

Soins d'urgence

La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec



Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain

Anne-Renée Delli Colli, inf., M. Sc. and Koralie Yergeau, inf., B. Sc. (ét.)

Volume 4, Number 1, Spring 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1100463ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1100463ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Delli Colli, A.-R. & Yergeau, K. (2023). Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain. *Soins d'urgence*, 4(1), 28–33.
<https://doi.org/10.7202/1100463ar>

© Anne-Renée Delli Colli et Koralie Yergeau, 2023



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or :

une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain

par **Anne-Renée Delli Colli** et **Koralie Yergeau**

ENTREVUE



Edith Cloutier
C. M., C. Q.
Directrice Générale
Centre d'amitié
autochtone de Val-d'Or



Janet Mark
Conseillère stratégique
à la réconciliation et
à l'éducation autochtone
Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue
(UQAT)



Chantal Paradis
Infirmière
Centre d'amitié
autochtone de Val-d'Or

LES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES EN BREF

Les Centres d'amitié autochtones (CAA) sont des centres multiservices à gouvernance autochtone militant pour les droits autochtones et ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes autochtones, soit des Premières Nations, des Métis et des Inuit, vivant ou transitant en milieu urbain. Ils privilégient aussi une offre de services globale et communautaire sans égard au statut, à la nation d'appartenance ou au lieu de résidence (1).

- Plus de 50% de la population autochtone vit en milieu urbain (2).
- On compte 119 CAA au Canada (1).
- Le mouvement des CAA s'est installé au Québec il y a de cela 50 ans et la majorité de ces centres sont aujourd'hui dirigés par des femmes autochtones (1).
- Créé en 1976, le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec est une organisation qui représente et est affiliée à 11 CAA du Québec (1).
- Le CAA de Val-d'Or, créé en 1974, fut le deuxième au Québec et suivait celui de Chibougamau créé en 1969 (3).
- Pour en savoir plus sur le mouvement des Centres d'amitié autochtones, vous pouvez consulter ces récits : *Pashkabigoni, une histoire pleine de promesses* (4).

➤ Pour un portrait global de la population urbaine autochtone au Québec, nous vous invitons à vous renseigner sur ce site web : https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Provincial_FR.pdf (5).



Le débordement des urgences et l'accès difficile aux services de première ligne font aujourd'hui partie de la réalité du système de santé au Québec. Malheureusement, en agrandissant les écarts déjà existants en matière de santé, la situation actuelle touche plus durement les personnes vivant en contexte de vulnérabilité et de marginalisation. Entre autres, les personnes autochtones vivent de nombreuses iniquités en santé et doivent faire face à plusieurs barrières lorsqu'elles tentent d'accéder aux services offerts dans le système (6). Afin de pallier ces obstacles, depuis plusieurs années, les Centres d'amitié autochtones du Québec offrent une «réponse novatrice pour renouveler l'offre de services, accroître leur accessibilité, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain» (7, p.6). Afin de mettre en lumière ce projet innovant, nous avons eu la chance de nous entretenir avec M^{me} Janet Mark (J.M.), M^{me} Edith Cloutier (E.C.) et M^{me} Chantal Paradis (C.P.) à propos du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et de sa clinique en santé autochtone.

Présentation de M^{me} Janet Mark

Membre de la nation Crie, elle nomme avoir toujours eu à cœur le bien-être des Autochtones. C'est dans cette optique qu'elle s'implique dans le conseil d'administration du CAAVD de 2007 à 2017. Par la suite, pendant un an, elle fera le choix de travailler à titre de coordonnatrice des relations avec les Autochtones pour la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec* (8). Dans la dernière année, elle a repris son rôle d'administratrice, éprouvant un besoin de se coller aux réalités et enjeux autochtones. M^{me} Mark travaille également à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) où, depuis 2002, elle a occupé différents rôles.

