

Évaluation des besoins en santé des autochtones en milieu urbain de Montréal

RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal

Montréal 2012



*Comité pour la santé
des Autochtones de Montréal*

Contribution financière :
Gouvernement du Canada

*Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Affaires Autochtones et Développement du Nord Canada
Agence de la santé publique du Canada*

Membres du Comité pour la santé des Autochtones de Montréal :

Carrie Martin
Harry Adams
Pascale C. Annoual
Rossel Bérard
Carole Brazeau

Garry Carbonnell
Susie De Sousa
Jeffrey Drugge
Sacha Rose Kiesman
Chantal Robillard

Mike Standup
Suzanne Stephenson
Keren Tang

Rédigé par :

Chantal Robillard
Eva Monson
Jennifer Mavritsakis

Coordination de la recherche :

Chantal Robillard
Rossel Bérard
Carrie Martin
Morgan Phillips

Équipe de recherche :

Pascale Brunet
Marie-Céline Charron
Bita Mary Eslami
Shirene Eslani
Elizabeth Fast

Natalia Gagnon
Ainsley Jenicek
Alexandre Lapointe
Jennifer Mavritsakis
Eva Monson

Diana Neill
Shirley Pien
Rochelle Ross
Jennifer Shearer
Keren Tang

Conception graphique et Impression par:

Mikisew's Cree-ations: mikisewcreation@gmail.com

Peinture sur la couverture par :

Pascale C. Annoual

Traduction :

Cindy Gosselin
Louise Constantin

Référence :

Comité pour la santé des Autochtones de Montréal. 2012. Évaluation des besoins en santé des autochtones en milieu urbain de Montréal. Montréal : Comité pour la santé des Autochtones de Montréal.

La reproduction de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du Comité pour la santé des Autochtones de Montréal, en vous adressant à Carrie Martin : carrie.nwsm@gmail.com. La source doit être indiquée en entier.

Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement les opinions officielles du Gouvernement du Canada.



PRÉSENTATION

LE RÉSEAU AUTOCHTONE DE MONTRÉAL

26 avril 2012

Historique

Le RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal (RÉSEAU) est une initiative qui a vu le jour le 5 novembre 2008, dans le cadre d'un rassemblement communautaire où l'on présentait les résultats de l'Évaluation des besoins des Autochtones en milieu urbain de Montréal. Il s'agit de l'étude commandée par le RCAAQ suite au Forum socioéconomique de Mashteuiatsh et réalisée par Organizational Development Services (ODS) de Kahnawake, Shakotii'akehnhas Community Services.

Depuis, le RÉSEAU a mobilisé l'ensemble de la communauté autochtone de Montréal à 11 reprises en organisant des Rassemblements saisonniers et compte maintenant plus de 600 membres représentant plus de 120 organisations.

Contexte

Selon les données de Statistique Canada (2006), Montréal est la huitième ville des régions métropolitaines canadiennes où l'on retrouve le plus grand nombre d'Autochtones. On dénombre 17 870 Autochtones dans la grande région métropolitaine de Montréal et 57%, soit 10 130 personnes, déclaraient être membres des Premières Nations. De plus, entre 2001 et 2006, la population autochtone de Montréal s'est accrue de 60 %, donc si on fait les calculs sur la base de ce même pourcentage d'augmentation, en 2011, la population autochtone de Montréal pourrait représenter 28 592 personnes.

Le besoin d'avoir des données plus précises sur la provenance et le profil des membres de la communauté autochtone de Montréal est une priorité d'action 2012 pour le Comité directeur du RÉSEAU. Une étude sera donc réalisée au courant de l'année 2012-2013.

Vision, principes et mandat du RÉSEAU

La vision du RÉSEAU est large et vise à « améliorer la qualité de vie des Autochtones de la région du Grand Montréal par une approche coordonnée et concertée qui lui permettra d'arrimer les intérêts collectifs pour soutenir les initiatives locales. » La transparence, la reddition des comptes, le partenariat, l'inclusion, l'ouverture d'esprit, le respect et la responsabilité culturelle sont les principes du RÉSEAU tout en étant attentif aux différences culturelles et en encourageant la diversité des valeurs des Autochtones de la région du Grand Montréal. L'assemblée du RÉSEAU, réunie trois fois l'an, agit à titre de structure décisionnelle à l'égard des orientations à mettre en place pour aider les organisations travaillant auprès des Autochtones du Grand Montréal à approfondir et améliorer leurs activités, et ce, par les actions suivantes :

- Partager l'information et transférer les connaissances sur les besoins des Autochtones;
- Prioriser les besoins collectivement;
- Développer des projets conjoints pour répondre aux lacunes et réduire les chevauchements;
- Créer et consolider des partenariats.

Le RÉSEAU est une initiative non-partisane visant à unir les efforts de tous pour améliorer la qualité des services qui sont offerts aux Autochtones de Montréal. En offrant une tribune d'échange et de consultation dans le cadre de ses Rassemblements saisonniers (3x l'an), le RÉSEAU permet à la communauté de mieux cerner, grâce à la participation des individus et des organismes de Montréal, les vides de services, les difficultés propres à certaines organisations ou à une certaine catégorie de clientèle et les besoins de supports organisationnels. Ainsi, il facilite le développement de projets collectifs visant à combler les



vides, mieux comprendre les besoins et les difficultés des organisations et des clients, tous en mettant à la disposition de tous un réseau d'entraide organisationnelle.

À Montréal, les besoins sont nombreux, complexes et variés, ce qui est très spécifique à la réalité de la métropole. Ici, on retrouve des membres de chacune des 11 Nations autochtones du Québec en plus d'accueillir aussi des Autochtones du reste du pays. Nous sommes donc dans un paysage de multiculturalisme autochtone unique qui sous-entend l'émergence d'excellentes opportunités de collaboration, mais aussi des défis et des enjeux bien spécifiques.

Nous croyons que la livraison de services, à Montréal, doit être partagée entre plusieurs organisations et c'est dans cette vision que le RÉSEAU fut initié. Il n'est pas possible pour une seule organisation de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins et la communauté a donc choisi de mettre en place une initiative qui allait unir les efforts et faciliter les collaborations.

Comités de travail du RÉSEAU

Le RÉSEAU est composé des six comités de travail suivants :

1. ART•CULTURE,
2. Communications,
3. Employabilité-Formation-Éducation,
4. Jeunesse,
5. Santé
6. Services sociaux.

Chaque comité de travail est composé de travailleurs autochtones, de collaborateurs non-autochtones et de partenaires gouvernementaux possédant une expertise dans le champ d'intervention pour lequel ils sont mobilisés. Chaque comité s'est aussi doté d'un plan stratégique qui précise les activités qui doivent être menées pour faire face aux diverses problématiques spécifiques à leur champ d'intérêt.

Par contre, après plusieurs discussions, il a été décidé que certaines activités, étant jugées d'importance très élevée pour la communauté, sont maintenant considérées comme des priorités transversales à l'ensemble du RÉSEAU. Cela signifie que tous les groupes de travail et le comité directeur verront à faire avancer les priorités transversales de façon à garantir les meilleurs partenariats et les meilleures chances de réussites. Les voici donc dans le tableau qui suit.

Priorités transversales du RÉSEAU 2012-2017
Accroître l'efficacité de la coordination du RESEAU
Créer un lieu communautaire, culturel et artistique
Créer un centre de santé holistique
Développer le Square Cabot pour qu'il devienne un carrefour d'orientation pour des ressources autochtones
Développer des outils de référence et des activités de réseautage communs
S'engager à assurer la présence d'un Aîné et assurer l'intégration des protocoles autochtones dans toutes les activités du RESEAU



Les étapes vers la création d'un centre de santé holistique - l'importance des résultats de l'évaluation des besoins de santé

Voici la section de la planification stratégique 2012-2017 du RÉSEAU indiquant les étapes nécessaires à la création d'un centre de santé holistique. L'évaluation des besoins devenait obligatoire pour orienter dans la bonne direction et poursuivre cette priorité transversale avec succès. La police rouge se réfère directement aux objectifs ou activités qui n'auraient pu se réaliser ou être entamés sans le processus et/ou les résultats de l'évaluation de besoins.

Priorité # 3 : Créer un centre de santé holistique

Objectif A : Assurer la transversalité dans le développement de cette priorité

Activités et résultats

- a) Partager les ressources sur le plan stratégique de communication
- b) Identifier des utilisateurs et des fournisseurs de services pour le groupe de discussions et les séances de contes, et ce à travers le RÉSEAU et les autres comités
- c) Remue-méninges sur le centre de santé (infrastructure, logistiques) avec d'autres comités ayant des objectifs similaires
- d) Recrutement, inscription et réévaluation des membres du Comité de travail Santé à travers le RÉSEAU et les autres comités
- e) Diffuser de l'information sur l'historique, la mission, les forces, les défis et le mode de fonctionnement de notre comité
- f) Inviter, à travers l'infolettre, des représentants de comités de travail et des membres du RÉSEAU (fournisseurs de services) à participer dans le groupe de discussion sur le centre de santé autochtone
 - Assurer la transparence, sensibilisation et le partage des idées, des ressources et des informations avec le RÉSEAU, les autres comités de travail et l'ensemble de la communauté.

Objectif B : Définir l'offre de service et vérifier le cadre normatif et légal s'y rattachant

Activités et résultats

- a) Recueillir de l'information sur les lacunes dans les services à partir de l'évaluation des besoins, les séances de contes et les groupes de discussions
 - Comblent les lacunes dans les services de santé afin de mieux répondre aux besoins en matière de santé de la communauté autochtone.
- b) Planifier les corridors de services selon les recommandations et les meilleures pratiques
 - S'assurer que les besoins en matière de santé de la communauté autochtone sont comblés.
- c) Recueillir de l'information à l'égard du cadre légal
 - S'assurer que le centre de santé est conscient de l'aspect juridique des opérations d'un organisme de santé

Objectif C : Soutenir la recherche de financement

Activités et résultats

- a) Dresser une liste de bailleurs de fonds potentiels; rédiger un sommaire du projet; **initier des contacts avec les organisations** cibles; soumettre une demande de projet

Des ressources financières accrues pour la recherche et l'établissement d'un centre de santé entièrement fonctionnel



Objectif D : Soutenir les efforts de planification

Activités et résultats

- a) Organiser un groupe de discussion afin d’obtenir des conseils et de l’orientation dans nos actions auprès des organismes existants
 - Meilleure connaissance des besoins de la clientèle autochtone, des structures et des services à inclure dans le nouveau centre de santé
- b) Organiser une séance de contes annuellement afin de fournir de la rétroaction et d’obtenir de l’orientation dans nos actions
 - Meilleure connaissance des besoins de la clientèle autochtone et des lacunes dans les services qui doivent être comblées dans le nouveau centre de santé
- c) Réunions constantes et régulières afin d’évaluer le développement du projet en termes d’infrastructure, corridors de services, ressources humaines et partenariats
 - Meilleur développement des espaces physiques du centre de santé et de ses services

Objectif E : Soutenir les efforts de sensibilisation de ce lieu

Activités et résultats

- a) Collaborer avec d’autres réseaux locaux, régionaux, nationaux et internationaux du centre de santé, à son mode de fonctionnement et à ses progrès selon une évaluation systématique.
 - Meilleure connaissance des besoins de la clientèle autochtone et des lacunes dans les services qui doivent être comblées dans le nouveau centre de santé
- b) Informer et éduquer les parties concernées des particularités du système de santé ayant trait aux Autochtones.
 - Meilleure connaissance des améliorations qui sont nécessaires en matière de services de santé

Objectif F : S’engager dans la consultation des membres du RÉSEAU et de la communauté autochtone de Montréal

Activités et résultats

- a) Réaliser une évaluation des besoins de la communauté afin d’identifier les lacunes et les barrières dans les services de santé en milieu urbain.
 - Meilleure connaissance des améliorations nécessaires en matière de services de santé
- b) Réseauter avec les fournisseurs de services de santé, les gouvernements, les organismes et d’autres comités qui œuvrent auprès de la communauté autochtone afin de combler les lacunes et les barrières dans les services de santé, et ce, en fonction des recommandations du Comité de travail Santé.
 - Sensibilisation accrue à la nécessité d’avoir accès à des services de santé qui ne sont pas actuellement disponibles
- c) Fournir une rétroaction à la communauté et au RÉSEAU en ce qui concerne les besoins en matière de santé et de services en milieu urbain suite aux résultats de la recherche et aux recommandations
 - Meilleure connaissance des améliorations nécessaires en matière de services de santé



Objectif G : Réaliser toutes les activités nécessaires requises à l'ouverture et au maintien du centre

Activités et résultats

- a) Compiler des recommandations en fonction des résultats de la recherche
 - Comblent les lacunes dans les services de santé afin de mieux répondre aux besoins en matière de santé de la communauté autochtone.
- b) Créer une base de données sur les services de santé existants
 - S'assurer que les besoins en matière de santé de la communauté autochtone sont satisfaits.
- c) Rechercher un emplacement possible pour le centre de santé
 - Meilleur développement des espaces physiques du centre de santé et de ses services
- d) Assurer une collaboration continue avec d'autres centres de santé et réseaux pertinents.
 - Meilleure connaissance des besoins de la clientèle autochtone et des lacunes dans les services qui doivent être comblées dans le nouveau centre de santé
- e) Rédiger une description du centre de santé (incluant la liste de services et qui les fourniront) pour être utilisée dans les demandes de financement; rédiger une demande de financement pour le centre de santé
 - S'assurer que les besoins en matière de santé de la communauté autochtone sont satisfaits.
- f) Analyser le budget en fonction des réponses des bailleurs de fonds potentiels
 - S'assurer que des ressources adéquates sont disponibles pour le développement du centre de santé

Ceci démontre que l'évaluation de besoins a permis au RÉSEAU d'entreprendre les consultations, analyses et recherches requises pour répondre à cette priorité transversale.

Comité directeur du RÉSEAU

Le RÉSEAU s'est également doté d'un Comité directeur composé d'un représentant de chaque comité de travail, d'un aîné et d'un représentant des cinq instances du gouvernement/administrations publiques régionales reconnues par la communauté Autochtone de Montréal. Il s'agit du Fédéral représenté par le Bureau de l'Interlocuteur fédéral des Affaires Autochtones et Développement du Nord Canada, du Municipal représenté par la Ville de Montréal, du Provincial représenté par le Secrétariat aux affaires autochtones du gouvernement du Québec, des Premières Nations représentées par l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (déléguée par la CDRHPNQ) et des Inuits représenté par la Société Makivik.



Membres du RÉSEAU

Avec plus de 600 membres déjà à son actif, dont 120 organisations, le RÉSEAU est l'initiative la plus représentative des intérêts et des besoins de la communauté autochtone de Montréal. Son objectif est de maintenir, renforcer et augmenter le nombre de partenariats avec les organisations autochtones et non-autochtones, les groupes communautaires, le secteur privé, les partenaires gouvernementaux et les leaders des communautés du Québec. Ainsi, le RÉSEAU vise non seulement à améliorer la qualité de vie des Autochtones dans la région du Grand Montréal, mais aussi la qualité des services qui leur sont offerts.

Bureau de coordination du RÉSEAU

Pour plus d'information, n'hésitez pas à consulter le site web au www.reseaumtlnetwork.com ou à contacter la coordonnatrice du RÉSEAU, Ramélia Chamichian :

Pavillon Duke Nord || 5e étage, bureau 5151.04
801 rue Brennan || Montréal QC H3C 0G4

T: 514.872.9897 || F: 514.872.9848

reseau.mtl.autochtone@gmail.com

Odile Joannette

Co-présidente du RÉSEAU et représentante de l'APNQL
RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal

Conseillère aux communications | CDRHPNQ

(450)638-4903

ojoannette@cdrhpnq.qc.ca



SOMMAIRE

Le Comité pour la santé représente un sous-comité du RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal. Le Comité est composé de treize (13) membres issus de diverses institutions autochtones et non-autochtones, de représentants gouvernementaux et de membres de la communauté. La vision de ce comité est de redonner le pouvoir à la communauté autochtone, en travaillant ensemble vers la guérison. Sa mission est d'obtenir un modèle de provision de soins de santé qui soit holistique et adapté aux différences culturelles, accessible à toutes les personnes autochtones dans le contexte urbain de Montréal et les environs, et où l'accent est mis sur la qualité et la continuité des soins.

La proposition du Comité pour la santé se veut un moment opportun pour les organisations autochtones et leurs partenaires de trouver le meilleur moyen de remédier à ces inégalités et à ces lacunes. Dans le court terme, cette initiative vise à formuler des recommandations fondées sur des données probantes qui sauront répondre aux lacunes dans la livraison des services de santé holistiques et adaptés aux cultures des peuples autochtones de Montréal. À long terme, ces données viendront appuyer la création d'un centre

autochtone de santé holistique entièrement fonctionnel à Montréal. Ainsi, ce projet tentera de répondre aux questions suivantes :

- a. Quelle est la nature et l'importance des besoins en matière de santé (spirituelle, physique, émotionnelle, mentale) et des services en santé/guérison de la population autochtone de Montréal?
- b. Quels sont les déterminants des besoins en matière de santé de la population autochtone de Montréal?
- c. Quels sont les déterminants de la réponse aux besoins en matière de santé exprimés par la population autochtone de Montréal?
- d. Comment peut-on répondre à ces besoins en matière de santé dans le contexte actuel des services à Montréal?

