreuses maladies chroniques, telles que l'obésité, l'hypertension et le diabète, ainsi que l'omniprésence de nombreux problèmes de nature psychosociale (dépendances, détresse psychologique, suicide, ainsi que diverses formes de violence et de traumatismes)[18]. De plus, le taux de natalité assez élevé dans de nombreuses populations fait en sorte qu'il faille également répondre aux besoins particuliers des femmes qui débuteront tôt leur vie de mère pour donner naissance à de nombreux enfants.

La figure ci-dessous illustre bien le cumul des déterminants sociaux structurels et familiaux expliquant non seulement la très grande fréquence, mais également la gravité des problèmes de santé rencontrés par les populations autochtones au pays.

[18] National Collaborating Centre for Aboriginal Health. *State of Knowledge of Aboriginal Health: A Review of Aboriginal Public Health in Canada.* Prince George BC: NCCAH, 2012.



Témoignages des infirmières de MdM :

> *« La violence est un enjeu important au sein de ces populations. Il n'est pas rare d'être témoin de comportements violents quand les personnes sont en état de consommation. Certaines des personnes que j'ai rencontrées dans la rue ont vécu tant de violence : suicide d'un proche, décès d'un enfant, violence conjugale, agressions multiples, abus de toutes sortes… j'ai l'impression que plusieurs portent cette douleur et cette violence en eux. Comment ne pas reproduire les choses que l'on connaît ? »*
>
> *« Souvent c'est la seule façon qu'ils ont d'exprimer leurs émotions. Ils perpétuent entre eux les comportements qu'ils ont appris de leur entourage. Il y a certainement un lien à faire avec l'héritage colonial du Canada (pensionnats, loi sur les Indiens, etc.). »*
>
> *« Il est important de mentionner que beaucoup de femmes sont victimes de violences multiples sur la rue et ne se sentent pas en sécurité. J'ai déjà aussi été en*

lien avec une femme prise dans les gangs de rue, et avec une autre prise avec un proxénète. »

4.2 Enjeux médicaux particuliers liés à la population autochtone itinérante

Le manque d'informations statistiques dans cette section est à nouveau le reflet de la disponibilité limitée de données complètes, exactes et à jour sur la santé des Autochtones dans la ville de Montréal. Mais le peu de données dont nous disposons démontre aussi ici que les Autochtones de Montréal semblent présenter un état de santé plus précaire que celui des autres Montréalais.

Tableau : Conditions et états de santé – comparaisons entre les Autochtones habitant Montréal, les non-Autochtones habitant Montréal et les Autochtones du reste du Québec

	Inuits	Premières Nations	Ensemble des Montréalais
Excellent ou très bonne santé	37%	46,5%	69,3%
Présence d'au moins un problème de santé chronique	31%	n.d.	34,7%
Hypertension	9%	22,9%	16,1%
Arthrite	5%	11,8%	12,6%
Asthme	4%	8,0%	8,3%
Diabète (à l'exclusion du diabète gestationnel)	2%	16,5%	6,6%
Trouble de l'humeur	5%	n.d	6,8%
Besoins non comblés en matières de soins de santé	9%	n.d.	20,8%

Sources :
Inuit = EAPA, 2012 – Wallave, 2014.
Premières Nations : ERSPNQ, 2008.
Montréalais = TOPO, 2012 et ESCC, 2011.

Or, en ce qui concerne la population autochtone urbaine vivant en situation d'itinérance, il faut également ajouter les problèmes liés à la vie dans la rue, les appartements et chambres d'hôtel insalubres, la consommation de drogues et d'alcool, le fait de dépendre des banques alimentaires et des ressources communautaires pour se nourrir… Il s'agit là de caractéristiques qui précarisent et augmentent les risques pour la santé de la population autochtone en situation d'itinérance.

Ces mêmes caractéristiques expliquent une partie des problèmes de santé que nous rencontrons régulièrement dans cette population : des problèmes de plaies qui s'infectent à répétition, des douleurs chroniques, des fractures, des infections diverses au niveau de la peau, des infections transmissibles sexuellement et par le sang, des infections des voies respiratoires, des grossesses à risque répétées, des éclosions de maladies infectieuses diverses, etc. Les problèmes de santé sont donc multiples et souvent complexes, surtout en raison du fait que ces personnes consultent très peu, ou lorsqu'elles consultent à l'urgence par exemple, elles repartent souvent avant d'avoir reçu tous les soins nécessaires.

> *« Je me souviens d'avoir accompagné cette femme qui était intoxiquée à la pharmacie. Ce soir-là, le médecin lui avait prescrit des antibiotiques pour une infection respiratoire. Le pharmacien refusait de lui remettre son médicament gratuitement puisqu'il n'arrivait pas à entrer son numéro de bénéficiaire pour le remboursement par le programme fédéral. J'ai dû payer le médicament avec la carte de crédit de Médecins du Monde. »*

4.3 Éclosion de la bactérie streptocoque du groupe A

Depuis le printemps 2017, la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal enquête sur des cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A (SGA) chez des personnes vulnérables fréquentant des ressources en itinérance. Cette éclosion est causée par une souche de la bactérie jamais détectée auparavant à Montréal, nommée EMM74. En date du 1er février 2018, la DRSP comptait dans son recensement, depuis le

début de l'éclosion, 18 cas d'infections invasives, dont 4 décès, en plus de 33 cas d'infections non invasives.

Lors de nos interventions sur le terrain, nous avons rejoint un grand nombre de personnes victimes de cette éclosion, et nous avons remarqué que la population autochtone itinérante à Montréal est plus grandement touchée par cette bactérie inquiétante.

> *« Je pense que plusieurs facteurs peuvent expliquer le plus haut taux. Le fait que les personnes issues des Premières Nations et les Inuit se tiennent en groupe, souvent dans la même ruelle, favorise la propagation. Elles sont souvent très réticentes à l'idée de prendre leur traitement antibiotique. L'accès aux douches est aussi difficile, puisque la majorité des ressources exigent qu'elles ne soient pas intoxiquées pour y aller. Quand tu es alcoolique, ce n'est pas une option. Certains Autochtones ont juste tiré un trait sur la possibilité de se doucher ou de dormir en refuge. Nous avons remarqué que ces personnes ne vont pas consulter dans les services de santé institutionnels de premières lignes pour des plaies puisqu'elles sont souvent en état d'intoxication, mais l'approche de proximité, consistant à se déplacer là où elles sont et à les voir dans l'état dans lequel elles sont, dans le respect et l'absence de jugement, aide à faire en sorte qu'elles viennent nous voir. »*

Nous n'avons pas les statistiques différenciées entre les allochtones et les Autochtones pour les cas totaux repérés par la DRSP. En revanche, nous savons qu'au moins une personne Inuit qui a été vue dans la Clinique mobile a été hospitalisée pendant plusieurs semaines après avoir développé ce qu'on appelle la « bactérie mangeuse de chair » au niveau de son bras, qui est une complication sévère d'une infection à la bactérie streptocoque du groupe A.

Nos interventions avec la Clinique mobile ont démontré que 46 % des personnes présentant des plaies et qui sont ressorties positives à la bactérie SGA étaient issues des populations autochtones à Montréal, comparativement à 20 % d'allochtones.

Tableaux statistiques

	Autochtones	%	Allochtones	%	Total
Nombre total de patients chez qui des dépistages de plaies ont été effectués	23	65,71 %	12	34,29 %	35

Résultats	Autochtones	%	Allochtones	%
Positif total SGA non invasifs	16	45,71 %	7	20,00 %
Positif total SGA souche EMM74 non invasifs	11	31,43 %	6	17,14 %
Positif total SGA souche EMM74 invasifs	1	2,86 %	0	0,00 %
Positif SGA, autres souches	4	11,43 %	1	2,86 %

5. Entraves à l'accès aux soins

« […] De nombreux facteurs […] ont des répercussions négatives sur la santé des Autochtones, dont la pauvreté et les effets intergénérationnels […] des pensionnats indiens. Mais un obstacle à une bonne santé relève directement du système de santé lui-même. Beaucoup d'Autochtones ne [s'y] sentent pas à l'abri des stéréotypes et du racisme […] [19]. »

Au Canada, le principe de « gratuité universelle » des services de santé est reconnu à tout citoyen en vertu de la *Loi sur les soins de santé.* Or, dans les faits, l'accès aux services de santé peut être limité pour les personnes d'origine autochtone. Ceci dit, alors qu'on peut aisément comprendre les difficultés d'accès pour certaines populations vivant dans des communautés éloignées (défis liés au manque d'infrastructures et de personnel, par exemple), il peut être plus difficile de comprendre pourquoi les populations urbaines qui, en principe, ont à leur disposition de nombreuses institutions de soins de première, deuxième et troisième lignes, se retrouvent exclues du système de santé.