Présentation de M^{me} Edith Cloutier

Anicinabe du côté de sa mère et Québécoise du côté de son père, elle est directrice générale du CAAVD depuis 34 ans. En tant qu'Autochtone ayant vécu en milieu urbain, le Centre d'amitié fait partie de sa vie depuis son enfance. Pour elle, le Centre d'amitié représente un lieu de rencontre communautaire ainsi que de connexion identitaire et culturelle. Son travail au CAAVD est donc beaucoup plus qu'un simple travail, c'est également un investissement ainsi qu'une démarche de contribution à l'amélioration de la qualité de vie des personnes autochtones vivant en ville ou y étant de passage.

Présentation de M^{me} Chantal Paradis

Infirmière depuis 2001, elle a aussi une formation en psychoéducation. Elle a commencé sa pratique clinique au centre de santé à Senneterre. Depuis 2021, elle est infirmière à la clinique en santé autochtone du CAAVD. Elle a travaillé dans plusieurs milieux, ce qui lui a permis de développer une expertise variée allant de la santé publique au rôle élargi. L'intégration d'une approche communautaire des services et le lien de confiance qu'elle crée avec les personnes autochtones est ce qui l'anime dans son travail.

Pouvez-vous nous parler de l'histoire et de la création des Centres d'amitié autochtones ?

E.C.: Les Centres d'amitié sont une affirmation identitaire et culturelle des communautés autochtones. Ils ont été créés par et pour les Autochtones. Ce sont plus qu'un simple lieu de rencontre dans une ville. Au lieu de partir de l'État, ce mouvement de société civile autochtone a été organisé par les membres des communautés autochtones urbaines il y a plus de 60 ans. Ce n'est pas politique, ce n'est pas un conseil de bande, ce n'est pas une prise en charge

par les gouvernements. C'est vraiment l'équivalent de ce qu'on appelle en anglais *Grass root*, c'est-à-dire un mouvement communautaire où un espace est créé pour laisser place à une voix populaire autochtone urbaine. C'est un espace démocratique qui regroupe plusieurs nations autochtones, qui a pour but de donner un porte-voix à une communauté souvent mise à l'écart dans le système à cause des politiques fédérales ou provinciales coloniales. Pour ce qui est du CAAVD, cela fait 50 ans qu'il a été créé et nous sommes actuellement en plein agrandissement. Cela démontre les grands besoins de la communauté.

En 2006, la première petite graine a été semée pour le développement d'une clinique en santé autochtone, à même le CAAVD lors d'un forum entre les Premières Nations et le Gouvernement du Québec, le seul à ce jour malheureusement. À l'époque, un engagement du ministre de la Santé avait été obtenu afin de créer « des zones de complémentarité » entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres d'amitié dans leurs missions respectives. C'est la petite brèche qui nous a amenée à ouvrir une clinique en santé autochtone dans le CAAVD en 2009. La clinique fonctionnait avec les moyens disponibles, et ce, sans faire partie du réseau. Nous avons ainsi navigué dans des sentiers inexplorés. La clinique a été portée à bout de bras, subissant des ruptures de services, jusqu'aux événements de 2015 (9). Les dénonciations et l'enquête sur le traitement des femmes autochtones par les policiers ont eu l'effet d'une onde de choc. Cela a mis en lumière une réalité qui ne pouvait plus être ignorée par le gouvernement. Et à partir de là, un travail pour obtenir des fonds et une pérennité a été débuté dans le but de développer notre vision. Bref, les événements de 2015 nous ont permis de remettre de l'avant l'importance d'une clinique en santé autochtone dans l'offre de services du CAAVD, tout ça dans une optique de co-construction avec le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Notre vision est globale et comprend le travail en interdisciplinarité. Aujourd'hui, la clinique en santé autochtone est maintenant un projet pilote subventionné pour quatre ans par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cet argent nous permet d'investir pour bâtir notre offre de services. Six chantiers ont été créés, dont les services médicaux. Ceux-ci nous permettent, par exemple, d'offrir les services d'une psychothérapeute et d'une orthophoniste. Après ces quatre années, nous espérons que nous réussirons à démontrer la pertinence d'un financement récurrent afin d'assurer une offre de services complète qui respecte l'autonomie d'un modèle communautaire de gouvernance autochtone dans le réseau de santé québécois. Ce serait une réelle avancée systémique de l'État québécois qui va au-delà d'accrocher des œuvres d'artistes autochtones dans un bureau. Dans l'actualité, on parle de sensibilisation, de compétence culturelle, mais l'ultime but d'une démarche de sécurisation culturelle est l'impact systémique. C'est ce que le CAAVD est en train de créer et c'est pourquoi il est innovant.