Dans le cadre de cette recherche, une entrevue face-à-face a été menée avec 89 utilisateurs autochtones de services de santé. Les sujets abordés incluaient la vie en milieu urbain, l'autodétermination, les barrières perçues dans les services, la perception de la santé et du bien-être, la spiritualité et la connexion au monde, la perception de besoins physiques et émotionnels, et la perception de la santé maternelle et infantile.



Un deuxième questionnaire a été rempli par 94 fournisseurs de services de santé à Montréal. Les sujets abordés incluaient la gouvernance, la perception du bien-être et de la santé et la prestation de services. Des récits sur la maladie ont été recueillis auprès de 21 Montréalais autochtones, et un groupe de discussion a eu lieu avec 19 fournisseurs de services de santé afin d'identifier les lacunes dans les services.

Les résultats démontrent une certaine convergence au niveau des préoccupations relevées lors du sondage, des récits sur la maladie et du groupe de discussion les fournisseurs de services de santé. Parmi les répondants, nombreux membres des peuples autochtones en milieu urbain ne sont pas nés à Montréal et n'envisageaient pas de retourner vivre dans leur communauté d'origine. Ils demeuraient cependant étroitement liés à leur communauté et participaient à des événements autochtones, que ce soit à Montréal ou dans la communauté. Même si Montréal était perçue comme une ville remplie d'opportunités, elle présente également de nombreux défis qui peuvent expliquer certaines préoccupations exprimées par les utilisateurs et les fournisseurs de services. Montréal étant une ville multiculturelle, il peut être difficile pour une personne autochtone de s'y retrouver et de repérer des marqueurs culturels qui lui permettent de s'enraciner. Il s'agit là d'un important déterminant de la santé puisque la guérison traditionnelle et le fait de trouver un « chez soi » ont été identifiés comme étant des éléments clés dans le maintien de la santé et du bien-être.

Même si l'équilibre dans tous les aspects de la vie était jugé important par les membres des communautés autochtones, leur santé en général n'était pas optimale. Pour ceux qui réussissaient à dénicher des services de santé traditionnelle autochtone, ils en étaient généralement insatisfaits. Les récits sur la maladie des membres des communautés et le groupe de discussion avec les

fournisseurs de services révélaient que certaines personnes préfèrent retourner dans la communauté de provenance pour obtenir des services de guérison traditionnelle. Par contre, cela engendre le problème de trouver un moyen de transport vers la communauté.

Plus important encore, les membres des communautés autochtones en milieu urbain et les fournisseurs de services ont identifié la santé mentale comme étant l'une des préoccupations les plus importantes chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis (en termes de qualité et de quantité), les services en santé mentale étant parmi les plus convoités. On peut aussi se demander si ces troubles ne sont pas reliés aux problèmes liés à l'alcool, au tabac, aux drogues, au stress de la vie urbaine ainsi que par les blessures historiques plus profondes, telle la transmission transgénérationnelle du trauma des pensionnats. La prévalence des troubles du sommeil et, dans une certaine mesure, les douleurs et malaises corporels, pourraient appuyer cette hypothèse.

La moitié des personnes autochtones interviewées ainsi que les fournisseurs de services étaient insatisfaits de l'administration des services de santé à Montréal. Ils estimaient que les personnes autochtones ne sont ni impliquées dans la gestion de ces services, ni partenaires dans leurs relations avec les intervenants de la santé. Des difficultés dans l'accès aux services et des expériences de discrimination ont été citées, surtout en ce qui concerne les services dans les domaines de la santé mentale et de la réhabilitation pour les problèmes de drogues et d'alcool. Malgré cela, lorsque les personnes arrivent à accéder à ces services, ils semblent généralement satisfaits, bien que le manque de sensibilité culturelle ait été souligné.

Cependant, le niveau de satisfaction variait considérablement selon les barrières auxquelles font face les membres de peuples autochtones de Montréal dans leur accès et lors de la consultation



des services. La majorité des répondants avaient été confrontés à un obstacle quelconque. En ce qui concerne les femmes et les personnes âgées entre 25 et 44 ans, elles avaient principalement de la difficulté à trouver des médecins et des soins infirmiers. Pour ce qui est des hommes, ils hésitaient souvent à consulter, possiblement parce qu'ils craignaient des actes de discrimination. Quant aux personnes inuites, ils éprouvaient de la difficulté surtout lorsqu'ils n'avaient pas de papiers d'identification. La connaissance des techniques de guérison traditionnelle et l'accès à ces services posaient également problème, surtout dans le cadre des soins périnataux et de la santé des jeunes enfants. Les longues listes d'attente sont fréquentes au sein du système de santé courant, mais il existe également d'autres obstacles importants comme le fait que ces services soient déconnectés de la guérison traditionnelle autochtone.

Les participants autochtones ont aussi révélé avoir été victimes de mauvais traitements à cause de leur origine ethnique. La discrimination basée sur la langue et la classe sociale a fréquemment été mentionnée également. Cela vient appuyer ce qui a été exprimé par les fournisseurs de services affirment que les intervenants de la santé méconnaissent les personnes autochtones ou ont des préjugés à l'égard de celles-ci. Il a été mentionné lors du groupe de discussion que cette situation engendre chez les personnes autochtones un sentiment de méfiance envers les services de santé courants, ce qui nuit à la relation entre le médecin et le patient et compromet l'adhérence au traitement et la consultation future des patients autochtones.

Les personnes autochtones qui ont participé au sondage ont identifié le réseau social comme élément clé au maintien d'une bonne santé et du bien-être. Les liens avec la communauté et les origines sont donc importants, mais ils représentent également un défi. Un centre de santé comme celui souhaité par le Comité pour la santé

doit donc tenir compte du besoin d'être lié à la culture, en offrant du soutien familial et social et un accès à la nourriture traditionnelle.

Même si les services rendus aux peuples autochtones de Montréal présentent de nombreux obstacles, de façon générale ils semblent néanmoins répondre à leurs besoins. Des défis existent cependant. Ces services présentent des lacunes dans leur accessibilité, sensibilité à la culture des personnes autochtones et intégration de composantes de guérison traditionnelle. Il serait nécessaire de mener des campagnes de sensibilisation sur les enjeux de la santé autochtone, le bien-être, l'histoire et la culture. De plus, les intervenants de la santé ignorent souvent comment promouvoir la santé auprès des personnes autochtones et appuyer les forces et la résilience de celles-ci. La formation des intervenants de la santé devrait donc couvrir la question du renforcement des cultures et des identités autochtones.

La prochaine étape pour le Comité pour la santé sera d'utiliser ces conclusions pour appuyer ses recommandations et ses guides d'information stratégique afin que le centre de santé et de guérison holistique devienne une réalité pour les communautés autochtones de Montréal. Le devra tenir compte des facteurs déterminants tel le sexe, l'âge et autres spécificités culturels de chaque groupe autochtone. Cela s'avère particulièrement vrai pour la santé des femmes où le plus grand nombre de préoccupations a été relevé (p. ex. les sages-femmes, l'accès à la nourriture traditionnelle). Si les femmes et les enfants sont l'avenir des communautés, les efforts de réconciliation avec la communauté et la culture devraient commencer au stade foetal. L'implication des peuples autochtones de Montréal, dans toute leur diversité, est un élément de succès clé dans le processus de développement puisque tous les membres des communautés autochtones peuvent contribuer à faire le pont entre les services traditionnels et les services courants.





TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14		
RÉSULTATS	17		
I. Les personnes autochtones utilisatrices des services de Montréal	17		
1.1. Migration et sentiment d'appartenance	17		
1.2. Vie urbaine	19		
1.3. Besoins en matière de santé	20		
1.4 Déterminants de la santé et obstacles dans l'accès aux services	22		
1.5 Facilitateurs et solutions possibles	26		
II. Fournisseurs de services à la communauté autochtone de Montréal	27		
2.1 Vie urbaine	27		
2.2 Besoins en matière de santé	28		
2.3 Obstacles à l'accès aux services et à l'offre de services	28		
2.4 Forces de la population autochtone de Montréal	31		
2.5 Organisation de l'offre de services en santé et solutions proposées par les fournisseurs	31		
III Santé maternelle et infantile	33		
3.1 Perception des utilisateurs de services	33		
3.2 Perception des fournisseurs de services	35		
CONCLUSION	36		
RÉFÉRENCES	39		
ANNEXE I	40	ANNEXE VII	49
ANNEXE II	44	ANNEXE VIII	50
ANNEXE III	45	ANNEXE IX	51
ANNEXE IV	46	ANNEXE X	52
ANNEXE V	47	ANNEXE XI	53
ANNEXE VI	48		



INTRODUCTION

D'après le Recensement de 2006, 17 865 personnes autochtones vivaient dans la région métropolitaine de Montréal, une augmentation de 60 % depuis 2001, ce qui place Montréal au 8^e rang des villes canadiennes en termes de population autochtone.* Les personnes autochtones de Montréal sont jeunes, selon Statistique Canada. L'âge médian de cette population se situe entre 15 et 44 ans et la majorité a complété ses études secondaires. Ils sont pour la plupart des nouveaux venus à Montréal ou des Montréalais de « première génération » qui n'ont pas l'intention de retourner vivre dans leur communauté de provenance de façon permanente (44 %). Certaines études ont démontré que ce qui motive la mobilité des personnes autochtones varie selon le sexe. En ce qui concerne les femmes, elles déménagent en ville surtout pour des raisons liées à la famille ou à l'éducation, ou pour fuir une situation familiale difficile et trouver un meilleur endroit pour élever leurs enfants. Quant aux hommes, c'est principalement la recherche d'emploi qui motive le déménagement. D'après les organismes autochtones locaux, la population autochtone de Montréal pourrait être encore plus importante, puisque les statistiques citées ne tiennent pas compte des personnes qui n'ont pas d'adresse fixe. Dans un rapport rédigé par le Centre d'amitié autochtone de Montréal au sujet des sans-abris, il est noté que le sous-dénombrement lors du Recensement de 1996 a eu de sérieuses répercussions sur les services offerts à la population autochtone de Montréal. Le sous-dénombrement a réduit le montant des allocations fédérales pour les programmes et les initiatives destinés à la clientèle autochtone urbaine. Ainsi, les gouvernements provincial et municipal considèrent la population autochtone comme étant peu significative en comparaison avec la population totale de la ville. Le rapport mentionne que la province considère que les membres des Premières Nations, les Inuits et les



Métis peuvent facilement être desservis par les services non-autochtones. Pourtant, si on compare la réalité de Montréal à celle de Toronto (qui a le même taux de population autochtones), on constate que cette ville compte beaucoup plus de services conçus spécialement pour les personnes autochtones, dont des services de santé. On y retrouve, entre autres, un centre de santé traditionnelle (Anishnawbe Health Toronto) qui offre un large éventail de services traditionnels et de services cliniques.

Selon un sondage intitulé Urban Aboriginal Peoples Study (UAPS), environ la moitié des personnes autochtones de Montréal (49 %) qualifiaient leur santé comme étant excellente ou très bien. Cependant, si on les compare au reste de la population canadienne, les personnes autochtones ont une espérance de vie moins élevée et des taux plus élevés de maladies telles que le diabète, les maladies infectieuses (VIH, tuberculose, hépatite C), les maladies parasitaires, les maladies mentales, et les maladies chroniques. iii, iv, v, vi, vii, viii, ix

Selon le Urban Aboriginal Peoples Study (UAPS), 67 % des personnes autochtones de Montréal avaient eu recours au système de santé au cours des 12 derniers mois; ils avaient été vus par un médecin ou avaient été hospitalisés. De plus, 15 % des répondants affirmaient ne pas avoir eu recours à des services de santé. Les répondants étaient nombreux à affirmer que l'accès aux pratiques de guérison traditionnelle était plus important que l'accès au système de santé courant (29 % contre 22 %). Pourtant, presque la moitié (47 %) des répondants considéraient les deux services comme étant essentiels. La spiritualité autochtone est importante aux yeux de la majorité des peuples autochtones, particulièrement chez les membres des Premières Nations et les Inuits. La moitié des répondants Montréalais du Urban Aboriginal Peoples Study (UAPS) ont dit avoir recours aux services et organisations autochtones dans leur

ville au moins à l'occasion. Ce taux augmentait de façon significative chez les Inuits (71 % contre 59 % chez les membres des Premières Nations et 48 % chez les Métis). Il est évident que les services et organisations autochtones aident les personnes autochtones à faire des choix importants quant à la culture, les finances et les enjeux sociaux. Pour d'autres, les services et organisations autochtones aident aussi à renforcer un sentiment d'identité collectif dans le milieu urbain.

Selon une étude récente, il existe sept principaux obstacles à l'accès aux soins de santé : les obstacles culturels; les obstacles linguistiques; les obstacles structurels liés à l'histoire et aux inégalités historiques; une certaine méfiance envers les intervenants de la santé; des attentes et expériences divergentes en ce qui concerne la livraison des services de santé; les obstacles financiers/les services de santé ou les bénéficiaires non-assurés; et le manque de connaissances au sujet des services existants. Pour éviter la confusion et accéder à des services de santé qui tiennent compte de leur culture, les clients autochtones se tournent fréquemment vers les fournisseurs de services autochtones comme le Centre d'amitié autochtone de Montréal, où le personnel n'est pas toujours au courant des services de santé requis pour répondre aux besoins des clients. Souvent, les fournisseurs de services non-autochtones réfèrent les personnes autochtones au Centre d'amitié autochtone de Montréal parce qu'ils croient que cet organisme offre des services de santé adaptés à leur culture, même si ce n'est pas le cas.

En ce qui concerne la livraison de services, on rapporte que les fournisseurs de services montréalais actuels méconnaissent souvent les besoins spécifiques des personnes autochtones. Ces clients sont souvent confrontés à des obstacles culturels et linguistiques qui créent de la confusion. À cause des diverses procédures relatives au statut indien, à la communauté

d'appartenance et à la langue d'origine, les clients autochtones sont souvent référés à de nombreuses agences avant d'arriver au bon endroit. Puisque les besoins sont souvent complexes, il est difficile d'offrir des soins et du soutien de façon continue, surtout suite aux changements qui ont été apportés aux services de santé et de services sociaux ainsi qu'aux services de santé non-assurés au Québec.

Malgré la prévalence des maladies engendrées par des facteurs contextuels et structurels, les peuples autochtones ont mis de l'avant diverses stratégies d'adaptation et ont démontré de la résilience face à l'adversité. Cette résistance s'est manifestée, entre autres, par une importante réappropriation des valeurs traditionnelles dans le contexte contemporain actuel. Pour améliorer la santé de ces communautés, des services uniques ont été créés pour mettre fin à l'isolement au sein des peuples autochtones. Plusieurs communautés ont tenté l'expérience des cercles de partage pour contrecarrer les effets négatifs de l'isolement, par l'entremise du soutien et de la guérison collective. La communication a été identifiée comme étant essentielle au maintien d'une communauté en santé. Le fait de pouvoir s'exprimer sans réprimer ses émotions et sa pensée peut aider à parer aux stratégies d'adaptation malsaines telles que l'abus des stupéfiants, un problème répandu dans plusieurs communautés autochtones. Au cours du dernier siècle, diverses pratiques associées à des groupes culturels spécifiques ont été largement adoptées. Ces pratiques ont servi à la fois de rituels de guérison et de symboles partagés d'identité et d'affiliation. Les éléments de cette tradition spirituelle commune incluent la croyance au Créateur, le symbolisme de la roue médicinale, l'utilisation des tentes de sudation et des plantes médicinales, les danses avec des tenues traditionnelles de pow-wow, les tambours et les offrandes de tabac. Les parcours de guérison de nombreuses personnes autochtones débutent avec



un de ces éléments; ils deviennent ensuite d'importants outils de parcours individuel ou collectif. Que ces pratiques traditionnelles appartiennent à leur culture ou non, elles représentent une forme de résilience différente de ce qui est offert dans les cliniques de santé courantes, où les besoins spécifiques des peuples autochtones ne sont pas entièrement comblés.