> *« Ils sont souvent enclins à développer des complications pour des problèmes de santé ponctuels qui, de prime abord, auraient pu être pris en charge assez facilement – entre autres, parce qu'ils sont très méfiants à l'idée de fréquenter une institution de santé gouvernementale, parce qu'ils sous-estiment leur état de santé de peur d'être conduits à l'hôpital, parce qu'ils ne se reconnaissent aucunement dans le système de soins actuel ainsi que dans la médecine occidentale dite "allopathique". »*

Les freins à l'accès aux services pour les personnes autochtones en ville sont multiples et peuvent consister à la fois en des barrières d'ordre socio-économique (défis en ce sens partagés par de nombreuses autres populations dites « vulnérables »), mais également en des barrières propres à la réalité autochtone.

---

[19] Health Council of Canada. *Empathy, Dignity, and Respect Creating Cultural Safety for Aboriginal People in Urban Health Care.* The Health Council of Canada, 2012.

De plus, de récents rapports corroborent cette idée que ce n'est pas seulement aux personnes de s'adapter au système, mais aussi au système de s'adapter à la réalité des personnes. Citons, par exemple, une consultation menée à Montréal en 2015 auprès d'hommes et de femmes en situation d'itinérance et d'intervenants d'organismes qui travaillent auprès de ces personnes, et qui conclut dans ses recommandations à la nécessité de « donner accès à des services médicaux et sociaux de proximité » ainsi que de « favoriser les équipes multidisciplinaires qui se déplacent dans les lieux fréquentés par les personnes en situation d'itinérance, étant donné que ces personnes ne se déplacent pas vers ces ressources[20] ».

Nous retrouvons cette idée dans le Plan stratégique – 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui identifie « 3 grands enjeux et choix stratégiques à considérer », le deuxième étant « un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins ». Dans ce même plan, le ministère constate que « des obstacles majeurs font en sorte qu'il est difficile pour les services sociaux et les services de santé de rejoindre les personnes en situation d'itinérance ou risquant de s'y retrouver. Afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes, il est indispensable d'adapter les services à leur réalité ».

Médecins du Monde joue un rôle majeur dans l'atteinte de ces objectifs. En effet, MdM a su, avec les années, gagner la confiance des personnes issues des Premières Nations ou Inuit, en adoptant une approche holistique des soins de proximité et en prenant le temps avec les personnes de bien exposer la situation de santé et de s'assurer qu'elles soient en accord avec la prise de tel ou tel médicament, dans le respect de la médecine traditionnelle et de leurs croyances. Nous considérons également que la santé individuelle fait partie du bien-être de l'ensemble de leur communauté. La reconnaissance de la singularité autochtone que nous appliquons à toutes nos

[20] *Portrait du phénomène de l'itinérance dans le Grand Plateau*, Action Solidarité Grand Plateau, 2015.

interventions permet de tisser des liens de confiance forts, grâce auxquels il est possible d'accompagner les personnes ayant besoin d'une prise en charge de leur santé vers le RSSS (ex : VIH, VHC, TB, maladies chroniques, etc.). Nous croyons fermement que les services de santé se doivent d'être accessibles à tous, et adaptés à la réalité de chacun.

5.1 Entraves liées aux conditions de vie difficiles

Il est déjà fort bien documenté que la pauvreté constitue un obstacle important à l'accès aux soins, et ce, même dans un système de soins en principe « universel » ; en effet, les frais de consultation ne sont pas facturés au patient, mais il est toutefois nécessaire d'avoir à sa disposition des ressources financières pour s'acquitter des frais de transport afin de se rendre sur les lieux de soins (souvent en taxi, si on est très mal en point), ainsi que pour payer les frais liés aux médicaments (qui, dans bien des cas, exigent toujours des frais minimaux). Ces ressources, même minimales, ne sont bien sûr pas toujours disponibles pour les personnes en itinérance ou en situation de grande pauvreté, qu'elles soient d'origine autochtone ou non.

Par ailleurs, il faut rappeler que les personnes qui connaissent une extrême pauvreté peuvent également vivre dans un état de survie perpétuel faisant en sorte qu'elles auront tendance à privilégier la satisfaction de certains besoins de base (se nourrir, avoir un toit pour dormir, se protéger de la violence, etc.) et ne seront ainsi tout simplement pas en mesure de reconnaître le besoin de consulter « au bon moment ». Elles se présenteront donc souvent tardivement avec des pathologies complexifiées par les délais de consultation.

Les personnes aux prises avec des problèmes importants de santé mentale ou de dépendance pourront également ne pas être en mesure de reconnaître leurs besoins de santé physique et pourront laisser s'aggraver des pathologies pourtant simples à traiter lorsqu'elles sont prises en charge à temps.

« De plus, nous avons noté une forte prévalence de l'infection SGA chez ces populations, et ce, parfois à répétition. Par exemple, nous avons dû traiter à plusieurs reprises un couple issu des Premières Nations contre l'infection SGA. Vu le manque de ressources et le fait que nous ne pouvions pas effectuer de suivi étroit (il n'avait pas accès à la médication, car pas de carte RAMQ et manque de ressources financières), le couple se réinfectait. Les causes de cette infection dans ce cas étaient nombreuses, incluant le manque d'accès aux ressources permettant aux participants de laver et de changer leurs vêtements, par exemple, en plus de l'itinérance, l'abus de substances, etc.

À de multiples reprises, sur la Clinique mobile, nous avons été témoins de situations qui semblaient bénignes, par exemple : une plaie superficielle due à un traumatisme qui, au départ, ne présentait aucun signe d'infection, mais qui dégénérait souvent et rapidement en une cellulite ou une autre condition plus préoccupante (SGA, etc.).

Nous avons également rencontré chez ces populations beaucoup de fractures non prises en charge ou qui ont été prises en charge tardivement et qui ont mené à des déformations articulaires, à des douleurs chroniques, voire même à des limitations et handicaps physiques. »

Rappelons que ces situations sont communes à de nombreuses populations marginalisées. On ne peut donc invoquer uniquement les facteurs « culturels » lorsque les populations autochtones vivant en situation de grande précarité sociale sont confrontées à ces problèmes de santé.

« Bien que l'itinérance en soi et le contexte de vie qui s'y rattache amènent les personnes à être plus vulnérables et à développer ce genre de complications, il semble que les peuples des Premières Nations et les Inuit présentent plus de vulnérabilité dans ce genre de situation. L'une des raisons qui contribuent probablement à cet aspect est qu'il existe davantage de barrières au niveau de l'accès aux soins pour ces personnes. »

« Je discutais avec le gestionnaire d'une clinique dédiée aux personnes itinérantes. Il expliquait que leur but était maintenant de rejoindre les personnes autochtones. Je discutais de notre expérience avec les personnes autochtones depuis plus de

15 ans et de notre vision globale de l'intervention en itinérance. Du temps nécessaire pour établir un lien de confiance, de l'importance d'être partenaire avec des organismes qui travaillent auprès des populations autochtones, de la constance des services (éviter les arrêts de service et changements de personnel) de l'importance de l'accompagnement, etc. Il m'a expliqué que de toute façon, son équipe était habituée à gérer des personnes itinérantes et que selon lui, il n'y avait pas vraiment de différence entre les itinérants autochtones et les itinérants non autochtones. Je ne me rappelle pas des mots exacts, mais il a ajouté : "on pourra bien peinturer quelques tortues sur les murs si cela peut aider à ce qu'ils se sentent mieux accueillis". »

Ce dernier commentaire nous rappelle qui si les défis de l'accès aux soins sont déjà complexes pour les personnes vivant en situation d'itinérance, les personnes autochtones doivent faire face à de nombreux préjugés reliés à leur statut d'Autochtones en milieu urbain.

5.2 Entraves spécifiques aux populations autochtones en milieu urbain

Les entraves présentées ici sont étroitement reliées à la réalité des populations autochtones résidant en milieu urbain. Il convient de les ajouter aux barrières socio-économiques décrites plus haut pour les populations autochtones qui vivent en situation d'itinérance. En revanche, il est important de noter que ces barrières existent pour de nombreuses personnes autochtones en milieu urbain, et ce, indépendamment de leurs revenus ou de leurs conditions sociales.

5.2.1 Méconnaissance des intervenants en matière de modalités d'accès aux services pour les personnes autochtones en milieu urbain

Bien que cela soit de plus en plus rare avec l'augmentation de la présence des Autochtones à Montréal, il arrive que certains professionnels de la santé ne soient pas à jour sur les programmes et services auxquels les Autochtones ont droit. Il convient donc de rappeler que toute personne séjournant au Québec (qu'elle soit d'origine autochtone

ou non), et qui détient une carte d'assurance maladie, a le droit de recevoir des services du réseau québécois de la santé. En l'absence de carte RAMQ valide, l'usager devra régler les frais de consultation, sauf s'il est âgé de 14 à 17 ans en l'absence des parents ou s'il est hébergé en centre de réadaptation[21], ou s'il a besoin de soins urgents dont l'absence entraînerait une **atteinte au pronostic vital** ou une **altération de l'état de santé grave et durable** pour la personne ou l'enfant à naître. Cela inclut également les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie transmissible (VIH, tuberculose), ainsi que les soins dispensés à la femme enceinte et/ou au nouveau-né.