Pouvez-vous nous parler de la mission du CAAVD ?

E.C.: Le CAAVD vise à améliorer la qualité de vie des Autochtones en milieu urbain, à promouvoir la culture, à offrir des services ancrés dans l'identité et à favoriser le rapprochement entre les peuples (Autochtones et non-Autochtones). On réussit à faire ça en reconnaissant les droits, en luttant contre le racisme et la discrimination. C'est à travers cette mission et nos actions collectives que nous arrivons à offrir des services très diversifiés. On appelle ça un *wrap around services*, c'est-à-dire une approche globale, intégrée et holistique dans une perspective communautaire et culturellement sécurisante. Un centre d'amitié, c'est un *safe space* à tous les niveaux pour les personnes autochtones.

J. M. : La mission première du CAAVD est d'assurer des services pour les Autochtones. Ce qui le différencie des autres organismes communautaires, c'est sa culture organisationnelle. Au niveau de la gouvernance, ce sont seulement des personnes autochtones qui siègent sur le conseil d'administration. Toutes les décisions sont alors prises par et pour des Autochtones. L'entièreté du travail vise un seul objectif : améliorer la qualité de vie des Autochtones. Les services sont donc offerts de 0 à 99 ans, dès que la maman porte son bébé. Le CAAVD a également pour but d'améliorer les relations entre Autochtones et non-Autochtones. Par exemple, que tu sois un enfant autochtone ou non, tu peux accéder au centre de la petite enfance (CPE) du CAAVD. Dès leur plus jeune âge, les enfants s'habituent à être ensemble : ils ne voient plus la différence et voient d'abord l'ami, l'humain.

Pouvez-vous nous parler plus spécifiquement de la clinique en santé autochtone ?

E.C. : Il faut comprendre que cela fait 15 ans que la clinique en santé est portée vraiment à bout de bras par notre communauté. Heureusement, nous avons été en mesure de faire avancer ce projet innovant en créant nos propres mécanismes pour articuler la voix autochtone en milieu urbain, en allant chercher différentes sources de financement et en l'inscrivant dans une vision collective et communautaire autochtone. Notre leadership rayonne au-delà du communautaire parce que nous avons su créer une relation bilatérale avec le Québec et ses différentes instances gouvernementales. C'est en luttant, en combattant et en revendiquant que nous avons su nous faire reconnaître comme institution. Cela signifie que, en plus de reconnaître que la clinique en santé autochtone offre des services en dehors des établissements « conventionnels » du réseau de la santé, le CAAVD est une démonstration d'un modèle de gouvernance autochtone urbain.

Nous illustrons à nos partenaires - ministère, CISSS - qu'il y a d'autres avenues possibles pour offrir des réponses adéquates à notre réalité populationnelle en milieu urbain : en le faisant « avec » les Autochtones et non « pour » eux. Donc, après 50 ans de mouvement des Centres d'amitié au Québec, nous commençons à voir les fruits de cette terre labourée en étant finalement reconnus par l'État. Nous démontrons que nous avons un modèle innovant qui assure l'accès à des services pour une population qui, pendant trop longtemps, a été invisibilisée dans les services publics et dont le droit à l'amélioration de leur qualité de vie par les gouvernements a été ignoré. Notre démarche de sécurisation culturelle que l'on appelle « Mino Pimatisi8in » vise à faire reconnaître les services communautaires et de première ligne d'un Centre d'amitié autochtone dans l'offre de services publics québécois. Dans cette offre de services, il y a un modèle unique d'une clinique en santé qui sort des normes, sans toutefois sortir des normes de qualité, et qui a réussi à tracer son propre sentier dans l'imposant système de santé et de services sociaux. En ce moment, le débat du racisme systémique est au cœur des discussions, avec raison, mais notre vision du mieux-être et de la santé des Autochtones en milieu urbain est d'agir sur les avancées systémiques. On pourrait se battre tous les jours pour faire reconnaître le racisme systémique, mais, nous, nous savons qu'il existe. Donc, à partir de là, comment peut-on contribuer à l'éliminer ? Par notre action collective, en agissant sur et dans les systèmes. D'ailleurs, la sécurisation culturelle est une démarche nous amenant à avoir un impact systémique et à poser des actions concrètes dans le système public, notamment dans le réseau de la santé.