La proposition du Comité sur la santé se veut un moment opportun pour les organisations autochtones et leurs partenaires de trouver le meilleur moyen de remédier à ces inégalités et à ces lacunes. Dans le court terme, cette initiative vise à formuler des recommandations fondées sur des données probantes qui sauront répondre aux lacunes dans la livraison des services de santé holistiques et adaptés à la culture autochtone de Montréal. À long terme, ces données viendront appuyer la création d'un centre de santé holistique autochtone entièrement opérationnel à Montréal. Ainsi, ce projet tentera de répondre aux questions suivantes :

- a. Quelle est la nature et l'importance des besoins en matière de santé (spirituelle, physique, émotionnelle, mentale) et des services en santé/guérison de la population autochtone de Montréal?
- b. Quels sont les déterminants des besoins en matière de santé de la population autochtone de Montréal?
- c. Quels sont les déterminants de la réponse aux besoins en matière de santé exprimés par la population autochtone de Montréal?
- d. Comment peut-on répondre à ces besoins en matière de santé dans le contexte actuel des services à Montréal?

La réalisation de ce projet a été guidée par une compréhension holistique de la santé et de la maladie. Même si la conception de la santé varie d'une nation à l'autre, nous comprenons que la

santé ne signifie pas seulement l'absence de malaises physiologiques. L'aspect physique est relié aux autres aspects de la personne et toutes ces composantes doivent être prises en compte lorsqu'on pense à la santé et au bien-être. Le Comité sur la santé a donc essayé de combiner les deux visions de la santé (traditionnelle et biomédicale) dans la mesure de la livraison de services de qualité. L'évaluation se fonde sur l'équilibre entre les divers aspects de la vie ainsi que sur les composantes de la santé (physique, émotionnelle, mentale, spirituelle, sociale), plutôt que sur l'incidence et la prévalence des maladies. Cette perspective crée, à son avis, un pont entre les deux visions.

Dans le cadre de cette recherche, une entrevue face-à-face a été menée avec 89 utilisateurs de services autochtones. Les sujets abordés incluaient la vie en milieu urbain, l'autodétermination, les barrières perçues dans les services, la perception de la santé et du bien-être, la spiritualité et la connexion au monde, la perception de besoins physiques et émotionnels, et la perception de la santé maternelle et infantile. Un deuxième questionnaire a été rempli par 94 fournisseurs de services de santé à Montréal. Les sujets abordés incluaient la gouvernance, la perception du bien-être et de la santé et la prestation de services. Des récits sur la maladie ont été recueillis auprès de 21 Montréalais autochtones, et un groupe de discussion a eu lieu avec 19 fournisseurs de services de santé afin d'identifier les lacunes dans les services. Une description complète de l'échantillon et des détails méthodologiques sont disponibles à l'annexe I.



I. Les personnes autochtones utilisatrices des services de Montréal

I.1 Migration et sentiment d'appartenance

Laplupart des personnes autochtones en milieu urbain ayant participé au sondage ne sont pas nés ici; en moyenne ils étaient installés à Montréal depuis 12 ans. Seulement 18 personnes (20,2 %) ont affirmé avoir été élevées à Montréal. On mentionne souvent un ou deux motifs pour le déménagement. Les plus fréquents étaient : l'éducation/l'école (36,4 %), la famille (28,6 %) et l'emploi (15,6 %). De plus, 22 personnes ont donné une raison autre que celles énumérées dans le questionnaire. D'autres motifs incluait la vocation, le déménagement chez un autre parent, le réseau social, l'adoption et les changements de vie.

On a demandé aux personnes nées à l'extérieur de Montréal si elles avaient l'intention de retourner vivre dans leur communauté d'origine. Neuf personnes (12,9%) avaient l'intention d'y retourner, 21 personnes (30%) n'avaient pas l'intention d'y retourner, 29 personnes (41,4%) étaient indécises et 11 personnes (15,7%) ont affirmé qu'il leur était impossible de retourner dans leur communauté d'origine. De plus, trois répondants étaient retournés vivre dans leur communauté dans le passé. On a demandé aux répondants s'ils étaient attachés à leur communauté d'origine. 68 % ont répondu y être très attachés ou assez attachés et quelques répondants (13,5%) ne se sentaient pas du tout attachés à leur communauté d'origine. Certains répondants ont démontré un intérêt à participer à des évènements communautaires politiques ou culturels autochtones, avec 27,3 % qui disaient toujours y participer, 37,5 % disaient y participer parfois, 21,6 % rarement et 13,6 % jamais.

Lors des récits qualitatifs, on a mentionné d'autres raisons pour le déménagement en milieu urbain. Fréquemment, les interviewés mentionnaient que les personnes autochtones ont fui un passé lourd et négatif de leur communauté pour commencer

une nouvelle vie. Les résultats démontrent également que Montréal est perçue comme étant riche en opportunités de formation et d'emploi. Aussi, un des répondants affirmait que les milieux urbains étaient plus tolérants envers les modes de vie alternatifs :

« ...il y a beaucoup de gens qui sont gais, homosexuels ou autres, parce que justement c'est mal accepté dans les communautés, fait que souvent c'est à Montréal qu'ils vont trouver la liberté. »

(Femme membre des Premières Nations, 25-44 ans)

Les grandes villes offrent également des soins de santé plus complets et un environnement positif pour le développement artistique. L'environnement multiculturel plaît aux personnes qui sont curieuses par rapport aux autres cultures et qui sont intriguées par le rythme de vie accéléré des grands centres urbains.

Plusieurs facteurs motivent donc les gens à quitter leur communauté d'origine pour s'installer en ville. Par contre, la vie urbaine présente elle aussi des aspects négatifs. Un accès difficile aux services, de longues périodes d'attente et la discrimination dans les salles d'urgence peuvent être d'importantes sources de frustration. Le coût élevé de la vie et le stress de la vie urbaine figuraient parmi les raisons pour lesquelles on pourrait quitter Montréal :

« ...la pauvreté, la difficulté de trouver un emploi, souvent la difficulté dans une grande ville de trouver des lieux de rassemblement, où t'as un bon rapport avec tes semblables, s'il y a quelqu'un qui traîne des blessures psychologique en plus, ça fait une accumulation de difficultés qui est pas facile forcément à surmonter. »

(Homme membre des Premières Nations, 45-64 ans)



Lorsqu'on examine les aspects négatifs de la vie urbaine, on doit tenir compte du fait que certaines personnes pensent qu'elles n'ont pas vraiment le choix que de vivre en ville et/ou qu'elles n'ont pas de communauté où retourner. Certaines personnes autochtones ne sont pas nées dans une communauté ou ont été élevées en famille d'accueil non-autochtone; elles doivent donc faire face aux défis de la vie urbaine dans un milieu où il n'y a pas de ressources culturelles qui favorisent un esprit et un corps sains. Les personnes autochtones récemment arrivés doivent s'habituer à de nouvelles façons de vivre et à de nouveaux marqueurs culturels. Étant étrangers à la façon de vivre à Montréal, ils sont plus susceptibles d'être exploités. Les traumatismes historiques (relations entre le gouvernement et les peuples autochtones) et intergénérationnels (les pensionnats) ont aussi été cités comme facteurs qui rendent les personnes autochtones plus sensibles au stress de la vie urbaine.

Malgré l'attrait pour la diversité culturelle de Montréal, on a mentionné qu'il pouvait être difficile de trouver des activités autochtones ou même des signes de la présence des personnes autochtones dans la ville :

« Je cite souvent Pierre Isaac qui avait dit dans une entrevue, que la chose qui l'avait choqué en arrivant à Montréal, choqué noir, c'est qu'il y avait aucune trace des premiers habitants du pays dans la Ville. Aucune trace visible était là quand il est arrivé, pis pas un signe nulle part. »

(Homme membre des Premières Nations, 45-64 ans)

Les questions d'origines et d'appartenance étaient des sujets sensibles pour les personnes interviewées. Lorsqu'on a abordé les origines autochtones, des sentiments contradictoires ont été exprimés tels que la fierté, la confusion, la déception, la honte, la lutte (combativité) et la joie. De nombreuses personnes se disaient fières d'être autochtones, mais elles trouvaient difficile de

rester connecté à la culture. D'autres ont été élevés avec des sentiments de honte par rapport à leurs origines, mais avec le temps, elles se sont ouvertes à la culture et ont appris à aimer les cérémonies et traditions autochtones. Par exemple, un interviewé a expliqué :

« (Mes parents) étaient très déconnectés de leur propre spiritualité autochtone, mais quand j'étais jeune, j'ai commencé à m'y intéresser. »

(Homme membre des Premières Nations, 45-64 ans)¹

Certaines personnes ont dit que le parcours vers la découverte et l'acceptation de soi peut être difficile, surtout lorsqu'on doit surmonter des insécurités qui sont semées depuis la naissance. Par exemple, une interviewée a mentionné avoir été élevée dans un environnement où ses racines autochtones n'étaient pas célébrées :

« Du côté de ma mère, ce n'est pas quelque chose qui était célébré d'être autochtone, c'est pas quelque chose pour en être fier. (...) Mon grand-père lui, il ne voulait absolument pas utiliser son statut autochtone pour avoir accès aux services et tout ça. Pour lui, c'était vraiment important de montrer qu'il était capable de travailler, puis nourrir sa famille, puis pour qu'il n'en avait pas besoin, comme tout le monde. »

(Femme membre des Premières Nations, 45-64 ans)

Peu importe qu'une personne ait été élevée dans une communauté ou dans un milieu traditionnel autochtone, les personnes interviewées ont insisté sur le fait que les origines ne sont pas définies par l'environnement mais plutôt par la subjectivité de chacun. Par exemple, certains individus étaient très attachés à leurs origines autochtones malgré le fait d'avoir été élevés par des familles d'accueil non-autochtones; d'autres avaient été élevés dans une communauté, mais rejetaient leurs origines autochtones. Pour certains répondants, le fait



d'être autochtone leur a permis de trouver une communauté où ils sont les bienvenus; pour d'autres, l'incapacité de parler la langue autochtone a été source de rejet :

« Je suis né à Montréal mais toute ma famille vient du Nunavik, du Nord. Donc je suis né et j'ai été élevé à Montréal. Je n'ai jamais vraiment eu la chance d'apprendre la langue, la langue Inuktitut. (...) Ils me voient et ils pensent que j'ai l'air Inuk, mais quand ils me parlent, ils voient que je ne parle pas Inuktitut, et ils se disent "Oh alors tu n'es pas Inuk, tu n'es pas un Inuit". »
(Homme inuit, 25-44 ans)²

De nombreux répondants disaient avoir un bon réseau de soutien où ils se sentaient acceptés, et cela peut aider à prévenir les problèmes de santé. La composition de ces réseaux de soutien variait considérablement d'une personne à l'autre; ils étaient principalement composés des amis, de la famille et des partenaires.

« C'est très facile de devenir déprimé, de sombrer dans l'alcool ou les drogues. Quand tu as des amis, ça aide. »
(Homme membre des Premières Nations, 45-64 ans)³

1.2 Vie urbaine

Qu'une personne soit sans-abris, qu'elle vive dans une maison d'hébergement ou qu'elle ait un chez soi, le lien entre la santé et les conditions de logement a été très fréquemment abordé par les interviewés. L'accès à un logement propre, sécuritaire et abordable serait le minimum requis pour jouir de la santé mentale, physique et spirituelle.

On a demandé aux personnes autochtones de Montréal si, au cours de la dernière année, ils avaient éprouvé de la difficulté à subvenir à certains besoins de base comme la nourriture, le logement, les commodités, le transport et les

services de garde. En ce qui concerne la nourriture, même si la majorité des répondants (63 %) n'avaient aucune difficulté à se nourrir, 16,7 % éprouvaient des difficultés à se nourrir quelques fois par année, 6 % sur une base mensuelle et 14,3 % plus d'une fois par mois. Quant au logement, plus de la moitié (67,5 %) n'avaient aucune difficulté à se loger, 21,7 % éprouvaient des difficultés quelques fois par année, 6 % sur une base mensuelle et 4,8 % plus d'une fois par mois. Pour les vêtements, 12,2 % des individus avaient de la difficulté à se vêtir quelques fois par année et 9,8 % plus d'une fois par mois. 65,9 % des individus n'avaient aucune difficulté avec le transport, 6,5 % quelques fois par année, 2 % sur une base mensuelle et 4,3 % plus d'une fois par mois.

Lors des récits qualitatifs, il a été mentionné que les saines conditions de vie exigent la propreté et la sécurité; un lieu où on se sent heureux, confiant et organisé :

« Je vis pour être sécuritaire. Ma maison c'est l'endroit où je sais que j'ai comme, ma nourriture chez moi, j'ai mes animaux, j'ai mon lit...Et, tout est organisé et propre, c'est un endroit sécuritaire, tout le monde ne sait pas où j'habite. »
(Femme membre des Premières Nations et inuite, 18-24 ans)⁴



À l'autre extrême, certains individus vivent dans un endroit où la drogue et l'alcool sont omniprésents, d'autres vivent avec un partenaire violent et d'autres n'ont simplement aucun logement et sont forcés de vivre dans un centre d'hébergement. Même si les conditions dans la plupart des maisons d'hébergement se sont améliorées (plus propres, meilleure nourriture, moins de violence) l'ambiance dans ces endroits reste généralement négative. Certaines personnes croient que le fait d'obtenir une adresse permanente serait la première étape vers la guérison et la prise de contrôle sur sa vie :

« Surtout quand tu n'as pas d'adresse... tu as l'impression d'appartenir à nulle part... quand nous sommes déménagés dans un plus bel endroit, ça changé toute ma vie. »
(Femme inuite, 18-24 ans)⁵

1.3 Besoins en matière de santé

Les récits sur la maladie nous offrent un contexte pour interpréter les résultats du sondage. En effet, certaines personnes partageaient une vision de la santé où la spiritualité, qu'elle ait des composantes de traditions autochtones ou non, joue un rôle important dans la compréhension de la santé, du bien-être et de l'origine des troubles physiologiques. Le fait d'être connecté à sa communauté, aux autres et à la terre, ainsi que l'équilibre dans toutes les composantes de la santé (physique, émotionnelle, mentale et spirituelle) sont des éléments essentiels au bien-être. Cette vision autochtone de la santé n'est pas nécessairement partagée par tous les répondants, mais, comme le démontre cet extrait, certains principes de base peuvent être partagés et bénéfiques pour tous, personnes autochtones et non-autochtones :

« La santé, la connaissance par rapport à la santé traditionnelle, c'est un savoir spirituel, c'est un savoir ancestral, c'est la connexion à la terre. (...) On est un peuple, des gens connectés à la terre.



On vit sur terre. Évidemment qu'on peut être plus ou moins connecté, mais on est quand même sur la terre. Donc, c'est des concepts qui sont universels, mais les peuples autochtones ont, dans les origines, dans les racines, des connaissances qui sont tellement précieuses, donc de se guérir chacun et de contribuer à guérir les autres Autochtones et non-Autochtones. (...) C'est sûr qu'il y a des choses qui sont différentes, mais il y a quelque chose... il y a l'essence de qu'est-ce qui est universel. L'essence de comment on retrouve notre santé vitale, c'est la même chose pour tout le monde. »

(Femme membre des Premières Nations, 45-ans)

La relation avec le corps physique peut être différente, tel qu'exprimé par une répondante qui souffrait d'anémie et qui avait besoin d'une transfusion sanguine :

« Je disais : 'Non, je n'en veux pas, ce n'est pas mon sang, je n'en veux pas. Je n'en veux pas'. Le médecin il était fin, mon spécialiste. Il dit : 'Non.' Il dit : 'Madame, votre sang dans dix minutes est le vôtre.' »

(Femme membre des Premières Nations, 65+ ans)

L'importance de la guérison traditionnelle a été mise en relief lors des récits qualitatifs. Cette tradition semble d'autant plus importante dans le cadre urbain, où une personne peut perdre ses repères culturels et identitaires. Dans l'extrait suivant, une participante relate sa consultation avec un guérisseur traditionnel :

« Il prend ton esprit, ou voit ton esprit et il peut ressentir ce que tu ressens. C'est fou! C'est un sentiment extraordinaire. Il m'a dit, quand je consommais de l'alcool, il m'a dit, "ton esprit s'est sauvé de toi parce que tu ne prends plus soins de toi. Mais je vais le reprendre pour toi. Je vais le reprendre pour que tu puisses prendre racine. Mais n'oublie pas, tu n'es jamais seule dans ce monde" ».

(Femme inuite, 25-44 ans)⁶

Par contre, d'autres interviewés ont mentionné que les traditions changent constamment et qu'il ne faut pas exagérer.

« On voit parfois des personnes qui viennent peut-être juste de s'initier aux traditions, et ils exagèrent. Ce n'est pas nécessaire de faire une cérémonie de purification à chaque fois qu'on participe à une réunion. »

(Femme membre des Premières Nations, 45-64 ans)⁷

De plus, il est mentionné que les personnes autochtones ne diffèrent pas du reste de la population en ce qui concerne leurs besoins en matière de santé; c'est seulement la culture qui diffère :

« Ce sont tous les mêmes besoins, ils ont tous les mêmes besoins. C'est juste la culture qui est différente. Ils ont tous les mêmes besoins, on voit que peu importe la nation, la nationalité, ils ont tous les mêmes besoins. »

(Femme inuite, 25-44 ans)⁸

Lors du sondage, on a demandé aux participants d'évaluer leur santé en général. Ils étaient majoritaires à dire que leur santé était pauvre (en moyenne 3 sur une échelle de 0/pauvre à 10/excellente), avec 24,7 % qui se donnaient une note de 0 sur 10. Quand on leur demandait à quelle fréquence ils étaient en équilibre dans les quatre composantes de la santé (physique, émotionnelle, mentale et spirituelle), ils se situaient en moyenne à mi-chemin entre « jamais » et « toujours » (6 sur une échelle de 0-10).