En outre, plusieurs intervenants du domaine de la santé ne sont pas familiers avec le fait que certains membres des Premières Nations et Inuit bénéficient aussi du programme des services de santé non assurés (SSNA), qui permet de couvrir les services suivants : les soins dentaires ; les médicaments ; les soins de la vue ; les fournitures médicales ; l'équipement médical ; les interventions en situation de crise en santé mentale et le transport aux fins médicales.

Peut être admissible à cette couverture supplémentaire toute personne résidente du Canada, si elle est 1) un membre des Premières Nations « inscrit » conformément à la *Loi sur les Indiens* (plus communément appelée statut d'Indien inscrit) ; 2) un Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale ; ou 3) un enfant de moins d'un an dont le parent est un membre inscrit des Premières Nations ou un Inuit reconnu[22].

Ainsi, contrairement à certaines croyances fort répandues parmi les professionnels de la santé, les personnes autochtones n'ont pas toutes accès à un programme d'assurance

---

[21] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/carte/Pages/utilisation.aspx
[22] http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones/
https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-sante-non-assures-pour-premieres-nations-et-inuits/qui-est-admissible-programme-services-sante-non-assures.htm

médicaments fédéral. En effet, non seulement le programme SSNA n'est pas disponible pour près de 40 % des Autochtones au Canada, mais certains services ne sont couverts que pour les individus résidant sur une réserve. De plus, les patients vivant hors de leur communauté doivent parfois avancer de l'argent et se faire rembourser, ou encore subir un long processus administratif qui peut prendre plusieurs jours ou même des mois afin d'obtenir un médicament qui n'est pas actuellement inscrit sur la liste des services de santé non assurés (SSNA).

> *« Dans une mesure purement bureaucratique, certaines personnes sont couvertes par le SSNA. Dans ces cas, l'accès à la médication est d'autant plus difficile, car nous devons souvent accompagner les personnes à la pharmacie afin qu'elles puissent recevoir la médication qui leur avait été prescrite dans un centre hospitalier ou dans une clinique médicale, soit parce qu'elles ne possédaient pas de dossier, parce qu'elles n'avaient pas de carte d'assurance maladie ou d'adresse, parce que les employés n'étaient pas familiers avec la couverture du SSNA, ou même parfois parce que le pharmacien s'y objecte carrément sans aucun motif pertinent. »*

Notons que certaines de ces entraves administratives touchent également les patients autochtones qui, tout en résidant de façon permanente dans une communauté (souvent éloignée), se retrouvent « de passage » à Montréal. En effet, le manque de disponibilité des services de santé dans le Nord fait en sorte que plusieurs patients doivent quitter leur communauté pour accéder à des soins plus spécialisés. Ils sont généralement envoyés dans les régions urbaines avoisinantes ou « dans le sud » pour les urgences médicales, l'hospitalisation, les rendez-vous avec les médecins spécialistes ainsi que certaines procédures diagnostiques ou thérapeutiques.

Bien que leurs frais de voyage soient couverts par le programme de SSNA, les difficultés d'accès pour ces personnes sont souvent multiples, car cela implique de laisser derrière elles leur communauté et leur réseau de soutien (une personne ne pouvant accompagner le patient que lorsque celui est mineur ou souffre d'invalidité). De plus, les frais de transport dont doivent s'acquitter les patients provenant de communautés

éloignées ne sont pas toujours couverts en totalité (et ce, même lorsque le déplacement est recommandé par le médecin traitant). Or, les modalités donnant droit à ces couvertures sont complexes et requièrent souvent des préapprobations sur présentation de preuves médicales successives, ce qui crée par le fait même une réelle entrave à l'accès pour les Autochtones qui doivent venir à Montréal pour recevoir des soins spécialisés.

5.2.3 Les barrières linguistiques et culturelles

Les comportements racistes dirigés contre les personnes d'origine autochtone sont encore malheureusement bien présents au Canada : selon une étude menée en 2010 auprès de populations autochtones urbaines d'une dizaine de municipalités au Canada (dont Montréal), le racisme envers les autochtones aurait encore des conséquences importantes sur l'accès à l'emploi et au logement, en milieu scolaire et dans le domaine de la santé[23].

Bien que ce type de comportement explicitement raciste soit aisément décrié par tous, les comportements plus subtils, et parfois commis sans mauvaise intention et même inconsciemment par les professionnels, demeurent toutefois discriminatoires et ont pour conséquence de brimer l'accès aux soins. En effet, les barrières linguistiques (plusieurs autochtones s'exprimant dans leur langue maternelle et ayant l'anglais comme langue seconde) et des modes de communication différents (discours plus lent, temps de réflexion plus long pour répondre aux questions, inconfort face à certaines questions intrusives, etc.) peuvent être source de mauvaise compréhension et limiter la capacité du patient à bien comprendre le diagnostic de santé et ce qu'il doit faire pour se soigner[24].

---

[23] Environics Institute. *REPORTUrban Aboriginal Peoples Study.* Environics Institute, 2011.

[24] Smylie, J. *A Guide for Health Professionals Working with Aboriginal Peoples CROSS CULTURAL UNDERSTANDING.* Policy Statement Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2001.

Au-delà des barrières linguistiques rencontrées par les patients autochtones dans le système de soins, l'intervenant lui-même peut également être la source de malentendus en raison de sa culture personnelle, mais également professionnelle[25]. En effet, la culture personnelle de l'intervenant réfère à certaines valeurs, normes, et attitudes à l'égard de la différence culturelle pouvant inclure certains préjugés, biais et fausses croyances.

> *« Les préjugés et les fausses informations concernant les personnes autochtones sont véhiculés largement dans la société et cela contribue à l'exclusion. L'histoire des personnes autochtones devrait être enseignée et les faits sur leur réalité actuelle devraient être mieux expliqués. »*

> *« Les limites et défis dans l'accessibilité aux soins dans le réseau proviennent certainement d'un manque de compréhension des professionnels de la santé, qui interviennent sans adapter leurs interventions. Est-ce qu'on s'assure réellement que les gens comprennent les soins qu'ils reçoivent ? Connaît-on les traumatismes historiques transmis de génération en génération ? Comprend-on que la médecine occidentale n'était pas leur façon de se traiter historiquement ? À quel point tolère-t-on l'agressivité ou l'intoxication dans le réseau ? Comprend-on le sentiment de communauté qui habite les Autochtones et qui influence leur perception des soins reçus ? »*

Cette culture professionnelle est également comprise au sein d'une certaine culture organisationnelle basée essentiellement sur une vision biomédicale de la santé et des impératifs de performance omniprésents dans nos sociétés occidentales.

> *« Les limites d'accès aux soins sont multiples. Le jugement du personnel dans les hôpitaux est malheureusement chose courante. Il est déjà bien documenté que les personnes itinérantes sont jugées lorsqu'elles consultent à l'hôpital. Même chose pour les personnes autochtones. Même chose pour les personnes consommatrices de drogues. Alors, ces personnes vivent ces trois discriminations de manière combinée. La vitesse d'intervention et de consultation dans le système de santé, le manque de temps et le manque de sensibilité freinent sans aucun doute l'adhérence au traitement.*

---

[25] Gravel, S. et A. Battaglini. *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste.* Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000.

De plus, tout est rapide dans le système : l'ouverture du dossier, la rencontre avec l'infirmière, celle avec le médecin, la prescription, la pharmacie, les suivis. Souvent, les personnes autochtones qui consultent dans le système public repartent avant d'avoir reçu des soins ; elles ne savent pas ou ne peuvent pas identifier exactement quels services recourir et s'ils en ont reçus tout simplement. On oublie souvent d'utiliser une approche holistique dans le réseau de la santé. La personne n'est pas vue de façon globale. On ne cherchera pas à comprendre les influences des autres sphères de la vie de la personne sur son état de santé.

Le concept des rendez-vous, l'obligation de se déplacer plusieurs fois pour recevoir des soins et des services (prélèvements, médicaments, spécialistes…). C'est aussi une médecine occidentale, souvent impersonnelle, qui utilise (surutilise) la médication, les traitements invasifs, etc. Tout va vite, le système et ses employés n'ont pas le temps de prendre le temps. Pas le temps d'établir un lien de confiance, souvent peu de temps pour répondre aux interrogations, aux craintes.