De plus, l'aspect unique de cette vision de santé et mieux-être autochtone est de venir combiner à l'offre de services « classiques » une offre de santé qu'on appelle « culture et guérison ». Donc, ajouter une composante qui va donner accès à des activités et des soins traditionnels de guérison. Par exemple, nous sommes en train de bâtir un site culturel à l'extérieur de la ville pour avoir des installations - huttes de sudation, cuisines traditionnelles - qui vont permettre de recevoir des groupes en ressourcement. Ces installations permettront aux familles avec des besoins psychosociaux de recevoir du soutien et un accompagnement en pleine nature. Un autre exemple de cette offre « culture et guérison » est d'offrir l'opportunité à la personne, après avoir consulté le médecin, de rencontrer un aîné pour l'aider dans sa situation. C'est de cette façon que nous présentons notre vision de santé et mieux-être autochtone, en alliant la culture et l'identité autochtone à la guérison. C'est une réussite au CAAVD puisqu'on va vers un modèle de gouvernance autochtone qui est porté « par et pour » les Autochtones. L'autonomie, la reconnaissance... c'est gros ! Cet esprit de co-construction avec l'État s'inscrit dans une visée de décolonisation et d'agentivité autochtone.

C. P. : Au départ, j'ai été recrutée pour ce beau projet qui s'appelait la clinique Mino Pimatisi8in. C'était la première fois que le CAAVD embauchait une infirmière parce que, avant, c'était un prêt de services par le CISSS. Ça se développe de plus en plus : nous avons maintenant trois postes infirmiers, nous créons des liens avec le CLSC, nous avons davantage d'équipements, etc. Ce que je souhaite pour un avenir rapproché, c'est que toutes personnes autochtones affiliées au CAAVD qui ont envie de recevoir des soins puissent les recevoir. Malheureusement, à ce jour, nous ne pouvons pas encore offrir tous ces services et soins de proximité dans la communauté, mais c'est vraiment ça que j'aimerais faire. Donner l'accès à des soins là où les gens sont. La beauté des services de la clinique en santé, c'est vraiment cette prise en charge globale. Par exemple, j'assiste à toutes les rencontres avec les médecins et si nous avons besoin d'un intervenant social, nous n'avons qu'à cogner à la porte d'à côté. Nous ne sommes pas dans la grosse machine, donc nous pouvons solliciter un professionnel rapidement. C'est un beau travail interdisciplinaire. Nous faisons également appel au principe de Jordan² afin d'assurer que les enfants reçoivent ces services auxquels ils ont droit et dont ils ont besoin.

Je ne sais pas à quel point les professionnels connaissent la mission et les services offerts au CAAVD parce que le modèle de la clinique en santé est en grande construction. Pendant la COVID, nous avons proposé à l'urgence de nous référer les personnes autochtones qui se présentaient avec un problème de santé courant. Donc, quand une personne arrivait à la clinique, je faisais l'évaluation et un triage, puis je travaillais avec un médecin au téléphone. En fait, ça donnait vraiment une plus grande accessibilité et j'ai hâte que les ordonnances collectives soient développées afin de l'augmenter davantage.

Pourquoi pensez-vous que les services offerts sont si importants ?