Quand on demandait aux répondants s'ils avaient eu recours à des services de santé pour les préoccupations liées aux quatre aspects de la santé (spirituelle, physique, émotionnelle, mentale), 52 % ont répondu dans l'affirmative. De ceux qui avaient consulté, ils jugeaient que les services n'étaient pas appropriés (en moyenne 3 ou 4 sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/entièrement approprié) et presque la moitié

(48,2 %) estimaient que les services n'étaient pas du tout appropriés (0 sur une échelle de 0-10). De plus, ils avaient généralement l'impression d'être en contrôle de leur vie (7 sur une échelle de 0/aucun contrôle à 10/toujours en contrôle). On leur a aussi demandé d'évaluer à quel point la spiritualité autochtone était importante dans leur vie; en moyenne ils ont accordé une note de 8 sur une échelle de 0 à 10. Presque la moitié ont répondu que la spiritualité autochtone était très importante (49,4 %). Les religions (chrétienne, bouddhiste, Islam, etc.) étaient généralement jugées moins importantes (4,5 en moyenne).

Le sondage cherchait également à identifier les besoins en matière de santé perçus (physiques et émotionnels) dans différents domaines de la santé. En général, les femmes et les personnes âgées entre 25 et 44 ans et entre 45 et 64 ans avaient plus de préoccupations dans les domaines énumérés. Le problème le plus fréquemment perçu était celui de la nervosité/anxiété, tristesse et humeur dépressive au cours du dernier mois (59,6 % des individus). Il s'agissait également du plus important problème de santé relevé chez les participants membres des Premières Nations (63 %) les Métis (71 %) et les Inuits (56 %).

D'autres problèmes mentionnés par presque la moitié des participants étaient les douleurs corporelles au cours du dernier mois (49,4 %) et les troubles du sommeil au cours du dernier mois (49,4 %). Ces taux sont très élevés si on les compare aux taux pour les problèmes relatifs à l'ouïe par exemple, relevés par seulement 4,5 % des répondants.

Au cours de la dernière année, 75,3 % des utilisateurs de services avaient consommé des produits de tabac tels que les cigarettes, les cigares ou les pipes; 82 % avaient consommé des boissons alcoolisées comme la bière ou le vin; 34,8 % avaient consommé de la drogue ou d'autres substances toxiques comme les solvants et les



drogues prescrites pour usage récréatif; et 36 % avaient participé au jeu dans un casino, sur Internet ou avec des amis. Parmi les consommateurs, 44,8 % des personnes qui avaient fumé au cours de la dernière année en étaient préoccupées, surtout chez les Inuits interviewés (50%). De ceux qui avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année, 30,1 % en étaient préoccupés. Des 34,8 % qui avaient consommé des drogues, 29 % en étaient préoccupés. Le domaine qui semblait le moins préoccupant était celui du jeu (15,6% de ceux qui avaient joué en étaient préoccupés). Le jeu semble plus préoccupant pour les femmes (80 % des personnes préoccupées étaient des femmes) et 60 % des préoccupations liées au jeu provenaient des 45 à 64 ans. En général, une préoccupation importante a été soulignée suite à une blessure subie (70% avaient été blessés au cours de la dernière année).

Au cours de la dernière année, parmi les répondants à la question sur la sexualité, 75 % avaient été actifs sexuellement. De ceux qui étaient actifs sexuellement, 96,8 % étaient toujours consentants. De ceux qui avaient eu des relations sexuelles au cours de la dernière année, 36,5 % avaient des préoccupations concernant une grossesse ou une infection transmise sexuellement (ITS).

Les principaux problèmes pour lesquels les répondants ont reçu des traitements ou des services au cours du dernier mois étaient la nervosité/anxiété, tristesse et humeur dépressive (40,7 %), les douleurs corporelles (44,4 %) et les troubles du sommeil (37,8 %). Les services les plus souvent sollicités pour des problèmes de santé moins fréquents étaient liés aux blessures (80 %), à la santé bucco-dentaire (63,4 %), et aux problèmes de respiration (60,9 %). Les services les moins sollicités étaient ceux en lien avec les problèmes d'ouïe et le jeu (cependant peu d'individus avaient cette préoccupation). Pour ces deux problèmes, aucun individu n'avait eu recours

à des services. 50 % des préoccupations liées aux problèmes d'ouïe venaient des 18-24 ans (même s'il y avait peu de préoccupations liées aux problèmes d'ouïe en général), et 54,5 % des préoccupations liées aux douleurs corporelles venaient des 25-44 ans ainsi que des personnes qui s'étaient auto-identifiées comme Métis.

D'autres particularités émergent lorsqu'on regarde les résultats selon les catégories du sexe, de l'âge et du groupe autochtone des répondants. On constate une différence entre les hommes et les femmes au sujet des soins personnels, une préoccupation plus élevée chez les hommes (71 % des hommes). Pour les personnes qui s'étaient identifiées comme membres des Premières Nations, la deuxième préoccupation en importance était liée au régime alimentaire (58 %). Il s'agissait d'une préoccupation encore plus importante pour les Métis (71 %).

1.4 Déterminants de la santé et les obstacles à l'accès aux services

Les participants au sondage étaient divisés quant à leur niveau de satisfaction quant à l'administration des services de santé à Montréal. Environ la moitié des répondants étaient insatisfaits de ces services (en moyenne 4,5 sur une échelle de 0/pas du tout satisfait à 10/entièrement satisfait). Les résultats étaient semblables pour ce qui est du degré de satisfaction concernant l'implication de la population autochtone dans l'organisation des services de santé à Montréal (en moyenne 4,35 sur la même échelle).

L'importance de la participation des personnes autochtones dans l'organisation des services de santé est indéniable selon les répondants (8,9 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10 très important). Cinquante-quatre personnes ont même affirmé que cette participation était très importante (10 sur la même échelle). Lorsqu'on leur a demandé si, à un niveau individuel, ils se sentaient impliqués dans le choix des services de



santé offerts, les utilisateurs de services étaient moyennement satisfaits. À l'opposé, 16,5 % estimaient que leur implication était très faible et 15,2 % la jugeait de très élevée. Cela étant dit, plus de 60 % des répondants ont accordé une note en dessous de la moyenne (5 ou moins sur une échelle de 0/très faible à 10/très élevé). On leur a aussi demandé si, à un niveau individuel, ils se sentaient impliqués par les intervenants de la santé dans le choix des traitements requis. Ici, la note accordée était de 5,6 sur 10, avec 55 % des individus ayant accordé une note en dessous de 5.

On a demandé aux répondants d'évaluer à quel point les services reçus pour leur problème de santé étaient appropriés. La cote la plus faible a été accordée aux services de soins personnels (4,33 sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/entièrement approprié), et aux services d'activité physique (4,88 sur la même échelle).

Les services pour les problèmes les plus courants (nervosité/anxiété, tristesse, humeur dépressive; douleurs corporelles au cours du dernier mois et troubles du sommeil au cours du dernier mois) avaient été jugés appropriés (7,86, 7,62 et 7,47 respectivement). De plus, les services les plus fréquemment demandés (pour les blessures, la santé bucco-dentaire et les problèmes de respiration) étaient également jugés appropriés (7,64, 7,2 et 6,62 respectivement). En ce qui concerne les services pour les blessures, des différences notables existent selon les groupes autochtones. Ils étaient bien notés par les membres des Premières Nations (8,2 sur une échelle de 0-10) mais moins bien notés par les Métis (4,5 sur la même échelle). Dans ce cas, aucune personne inuite n'a évalué les services pour les blessures. D'autres domaines étaient évalués différemment selon l'appartenance des utilisateurs. Par exemple, en ce qui concerne les programmes de cessation d'alcool, les membres des Premières Nations estimaient qu'ils étaient très appropriés (8,8 sur 10) tandis que les Inuits estimaient qu'ils étaient faiblement appropriés (3,2 sur 10). Aucun

Métis n'a évalué les programmes de cessation d'alcool. (Pour plus de détails, voir l'annexe II)

Lorsqu'on a questionné les répondants à propos des barrières à l'accès aux services de santé, 86,5 % ont affirmé avoir rencontré au moins un obstacle. Parmi les répondants qui avaient rencontré des barrières, ceux-ci étaient en moyenne au nombre de sept barrières, avec un répondant ayant rencontré un nombre élevé de 26 barrières. En général, les femmes étaient plus susceptibles de rencontrer des obstacles, et certains obstacles semblaient spécifiques à un sexe. Des différences notables existaient également selon l'âge, avec les 25-44 ans ayant rencontré le plus de d'obstacles dans l'accès aux services (42 %). Parmi les groupes autochtones, ce sont les membres des Premières Nations qui ont relevé le plus de barrières (75 % de cette catégorie de répondants ayant rencontré des obstacles). Cependant, cela pourrait être dû au fait que les répondants membres des Premières Nations étaient plus nombreux que les Métis et les Inuits. Par contre, toutes proportions gardées, ce sont les Métis qui ont relevé le plus d'obstacles dans les services de santé puisque tous et chacun ont mentionné au moins une barrière.

La principale barrière relevée était liée aux listes d'attente trop longues. Cet obstacle a été relevé par 65 % des individus, et de manière significative chez 45,5 % chez les 25-44 ans, 37 % chez les 45-64 ans, 56 % chez les membres des Premières Nations et 47 % chez les Inuits. D'autres barrières fréquemment citées sont reliées aux services déconnectés de la guérison traditionnelle autochtone : 45,2 % pour l'ensemble des répondants; 65 % chez les 25-44 ans; 37 % chez les 45-64 ans; 40 % chez les membres des Premières Nations et 29 % chez les Inuits. La difficulté à accéder aux services de guérison autochtone traditionnelle a été identifiée par 39,7 % des répondants; et les soins de santé inadéquats par 35,6 % des répondants (65 % chez les 25-44 ans). Pour plus de détails, voir l'Annexe III.



D'autres particularités émergent quand on analyse les résultats selon le sexe, l'âge et les groupes autochtones. La non disponibilité de médecins et d'infirmiers était particulièrement citée par les femmes (95 %), par les 25-44 ans (45,5 %) par les 45-64 ans (37 %). Le fait de tenter d'accéder à des services et d'être refusé a été identifié comme une barrière par 75 % des 45-64 ans. Les femmes ont plus souvent mentionné les barrières suivantes : les installations médicales ne sont pas disponibles (80 %); les services ne sont pas disponibles (82 %); pas de services de garde (100 %); et le coût trop élevé de la consultation ou des traitements (94 %). Quant aux hommes, les obstacles aux services les plus fréquemment cités étaient : pas de transport (56 %); le choix de ne pas consulter un intervenant de la santé (59 %); et la peur de subir de la discrimination (61 %). Les répondants inuits relevaient également d'importantes barrières à l'accès telles que l'absence de papiers d'identification et la difficulté à trouver des soins autochtones (29 %).

Au cours de la dernière année, 30 % des répondants autochtones de Montréal croyaient qu'ils avaient été traités injustement par un intervenant de la santé. L'origine autochtone était la raison la plus fréquemment mentionnée pour le mauvais traitement (52 %). D'autres raisons incluaient la langue (32 %), l'apparence physique (24 %) et la classe sociale (16 %). Lorsqu'on demandait aux répondants de comparer leur accès aux services à celle de la population de Montréal en général, 39,3 % estimaient qu'ils y avaient moins accès que la population en général. (Voir l'annexe IV pour plus de détails).

De nombreuses personnes autochtones montréalaises consultent un guérisseur traditionnel : 31,5 % au cours des 12 derniers mois; 6,7 % au cours des deux dernières années; 19,2 % depuis plus de 2 ans; et 32,6 % jamais. L'accès aux pratiques de guérison traditionnelle/holistique telles que les médecines douces, les diverses cérémonies et le conseil des

Aînés semble possible pour la majorité des répondants (75,9 %). Par contre, lorsqu'on leur demandait d'évaluer à quel point il leur était facile d'accéder à ces services, plus de 20 % ont répondu que l'accès était très difficile. Plus de la moitié, soit 58,4 % ont identifié des difficultés rencontrées lorsqu'ils tentaient d'accéder à ces pratiques traditionnelles/holistiques; en moyenne ces difficultés étaient au nombre de deux ou trois. La difficulté la plus fréquente était l'incapacité de trouver ces services (56 %), tandis que 54 % des répondants affirmaient que ces services n'étaient pas disponibles. D'autres difficultés citées : pas de transport (30 %), le coût élevé du transport (22 %) et l'incapacité de prendre congé du travail ou des autres engagements (20 %). La vaste majorité des répondants croyaient que l'accès aux services de guérison traditionnelle/holistique était important (en moyenne 7,5 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10/très important) et 46 % des individus croyaient que cet accès était très important (10 sur la même échelle). (Voir l'annexe V pour plus de détails).



Les récits sur la maladie expliquent davantage comment la santé peut être déterminée par un nombre d'éléments essentiels. Ces éléments, tels que définis par les personnes interviewées, peuvent aider à maintenir le niveau de santé d'un individu ou à l'améliorer. Les interviewés ont mentionné que l'accès aux nécessités de base telles que des conditions de logements propres, une alimentation saine et l'exercice physique déterminent si une personne est en santé ou non. L'emploi, le revenu, la confiance en soi et le soutien social ont également été mentionnés comme facteurs de bien-être. Le soutien social en particulier était décrit comme « sauvant des vies ». L'accès aux services de santé, qu'ils soient traditionnels ou non, était un thème récurrent. Un participant explique :

« Il n'y a pas suffisamment de services, ils ne sont pas accessibles ou connus, comme si on n'en parlait pas assez. »

(Homme membre des Premières Nations, 25-44 ans)⁹

Les barrières rencontrées lorsqu'on recherche ou qu'on reçoit de l'assistance médicale sont nombreux. La majorité des personnes interviewées ont exprimé des frustrations avec le système de santé public :

« Par exemple, les salles d'urgence sont inefficaces et manquent de personnel, les temps d'attente ne sont pas raisonnables et les patients ont été victimes de discrimination et de stéréotypes. Il m'est arrivé d'avoir un médecin qui ne me regardait même pas, des réceptionnistes qui ne me regardaient même pas. »

(Femme membre des Premières Nations et inuite, 18-24 ans)¹⁰

La discrimination a aussi été identifiée. Il a été suggéré que les services de santé courants à Montréal, une ville multiculturelle, devraient accepter les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits comme ils acceptent les membres de toutes les autres communautés. De

nombreux participants ont mentionné qu'il pouvait être difficile de découvrir quels services sont disponibles, où ils se situent et même s'ils existent. Les obstacles linguistiques peuvent être particulièrement difficiles pour les personnes autochtones qui n'ont pas accès à un traducteur et qui ne parlent ni le français ni l'anglais couramment. Aussi, certains intervenants de la santé croient à tort que toutes les personnes autochtones sont anglophones.

Une autre barrière courante : les professionnels de la santé méconnaissent souvent les produits et services couverts par la carte de statut indien. Face à ces obstacles, les individus vont simplement choisir de ne pas consulter. Le manque d'accessibilité des psychiatres, des guérisseurs traditionnels et des Aînés a souvent été discuté. Les participants ont aussi mentionné le problème des services qui ne sont pas centralisés. En lien avec la santé mentale, un participant a expliqué :

« J'ai vu ma part de psy et de trucs comme ça, mais c'était toujours très blanc. Jamais d'Autochtones. J'ai vraiment dû chercher. »

(Homme membre des Premières Nations, 25-44 ans)¹¹



Lors des récits sur la maladie, il a été mentionné qu'il est parfois difficile de cerner la cause exacte d'un mauvais traitement de la part d'un intervenant de la santé. L'oubli ou la méconnaissance d'un problème peut tout aussi être perçu comme une attitude discriminatoire de la part d'un intervenant de la santé. Dans d'autres situations, une longue période d'attente, le fait d'avoir obtenu son congé tôt ou un mauvais diagnostic peuvent être perçus comme de la discrimination, comme l'illustre cette expérience :

« J'ai reçu un mauvais diagnostic à quelques reprises. Ils pensaient que j'avais une bronchite mais en réalité j'avais une pneumonie. Je suis retournée plusieurs fois, ç'aurait pu se détériorer en tuberculose, mais c'est pas arrivé. C'était pas gentil, je pense que c'est, je ne sais pas si c'est parce que je suis autochtone, ou si je suis juste pas chanceuse, ou si c'était juste comme ça à ce moment-là, ce jour-là, à cet hôpital-là ou à cette clinique-là. » (Femme membre des Premières Nations et inuite, 18-24 ans)¹²

1.5 Facilitateurs et solutions possibles

Quand on leur demandait ce qui les aidait à se sentir bien ou en santé, la grande majorité des répondants ont cité une alimentation saine (74 %), de l'exercice régulier (71 %), du sommeil/repos adéquat (58 %) et un réseau de soutien composé de la famille, des amis ou des collègues de travail (56 %). On a demandé aux utilisateurs de services où ils se tournaient pour du soutien; la majorité mentionnait un ou deux endroits. La réponse la plus fréquente était la ville ou la communauté d'origine (42 %) et ensuite les centres communautaires de Montréal (37,5 %), les écoles à Montréal (17 %) et finalement le travail à Montréal (8 %). D'autres réponses ont été données par 34 personnes (38%), elles incluaient, entre autres, les amis et la famille et les maisons d'hébergement à Montréal.