La culture et les croyances sont rarement intégrées au processus de soins ou de guérison. »

Cette constatation est fondamentale, car lorsqu'on fait abstraction de la culture de l'intervenant et du système dans lequel il pratique, on présuppose que ce contexte professionnel est « neutre », basé essentiellement sur des fondements scientifiques (et donc « objectifs »). Ceci constitue une illusion, qui contribue nécessairement à subordonner les perceptions « subjectives » du client à l'expertise « scientifique » de l'intervenant. Il en découle une hiérarchie des préoccupations (celles de l'expert étant d'emblée acceptées comme supérieures), remettant toute la responsabilité au client, déjà fragilisé, de s'intégrer à notre vision des choses et aux contraintes de nos institutions[26].

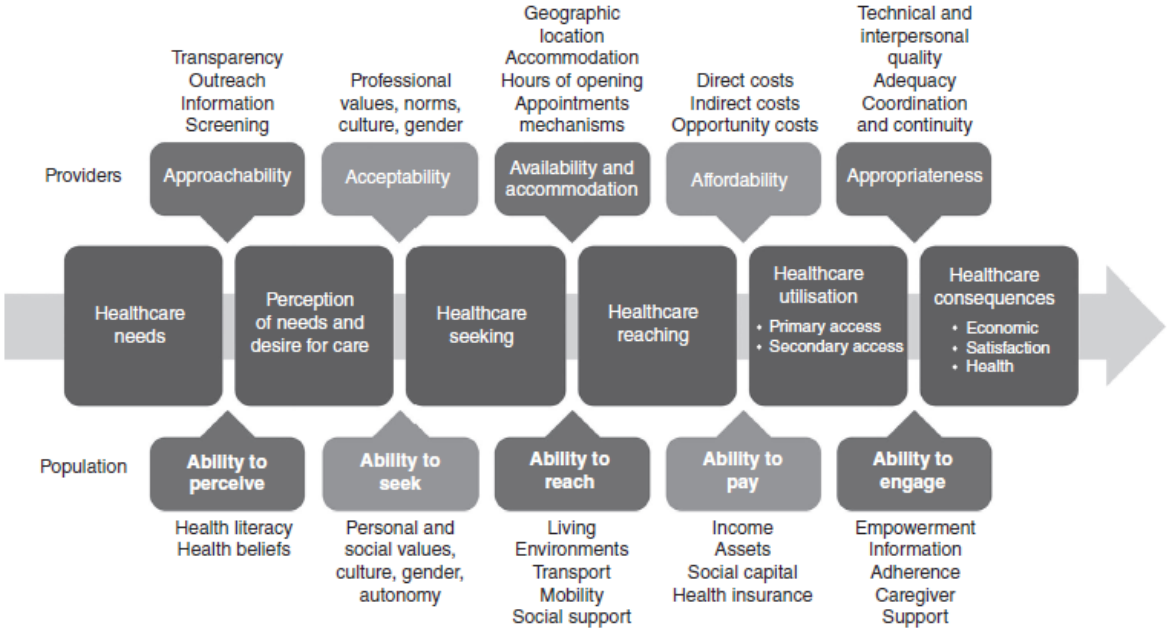
« Le système est loin d'être représentatif de la population autochtone. Il est construit pour les Blancs et contrôlé par des Blancs. Nous voyons des personnes résilientes, qui parlent d'histoires de famille douloureuses. La douleur est typique de la communauté autochtone urbaine. Pour les autochtones, il est au départ très difficile de se rendre aux points de services de santé : sans accompagnement, il n'y a pratiquement aucune chance qu'ils s'y rendent. Ils ont une perception négative

[26] Lonner, T.D. *Linguistically Competent Practices in Mainstream Health Care Organisations: A Survival Guide for Change Agents.* CompassPoint Nonprofit Services, 2007.

de la façon dont le tout va se passer. Même avec un accompagnateur, tout dépend de la personne qui accompagne. »

5.2.4 En résumé

L'illustration ci-dessous vise à résumer le cumul des entraves structurelles et individuelles à l'accès aux services de santé auxquelles sont confrontées les populations autochtones vivant en situation d'itinérance à Montréal[27]. On comprend aisément que devant le grand nombre d'obstacles rencontrés, la capacité réelle du patient autochtone de « prendre en main » ses soins et sa santé ne dépend pas seulement de l'individu. Lorsqu'on ne tient pas compte de ces nombreux éléments contextuels, il n'est pas rare que certains patients autochtones soient perçus, au sein du système de services, comme « se conformant », « non motivés » et même parfois « difficiles ».



En raison de ces comportements, certains patients ont le sentiment que le système de santé conventionnel répond somme toute assez mal à leurs besoins, et qu'il présente des exigences excédant les faibles moyens auxquels ils ont recours. À long terme, les

[27] https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18

échecs répétés de leurs interactions avec le système de santé pourront également mener à une perte de confiance progressive dans le système et renforcer le sentiment de méfiance déjà présent au sein d'une population ayant vécu les conséquences de politiques d'oppression, telles que le système des pensionnats. Ce bris de confiance se traduira nécessairement par une réduction de l'utilisation des services dont ils pourraient avoir besoin, et viendra ainsi exacerber les écarts de santé déjà présents chez ces populations[28].

> *« Je crois que des facteurs multiples expliquent la rencontre presque impossible entre les personnes autochtones vivant en milieu urbain et le système de santé publique. Le système est une structure imposante et complexe. Une réalité qui n'est pas du tout adaptée au mode de vie, aux acquis culturels et aux divers référents des peuples autochtones. »*

En effet, une récente évaluation des besoins effectuée auprès des personnes autochtones vivant à Montréal (N = 89) et des fournisseurs de services (N = 94) révèle que plusieurs auraient reçu des services de santé de mauvaise qualité sur la base de leur origine ethnique. Ainsi, près de la moitié des personnes autochtones interviewées étaient insatisfaites de l'administration des services de santé à Montréal, et ce, pour de multiples raisons[29] :

- Certains ont déploré le fait que les personnes autochtones ne sont impliquées ni dans la gestion de ces services ni dans la prestation des services.
- D'autres ont indiqué ne pas s'être sentis partenaires dans leurs relations avec les intervenants de la santé.
- De nombreuses difficultés dans l'accès aux services ont également été décrites, notamment lorsqu'ils n'avaient pas de papiers d'identification sur eux.

---

[28] Loopie Reading, Charlotte, et Fred Wien. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health.* Prince George: National Collaborating Center for Aboriginal Health, 2009.

[29] http://reseaumtlnetwork.com/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-final---valuation-des-besoins-en-sant--.pdf.

- De nombreux participants ont néanmoins signalé que, lorsqu'ils arrivaient finalement à accéder à ces services, ils étaient généralement satisfaits des services rendus, bien que le manque de sensibilité culturelle ait été souligné.
- Des expériences de discrimination basée sur la langue et la classe sociale ont fréquemment été mentionnées, et ce, surtout dans les domaines de la santé mentale et de la réhabilitation pour les problèmes de drogues et d'alcool. Ainsi, plusieurs hommes ont rapporté souvent hésiter à recourir à ces services, par crainte des actes de discrimination.

Il convient de souligner que ces informations ont été largement corroborées par les fournisseurs de services interrogés, car selon eux, les intervenants de la santé connaissent peu la réalité des personnes autochtones, ce qui tend à nourrir les préjugés à leur égard.

6. Notre approche : des services de proximité culturellement sécurisants

6.1 La sécurité culturelle, au-delà des approches interculturelles en santé

Le concept de « sécurité culturelle » a été initialement développé dans les années 1980 en Nouvelle-Zélande, en réponse aux expériences négatives vécues par les Maoris au sein du système de santé. Le concept voulait alors aller au-delà des approches interculturelles en santé pour privilégier des principes éthiques et politiques de décolonisation des systèmes de santé destinés aux populations autochtones locales[30].

Ainsi, les principes de sécurité culturelle exigent que les professionnels 1) reconnaissent le rôle du colonialisme et du racisme dans l'entrave à l'accès aux soins et la genèse des iniquités de santé vécues par les populations autochtones ; et 2) acceptent de revoir les dynamiques de pouvoir inhérentes aux interactions professionnels-patients au sein des systèmes de santé occidentaux actuels.

Le respect des principes de sécurité culturelle exige donc une communication efficace entre les professionnels et leurs patients autochtones, de même qu'une reconnaissance de leur contexte social, politique, économique, linguistique et spirituel. En ce sens, on reconnaît la pratique culturellement sécuritaire à la mise en place d'une relation soignant-soigné respectueuse et égalitaire, transférant ainsi au patient recevant les

[30] Brascoupé, S. et C. Waters. « Cultural Safety Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness », *Journal de la santé autochtone*, 2009, p. 6-41.

soins le droit de définir ce qui, pour lui, constitue l'atteinte de cette relation de confiance essentielle[31].