J. M. : Moi-même, comme beaucoup de personnes autochtones, j'ai vécu de la discrimination, du racisme et j'ai dû faire face aux préjugés. La discrimination a toujours existé et elle existe encore aujourd'hui. L'histoire nous le démontre : nous n'avons qu'à penser aux pensionnats ou à la Loi sur les Indiens. Les témoignages recueillis dans le cadre de la Commission Viens démontrent que certains services offerts par le réseau de la santé n'offrent pas des



soins culturellement sécuritaires aux personnes autochtones (8). Au Canada comme au Québec, il y a des gens qui sont morts dans les hôpitaux parce qu'on ne les croyait pas. En tant que femme autochtone, je crains de ne pas recevoir l'aide dont j'ai besoin si jamais j'ai un malaise. Pour ces raisons, les Autochtones ont un manque de confiance envers les services publics. Des endroits comme les Centres d'amitié autochtones rendent les soins de santé plus accessibles. Ces services sont essentiels, car, sans eux, peut-être que les Autochtones n'iraient pas ailleurs pour obtenir l'aide dont ils ont besoin. Il y a un besoin pour des services adaptés et donnés par des personnes qui savent ce qu'est la sécurisation culturelle. Les gens ont besoin d'aller chercher les services où ils se sentent en sécurité, où ils savent qu'ils vont être respectés, où ils sentent que « ok, je vais aller là et on va m'écouter et on va prendre le temps avec moi ».

C. P. : Je vais te donner un exemple concret : nous avons une clientèle itinérante importante qui n'irait pas chercher les services à l'hôpital. Mais, puisqu'ils font confiance au CAAVD, ils viennent cogner à ma porte. Aussi, le fait d'aller à la rencontre de ces personnes, sur le terrain, nous permet de rejoindre cette clientèle qui ne reçoit pas de services ou qui ne va pas aller à l'hôpital. Il y a des personnes qui n'ont jamais eu de suivi pour des problèmes de santé assez graves, mais, parce qu'ils connaissent quelqu'un au CAAVD et qu'ils ont confiance, ils viennent chercher l'aide ici. Ils vont toujours à l'hôpital en dernier recours, la clinique en santé est donc le pivot entre l'établissement de santé et la communauté. J'essaye aussi de m'assurer que leurs droits soient respectés : je nous vois comme un pare-feu... Il y a une grande différence aussi quand tu as un lien de confiance avec les personnes autochtones. J'ai l'impression de donner de meilleurs soins puisque je les connais et qu'ils me font confiance.

E.C. : Parfois certaines personnes peuvent se demander : qu'est-ce que ça apporte une clinique en santé autochtone ? La prise de sang faite au CAAVD est la même que celle du CLSC, non ? D'abord, il faut comprendre que notre démarche est portée en coresponsabilité avec l'instance régionale en santé et le CAAVD. Nous avons convenu de travailler ensemble pour la co-construction d'un modèle, d'une réponse novatrice servant à renouveler l'offre de services de santé et de services sociaux. On vise fondamentale-

ment à accroître l'accès aux services. Il a été nécessaire de mettre sur la place publique l'accès aux services pour les Autochtones. La Commission Viens a été claire : la discrimination systémique existe au Québec. Je crois qu'il est maintenant nécessaire de passer de la parole aux actions. Nous n'avons plus à convaincre personne de l'importance de services culturellement pertinents et sécurisants pour les Premiers Peuples. Le CAAVD est ainsi une réponse afin d'accroître l'accessibilité aux services, de diminuer les iniquités et d'améliorer la qualité et les conditions de vie des personnes autochtones vivant en milieux urbains.

Quels conseils donneriez-vous aux infirmières en soins d'urgences qui souhaitent donner des soins sécuritaires à des personnes autochtones ?

C. P. : Pas trop de mots. C'est quelque chose qu'il faut que je pratique, mais vraiment pas trop de mots. De vraiment aussi me positionner comme leur égale, de les accueillir en leur disant d'emblée que je vais peut-être poser beaucoup de questions et qu'ils peuvent m'arrêter s'ils ne comprennent pas ou que je vais trop vite. J'essaye de faire des rencontres courtes, concises et précises. Au début, je questionnais beaucoup, mais j'ai appris à m'arrêter et à écouter les réponses. D'accepter aussi que la notion de rendez-vous ne soit pas adaptée du tout à leurs besoins et donc de ne pas juger quand il y a des rendez-vous manqués. Aussi, on ne sait jamais pourquoi des rendez-vous ont été manqués ou pourquoi ils attendent longtemps avant de consulter. Je crois que le dernier conseil serait de faire attention à nos « à priori » parce qu'ils peuvent mener à de mauvaises pistes. Les personnes autochtones ont tellement des conditions de vie difficiles et il faut toujours garder ça en tête. Par exemple, j'ai des personnes autochtones qui viennent à la clinique et me disent qu'ils se font chicaner à l'urgence pour avoir trop attendu ou pour ne pas avoir fait certains gestes de prévention... mais la personne est seule avec cinq enfants à la maison, elle n'avait pas de transport pour se rendre à l'hôpital, elle avait peur aussi d'y aller. Donc, il faut comprendre qu'on ne doit pas juger la personne parce qu'on ne peut jamais réellement savoir ce qu'elle vit.