Le système public (hôpitaux, médecins de famille et CLSC/cliniques) offrent des ressources et de l'aide adéquates. Le système n'est pas parfait (longues attentes dans les urgences, discrimination, pénurie de médecins de famille, etc.) mais ce système semble néanmoins répondre aux problèmes de santé majeurs. Les pharmaciens se révèlent souvent d'importants facilitateurs en fournissant de l'aide et des renseignements utiles :

« Je pense aussi que le pharmacien est plus sympathique que les cliniques dans les hôpitaux. » (Femmes membre des Premières Nations et inuite, 18-24 ans)¹³

Le Centre d'amitié autochtone de Montréal et ses employés sont perçus comme des ressources inestimables puisqu'ils dirigent les personnes autochtones vers les services de santé appropriés et fournissent des soins de santé traditionnels sur place. De nombreux répondants ont affirmé qu'ils seraient perdus et dans un état de santé minable si ce n'était du Centre d'amitié autochtone de Montréal.

Les récits sur les maladies ont également révélé d'autres sources de force et de fierté qui n'étaient pas identifiées dans le sondage. L'exercice physique, un régime équilibré ou traditionnel et la prise de vitamines figuraient parmi les stratégies de maintien d'une bonne santé et du bien-être. La capacité d'élever son enfant avec succès dans la ville a également été identifiée comme source de fierté :

« Qu'est-ce qui me rend fière? Je suppose le fait d'avoir été capable de vivre à Montréal, de travailler à Montréal et d'avoir élevé des enfants qui ont assez bien virés. » (Femme membre des Premières Nations, 45-64 ans)¹⁴

« Mes enfants sont ma seule motivation dans la vie. Je n'ai pas d'autres motivations... si



ce n'était pas pour eux, je ne serais pas... , c'est triste à dire, mais je ne serais probablement plus ici. Ils me gardent en vie. »

(Femmes membre des Premières Nations, 18-24 ans)¹⁵

La guérison peut également venir de soi. La citation suivante illustre la croyance que chacun a le pouvoir de se guérir :

« On pense que le pouvoir de guérison est à l'extérieur de nous, alors que moi je crois que c'est vraiment à l'intérieur de nous. Donc de ramener, de réveiller en chaque personne cet accès à la guérison qui est universel. En se connectant à soi et de ressentir, de le vivre, de l'expérimenter. »

(Femme membre des Premières Nations, 45-64 ans)

Parmi les solutions mentionnées dans le cadre de ce projet, il a été suggéré de mettre en place un endroit central où il serait possible d'obtenir des paiements du gouvernement fédéral sans devoir transiger directement avec le gouvernement. Comme suggestion générale, une personne mentionne que les services devraient se centrer sur le renforcement positif et la santé, et non sur la maladie et l'incapacité de s'améliorer :

« Au lieu de parler de ce qui ne va pas, dis-moi ce que je fais de bien, et peut-être que ça m'aidera à avancer. Au lieu de me rabaisser, élève mon esprit. Dis-moi "Oh, ça va bien, tu fais bien ça. Wow ça fait, ça fait deux semaines. Wow tu progresses bien!" Au lieu de te rabaisser. À bien des endroits ils disent : "Oh tu vas bien mais il y a ça, ça, ça et ça, ça, ça que tu devrais travailler." Et tu es comme wow, c'est trop. Il y a toujours unmais. Et tu entends : "Oh oui, je vais bien, mais... Oh, il y a ça qui se passe, mais..." »
(Femme membre des Premières Nations, 18-24 ans)¹⁶

II. Fournisseurs de services aux communautés autochtones de Montréal

2.1 Vie urbaine

Les fournisseurs de services ont également donné leur opinion sur les principaux défis (barrières) auxquels sont confrontés les peuples autochtones de Montréal. Les défis recensés par le sondage incluaient, entre autres, les opportunités d'éducation et de formation, le financement, l'abus de drogues et d'alcool, le contrôle sur les décisions, le logement, les activités liées aux gangs de rue, la culture et les activités culturelles, l'employabilité/le nombre d'emplois, la santé, la nourriture, la justice, la sécurité, et l'accès aux services. De tous les défis énumérés, l'abus de drogues et d'alcool a été cité par le plus grand nombre de fournisseurs de services (81,9 %). Il s'agit là d'un chiffre important en comparaison à d'autres défis moins souvent mentionnés, comme les activités liées aux gangs de rue, soulignées par seulement 18 fournisseurs de services (18,1 %).

Dans l'ensemble, les fournisseurs de services croient que les défis existent dans la plupart des domaines. Parmi les 12 barrières énumérées, 10 ont été identifiés comme posant problème aux peuples autochtones de Montréal, puisqu'ils ont été évoqués par plus de 50 % des fournisseurs de services. Il n'y a que la gouvernance (le contrôle sur les décisions : 40,4 %) et les activités liées aux gangs de rue qui ont été mentionnées par moins de la moitié des fournisseurs de services.

D'autres défis signalés par les fournisseurs de services incluaient les traumatismes intergénérationnels, le racisme institutionnalisé, la violence envers les femmes autochtones, l'accès à la guérison et aux enseignements traditionnels, le fait d'être détaché de sa culture, l'isolement et les problèmes d'identités engendrés par l'adoption.



2.2 Besoins en matière de santé

On a demandé aux fournisseurs de services d'identifier les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les clients autochtones desservis aux cours de la dernière année. Ils ont principalement invoqué les sentiments de nervosité/anxiété, tristesse et humeur dépressive (8,45 sur une échelle de 0/jamais à 10/très souvent). D'autres problèmes sont fréquemment rencontrés (plus de 7 sur une échelle de 0/jamais à 10/très souvent) : manque d'équilibre dans les diverses composantes de la santé (physique, émotionnelle, mentale et spirituelle); problèmes avec les relations interpersonnelles; problèmes de consommation d'alcool ou de substance illicites, incluant les solvants; difficulté à s'alimenter de façon équilibrée et à accéder à la nourriture traditionnelle.

Les problèmes moins souvent rencontrés (moins de 4 sur une échelle de 0/jamais à 10/très souvent) par les fournisseurs de services étaient dans les domaines de l'activité physique des enfants et des jeunes (p. ex. les exercices); la difficulté à voir et à reconnaître une personne qui se trouve de l'autre côté de la rue (à une distance d'environ 20 mètres); la difficulté à entendre une personne assise en face de soi (à un mètre de soi); la vaccination des enfants/jeunes (le problème le moins cité avec 2,71 sur une échelle de 0/jamais à 10/très souvent).

2.3 Obstacles à l'accès aux services et à l'offre de services

On a demandé aux fournisseurs de services des questions sur la livraison des services et leur connaissance de services spécifiques aux peuples autochtones en milieu urbain. Les services mentionnés par plus de 50 % des répondants étaient la consultation pour les problèmes de drogues et d'alcool; les centres d'emploi; les centres de jeunesse; les services juridiques autochtones; les services de guérison traditionnelle.

Certains fournisseurs de services participant au groupe de discussion travaillaient auprès d'une clientèle qui présente des problèmes d'abus de substances illicites. Une discussion a donc eu lieu au sujet des centres de réhabilitation à long terme qui sont adaptés aux cultures autochtones. La politique de tolérance zéro que pratiquent certains services autochtones laisse peu d'options aux consommateurs de drogues et d'alcool. Certaines personnes cesseraient de consommer pour accéder à un de ces centres, mais les symptômes de sevrage graves les empêchent de le faire. Il a également été question des lacunes au niveau des services et de l'accès au « matériel de réduction des méfaits » dans l'ouest du centre-ville ainsi qu'à l'extérieur de cette zone. En effet, les personnes autochtones quittent de plus en plus le centre à cause des projets de développement et des interventions policières.

À l'opposé, seulement 3,3 % des fournisseurs de services ont mentionné les services d'un spécialiste des troubles du langage. D'autres services moins connus incluent le diagnostic et le traitement des troubles de l'élocution (4,4 %); les programmes de cessation du tabac (8,9 %); l'évaluation et le diagnostic de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (8,9 %); les programmes de traitement des troubles de santé mentale (8,9 %); les établissements de traitement pour troubles de santé mentale (7,8 %).

Onze fournisseurs de services ont dit être au courant d'autres services. Ils incluaient, entre autres : les programmes d'entraide des détenus, les centres d'hébergement spécifiquement pour les personnes autochtones, la patrouille de rue et les services aux étudiants (Cégeps et universités).

Les fournisseurs de services qui ont participé au sondage affirmaient avoir été témoins ou avoir eu écho du mauvais traitement d'une personne autochtone par un intervenant de la santé au cours de la dernière année. La majorité a affirmé que ce mauvais traitement était dû au fait que le client



était membres des Premières Nations, Inuit ou Métis (81,7 % ont cité cette raison pour le mauvais traitement). Plus de 50 % des répondants ont affirmé que le mauvais traitement pouvait également être dû au manque d'argent/situation financière précaire; à la classe sociale; à la langue parlée (Voir l'annexe VI pour plus de détails).

La raison la moins citée était l'orientation sexuelle (mentionnée par seulement 13 % des fournisseurs de services qui avaient été témoins ou qui avaient eu écho d'un mauvais traitement). Environ 14 % des fournisseurs de services ont mentionné d'autres raisons pour le mauvais traitement. Elles étaient, entre autres la dysphorie sexuelle; les problèmes de santé mentale (p. ex. le fait de ne pas être « normal »); des antécédents d'usage de drogues; des antécédents de prostitution; des antécédents de comportements irrespectueux envers le personnel médical.

Des enjeux semblables ont été soulevés lors du groupe de discussion; ils expliquent davantage ces résultats quantitatifs et leur impact sur l'accès aux services et à la livraison de services. Parmi les obstacles identifiés par les participants, on citait à nouveau l'incompréhension liée à la langue ou à la culture des personnes autochtones et des intervenants de la santé. Certains participants ont mentionné une expérience personnelle où le client autochtone se sentait jugé par un intervenant de la santé qui entretenait des idées préconçues envers les personnes autochtones. Les services offerts en français seulement, la peur de ne pas être compris et la méfiance générale envers les médecins rendent encore plus difficile l'accompagnement des clients dans ce système de santé qui leur semble souvent intimidant. De plus, il est souvent difficile pour les clients d'expliquer leur situation dans leur deuxième ou troisième langue; ces clients auront également de la difficulté à comprendre les directives du médecin traitant, et ce même si l'information est donnée dans un langage simple.

Ces problèmes de communication nuisent aux efforts de ceux qui tentent de convaincre les personnes autochtones de recourir aux services de santé courants. Ainsi, certains participants ont travaillé comme intermédiaire entre le client autochtone et l'intervenant de la santé. De plus, l'absence de la carte de la RAMQ limite ou rend difficile l'accès aux services de santé courants.

Lorsqu'on a demandé aux fournisseurs de services d'évaluer l'accès aux services de santé de la population autochtone de Montréal, la grande majorité (75,9 %) estimait que les personnes autochtones avaient moins accès à ces services que la population en général. Lorsqu'on a demandé aux fournisseurs de services d'évaluer l'accès aux techniques de guérison traditionnelle/holistique telles que les médecines douces, les cercles de guérison et autres cérémonies et le conseil des Aînés pour la population autochtone de Montréal, les notes étaient très basses (une moyenne de 2,88 sur une échelle de 0/très difficile à 10/très facile) avec 28 % des fournisseurs de services qui qualifiaient l'accès de très difficile (0 sur la même échelle). Quand on leur demandait de nommer les difficultés perçues dans l'accès à la population autochtone urbaine aux pratiques de guérison traditionnelle/holistique, la difficulté la plus citée était le sentiment que ces services sont déconnectés des valeurs traditionnelles (88,8 % des répondants). D'autres difficultés fréquemment mentionnées concernaient les services ne sont pas disponibles dans leur secteur (73 %); les frais de transport trop élevés (65,2 %); l'incapacité d'organiser le transport (61,8 %); les clients sont trop gênés pour y aller (60,7%).

Dans une moindre mesure, les répondants ont mentionné que les médicaments ou l'équipement du guérisseur traditionnel étaient inadéquats (7,9 %). (Pour une liste complète des difficultés citées, voir l'annexe VII).



L'importance des services adaptés à la culture a également été soulevée lors du groupe de discussion avec les fournisseurs de services. Selon les participants, la façon de traiter toute personne de la même manière efface la spécificité historique que certains communautés autochtones auraient vécu tel que le traumatisme intergénérationnel. En effet, les traumatismes collectifs mènent à une quête de l'identité et des marqueurs culturels et ont des répercussions sur la santé mentale. Il est aussi mentionné que certaines personnes autochtones présentent une combinaison de problèmes de santé qui ne sont pas pris en compte par les services spécifiques aux personnes autochtones. Des services sont nécessaires pour traiter plus d'un problème de santé à la fois (problème de consommation, VIH, hépatite C, prévention du suicide et intervention) ainsi que pour aborder les déterminants sociaux de la santé tels que les besoins socioéconomiques de base. Cependant, le financement reçu par les fournisseurs de services participants au groupe de discussion n'était octroyé que pour un programme spécifique.

De plus, on a demandé aux fournisseurs de services si les services offerts dans un domaine de la santé spécifique étaient appropriés. Sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/entièrement approprié, les services ayant reçu la plus basse note étaient pour l'aide pour les problèmes de jeu; l'éducation autochtone pour les enfants/jeunes; l'accès à la nourriture traditionnelle (la plus basse note avec 2,79 sur une échelle de 0-10). En général, plus un problème de santé était jugé important, moins les services concernés étaient jugés appropriés (5,8 sur une échelle de 0/jamais à 10/très souvent, en comparaison avec 4,91 sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/tout à fait approprié). Cela illustre qu'en général, les services à la population

autochtone de Montréal semblent inadéquats. Lorsqu'on regarde les problèmes les plus fréquents et le degré de pertinence des services, on constate des lacunes évidentes au niveau de la provision de soins dans certains domaines (problème de santé jugé important et les services jugés inappropriés). Par exemple, le problème le plus fréquemment rencontré, soit celui de la nervosité/anxiété, tristesse et humeur dépressive, a reçu une note de 8,45 sur l'échelle de la fréquence. Par contre, les services dans ce domaine étaient jugés appropriés à seulement 5,21 sur une échelle de 0-10. Autre exemple, en ce qui concerne le degré de satisfaction des services, les services d'accès à la nourriture traditionnelle étaient jugés inappropriés (2,79). Pourtant cet accès était jugé très important par les fournisseurs de services. (Pour plus de détails, voir l'annexe VIII)

Le groupe de discussion avec les fournisseurs de services a révélé d'autres préoccupations relatives à l'accès aux services. L'accès aux médicaments abordables pose problème. Bien que certains médicaments soient couverts par la carte de statut indien émis par le gouvernement ou l'Entente de la Baie James et du Nord du Québec, certains pharmaciens méconnaissent le processus et refusent cette carte. Les pharmaciens vont parfois demander aux clients de faire leurs propres demandes de remboursement auprès du gouvernement, ce qui peut être fastidieux et engendre des délais de traitement considérables. Certaines personnes préfèrent se rendre dans leur communauté pour obtenir leurs médicaments plutôt que de se soumettre à un long processus de remboursement. Cette situation engendre un autre problème, celui du transport. En effet, un nouvel arrivant n'a pas toujours développé un réseau social qui lui permet de trouver un moyen de transport vers sa communauté.



2.4 Forces de la population autochtone de Montréal

Les fournisseurs de services ont également évalué les principales forces de la population urbaine autochtone de Montréal. En moyenne, sur une liste de 13 forces possibles, seulement quatre ont été identifiées. Les forces les plus couramment identifiées étaient les liens sociaux (67 % des fournisseurs de services); la culture traditionnelle (59,3 %); les valeurs familiales (51,6 %). Les forces rarement identifiées (par moins de 10 % des fournisseurs de services) : une économie forte, l'environnement naturel et les faibles taux de suicide, de criminalité et d'usage de drogues (identifiée par seulement une organisation).