La pratique des soins culturellement sécuritaire est donc davantage liée à l'attitude et au comportement des professionnels envers les patients autochtones qu'à l'acquisition de connaissances techniques sur les pratiques ou les croyances culturelles autochtones, évitant ainsi le carcan de la compétence culturelle et des stéréotypes qu'elles peuvent parfois engendrer[32].

6.2 En quoi nos pratiques respectent-elles les principes de sécurisation culturelle ?

En tant qu'organisation non gouvernementale, Médecins du Monde ne peut prétendre répondre à tous les besoins des populations autochtones vivant en situation d'itinérance. De plus, par son mandat d'accompagnement des patients vers les ressources du RSSS, nous sommes souvent limités par les structures de services qui sont disponibles à Montréal.

En effet, on remarque souvent que les institutions adoptent une attitude patriarcale et très souvent raciste envers ces populations. Il n'est pas rare que les professionnels des différents milieux de soins visités projettent cette image de supériorité, en leur dictant des attitudes et comportements à adopter, et ce, souvent sans être à l'écoute de leurs besoins.

Nous comprenons bien que les contraintes des professionnels de la santé sont multiples ; nous remarquons toutefois qu'il existe malheureusement très souvent un

---

[31] *Ibid.*

[32] Indigenous Physicians Association of Canada and The Association of Faculties of Medicine of Canada. *IPAC-AFMC First Nations, Inuit, Métis Health Core Competencies for UGME.* IPAC-AFMC, 2009.

manque de sensibilité et d'écoute à l'égard de cette population. Mais pour remédier à cela, il faudrait évidemment que les ressources nécessaires (humaines, monétaires, matérielles, etc.) soient dégagées afin de permettre au système de santé actuel de s'ajuster.

Les témoignages suivants visent à illustrer la façon dont nos intervenants, chacun à sa manière, s'inspirent des principes de sécurisation culturelle pour offrir des interventions, qui, bien que loin d'être parfaites, tentent de répondre au mieux aux besoins des personnes rejointes.

6.2.1 Une attitude ouverte et dépourvue de préjugés

> *« Nous sommes bien sensibilisés et à l'écoute. Nous acceptons de voir ces personnes, même si elles sont très intoxiquées, dans la mesure où elles ne présentent pas un danger pour nous, et nous établissons le contact toujours dans le respect et le non-jugement. Nous acceptons de voir ces personnes-là où elles en sont dans leur vie, au rythme de leurs priorités à elles, et je pense que c'est ce qui nous permet d'établir et de garder le lien de confiance. Nous acceptons que les gens reviennent nous voir malgré le fait qu'ils peuvent être agressifs verbalement une journée pour des raisons qui nous sont inconnues. Nous les accueillons et reprenons avec eux lorsque c'est possible. »*

6.2.2 Prendre le temps

> *« J'ai remarqué que nous devions accepter d'intervenir de manière plus lente. Parler moins vite, commencer par discuter de généralités avant d'enchaîner avec nos questions médicales, afin de créer d'abord et avant tout un contact. Le lien de confiance est parfois un peu plus long à établir, mais je remarque que c'est très possible et quand même souvent assez facile d'y arriver.*
>
> *Trop souvent, même si la raison de consultation avait trait à un problème de santé ponctuel, comme un changement de pansement, nous abordions la question de la violence conjugale ou au sein de la communauté. En effet, de nombreuses femmes présentaient des signes évidents de violence (ecchymoses, contusion, etc.). Il*

n'était pas rare qu'une consultation qui aurait pu prendre une quinzaine de minutes, si nous n'avions abordé que la raison de consultation initiale, se retrouvait à prendre plus de quarante minutes. Il était pour nous primordial d'aborder ces questions de violence et de sentiment d'insécurité qui sont à la base des besoins d'un individu. Nous tentions aussi de mettre en place un certain filet de sécurité sociale autour de ces personnes, et ce, souvent en alliant nos forces avec nos partenaires communautaires. »

6.2.3 Être à l'écoute des besoins et faire preuve de flexibilité

« Avec MdM, le temps pris pour faire nos interventions, sur une plus longue période, apporte un changement considérable dans la relation avec les Autochtones. Le traitement est un autre point en soi ; un médicament intraveineux, par exemple, n'est souvent pas accepté. Même dans un contexte urbain, la médecine traditionnelle reste importante : les Autochtones ne se reconnaissent pas dans la médecine « moderne » et dans les traitements proposés ni dans la façon dont ils sont proposés. On est plus convaincant quand on explique que leur santé personnelle a des répercussions sur la santé du groupe et de la communauté. À MdM, nous prenons le temps d'expliquer et de dire pourquoi le médicament prescrit est nécessaire. Durant une consultation avec un médecin, une personne autochtone a dit préférer sans nul doute prendre un traitement d'antibiotiques oraux pour 14 jours au lieu de suivre un traitement intraveineux de 3 jours ou moins. Même si cela n'avait aucun bon sens médicalement, le médecin bénévole de MdM, a accepté d'accompagner le patient dans sa décision et de prescrire les antibiotiques oraux. »

6.2.4 La prise de décision partagée

« Il s'agit d'une situation que j'ai vécue avec un homme de 46 ans issu des Premières Nations du Québec il y a quelques semaines. Il est venu à la Clinique mobile pour un rendez-vous que nous lui avions donné pour recevoir un traitement que nous lui avions recommandé. Cependant, à son arrivée, il présentait un hématome de la taille d'une balle de golf au niveau du front suite à une chute. Avec mon évaluation, je lui ai fortement suggéré de se rendre à l'hôpital pour faire évaluer sa blessure et s'assurer qu'il n'avait pas d'hémorragie intracrânienne. Il a refusé catégoriquement de s'y rendre pour une consultation sans m'en expliquer la

raison. Considérant qu'il était, malgré tout, orienté et capable de consentir ou non à un soin, je n'ai pas insisté. J'ai respecté son autonomie et sa dignité, puis j'ai accepté son refus de s'y rendre. Je lui ai exposé les risques médicaux liés à sa situation en prenant le temps de lui expliquer les signes à surveiller en cas d'aggravation de sa situation. J'ai revu ce patient récemment à quelques reprises. Il allait très bien, il s'était totalement rétabli de l'événement. Je ne sais pas s'il se souvient de l'événement en tant que tel ou s'il y a simplement une confiance générale qui s'est établie avec Médecins du Monde, mais le lien que nous avons avec ce patient est excellent. Il nous fait confiance, et je crois qu'une part de cette confiance découle du fait que nous ne forçons pas les gens à subir des interventions (qui peuvent être traumatisantes pour eux) s'ils ne les veulent pas. »

6.2.5 Une approche de proximité ancrée… jusque dans la rue !

« Beaucoup des gens que nous rencontrons avec la Clinique mobile sont intoxiqués (et ne peuvent donc pas entrer dans l'organisme) ou sont « barrés » de ces organismes (et de plusieurs autres). Il leur reste très peu d'options, quand on considère que le réseau ne veut pas les recevoir et que les organismes communautaires (qui manquent de ressources) leur étant dédiés ne sont plus un choix pour eux. »

« Il m'attriste de voir que du fait que les Autochtones en consommation peuvent être agressifs et déplaisants, ils sont parfois barrés rapidement des quelques ressources auxquelles ils s'identifient. C'est pourquoi nous les voyons et les accueillons à l'extérieur des organismes. »

« Nous travaillons auprès de plusieurs individus complètement désaffiliés, qui sont souvent eux-mêmes barrés du peu d'organismes qu'ils avaient l'habitude de fréquenter. Être une personne issue d'une population marginalisée à Montréal (itinérance) et être exclu de sa propre communauté à Montréal (Premières Nations et Inuit, refuge, CAAM, NWS, par exemple) a un effet dévastateur sur la prise en charge de leurs conditions de vie et de santé. Les barrières dans le seul refuge mixte (barrière à l'extérieur, la demande de non-consommation, leur incapacité à faire avec les personnes trop intoxiquées, les dortoirs hommes-femmes qui sont séparés) poussent certaines personnes à ne plus le fréquenter. Les conséquences sur la santé sont nombreuses. »

6.2.6 L'accompagnement : la clé de l'accès au réseau

« J'ai remarqué qu'il m'est impossible de référer quelqu'un à l'urgence, même si on s'est bien entendu, la personne et moi, sur le fait que sa condition de santé est super préoccupante et qu'elle doit voir un médecin dans les plus brefs délais. Dans tous les cas, elles ne s'y sont pas rendues, à moins d'être accompagnées. »

6.2.7 Des résultats… probants !

« J'étais avec la patrouille de Kawahsé du CDAA. On nous avait parlé d'un homme autochtone qui dormait dans une ruelle du quartier chinois. Nous sommes allés à sa rencontre. À notre arrivée, l'homme boit une grosse bière. Il explique que ses jambes le font souffrir. Je lui réponds qu'avec ce qu'il m'explique, je pourrais l'accompagner à l'hôpital pour de meilleurs soins.