J.M. : Tout d'abord, au-delà de l'infirmier ou de l'infirmière, ça prend un employeur qui y croit. Un employeur qui va institutionnaliser la sécurisation culturelle et qui va vérifier les compétences culturelles des personnes avant de les engager. La sécurisation culturelle, ce n'est pas juste de mettre un capteur de rêve ou des bijoux autochtones. Tu peux détenir toutes les connaissances qu'il y a à détenir, si, comme professionnel, le non-autochtone, tu n'as pas de savoir-être et de savoir-faire, cela ne servira pas. C'est en ayant les attitudes et les habiletés à privilégier en contexte autochtone qu'il est possible de faire une différence. Les personnes autochtones sentent alors qu'elles peuvent faire confiance, c'est ça qui permet de changer la conversation. Les professionnels de la santé ne sont pas obligés de tout connaître, mais c'est important de savoir bien communiquer et, surtout, bien écouter. C'est prendre le temps d'être calme, de parler plus lentement et d'utiliser des mots simples lors des soins à un aîné qui ne parle pas beaucoup français. C'est demander à la personne quelle est sa langue maternelle. C'est aussi apprendre des mots dans la langue de la personne. Parfois, juste un « Bonjour, Kwei » lors de l'accueil d'un Autochtone peut faire une différence et permettre de créer un petit lien.

Ce ne sont pas tous les Autochtones qui connaissent leurs droits, ce qu'ils ont le droit de faire ou dire lorsqu'ils entrent dans un établissement de santé. Aussi, il peut exister une barrière lin-

guistique qui réduit l'accessibilité des services. C'est important d'avoir conscience de cela. Plusieurs personnes, lorsqu'on leur demande s'ils ont compris les explications, diront oui en souriant. Pourtant, ce n'est pas toujours le cas. Il faut prendre le temps de vérifier ce que la personne a compris. Cela peut se faire en lui demandant de faire l'exercice qu'elle devra faire à la maison ou d'expliquer ce qu'elle a compris. Les hôpitaux sont de grosses bâtisses dans lesquelles on peut rapidement s'y perdre, surtout lorsqu'on ne connaît pas la langue utilisée sur les panneaux indicateurs. Utiliser les mots de la langue des communautés autochtones ou encore s'assurer que, sur les images utilisées par l'hôpital, il y a des personnes autochtones peut faire une différence. Finalement, le travail, il faut qu'il se fasse à tous les niveaux. Autant au niveau des universités, des cégeps que des écoles secondaires, la Commission Viens constate qu'il existe une méconnaissance généralisée de l'histoire (8). En ce moment, dans les grosses boîtes comme les CIUSSS et les CISSS, ce sont des individus qui apportent des changements. À partir du moment où ces individus quittent le système, les changements qu'ils ont apportés risquent de disparaître. Le changement doit s'opérer à un niveau systémique. Il faut que les hauts dirigeants y croient aussi et qu'un travail au niveau structurel soit entamé.