2.5 Organisations de l'offre de services en santé et solutions proposées par les fournisseurs

On a demandé aux fournisseurs de services d'évaluer à quel point les services de santé de Montréal prennent en considération la perspective des personnes autochtones dans le choix des services offerts et leur emplacement. Ils estimaient que cette participation était faible (en moyenne 2,96 sur une échelle de 0/médiocre à 10/très bien). Presque 80 % des fournisseurs de services évaluaient que cette participation était sous le score moyen. De plus, les fournisseurs de services ont estimé que les professionnels de la santé impliquent peu la population autochtone dans le choix des traitements médicaux requis (2,88), que le degré de satisfaction quant au fonctionnement du système de santé à Montréal était faible (2,54) et que le degré de satisfaction par rapport à l'implication des personnes autochtones dans l'organisation des services de santé à Montréal était faible (3,44).

Pourtant, les fournisseurs de services ont jugé qu'il était important que les personnes autochtones soient impliquées dans l'organisation des services de santé à Montréal (9,48 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10/très important). En comparaison à l'importance accordée à l'accès aux services courants, l'accès aux services de guérison traditionnelle/holistique cote haut (9,09 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10/très important). Les fournisseurs de services jugeaient comme très important l'accès des personnes autochtones en milieu urbain aux services dans leur communauté d'origine (p. ex. la santé et l'éducation) si leur communauté d'origine n'est pas Montréal (8,83 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10/très important). Plus de 90 % des fournisseurs de services ont accordé une note de 5 ou plus.

En ce qui concerne l'importance des services offerts à Montréal, incluant les services autochtones et non-autochtones, les fournisseurs de santé jugeaient que tous ces services sont importants, les plus importants étant les programmes de réhabilitation pour dépendances (9,56 sur une échelle de 0/pas du tout important à 10/très important). Autres services ayant reçu une note de 7,5 et plus étaient les services autochtones pour les enfants et la famille; les écoles primaires et secondaires; les collèges et universités; les soins des enfants et garderies; les centres d'emploi; les centres de santé; les services de logement qui suivent de près.

Des solutions possibles ont été identifiées lors du groupe de discussion avec les fournisseurs de services. Pour remédier aux lacunes, les fournisseurs de services ont développé des partenariats formels et informels avec des organismes communautaires, des systèmes de références entre les organisations et des services



d'accompagnement pour les services de santé courants. À cause de la nature des opportunités de financement, ils combinent des fonds du gouvernement, des organisations privées, des fondations et des activités de financement.

Les participants ont identifié le besoin d'avoir un endroit sans discrimination où les clients peuvent consulter et qui n'est pas un service destiné aux personnes ayant des besoins spécifiques (p. ex. les sans-abris). Les fournisseurs de services peuvent également maintenir des contacts et des partenariats avec les organismes communautaires en participant à des événements communautaires à Montréal, en offrant des ordinateurs aux clients pour qu'ils communiquent avec leurs familles dans la communauté ou en offrant des numéros sans frais pour les appels interurbains. Les activités qui aident les personnes autochtones vivant à Montréal à se sortir de l'isolement sont également importantes pour la guérison. Les activités et services suivants en sont des exemples : l'art, la promotion de l'art et les activités artistiques; le fait de forger des liens avec les gens et leur offrir des services adaptés à leurs besoins et à leur rythme; intégrer la roue de la médecine; fournir de l'information dans la langue de l'utilisateur; fournir des références appropriées; offrir des activités de développement culturel, de renforcement de la culture et de la tradition; les compétences et la formation de leadership; les compétences de communication; le travail d'équipe; les valeurs; l'indépendance; les programmes de logement; les cliniques dentaires; les services en santé mentale, peuvent aussi faciliter la guérison.

Toutes ces activités suscitent la guérison ainsi que le sentiment d'être connecté au monde. Lorsque cette connexion se fait par l'entremise des activités dans la communauté, les personnes autochtones peuvent alors se sentir liées aux services de santé réguliers/courants. Donc, selon les fournisseurs de

services, les services de santé adaptés nécessitent qu'on réponde de manière appropriée à la variété des expériences vécues par une population aussi diversifiée que celle des peuples autochtones de Montréal. Un centre de santé holistique, avec ses thérapeutes et guérisseurs autochtones, permettrait de répondre à un éventail de problèmes et d'obtenir une liste du profil des utilisateurs. Le centre, s'il est géré avec compétence culturelle, permettrait aussi d'aborder les traumatismes transgénérationnels et la justice restauratrice en cas de violence. Tous ces services seraient réunis sous un même toit. Une clinique sans rendez-vous a été suggérée comme première étape pour lier les personnes autochtones aux services de santé courants. Un tel centre serait géré par les communautés, comme c'est le cas pour la clinique Anishnawbe Health de Toronto et la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles à Montréal.

Le soutien politique du RÉSEAU permettrait une certaine marge de manœuvre dans les négociations avec les bailleurs de fonds potentiels, l'Agence de la santé et des services sociaux, le Ministère de la santé et des services sociaux et les partenaires autochtones et non-autochtones. Il sera également nécessaire de sensibiliser les citoyens pour promouvoir un tel centre et faciliter son acceptation sociale. Des activités de sensibilisation ont été identifiées comme nécessaire afin d'offrir un espace montréalais où les gens peuvent se rendre une fois qu'ils sont rétablis et où ils trouveront des restaurants, des cours de langue, etc.



III. Santé maternelle et infantile

3.1 Perception des utilisateurs de services

Une section spécifique du questionnaire traitait de la santé maternelle et infantile. Parmi le groupe des utilisateurs de services, 44,9 % avaient déjà été enceintes. Le nombre de grossesses était de deux ou trois en moyenne, le nombre le plus élevé étant de six. En moyenne, 9,6 années s'étaient écoulées depuis la dernière grossesse. Dans ce groupe, la grossesse s'était déroulée à Montréal pour 65 % des mères. Vingt-six mères ont eu recours à des soins périnataux pendant leur grossesse et parmi elles, 25 (62,5 %) avaient été suivies par un médecin (en moyenne neuf visites au cours de la grossesse). Douze femmes (30 %) avaient été suivies par une infirmière/sage-femme (en moyenne 10 visites au cours de la grossesse) et trois mères (7,3 %) avaient été suivies par une infirmière auxiliaire/sage-femme (en moyenne 18 visites au cours de la grossesse). Une femme avait eu recours aux services d'une assistante à la naissance traditionnelle (trois visites au cours de la grossesse). Ce sont principalement les médecins et infirmières qui assistaient à l'accouchement, et ensuite le père du bébé ou un autre membre de la famille (frère ou sœur, beaux-parents, cousins, etc.) L'accouchement avait principalement lieu à l'hôpital ou dans une maison de naissance (62 %). On a demandé aux mères si elles avaient accès à des méthodes de contrôle des naissances. De celles qui ont répondu, 75 % ont dit que oui et 80 % ont affirmé avoir accès à des services d'avortement.

Parmi les hommes et les femmes qui ont répondu à la section sur la santé maternelle et infantile, 17 % disaient ne pas avoir rencontré de barrières dans l'accès aux services pendant la grossesse et 21,3 % n'avaient pas rencontré d'obstacles lorsqu'ils avaient recherché des services pour leurs enfants. Pour les personnes ayant rencontré des barrières (83 %), l'obstacle le plus important pendant la grossesse a été l'accès aux soins

traditionnels autochtones (47,2 % des individus). Ces soins incluent les services d'un guérisseur ou d'un Aîné. Le deuxième obstacle le plus important était le sentiment que les soins reçus étaient déconnectés de la guérison traditionnelle autochtone (41,2 %). En troisième place, on retrouve les listes d'attente trop longues (35,3 %). Au sujet des barrières dans l'accès aux services pour les enfants (78,7 %), on citait encore une fois le sentiment que les services sont déconnectés de la guérison traditionnelle autochtone (38,1 %). En deuxième place (33 %) on retrouve le sentiment que les soins étaient inadéquats ainsi que la difficulté à accéder aux soins traditionnels autochtones (p. ex. guérisseur traditionnel ou Aîné). On a demandé aux mères de relater les préoccupations qu'elles ont eues au cours de leur dernière grossesse et d'évaluer à quel point les services reçus à Montréal étaient appropriés. 31,1 % affirmaient avoir consommé des produits de tabac tels que la cigarette, les cigares et les pipes au cours de leur dernière grossesse. Parmi elles, 78 % étaient préoccupées par leur consommation de tabac. Malgré cette préoccupation, aucune répondante n'avait eu recours à des services de cessation de tabac. Quant à la consommation de boissons alcoolisées (bière, vin, etc.) au cours de la dernière grossesse, 20 % avaient consommé au moins une boisson, bien que seulement trois répondantes fussent préoccupées par la consommation d'alcool. Une seule répondante a eu recours à des services de cessation d'alcool au cours de sa grossesse, mais elle estimait que les services reçus n'étaient pas appropriés (une sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/entièrement approprié). On a également demandé aux mères si elles avaient consommé des drogues ou d'autres substances toxiques (solvants, abus de drogues prescrites) pour un usage récréatif. Une minorité (6,6 %) avaient répondu dans l'affirmative et elles étaient toutes préoccupées par cette consommation de drogues. Malgré cela,



seulement une répondante avait consulté pour ce problème et elle jugeait que les services reçus avaient été moyennement appropriés (5 sur une échelle de 0-10).

Plusieurs femmes (24 %) ont affirmé avoir eu de la difficulté à maintenir un régime équilibré durant leur dernière grossesse, mais seulement deux d'entre elles avaient consulté pour cette préoccupation. Parmi les deux qui ont consulté, l'une estimait que les services reçus n'étaient pas très appropriés (2 sur une échelle de 0-10) tandis que l'autre jugeait qu'ils l'étaient davantage (7 sur une échelle de 0-10). Une autre préoccupation semblable soulevée par le groupe des mères : la difficulté à accéder à la nourriture traditionnelle (24,4 %). Aucune répondante n'avait eu recours à des services pour cette préoccupation. Finalement, 20 % des mères ont répondu qu'elles avaient eu de la difficulté à faire de l'exercice physique au cours de la dernière grossesse. Parmi elles, une seule femme avait consulté et elle croyait que les services reçus étaient appropriés (9 sur une échelle de 0-10).

On a demandé aux répondants qui prenaient soins d'enfants (24 tuteurs d'enfants dans le groupe ayant complété cette section) combien d'enfants étaient à leur charge et quelle était leur relation avec ces enfants. En moyenne, ces tuteurs avaient entre un ou deux enfants à leur charge et ils étaient tous le parent biologique de l'enfant, à l'exception d'un répondant qui était le grand-parent de l'enfant.

On a demandé aux tuteurs quelles étaient leurs préoccupations vis-à-vis la santé de leurs enfants. Par exemple, est-ce qu'au cours de la dernière année, ils avaient éprouvé de la difficulté à fournir un régime alimentaire équilibré à leurs enfants? La réponse a été affirmative dans 20 % des cas alors que deux personnes avaient consulté à ce sujet; l'une évaluait que les services reçus étaient appropriés et l'autre non. D'autres préoccupations

relevées incluaient la difficulté à accéder à la nourriture traditionnelle au cours de la dernière année (41,7 %). Personne n'avait consulté à ce sujet. De plus, 25 % des tuteurs éprouvaient de la difficulté à suffisamment nourrir leurs enfants. Une personne avait consulté à ce propos et elle jugeait d'entièrement appropriés les services reçus (10 sur une échelle de 0-10). En ce qui a trait aux autres préoccupations, 16,7 % des tuteurs avaient des préoccupations liées à la vue, l'ouïe ou les dents de leurs enfants au cours du dernier mois. Trois répondants avaient consulté à ces sujets et en moyenne, les services étaient jugés très appropriés (8,5 sur une échelle de 0-10). On leur a aussi demandé si, au cours du dernier mois, leurs enfants avaient eu de la difficulté à faire de l'exercice physique et aucun tuteur n'avait eu cette préoccupation. Presque tous les enfants (91,7 %) avaient reçu leurs vaccins.

Cinq tuteurs avaient des enfants qui avaient été blessés au cours de la dernière année. Les blessures suivantes ont été relevées : une blessure à un organe interne; deux blessures aux dents, une entorse majeure, un cas d'hypothermie/engelure, quatre coupures mineures, des égratignures et des bleus, et une foulure chronique. L'endroit où ces blessures avaient lieu variait : deux se sont produites lors du sport ou d'exercices physiques, deux lors d'activités de loisir ou de hobbies et l'une lors des travaux ménagers.

On a demandé aux tuteurs si les enfants à leur charge fréquentaient l'école; 57 % ont répondu que oui, bien que certains répondants avaient des enfants qui avaient terminé le secondaire. On leur a aussi demandé si leurs enfants parlaient une langue autochtone; 54,2 % ont répondu que oui. Quand on leur demandait quelle importance ils accordaient à l'apprentissage des enfants de la langue autochtone, en moyenne les tuteurs estimaient que cet apprentissage était très important (8,5 sur une échelle de 0/pas du tout



important à 10/très important). Aussi, quand on leur demandait quelle importance ils accordaient à la participation des enfants à des événements culturels comme les pow-wow, les tentes de sudation et les festivités communautaires, les tuteurs estimaient que cette participation était très importante également (en moyenne 8,9 sur une échelle de 0-10). (Voir annexes IX & X pour plus de détails).

3.2 Perception des fournisseurs de services

En moyenne, les problèmes liés à la santé maternelle sont fréquents et les services sont jugés inadéquats (sur une échelle de 0 à 10, 6,5 pour la fréquence du problème et 4,86 pour la pertinence des services). L'éducation autochtone des enfants est une préoccupation importante au sein de la population autochtone de Montréal, selon les fournisseurs de services (6,05 en moyenne). Cela étant dit, tous domaines confondus, ces services étaient jugés les moins appropriés de tous (3,65 sur une échelle de 0-10).

La vaccination des enfants et l'activité physique des enfants semblent moins préoccupantes que les autres domaines de la santé. Néanmoins, de façon générale, les participants ont jugé peu appropriés les services dans ce domaine (5,69 et 4,86 respectivement, sur une échelle de 0/pas du tout approprié à 10/entièrement approprié).

Les centres jeunesse et les services à la famille et aux enfants étaient bien connus par les fournisseurs de services (57,8 % et 48,9 % respectivement) comme étant des services disponibles à la population autochtone urbaine. Par contre, ils étaient peu nombreux à être au courant des services périnataux spécifiques pour personnes autochtones. En effet, seulement 12,2 % des fournisseurs de services connaissaient ces services.



Le Comité pour la santé des Autochtones de Montréal a initié cette évaluation des besoins pour répondre à quatre questions qui viendraient soutenir son effort pour établir un centre de santé holistique entièrement opérationnel à Montréal. Les résultats démontrent une certaine convergence au niveau des préoccupations relevées lors du sondage, des récits sur la maladie et du groupe de discussion avec les fournisseurs de services de santé.

Les deux premières questions auxquelles cette évaluation tentait de répondre :

(1) *Quelle est la nature et l'importance des besoins en matière de santé (spirituelle, physique, émotionnelle, mentale) et des services de santé/guérison de la population autochtone de Montréal?*

(2) *Quels sont les déterminants des besoins en matière de santé de la population autochtone de Montréal?*

De nombreux membres des peuples autochtones en milieu urbain ne sont pas nés à Montréal et n'envisageaient pas de retourner vivre dans leur communauté d'origine. Ils demeuraient cependant étroitement liés à leur communauté et participaient à des événements autochtones, que ce soit à Montréal ou dans la communauté. Même si Montréal était perçue comme une ville remplie d'opportunités, elle présente également de nombreux défis qui peuvent expliquer certaines préoccupations exprimées par les utilisateurs et les fournisseurs de services. Montréal étant une localité multiculturelle, il peut être difficile pour une personne autochtone de s'y retrouver et de repérer des marqueurs culturels qui lui permettent de s'enraciner. Il s'agit là d'un important déterminant de la santé puisque la guérison traditionnelle et le fait de trouver un « chez soi » ont été identifiés comme étant des éléments clés au maintien de la santé et du bien-être.

Même si l'équilibre dans tous les aspects de la vie

était jugé important par les membres des communautés autochtones, leur santé en général n'était pas optimale. Pour ceux qui réussissaient à dénicher des services de santé traditionnels, ils en étaient généralement insatisfaits. Les récits sur la maladie des membres des communautés et le groupe de discussion avec les fournisseurs de services révélaient que certaines personnes préfèrent retourner dans la communauté de provenance pour obtenir des services de guérison traditionnelle. Par contre, cela engendre le problème de trouver un moyen de transport vers la communauté.

Plus important encore, les membres des communautés autochtones en milieu urbain et les fournisseurs de services ont identifié la santé mentale comme étant l'une des préoccupations les plus importantes chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis (en termes de qualité et de quantité), les services en santé mentale étant parmi les plus convoités. On peut aussi se demander si ces troubles ne sont pas reliés aux problèmes liés à l'alcool, au tabac, aux drogues, au stress de la vie urbaine ainsi que par les blessures historiques plus profondes, telle la transmission transgénérationnelle du trauma des pensionnats. La prévalence des troubles du sommeil et, dans une certaine mesure, les douleurs et malaises corporels, pourraient appuyer cette hypothèse.