Le patient refuse, il m'explique que tout le monde est "méchant" avec lui.

Nous discutons avec lui. Il nous explique que 2 jeunes policiers viennent régulièrement le voir, qu'ils le traitent de bon à rien et qu'ils le frappent avec un bottin de téléphone sur la tête. Il dit que de cette façon il n'y a pas de trace. Il mime les gestes qu'il fait pour se protéger la tête.

Après un moment à discuter avec le patient, il accepte de venir avec moi à l'hôpital. Dans la salle d'attente, tout le monde le regarde et plusieurs personnes s'écartent. Certains chuchotent en le regardant. L'homme veut partir, il dit que tout le monde le regarde.

J'essaie de le rassurer et de lui changer les idées. L'attitude de l'infirmière au triage n'est pas professionnelle. Elle refuse de toucher les vêtements du patient, c'est moi qui l'aide à retirer son manteau.

Nous retournons dans la salle d'attente. Après plusieurs minutes et plusieurs pirouettes pour retenir le patient, l'infirmière nous avise que le médecin refuse de voir le patient à moins que celui-ci ne prenne une douche. Le patient veut partir. Je finis par le convaincre. Le préposé ne semble pas très heureux d'organiser la douche du patient. Il demande à l'homme de mettre tous ses vêtements et ses bottes dans un sac poubelle. Mon patient est inquiet que quelqu'un jette tout ce qui lui appartient. Il finit par entrer dans la douche. Le préposé lui ordonne d'utiliser le savon.

Puis, le patient se met à chanter dans la douche et à dire comment ça fait du bien. Les infirmières au poste s'approchent pour écouter et tout le monde se met à rire. Le préposé part à la recherche de nouveaux vêtements. Le patient finit par sortir de la douche, heureux et souriant. Tout le staff lui sourit et le salue. Le médecin finit par évaluer et traiter le patient et nous quittons l'hôpital.

Le patient me remercie et me dit qu'il a passé une belle soirée ! »

6.3 Nos forces

L'une des forces de MdM, c'est que nous sommes en mesure d'offrir une écoute, un espace digne et confidentiel où les personnes se sentent en sécurité. La clé est simple : le temps de prendre le temps ! Dans la majorité des cas, cela nous permet d'établir un lien de confiance avec les personnes et ainsi d'être en mesure de cibler avec elles leurs besoins prioritaires. L'équipe de Médecins du Monde, en plus de pouvoir agir sur des questions de santé ponctuelles, est en mesure d'aborder des problèmes de santé, tels que la violence, la prise de risques en lien avec la consommation, le planning familial, la prévention et la promotion de la santé sur divers aspects, la vaccination, etc. Souvent, les patients qui, au départ, étaient réticents à consulter, finissent par s'ouvrir sur des aspects beaucoup plus intimes de leur situation. C'est ainsi qu'il est possible d'agir sur des éléments nettement plus significatifs dans la vie des personnes.

« Annie, une infirmière de MdM, travaillait aussi à l'Hôpital général. Elle adorait travailler avec les personnes autochtones. Elle avait établi un lien privilégié avec plusieurs personnes autochtones du centre-ville. Lorsque ces personnes se présentaient à l'urgence et qu'Annie y était, les collègues infirmières allaient la chercher et lui disaient : "Un autre Autochtone, tu les aimes, toi, et tu as le tour avec eux, alors va donc t'en occuper." Annie expliquait qu'elle entendait souvent de loin le staff se battre avec les patients et ceux-ci hurler et se débattre. Lorsqu'elle arrivait dans la pièce, plusieurs se calmaient, la reconnaissaient et lui disaient comme ils étaient contents qu'elle soit là. »

6.4 Les défis rencontrés

Les personnes autochtones ont besoin d'avoir des lieux, des espaces pour se retrouver entre elles. Vivre tous ensembles et unis, c'est un beau concept, mais il ne faut pas oublier l'histoire. Les peuples autochtones portent en eux une histoire douloureuse, un passé commun. Les personnes autochtones se soutiennent, se comprennent. Ensemble, elles essaient de se reconnecter avec leur culture, leurs traditions, leurs croyances. Le peuple blanc doit apprendre cette histoire et respecter les traces laissées par la violence de ce passé. Notre système de santé, notre rythme et nos façons de faire ne sont pas toujours adaptés aux besoins des peuples autochtones. Il faut adopter une offre de services plus inclusive prenant en compte le passé, les coutumes et la médecine traditionnelle.

> *« Je constate que la seule façon, ou presque, d'obtenir d'une personne qu'elle aille consulter dans le réseau de la santé est de l'accompagner avec nos ressources (limitées). Non seulement il y a l'absence de confiance que ces gens ont envers le système de santé, mais il y a aussi les plages horaires et les conditions très restrictives pour l'admission qui limitent l'accessibilité pour cette population.*
>
> *Je crois que les personnes se sentent complètement coupées de leur monde lorsqu'elles se retrouvent dans un centre de soins de santé. Elles se sentent complètement perdues et n'ont plus aucun repère. Elles doivent aussi faire face au jugement des autres personnes (patients et professionnels de la santé) et être soumises à des contraintes sévères sous peine d'être expulsées ou de subir d'autres conséquences. Dans de multiples situations, nous avons réussi à faire entendre aux personnes dont la santé était réellement une préoccupation importante qu'elles devaient se rendre à l'hôpital afin d'obtenir une prise en charge optimale, ce que nous ne pouvions offrir. Dans de multiples cas, après consultation avec la personne, celle-ci demandait à ce qu'un ou des proches entrent dans la Clinique mobile et nous demandait de bien exposer la situation. Après discussion et prise d'une entente commune, nous offrons un billet de transport ainsi que les indications à la personne et à ses proches afin qu'ils se rendent ensemble au centre hospitalier de leur choix. D'ailleurs, nous remplissons toujours, dans ce genre de situation, une feuille de référence avec nos coordonnées afin de faciliter les démarches et de sensibiliser les professionnels de la santé à leur réalité, ce qui semble réellement avoir un impact positif sur la prise en charge des personnes dès leur arrivée à l'urgence ou autre. »*

7. Nos solutions et nos projets en développement

Les infirmières de MdM ont un vrai intérêt pour le travail avec la communauté autochtone. Elles veulent adapter les soins le plus possible à la réalité de ces personnes. Elles ont aussi un réel intérêt pour la culture des Premières Nations et des Inuit. Elles participent à des pow-wow, des expositions, des soupers traditionnels et d'autres événements organisés par les partenaires communautaires. Le plus important, c'est qu'elles prennent le temps de voir l'humain qui vient à elles, dans toute sa complexité, mais aussi dans sa capacité de partage d'expériences.

7.1 La formation des employé(e)s

7.1.1 La formation générale des professionnel(le)s de la santé

> *« De grandes lacunes existent dans la formation scolaire de base de tous les intervenant(e)s qui œuvrent auprès des Premières Nations et des Inuit. Pour ma part, ayant étudié à l'Université de Montréal, je n'ai jamais entendu parler des Autochtones lors de mon baccalauréat. De plus, je n'ai aucune notion quant aux services qui existent spécifiquement pour eux (AINC, transports en avion, dentistes, etc.). Nous sortons de l'école en n'ayant aucune idée de la réalité, de l'histoire et des services disponibles pour les gens issus des Premières Nations et les Inuit. »*

7.1.2 La formation des employé(e)s de MdM

> *« Sans qu'il y ait de formation spécifique de base à Médecins du Monde sur le sujet, il y a régulièrement des formations/conférences/symposium auxquels nous sommes invité(e)s à participer. Nos partenaires communautaires sont très présents à ce niveau. »*

> *« Personnellement, j'ai une formation en santé internationale (microprogramme de 2e cycle, UdeS), un microprogramme en études autochtones (ULaval) et une journée de formation (UdeM-McGill) sur les soins de santé adaptés aux Autochtones. Ce sont des formations complémentaires à ma formation initiale : je*

trouvais que je manquais de notions pour prodiguer des soins adaptés à cette population. »

7.2 Les navigateurs

Les navigateurs autochtones travaillent déjà dans plusieurs domaines, comme la dépendance aux drogues, les traitements en santé mentale, le VIH ou encore en oncologie. Ce modèle existe ailleurs au Canada, et il est reconnu que cette approche a permis d'améliorer l'expérience de soins des patients, en apportant un soutien multiple :

- Amélioration de la sécurité culturelle : la présence d'un navigateur permet de faire tomber les barrières entre les professionnels de la santé et les patients. Ils jouent le rôle d'interprètes culturels, permettant au patient comme au personnel médical de mieux comprendre la réalité et les besoins de l'autre.
- Amélioration de l'accès et de la continuité des soins : les navigateurs autochtones font le pont entre le réseau de la santé et les communautés autochtones réticentes à avoir recours aux services du réseau.