E.C. : Toujours partir du principe qu'il y a une grande méfiance qui peut se transformer en un bris de confiance. Ce bris de confiance n'est pas envers l'individu, mais plutôt envers ce que celui-ci représente dans le système de santé. Il y a beaucoup de personnes qui ont vécu des expériences négatives qui sont le reflet d'une histoire portée par une société ayant des biais inconscients et des préjugés envers les Autochtones. Créer un lien, et je sais qu'à l'urgence ça peut être difficile, c'est comprendre le parcours des personnes autochtones. La sécurisation culturelle, c'est de prendre une posture qui te dégage de ta position d'autorité sur l'autre. C'est aussi comprendre que la méfiance, les expériences et tout le bagage historique viennent avec les personnes qui se présentent à l'urgence. Ce qui a été démontré récemment, notamment par la Commission Viens, c'est que, cette méfiance du système, elle est intergénérationnelle. Cela a une répercussion sur la santé, car lorsqu'une personne autochtone se retrouve à l'urgence, c'est souvent en dernier recours. La personne n'a pas consulté à cause de cette méfiance et de cette crainte. Les professionnels doivent comprendre que cette personne qui entre à l'urgence porte l'histoire d'un peuple qui inclut la colonisation, le racisme, les politiques injustes, les pensionnats et tous les traumatismes intergénérationnels. Les Autochtones voient le système comme une institution qui leur enlève quelque chose... leur identité, leur culture, leur langue, leurs enfants, leur territoire...

Aussi, je crois qu'une des pistes de solutions est dans le changement des curriculums. Dans les formations s'adressant aux futurs professionnels, le chapitre sur ce sujet inclus dans la Commission Viens devrait minimalement être lu par tous. Quand tu travailles sur un territoire où convergent plusieurs nations autochtones, ça devrait être obligatoire de s'assurer de comprendre l'histoire de ces peuples. Par exemple, l'urgence, c'est la porte d'entrée des personnes autochtones itinérantes qui vivent, en plus de leur condition sociale, des barrières linguistiques et culturelles, qui sont méfiantes... et il y a encore beaucoup de travail à faire pour s'assurer qu'ils aient le droit et l'accès à des services sécuritaires sur le plan culturel. Le premier pas est de comprendre pourquoi ces barrières existent et de créer un lien de confiance. Donc, on a des apprentissages à faire pour mieux connaître l'histoire de la personne en l'écoutant. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces apprentissages. Je reçois des témoignages de personnes autochtones qui se sont senties en sécurité avec des professionnels et ils me disent : « on a pris le temps et j'ai senti qu'on m'avait écouté ». Il y a vraiment une prise de conscience de plus en plus présente. Il y a eu l'enquête publique en lien avec les dénonciations des femmes autochtones à Val-d'Or, l'enquête des femmes et filles disparues autochtones (11), Joyce Echaquan, les sépultures d'enfants non identifiés des pensionnats. Tout ça a permis d'éveiller les consciences pour cheminer vers la réconciliation. Les professionnels doivent connaître et comprendre la vérité mise en lumière par ces rapports ou événements. Le modèle de co-construction de la clinique, c'est aussi une action de réconciliation. Il faut comprendre la vérité, il faut entendre les vérités, puis dire comment moi je peux être un acteur de changement. Parce qu'un.e infirmier.e peut faire la différence en créant un lien de confiance avec une personne autochtone. Ça, pour moi, ce sont des gestes de réconciliation. Chaque infirmier et infirmière peut poser un geste... et il n'est pas banal. Ce geste qu'elle pose au quotidien en accueillant la personne avec tout son bagage. Juste ça... ça fait une différence! 🍌



Nous tenons à remercier M^{me} Janet Mark, M^{me} Edith Cloutier et M^{me} Chantal Paradis pour s'être livrées à nous dans le cadre de ces entrevues. Il est plus que temps que des démarches soient entamées afin de décoloniser la discipline infirmière. Pour en savoir davantage, nous vous invitons à consulter ces ressources :

■ **Le webinaire *La pratique infirmière au cœur de la décolonisation des soins de santé***

Blanchet, A. et Delli Colli, A-R. La pratique infirmière au cœur de la décolonisation des soins de santé. Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec; 2022. <https://risiq.com/fr/videotheque/la-pratique-infirmiere-au-coeur-de-la-decolonisation-des-soins-de-sante>

■ **Les webinaires de *Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series* :**

National Indigenous Cultural Safety Webinars Videos. Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series. 2023. <https://www.icscollaborative.com/webinars>

■ **La boîte à outils décoloniale :**

Moniz A, Cohen-Bucher E, Sioui G. La boîte à outils décoloniale : parcours éducatif. Mikana; 2022. https://www.mikana.ca/wp-content/uploads/2022/06/FR_Parcours_educatif_final_juin2022_V2.pdf