Une troisième question à laquelle cette évaluation tentait de répondre :

(3) *Qu'est-ce qui détermine la réponse aux besoins en matière de santé exprimés par la population autochtone de Montréal?*

La moitié des personnes autochtones interviewées ainsi que les fournisseurs de services étaient insatisfaits de l'administration des services de santé à Montréal. Ils estimaient que les personnes autochtones ne sont ni impliquées dans la gestion de ces services, ni partenaires dans leurs relations



avec les intervenants de la santé. Des difficultés dans l'accès aux services et des expériences de discrimination ont été citées, surtout en ce qui concerne l'obtention d'une réponse appropriée pour les besoins en santé mentale et de réhabilitation pour les problèmes de drogues et d'alcool. Malgré cela, lorsque les personnes arrivent à accéder à ces services, ils en sont généralement satisfaits, bien que le manque de sensibilité culturelle ait été souligné.

Cependant, le niveau de satisfaction variait considérablement selon les barrières auxquelles font face les membres de peuples autochtones de Montréal dans leur accès et lors de la consultation des services. La majorité des répondants avaient été confrontés à un obstacle quelconque. En ce qui concerne les femmes et les personnes âgées entre 25 et 44 ans, elles avaient principalement de la difficulté à trouver des médecins et des soins infirmiers. Pour ce qui est des hommes, ils hésitaient souvent à consulter, possiblement parce qu'ils craignaient des actes de discrimination. Quant aux Inuits, ils éprouvaient de la difficulté surtout lorsqu'ils n'avaient pas de papiers d'identification. La connaissance des techniques de guérison traditionnelle et l'accès à ces services posaient également problème, surtout dans le cadre des soins périnataux et de la santé des jeunes enfants. Les longues listes d'attente sont fréquentes au sein du système de santé courant, mais il existe également d'autres obstacles importants comme le fait que ces services soient déconnectés de la guérison traditionnelle autochtone.

Les participants autochtones ont aussi révélé avoir été victimes de mauvais traitements à cause de leur origine ethnique. La discrimination basée sur la langue et la classe sociale a fréquemment été mentionnée. Cela vient appuyer ce qui a été exprimé par les fournisseurs de services; les intervenants de la santé méconnaissent les

personnes autochtones ou ont des préjugés à l'égard de ceux-ci. Il a été mentionné lors du groupe de discussion que cette situation engendre chez les personnes autochtones un sentiment de méfiance envers les services de santé courants, ce qui nuit à la relation entre le médecin et le patient et compromet l'adhérence au traitement et la consultation future des patients autochtones.

La dernière question à laquelle cette évaluation tentait de répondre :

(4) Comment peut-on répondre à ces besoins en matière de santé dans le contexte actuel des services à Montréal?

Les personnes autochtones qui ont participé au sondage ont identifié le réseau social comme élément clé au maintien d'une bonne santé et du bien-être. Les liens avec la communauté et les origines sont donc importants, mais ils représentent également un défi. Un centre de santé comme celui souhaité par le Comité pour la santé doit donc tenir compte du besoin d'être lié à la culture, en offrant du soutien familial et social et un accès à la nourriture traditionnelle.

Même si les services rendus aux peuples autochtones de Montréal présentent de nombreux obstacles, de façon générale ils semblent néanmoins répondre à leurs besoins. Des défis existent cependant. Ces services présentent des lacunes dans leur accessibilité, sensibilité à la culture des personnes autochtones et intégration de composantes de guérison traditionnelle. Il serait nécessaire de mener des campagnes de sensibilisation sur les enjeux de la santé autochtone, le bien-être, l'histoire et la culture. De plus, les fournisseurs de la santé ignorent souvent comment promouvoir la santé auprès des personnes autochtones et appuyer les forces et la résilience de celles-ci. La formation des intervenants de la santé devrait donc couvrir la question du renforcement des cultures et des identités autochtones.



La prochaine étape pour le Comité pour la santé sera de se servir de ces conclusions pour appuyer ses recommandations et ses guides d'information stratégique afin que le centre de santé et de guérison holistique devienne une réalité pour les communautés autochtones de Montréal. Le Comité pour la santé devra tenir compte du sexe, de l'âge et des spécificités de chaque membre de ces groupes autochtones. Cela s'avère particulièrement vrai pour la santé des femmes où le plus grand nombre de préoccupations a été relevé (p. ex. les sages-femmes, l'accès à la

nourriture traditionnelle). Si les femmes et les enfants sont l'avenir des communautés, les efforts de réconciliation avec la communauté et la culture devraient commencer au stade foetal. L'implication des peuples autochtones de Montréal, dans toute leur diversité, sera un élément de succès clé dans le processus de développement puisque tous les membres des communautés peuvent contribuer à faire le pont entre les services traditionnels et les services courants, même si ce n'est pas le cas.



Références

- i - Native Friendship Centre of Montreal. 2002. Homelessness among Montreal's First Nation, Inuit and Métis: A summary report of findings. Montréal: Native Friendship Centre of Montreal.
- ii - Native Friendship Centre of Montreal. 2002. Homelessness among Montreal's First Nation, Inuit and Métis: A summary report of findings. Montréal: Native Friendship Centre of Montreal.
- iii - Hohban, L. 2009. 2006 Profil de la population autochtone de Montréal. Composante du catalogue no. 89-638-X no. 2009002. Statistique Canada : Canada.
- iv- Macdonald, M.E., Rigillo, N. & Brassard, P. 2010. Urban Aboriginal Understandings and Experiences of Tuberculosis in Montreal, Canada. *Qualitative Health Research*, 20,4, 506-523.
- v - Hohban, L. .2009. 2006 Profil de la population autochtone de Montréal. Composante du catalogue no. 89-638-X no. 2009002. Statistique Canada : Canada.
- vi - Macdonald, M.E., Rigillo, N. & Brassard, P. 2010. Urban Aboriginal Understandings and Experiences of Tuberculosis in Montreal, Canada. *Qualitative Health Research*, 20,4, 506-523.
- vii - Ship, S.J., Norton, L. 2001. "Breaking the Walls of Silence": Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal. HIV/AIDS Needs Assessment. Rapport final préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Montréal et la Direction de la Santé Publique.
- viii - Ship, S.J., & Norton, L. 2001. "Breaking the Walls of Silence": Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal. HIV/AIDS Needs Assessment. Rapport final préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Montréal et la Direction de la Santé Publique.
- ix - Health Canada. 2009. A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada : Self-rated Health and Selected Conditions, 2002-2005. Ottawa: Health Canada.
- x - Environics Research Group Limited. 2010 Urban Aboriginal People Study: Main Survey. The Environics Institute: Ottawa.
- xi - Environics Research Group Limited. 2010. Urban Aboriginal People Study: Main Survey. The Environics Institute: Ottawa.
- xii - Ship, S.J., & Norton, L. 2001. "Breaking the Walls of Silence": Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal. HIV/AIDS Needs Assessment. Rapport final préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Mopntréal et la Direction de la Santé Publique.
- xiii - Ship, S.J., & Norton, L. 2001. HIV-AIDS Needs Assessment: Urban Aboriginal Population of Montréal, Phase 1: Review of Research and Existing Services. Prepared for the Native Friendship Centre of Montreal and the Direction de la Santé Publique, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, July 2001.
- xiv - Ship, S.J. & Norton, L. 2001. "Breaking the Walls of Silence": Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal. HIV/AIDS Needs Assessment. Rapport final préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Mopntréal et la Direction de la Santé Publique.
- xv - Native Friendship Centre of Montreal. 2002. Homelessness among Montreal's First Nation, Inuit and Métis: A summary report of findings. Montréal: Native Friendship Centre of Montreal.
- xvi - Native Friendship Centre of Montreal. 2002. Homelessness among Montreal's First Nation, Inuit and Métis: A summary report of findings. Montréal: Native Friendship Centre of Montreal.
- xvii - Warry, W. 1998. *Unfinished Dreams: Community Healing and the Reality of Aboriginal Self-Government*. Toronto: University of Toronto.
- xviii - Cargo, M., Peterson, L., Lévesque, L., & Macaulay, A. 2007. Perceived Wholistic Health and Physical Activity in Kanien'kehá:ka Youth. *Pimatisiwin*, 5,1, 87-110.



ANNEXE I

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ET DÉTAILS MÉTHODOLOGIQUES

CRITÈRES DE SÉLECTION

a) Les utilisateurs autochtones de services en milieu urbain: Inclusion: personne auto-identifiée comme autochtone, 18 ans et plus, qui reste ou habite à Montréal depuis plus de 6 mois (afin d'exclure la population en transit). Exclusion : population en transit ayant demeuré à Montréal pour moins de 6 mois. Fournisseurs de services/organisations communautaires : Inclusion : les personnes autochtones de Montréal doivent être leur clientèle cible.

STRATÉGIE DE RECRUTEMENT

En nous servant d'une technique d'échantillonnage par boule de neige ou de réseautage, la majorité des répondants ont été recrutés via des contacts avec le RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone de Montréal : publicités dans l'infolettre du RÉSEAU, en contactant les membres du RÉSEAU pour solliciter leur soutien dans le recrutement. De plus, pour les individus autochtones (utilisateurs de services), l'équipe de recherche a demandé la permission d'accompagner les intervenants des organismes du RÉSEAU pour recruter directement des participants dans leurs milieux.

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON POUR LE VOLET QUALITATIF

Participants aux entrevues de récits de vie de maladie (N = 21)*

Genre	10
Femmes	1
Hommes	9
Âge	20
18-24	3
25-44	6
45-64	10
65+	1
Statut autochtone#	21
Premières Nations	15
Métis	1
Inuit	5
Ont des enfants	20
Oui	7
Non	13
Langue maternelle / première langue parlée	20
Anglais	6
Français	8
Inuktitut	3
Mohawk	1
Micmac	1
Ojibwé	1

* Information manquante pour un participant.

Un participant a mentionné deux statuts autodéclarés.



Groupe de discussion avec les fournisseurs de services (N = 19)

Poste	Nombre d'années d'embauche	Population cible	Principaux services	Source de financement	Date de création
Propriétaire / PDG	2,5	Autochtones	Conditionnement physique et bien-être	Variées	2010
Directeur	2	Autochtones	Conditionnement physique et bien-être	Variées	2010
Fondateur	1	Artistes autochtones	Promotion (arts)		2011
Directeur	5	Intervenants de première ligne	Formation, conférences	SAA	2011
Organisateur communautaire	3	Générale	Services de santé et services sociaux	MSSS	1968
Directeur	4	Autochtones (itinérants)	Hébergement	Gouvernement	2004
Coordonnateur	2	Artistes autochtones	Art- espace communautaire	Non disponible	2009
Intervenant de rue	0,58	Générale – Travailleurs-ses du sexe	Interventions de rue, services de soutien	Santé publique	1996
Agent de suivi	0,66	Autochtones	Formation à l'emploi	Emploi Québec, Service Canada	
Coordonnateur	3,5	Étudiants autochtones Soutien aux étudiants	Frais scolaires afférents		1997
Intervenant de rue	1,5	Générale – itinérants, toxicomanes, travailleurs-ses du sexe	Interventions de rue, accompagnement, référence	Santé publique	1989
Éducateur	0,08	Familles autochtones	Soutien, référence	Gouvernement	2009
Agent de RH et de recrutement	20	Générale	Protection de la jeunesse, foyers d'accueil	Gouvernement	
Employé à la Cour, conseiller	15,5	Autochtones	Services judiciaires	Justice Canada	1980
Intervenant de rue	23	Autochtones - itinérants	Interventions de rue	Gouvernement fédéral	1999
Coordonnateur - jeunesse	2	Jeunes Autochtones	Référence et développement du leadership	Gouvernement fédéral	1999
Intervenant de rue	16	Autochtones - itinérants	Interventions de rue, bien-être	Gouvernement fédéral	1999
Animateur	20	Autochtones - itinérants	Référence	Gouvernement fédéral	1999
Coordonnateur - conseil	3	Femmes autochtones en détresse	Logement, nutrition	Gouvernement fédéral	1986



DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON POUR LE VOLET QUANTITATIF

Utilisateurs de services (N = 89)

Genre (% de femmes)	62
Âge (moyenne d'années)	
Âge (%)	
18-24 ans	17
25-44 ans	39
45-64 ans	42
65+ ans	2
Statut autochtone (%)	
Premières Nations	71
Inuit	19
Métis	8
Autodéfini	1
Premières Nations et Métis	1
Certificat de naissance ou papiers d'identité (%)	91
Certificat de naissance ou papiers d'identité (%)	92
Langue maternelle / première langue parlée (%)	
Anglais	39
Français	20
Inuktitut	16
Cri	4
Innu/montagnais	8
Mohawk	2
Autre langue autochtone	11
Plus haut niveau d'étude atteint (%)	
Aucun diplôme	20
Secondaire	40
Cégep	12
Université	27
État civil	
Célibataire	73
Marié / conjoint de fait	12
Divorcé/séparé légalement	10
Veuf ou veuve	2
Logement	
Propriétaire	6
Locataire d'appartement ou de maison	65
Chambreur	7
Hébergé chez des amis ou des membres de la famille	7
Hébergé temporairement dans un refuge	12
Itinérant dans la rue	2

Enfants (% de oui)	60
Nombre d'enfants (moyenne)	2
Garde des enfants (%)	
Par les deux parents	28
Garde entière	15
Garde partagée	7
Foyer d'accueil	11
Adoption	11
Autre	28
Revenu annuel personnel (%)	
Inférieur à \$10 000	51
\$10 000 à \$29 999	25
\$30 000 à \$59 999	19
\$60 000 à \$99 999	5

Fournisseurs de services (N = 94)

Genre (% de femmes)	80
Âge (moyenne d'années)	40
Durée de l'emploi (moyenne d'années)	6
Membre d'un ordre professionnel (%)	22
Services de santé offerts (moyenne)	4+
Références requises (%)	22
Rendez-vous requis (%)	34
Langues dans lesquelles Les services sont offerts (%)	
Anglais	100
Français	83
Inuktitut	20
Cri	9
Innu/montagnais	5
Mohawk	5
Autres langues autochtones	6



OUTILS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS

Récits de maladie : Nous avons sélectionné des questions du McGill Illness Narrative Interview (MINI), du Urban Aboriginal Peoples Survey (UAPS) et du Regional Health Survey (RHS). Le MINI permet de comprendre les contextes culturels des récits sur les symptômes et l'expérience de la maladie, l'attribution de significations et de modes de raisonnements reliés à l'expérience de la maladie, les comportements de recherche d'aide et les trajectoires de soins, les expériences de traitement, et les impacts de la maladie sur l'identité, la perception de soi et la relation avec les autres. Le UAPS a été utilisé dans onze villes canadiennes pour faire le recensement des réalités urbaines telles que les communautés d'origine des individus autochtones en milieu urbain; cultures autochtones; appartenance communautaire; éducation; travail; santé; engagement et activité politique; justice; relations entre personnes autochtones et non-autochtones; aspirations de vie et définitions de succès; et expériences avec la discrimination. Le RHS a été utilisé dans les régions du Canada, pour des échantillonnages auprès de plus de deux cents participants des communautés des Premières Nations sur des thèmes allant du bien-être des communautés et la culture traditionnelle, au diabète, bien-être personnel, santé générale, logement, etc. .

Groupe de discussion : Le groupe de discussion a examiné l'efficacité et la pertinence des réponses institutionnelles et les solutions possibles aux besoins de santé pour les personnes autochtones de Montréal.

Outils quantitatifs : En raison de la diversité d'expériences vécues par les membres des communautés autochtones de Montréal et des conceptions autochtones de la santé, nous avons choisi de construire un instrument basé sur la sélection et l'adaptation de questions provenant de sondages ayant démontré une sensibilité culturelle ou qui ont été utilisés lors de recherches avec des Premières Nations, des Métis ou des Inuits canadiens. En effet, le World Health Survey (WHS) 2002 Individual Questionnaire a été utilisé dans plus de 70 pays . Le Regional Health Survey (RHS) et Urban Aboriginal Peoples Survey (UAPS) ont été utilisés dans des communautés autochtones ou auprès de communautés autochtones urbaines du Canada. Chaque outil contient différents types de questions et de catégories de réponses, tels que des questions fermées avec des choix catégoriques, hiérarchiques, gradués ou des questions ouvertes. En raison du manque d'échelles spécifiques aux besoins de santé urbains et des objectifs particuliers du Comité pour la santé, nous avons construit deux échelles synchrétiques, l'une pour a) les individus autochtones utilisateurs et non-utilisateurs des services de santé, l'autre pour b) les fournisseurs de services et les centres communautaires et de société civile. Des questions ont été ajoutées aux sections sur l'importance d'un besoins dans les sections sur la perception du bien-être et de la santé et les besoins de santé perçus afin d'offrir des données continues sur la satisfaction des services reçues en relation à chaque besoin. Finalement, des changements pour faciliter l'obtention de données continues ont également été apportés aux questions sur l'importance des besoins et les défis rencontrés dans l'offre de services.