Ces navigateurs sont engagés dans de nombreux programmes et services destinés aux personnes autochtones dans d'autres provinces du Canada, notamment en Colombie-Britannique et en Ontario. Une évaluation récente a pu démontrer que la présence de ces agents de liaison entre le réseau de services et les clientèles autochtones permettait non seulement d'améliorer grandement la satisfaction des patients et leur compréhension des enjeux de santé qui les concernent, mais également d'améliorer la continuité des services, en plus de créer, chez les professionnels, une meilleure compréhension des enjeux relatifs aux populations autochtones de façon générale.

Le projet de navigateur autochtone à Montréal, développé par le Montreal Urban Aboriginal Health Center, en partenariat avec Médecins du Monde, poursuit les objectifs suivants :

- Faciliter l'accès au réseau de la santé et des services sociaux de Montréal en aidant les patients à rejoindre les services dont ils ont besoin.
- Améliorer le continuum de soins en offrant un soutien dans la gestion de cas pour les patients autochtones ayant des besoins médicaux complexes.
- Améliorer la sécurité culturelle des services du réseau de la santé à Montréal offerts aux patients autochtones, en proposant une approche holistique de la santé.

> *« On peut facilement reconnaître et identifier un manque de ressources important et de travailleurs de proximité œuvrant exclusivement auprès de cette population. L'idée des navigateurs autochtones est une solution au problème pour établir un lien entre les Autochtones et les autres services. »*

Les navigateurs autochtones sont des personnes d'origine autochtone qui, sans être des professionnels de la santé, ont la responsabilité d'aider les patients à naviguer dans la complexité du système et d'assurer la coordination des soins des patients, un peu comme les pairs aidants en santé mentale ou en toxicomanie ; ces ressources peuvent sembler difficiles à négocier auprès des organisations à première vue, mais elles constituent un investissement inestimable pour améliorer l'adhésion aux conseils prodigués ainsi que la qualité des soins offerts aux populations vulnérables[33].

[33] https://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/Programs/Aboriginal_Health/documents/APL_Evaluation_Report_Final.pdf, document consulté le 8 février 2018.

7.3 Évaluation des besoins pour une Clinique mobile dans d'autres villes du Québec

Forts de notre expérience montréalaise, nous souhaitons réaliser une évaluation des besoins des populations autochtones en matière de santé dans d'autres villes du Québec.

Cette évaluation permettra de quantifier les besoins, d'étudier la faisabilité d'un projet de soins de proximité, ainsi que de déterminer le modèle qui pourrait être mis en place. Nous souhaitons rencontrer les différents acteurs sur place, dans le but de coconstruire une intervention adaptée aux personnes que nous souhaitons atteindre. MdM prendra en compte la parole des milieux communautaires autochtones et allochtones, de même que des milieux institutionnels de ces villes, mais surtout, MdM désire recueillir des informations auprès des personnes autochtones en situation d'itinérance ou à risque de la vivre dans ces régions.

En étudiant la répartition des populations autochtones au Québec, nous avons ciblé les villes suivantes pour l'évaluation des besoins en matière de soins de proximité :

- Trois-Rivières
- Sept-Îles
- Val-d'Or
- Rivière-du-Loup

8. Nos recommandations

Compte tenu de nos observations, tant dans l'offre de soins aux personnes directement que dans l'accompagnement des patients pour avoir accès aux structures de santé institutionnelles, nous nous permettons d'exposer certaines recommandations, qui sont en lien avec notre mission et notre expérience.

La pratique des soins culturellement sécuritaire implique beaucoup plus que la simple formation des intervenants du système de soins actuel ; cela requiert en fait une révision en profondeur des multiples barrières (systémiques et individuelles) entravant l'accès aux services pour les personnes d'origine autochtone à Montréal. Ainsi, la véritable équité en santé pour les populations autochtones à Montréal exige que l'on apporte des solutions concrètes aux multiples niveaux de soins.

8.1 Des services de proximité adaptés

Les nombreuses difficultés rencontrées par les personnes d'origine autochtone qui vivent en situation d'itinérance à Montréal font en sorte que ces dernières retardent parfois le moment de leur consultation auprès du réseau conventionnel de soins de première ligne, et ce, tant pour des questions d'ordre financier que par méfiance à l'égard des institutions gouvernementales.

Dans ce cas, les services de proximité dispensés dans les milieux de vie des individus sont fondamentaux pour favoriser 1) la reconnaissance de leurs besoins en matière de services de santé et 2) le sentiment d'aisance pour les amener à consulter un intervenant du milieu en qui ils ont confiance.

La Clinique mobile de Médecins du Monde qui œuvre en collaboration avec les groupes communautaires où les personnes autochtones se sentent en confiance est un exemple de réponse adaptée à leurs besoins. Une première intervention peut être faite à ce niveau, et il pourrait être pertinent d'évaluer le besoin d'accompagnement vers les ressources du réseau. Les éléments clés de la qualité de ces services impliquent toutefois le respect de certains principes, dont les suivants :

8.1.1 Des intervenants qui sont familiers avec l'approche de réduction des méfaits

L'intervention communautaire de proximité auprès de la clientèle autochtone itinérante exige nécessairement l'adoption de valeurs, telles que la flexibilité ou encore l'acceptation de toutes les personnes qui demandent de l'aide, quels que soient leurs motifs et la précarité de leur situation. Dans ce cadre, il va de soi que l'intervenant doit être en mesure d'adapter ses méthodes d'intervention à des objectifs variés en ce qui concerne la consommation et le comportement attendu du « patient ».

> *« Pour que les patients nous fassent confiance, on doit également avoir confiance en eux ; il faut, par exemple, avoir comme toile de fond la croyance profonde que les comportements qu'ils adoptent au moment où on les voit reflètent la seule façon qu'ils ont de réagir aux difficultés qu'ils vivent aujourd'hui et ne pas exiger d'explication ou d'excuse pour un rendez-vous manqué, ou pour le fait qu'ils n'ont pas été en mesure de venir plus tôt, de suivre nos conseils, etc. Ils sont là maintenant, et c'est tout ce qui compte… »*

Dans le cadre de services de proximité, seul le maintien d'un lien de confiance compte. Il ne doit pas y avoir de « protocoles de soins standardisés », mais il s'agit plutôt de rappeler qu'au cœur même de cette interaction doivent tout simplement se retrouver des éléments de respect, d'écoute attentive et de qualité de la communication. C'est dans cette logique que nous soutenons l'idée de la création d'un centre de dégrisement à Montréal. Ce lieu pourrait permettre aux personnes autochtones de se reposer et même d'y recevoir des soins nécessaires à leur santé. Cela éviterait également que les personnes restent à la rue, car trop intoxiquées pour être admises dans un refuge. Il est aussi question d'ouvrir un *Wet Shelter* à Montréal, où les personnes aux prises avec une dépendance chronique à l'alcool pourraient être admises, en permettant la consommation contrôlée d'alcool sur place. Ce modèle existe ailleurs au Canada et dans le monde. La réceptivité et la mobilisation des personnes qui fréquentent ces lieux semblent prometteuses.

8.1.2 La qualité d'écoute et de communication

Il va sans dire que la communication attentive et respectueuse sera la base de la relation de confiance à établir entre les intervenants de proximité et les personnes autochtones vivant en situation de grande marginalité. Cela implique nécessairement d'utiliser un langage simple et d'éviter le jargon médical. Cependant, en présence de patients autochtones, il convient également de prêter une attention particulière aux éléments suivants :

L'importance de la communication non verbale : les normes régissant la communication dans les cultures autochtones traditionnelles sont habituellement très différentes de celles que l'on retrouve dans la culture occidentale. En effet, la communication non verbale est habituellement fort éloquente et les silences sont considérés comme des réponses en soi. Les individus évitent habituellement de se faire des reproches (ou de dire aux autres comment agir) : il est beaucoup plus important de souligner les « bons » comportements que de les critiquer.

Toutes ces normes font en sorte que l'intervenant devra porter une attention particulière à son propre style de communication non verbale (est-ce que j'ai souvent tendance à parler trop vite ? ai-je l'air pressé ? suis-je assis au même niveau ? ai-je coupé la parole ?).

> *« Parfois, les patients ne répondent pas à nos questions, et on a tendance à penser que c'est parce qu'ils n'ont pas compris, ou qu'ils sont intoxiqués ; en fait, souvent, ce silence signifie "je n'ai pas envie de répondre à cette question, car elle me met mal à l'aise, ou parce que je n'ai pas l'impression que tu m'écoutes vraiment…" les silences veulent en dire long… »*

Prendre le temps d'engager la conversation de façon générale avant de se lancer dans les questions médicales. Les normes d'interactions sociales font en sorte qu'il peut être considéré comme étant très impoli d'entrer trop rapidement dans les questions

relatives aux « problèmes » : les gens vont préférer parler de choses et d'autres, d'où ils viennent, et même entendre parler de vous, avant de parler de leurs problèmes.