■ **La trousse d'outils pour les alliés aux luttes autochtones :**

Swiftwolfe D. Trousse d'outils pour les alliés aux luttes autochtones. Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal; 2022. <https://reseau-mtlnetwork.com/wp-content/uploads/2022/12/Trousse-1.pdf>

■ **Le livre *Plus aucun enfant autochtone arraché : Pour en finir avec le colonialisme médical canadien* :**

Shaheen-Hussein S. Plus aucun enfant autochtone arraché : Pour en finir avec le colonialisme médical canadien. 1ère édition. Québec (CAN) : Lux Éditeur; 2021.

■ **Un article scientifique portant sur la décolonisation de la profession infirmière :**

McGibbon E, Mulaudzi FM, Didham P, et al. Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. Nursing inquiry, 2014;21(3) :179-191. <https://doi.org/10.1111/nin.12042>

NOTES

1. La Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec, également appelée Commission Viens, a été créée afin d'enquêter sur la discrimination systémique ainsi que les traitements différents reçus par les Autochtones dans le cadre de la dispensation de certains services publics à la suite des événements ayant eu lieu à Val-d'Or en 2015.
2. Ce principe a pour objectif de répondre aux besoins des enfants autochtones, et ce, peu importe où ils vivent au Canada en assurant l'accessibilité aux services publics et les droits respectés (10).

RÉFÉRENCES

1. Regroupement des Centres d'amitié Autochtones du Québec (RCAAQ). Qui sommes-nous? 2023. <https://www.rcaaq.info/qui-sommes-nous/>
2. Lévesque C, Gagnon M, Desbiens C, Apparicio P, Cloutier E, Sirois T. Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001-2016. Cahier ODENA no 2019-03. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal. 2019. <https://reseau-diallog.ca/wp-content/uploads/2021/03/Profil-demographique-2001-2016-Faits-saillants-VF.pdf>
3. Lévesque C, Cloutier E, Radu I, Parent-Manseau D, Laroche S, Blanchet-Cohen N. Innovation sociale et transformation institutionnelle en contexte autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'Amitié autochtone de Val-d'Or. Cahier ODENA no 2019-01. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal. 2019. https://espace.inrs.ca/id/eprint/9714/1/L%C3%A9vesque_2019.pdf?fbclid=IwAR3EPE3FkzU4sm0hCy6BsLbqUS3nk_vlaBawABSDM86c2L17HnDrcHJVjo
4. Bordeleau L, Mouterde P. Pashkabigoni, une histoire pleine de promesses. Mémoire du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec. (1969-2008). Bibliothèques et Archives nationale du Québec et Bibliothèques et Archives Canada. 2008. https://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2018/07/Pashkabigoni-2008_FR.pdf
5. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec. Wendake, RCAAQ. 2018. https://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Provincial_FR.pdf
6. Allan B, Smylie J. First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada. Discussion Paper, Wellesley Institute. 2015. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSC-Updated.pdf>
7. Cloutier E, Laroche S, Lévesque C, Wawanoloath, M-A. Mino Pimatisiwin. Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. 2021. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3879814?docref=3yDyF50_M67mqKRd4ABqUw
8. Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final. 2019. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
9. Radio-Canada. Femmes autochtones à Val-d'Or : autopsie d'une enquête. Radio-Canada. 2015. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/745981/fil-evenements-enquete-femmes-autochtones-val-dor-allegations-policiers>
10. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Le principe de Jordan; N.D. <https://cssspnql.com/principe-de-jordan/>
11. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : Un rapport complémentaire de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Gouvernement du Canada; 2019. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf

LES AUTEURES



Anne-Renée Delli Colli
inf., M. Sc.

Coordonnatrice aux projets de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec, Université de Montréal



Koralie Yergeau
inf., B. Sc. (ét.)

École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

SOUTIEN FINANCIER

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner qu'Anne-Renée Delli Colli et Koralie Yergeau sont toutes deux éditrices associées à la revue *Soins d'urgence*.

Crédits photos: Photo d'Edith Cloutier : Paul Brindamour | Photo du Centre d'amitié autochtone : Koralie Yergeau