> *« Une jeune Inuk m'a déjà dit qu'elle avait grandi en se faisant expliquer à quel point elle devait surtout s'occuper des autres dans sa communauté, au lieu de penser à ses besoins à elle. Certaines personnes sont donc, je pense, assez mal à l'aise d'avoir à expliquer leurs problèmes et sont parfois surprises par la quantité de détails que nous demandons… J'ai parfois besoin de leur rappeler que si je pose toutes ces questions, c'est pour m'aider à bien comprendre ce qui leur arrive.*
>
> *J'ai remarqué aussi que, contrairement à ce que l'on m'a appris à la faculté de médecine (à savoir, qu'être un bon professionnel veut dire ne jamais parler de soi avec les patients), ils aiment bien quand je leur parle de mes enfants, ou même des fois où j'ai fait un faux pas culturel. On rit, et ça met tout le monde à l'aise… »*

8.1.3 La décision partagée et des attentes réalistes

La décision partagée implique que l'on prendra le temps de bien expliquer les raisons des conseils prodigués et qu'on laissera le patient libre de faire ses choix en fonction de cette information, mais également en fonction de ses priorités et des exigences de sa réalité quotidienne. Il faut être ouvert à l'idée d'adapter un traitement ou un suivi.

> *« Il est fort possible que le patient ne désire pas suivre le plan de traitement "idéal", et ce, pour plusieurs raisons qu'il n'osera peut-être même pas vous expliquer. Il est parfois important d'offrir aussi des alternatives, même si celles-ci sont sous-optimales sur le plan des « guides de pratique »… Je me rappelle d'un patient au pied fracturé qui ne voulait pas aller à l'urgence. Il voulait juste des Tylénol pour la douleur… je lui en ai donné et fait promettre que s'il changeait d'idée, il reviendrait nous voir… des fois, c'est tout ce qu'on peut faire, mais au moins, on garde le lien.*
>
> *On oublie souvent que les priorités du patient ne sont peut-être pas les mêmes que les nôtres ; vivre longtemps et en santé, c'est le "top" de la pyramide des besoins… souvent, ils souhaitent surtout vivre le moment présent avec le moins de douleurs possible… c'est pour ça que c'est bon de les voir dans les organisations communautaires où ils peuvent d'abord et avant tout manger, se réchauffer, dormir en sécurité, voir des amis… ils sont plus ouverts à nous après ces besoins de base comblés. »*

Ceci rappelle également qu'il peut être important de fournir sur place les médicaments gratuitement, car le déplacement à la pharmacie et l'argent à débourser pour obtenir ces médicaments feront en sorte que le patient ne se les procurera pas… sans compter toutes les complexités du programme des services de santé non assurés (SSNA), qui est encore peu connu de la plupart des pharmaciens à Montréal.

8.1.4 Embaucher du personnel autochtone

Il reste que les personnes autochtones seront souvent plus à l'aise en présence d'interlocuteurs autochtones. Plusieurs malentendus peuvent être en effet évités lorsque la personne peut s'exprimer dans sa langue ou, à tout le moins, à quelqu'un qui comprend bien sa réalité quotidienne et tout ce qui vient comme défis avec le fait d'être autochtone en ville et, de surcroît, en situation d'itinérance.

Ces travailleurs autochtones n'ont pas nécessairement besoin d'être formés pour œuvrer en tant que professionnels de la santé, mais ils peuvent certainement aider dans l'établissement d'un premier contact, accompagner les personnes qui en ont besoin à l'urgence, à la pharmacie, etc. Les navigateurs autochtones, comme mentionné précédemment, sont d'ailleurs des ressources très prisées, qui ont démontré leurs bienfaits en termes d'accès et de qualité de soins.

8.2 Des cliniques de première ligne destinées spécifiquement aux personnes autochtones en milieu urbain

Les exemples de centres de santé autochtones se multiplient en milieu urbain au Canada. Ces cliniques sont habituellement menées essentiellement par du personnel autochtone au service des personnes autochtones vivant en milieu urbain. Il en existe plusieurs en Ontario (la clinique Wabano, à Ottawa et la clinique Anishnabé, à Toronto)

ainsi qu'à Vancouver et à Winnipeg, et elles reçoivent habituellement un financement provincial et fédéral conjoint.

Urban Indigenous health centres: Anishnawbe Health Toronto

In the urban context, the establishment of multiple urban Indigenous health centres represents Indigenous community-controlled health services, the large majority of which are run by Indigenous boards of directors and offer both traditional healing and medical services. Anishnawbe Health Toronto, established in 1984, was the first such centre, and importantly modelled health services and programs that are foundationally based on traditional Indigenous practices and approaches to health and well-being. (Anishnawbe Health Toronto, 2011)

In Vancouver, British Columbia, the Aboriginal Mother Centre Society (AMCS) provides a transformational housing program for Aboriginal women and their children who are at risk of homelessness or child welfare intervention (AMCS, 2012). AMCS not only supports women who are at risk of child welfare intervention, but also those who are seeking to reunite with children already apprehended by child welfare authorities. In addition to housing, AMCS provides advocacy, counselling, education, training and social support, as well as daycare services, a food bank program, free clothing, a community kitchen, a drop-in centre and access to office and technical support (e.g. internet and fax access).

En plus d'offrir des services de première ligne conventionnels (infirmières, médecin, etc.) dans un contexte respectueux des soins aux patients autochtones, celles-ci offrent également des services de soutien dans de nombreux domaines ainsi que l'accès à des interventions de guérison traditionnelles.

Rappelons que l'accès à certaines pratiques traditionnelles constitue en fait un droit protégé par la Déclaration des droits des personnes autochtones de l'ONU, et que, dans l'état actuel du système de santé canadien, la norme de pratique à respecter pour le professionnel n'est certes pas de devoir lui-même prodiguer des soins de nature traditionnelle, ni même de disposer d'une connaissance sur ces interventions lui permettant de recommander telle ou telle approche. L'impératif exigé, et qui est reconnu par de nombreuses organisations professionnelles (tant au Canada qu'ailleurs dans le monde) est que le professionnel permette l'accès aux pratiques traditionnelles

et respecte le choix du patient en ce sens (Indigenous Physicians of Canada, 2010 ; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015 ; SOGC, 2001).

Il existe également une littérature émergente démontrant les effets positifs des approches culturelles et spirituelles traditionnelles dans le traitement des problèmes d'ordre psychosocial et de santé mentale (dépendance, suicide, violence, etc.) (Kirmayer et coll., 2003).

8.3 L'amélioration de la sécurité culturelle dans le RSSS

Malgré la mise en place des services de proximité et de première ligne mentionnés précédemment, il demeure que plusieurs patients autochtones auront toujours besoin de recevoir des soins au sein du RSSS (services spécialisés, hospitalisation, etc.). Dans ce cas, l'accompagnement par les navigateurs autochtones est essentiel pour assurer la qualité et la continuité des soins reçus.

D'autre part, la formation des professionnels allochtones (qu'il s'agisse de personnes déjà en emploi ou de futurs professionnels) aux principes de la sécurité culturelle constitue également un élément clé pour l'amélioration des services dispensés auprès de cette clientèle.

Rappelons toutefois que la recherche démontre les limites de la formation en matière de compétences culturelles pour les professionnels, qui ne peut à elle seule assurer l'équité des services ; en effet, la véritable sécurité culturelle des services du réseau exigera, comme tout changement de pratiques organisationnelles important, le soutien des gestionnaires (temps dédié à la formation et soutien aux changements de pratique), mais également celui des organisations (énoncés de mission clairs, embauche de personnel autochtone et développement de services d'interprétariat, respect de certains protocoles culturels lorsque possible, etc.).

De plus, sur le plan politique, il sera également nécessaire de revoir les contraintes systémiques, telles que la complexité de l'accès aux programmes SSNA ou les enjeux juridictionnels pour le financement des services en milieu urbain.

Ainsi, il faudrait d'abord reconnaître que si les institutions gouvernementales continuent de s'engager dans la mise en œuvre de « solutions » sans réellement s'intéresser aux réalités des Autochtones et sans valoriser ce qu'ils sont, elles ne seront pas en mesure de vaincre les inégalités qui les touchent. Les instances gouvernementales doivent arriver à intégrer des politiques afin que les communautés des Premières Nations et les Inuit puissent contrôler en partie leur propre culture, en leur laissant choisir, combiner et intégrer des éléments exogènes à leur propre culture. Les peuples des Premières Nations et les Inuit doivent être perçus comme de véritables acteurs participant au changement social et non pas comme de simples bénéficiaires de soins ou autre. Ils doivent retrouver leur voix afin de bien exprimer leurs besoins et de trouver leur place au sein de la société.