Distribution des instruments : Chaque entrevue, qu'elle soit qualitative ou quantitative, a été conduite dans un contexte de rencontres face à face avec des participants par l'équipe de recherche ayant suivi une formation préalable. Une compensation de 20\$ a été offerte aux participants aux entrevues qualitatives et quantitatives et au groupe de discussion. Un consentement éclairé a été signé par chaque participant.

ANALYSE

Les récits de maladie ont été transcrits de manière verbatim pour fin d'analyse de contenu à l'aide de Atlas-Ti v4.1, ce qui a permis la codification d'après un manuel développé sur la base de notre cadre théorique et de notre questionnement initial. Le groupe de discussion n'a pas été transcrit, mais l'analyse de contenu a été réalisée selon le même manuel de codification. Une attention particulière a été apportée aux sujets suivants : la vie urbaine; les expériences de migration; les besoins relatifs à la santé et au bien-être; les stratégies de recherche d'aide; les ressources et les mécanismes d'adaptation; les obstacles dans les services et les déterminants de la santé; et les solutions possibles. Les analyses statistiques ont été menées à l'aide du logiciel SPSS (version 20.0, SPSS Inc, Chicago, Ill). Les caractéristiques démographiques et les analyses descriptives pour les utilisateurs et les fournisseurs de services ont été analysées par chi-carré (variables catégoriques) ou par méthode exacte de Fisher (dichotomies), et par analyse de variance (ANOVA) à intervalles.

1- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. 2006. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43,4, 671-691.

2- Environics Research Group Limited. 2009 Urban Aboriginal People Study: Main Survey. The Environics Institute: Ottawa.

3- First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS). 2008 First Nations Regional Health Survey : Our Voice, Our Survey, Our Reality. First Nation Centre: Ottawa.

4- WHO. 2002. World Health Survey. Geneva: WHO, Evidence and information for Policy. Retrieved September 9, 2010 from <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/> <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>

5- First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS). 2008 First Nations Regional Health Survey : Our Voice, Our Survey, Our Reality. First Nation Centre: Ottawa.

6- Environics Research Group Limited. 2009 Urban Aboriginal People Study: Main Survey. The Environics Institute: Ottawa.

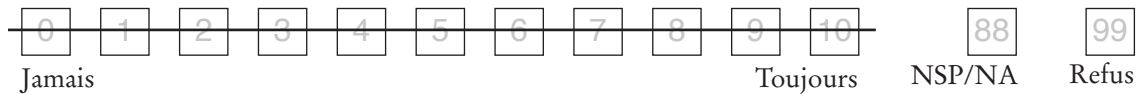


ANNEXE II

UTILISATEURS DE SERVICES – PRÉOCCUPATIONS EN LIEN AVEC LA SANTÉ ET ADÉQUATION DES SERVICES OFFERTS

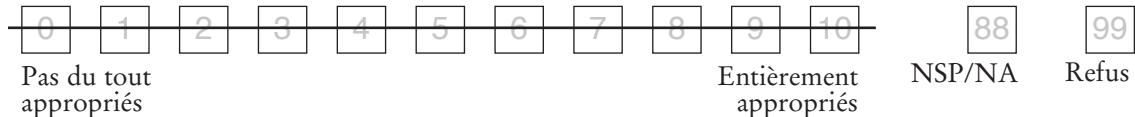
Échantillon de question

À quelle fréquence sentez-vous être en équilibre dans les quatre aspects de la santé (physique, émotionnel, psychologique et spirituel)?



Avez-vous déjà recherché de l'aide ou des soins en raison de cette préoccupation? ___ Oui ___ Non
Si oui, auprès de qui? _____ Sinon, en quelques mots, décrivez pourquoi?

En moyenne, dans quelle mesure l'aide/les soins que vous avez reçus ont-ils été appropriés?



Domaines de santé	Individus touchés - % de la population totale	Préoccupations - % de la populatio totale (% des individus touchés)	Recherche de services (%)	Services appropriés (moyenne)
Mobilité	n/a	16.9	50	6.75
Soins personnels	n/a	7.9	27.3	4.33
Douleurs corporelles	n/a	49.4	44.4	7.62
Concentration, mémoire	n/a	44.9	31.7	7.33
Relations interpersonnelles	n/a	32.6	32.3	7.60
Vision	n/a	20.2	27.3	5.80
Audition	m/a	4.5	0	-
Soins dentaires	n/a	44.9	63.4	7.20
Sommeil	n/a	49.4	37.8	7.47
Anxiété/dépression	n/a	59.6	40.7	7.86
Prévention de l'autodestruction/du suicide	n/a	21.3	57.1	7.75
Soins des blessures / processus de guérison	22.5	15.7 (70.0)	80	7.64
Abandon du tabagisme	75.3	33.7 (44.8)	24.2	6.50
Traitement de l'alcoolisme	82.0	24.7 (30.1)	41.7	6.60
Traitement de la toxicomanie	34.8	10.1 (29.0)	54.5	8.83
Traitement de la dépendance au jeu	36.0	5.6 (15.6)	0	-
Grossesse / ITS	70.8	25.8 (36.5)	47.8	9.09
Diététique	n/a	48.3	27.9	6.42
Accessibilité à l'alimentation traditionnelle	n/a	47.2	19.5	7.50
Activité physique	n/a	28.1	20	4.80
Problèmes respiratoires	n/a	24.7	60.9	7.62



ANNEXE III

UTILISATEURS DE SERVICES – BARRIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SERVICES

Échantillon de question

En pensant à tous les services que vous avez utilisés, avez-vous éprouvé certains des obstacles suivants dans votre accès aux services de soin de santé? Veuillez, s'il vous plaît, préciser le service que vous avez consulté.

	Réponses		Pourcentage de cas	
	N	Pourcentage		
Barrières dans l'accès aux services ^a	Pas de papiers d'identité	16	2.9%	21.9%
	Pas d'assurance-maladie	25	4.5%	34.2%
	Pas de médecins ou d'infirmières disponibles	20	3.6%	27.4%
	Pas d'établissements de santé disponibles	10	1.8%	13.7%
	Les services nécessaires ne sont pas disponibles	17	3.1%	23.3%
	Ne sait pas où aller	22	4.0%	30.1%
	Liste d'attente trop longue	46	8.3%	63.0%
	Services déconnectés de la médecine autochtone traditionnelle	33	6.0%	45.2%
	Services offerts inadéquats	26	4.7%	35.6%
	Services offerts inappropriés sur le plan culturel	21	3.8%	28.8%
	Médicaments ou équipement médical inadéquats	9	1.6%	12.3%
	Compétences inadéquates des fournisseurs de soins	19	3.4%	26.0%
	Difficulté à recevoir des soins traditionnels autochtones	29	5.3%	39.7%
	Barrière linguistique	21	3.8%	28.8%
	Incapacité d'organiser un transport	18	3.3%	24.7%
	Incapacité de défrayer les coûts du transport	23	4.2%	31.5%
	Coût non couvert par le programme des services de santé non assurés (SSNA)	20	3.6%	27.4%
	Refus de la demande d'accès au programme SSNA	13	2.4%	17.8%
	Incapacité de payer les coûts directs des soins et des services	21	3.8%	28.8%
	Incapacité de trouver un service de garde pour les enfants	4	0.7%	5.5%
	Incapacité de payer le coût des médicaments	15	2.7%	20.5%
	Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	17	3.1%	23.3%
	Incapacité de payer le matériel médical prescrit	9	1.6%	12.3%
	Choix de ne pas consulter le professionnel de la santé	17	3.1%	23.3%
	Incapacité de s'absenter du travail ou autres obligations	14	2.5%	19.2%
	Trop malade pour se rendre à la consultation	14	2.5%	19.2%
	Mauvaise expérience par le passé	16	2.9%	21.9%
	Tentative d'obtenir des soins, mais services refusés	4	0.7%	5.5%
	Crainte de subir de la discrimination	18	3.3%	24.7%
	Trop honteux pour se présenter	10	1.8%	13.7%
	Autre	5	0.9%	6.8%
	Total	552	100.0%	756.2%

a. Dichotomy group tabulated at value 1



ANNEXE IV

UTILISATEURS DE SERVICES – RAISONS EXPLIQUANT LA MAUVAISE QUALITÉ DES TRAITEMENTS REÇUS

Échantillon de question

Au cours des 12 derniers mois, considérez-vous avoir reçu un mauvais traitement par un fournisseur de soins de santé?

_____ Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____ Refus

À cause de votre...

		Réponses		Pourcentage de cas
		N	Pourcentage	
Raison du mauvais traitement ^a	Genre	3	5.8%	12.0%
	Âge	2	3.8%	8.0%
	Manque d'argent	4	7.7%	16.0%
	Classe sociale	4	7.7%	16.0%
	Le fait d'appartenir aux Premières Nations ou d'être un Métis ou un Inuit	13	25.0%	52.0%
	Type de maladie	3	5.8%	12.0%
	État de santé	3	5.8%	12.0%
	Langue parlée	8	15.4%	32.0%
	Apparence physique	6	11.5%	24.0%
	Autre – quantitatif	6	11.5%	24.0%
Total		52	100.0%	208.0%



a. Dichotomy group tabulated at value 1.

ANNEXE V

UTILISATEURS DE SERVICES – DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES DE GUÉRISON TRADITIONNELLE

Échantillon de question

En tentant d'avoir accès à des soins traditionnels et holistiques, avez-vous déjà rencontré certains des obstacles suivants?

	Réponses		Pourcentage de cas
	N	Pourcentage	
Services non disponibles	27	18.1%	54.0%
Ne sait pas où aller	28	18.8%	56.0%
Les soins traditionnels sont inadéquats	4	2.7%	8.0%
Les soins traditionnels sont inappropriés sur le plan culturel	4	2.7%	8.0%
Les médicaments et les équipements du guérisseur sont inadéquats	2	1.3%	4.0%
Les compétences du guérisseur sont inadéquates	3	2.0%	6.0%
Barrière linguistique	2	1.3%	4.0%
Incapacité d'organiser le transport	15	10.1%	30.0%
Incapacité de défrayer les coûts du transport	11	7.4%	22.0%
Incapacité de payer les frais directs des services de guérison	7	4.7%	14.0%
Incapacité de trouver un service de garde pour les enfants	2	1.3%	4.0%
Incapacité de payer le coût des médicaments	2	1.3%	4.0%
Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	1	0.7%	2.0%
Choix de ne pas consulter le guérisseur traditionnel	7	4.7%	14.0%
Incapacité de s'absenter du travail ou autres obligations	10	6.7%	20.0%
Trop malade pour se rendre à la consultation	2	1.3%	4.0%
Mauvaise expérience avec les traitements reçus par le passé	1	0.7%	2.0%
Tentative d'obtenir des soins, mais services refusés	2	1.3%	4.0%
Crainte de subir de la discrimination	5	3.4%	10.0%
Trop honteux pour se présenter	2	1.3%	4.0%
Autre	12	8.1%	24.0%
Total	149	100.0%	298.0%

Difficultés d'accès à des services de guérison traditionnelle^a

a. Dichotomy group tabulated at value 1.



ANNEXE VI

FOURNISSEURS DE SERVICES – RAISONS EXPLIQUANT LA MAUVAISE QUALITÉ DES TRAITEMENTS REÇUS

Échantillon de question

Au cours de la dernière année, avez-vous été témoin ou entendu parler de mauvais traitements d'un Autochtone de Montréal de la part d'un fournisseur de services pour l'une ou l'autre des raisons suivantes ? À cause de...

		Réponses		Pourcentage de cas
		vN	Pourcentage	
Raisons d'un mauvais traitement ^a	Genre	14	7.0%	23.3%
	Orientation sexuelle	8	4.0%	13.3%
	Âge	9	4.5%	15.0%
	Manque d'argent	30	14.9%	50.0%
	Classe sociale	30	14.9%	50.0%
	Le fait d'appartenir aux Premières Nations ou d'être un Métis ou un Inuit	49	24.4%	81.7%
	Type de maladie	14	7.0%	23.3%
	État de santé	14	7.0%	23.3%
	Langue parlée	33	16.4%	55.0%
Total		201	100.0%	335.0%



a. Dichotomy group tabulated at value 1.

ANNEXE VII

FOURNISSEURS DE SERVICES – DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES DE GUÉRISON TRADITIONNELLE

Échantillon de question

À quelles difficultés la communauté autochtone de Montréal fait-elle face lorsqu'elle tente d'avoir accès à des pratiques traditionnelles/holistiques?

	Réponses		Pourcentage de cas	
	N	Pourcentage		
Difficulties Accessing Traditional Healing Services ^a	Pas de papiers d'identité	30	3.6%	33.7%
	Pas d'assurance-maladie	27	3.3%	30.3%
	Les services nécessaires ne sont pas disponibles	65	7.9%	73.0%
	Services déconnectés de la médecine autochtone traditionnelle	79	9.6%	88.8%
	Les soins traditionnels offerts sont inadéquats	45	5.5%	50.6%
	Les soins traditionnels sont inappropriés sur le plan culturel	24	2.9%	27.0%
	Les médicaments et les équipements du guérisseur sont inadéquats	19	2.3%	21.3%
	A l'impression que les médicaments et les équipements du guérisseur sont inadéquats	11	1.3%	12.4%
	Les compétences du guérisseur sont inadéquates	7	0.9%	7.9%
	Les compétences du guérisseur sont inappropriées	13	1.6%	14.6%
	A l'impression que le guérisseur traditionnel ne parle pas leur langue de prédilection	31	3.8%	34.8%
	Incapacité d'organiser le transport	55	6.7%	61.8%
	Incapacité de défrayer les coûts du transport	58	7.1%	65.2%
	Incapacité de payer les coûts directs de la guérison	33	4.0%	37.1%
	Incapacité de trouver un service de garde pour les enfants	45	5.5%	50.6%
	Incapacité de payer le coût des médicaments	31	3.8%	34.8%
	Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	34	4.1%	38.2%
	Incapacité de s'absenter du travail ou autres obligations	28	3.4%	31.5%
	Trop malade pour se rendre à la consultation	15	1.8%	16.9%
	Mauvaise expérience par le passé	26	3.2%	29.2%
Tentative d'obtenir des soins, mais services refusés	14	1.7%	15.7%	



a. Dichotomy group tabulated at value 1.



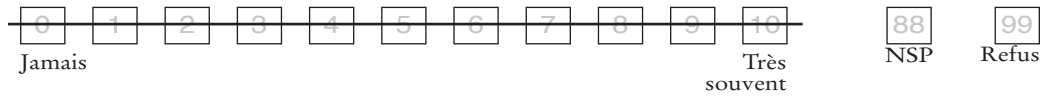
ANNEXE VIII

FOURNISSEURS DE SERVICES – PRÉOCCUPATIONS EN LIEN AVEC LA SANTÉ ET ADÉQUATION DES SERVICES

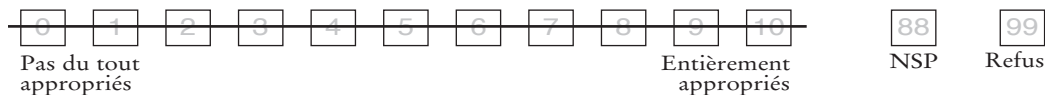
Séchantillon de question

En choisissant une boîte sur la ligne, veuillez évaluer chaque préoccupation. Si vous choisissez la première boîte, poursuivez au prochain numéro.

À quelle fréquence (le problème de santé) a-t-il représenté une source de préoccupation pour vos clients?



En moyenne, dans quelle mesure les services offerts sont-ils appropriés pour faire face à ce problème?



Domaine de la santé	Fréquence (Moyenne)	Services appropriés (Moyenne)	Écart
Difficulté à atteindre l'équilibre dans les 4 aspects de la vie	7.91	4.36	3.55
Problèmes de transport	4.90	4.38	0.51
Préoccupations au sujet des soins personnels	4.54	5.67	-1.13
Préoccupations concernant les douleurs corporelles	6.69	5.47	1.22
Troubles de concentration ou de mémoire	5.85	5.03	0.82
Difficultés liées aux relations interpersonnelles	8.03	5.04	3.00
Problèmes de vision	3.71	5.57	-1.85
Problèmes d'audition	2.81	5.44	-2.63
Préoccupations concernant la santé buccale	6.62	5.53	1.09
Problèmes de sommeil	6.68	4.94	1.75
Préoccupations liées à l'anxiété et à la dépression	8.45	5.21	3.24
Préoccupations liées aux blessures physiques	6.36	5.81	0.55
Préoccupations liées au tabagisme	6.82	4.24	2.59
Problèmes dus à la consommation d'alcool	8.06	4.62	3.44
Problèmes dus à la consommation de drogues	7.75	4.48	3.28
Problèmes dus au jeu	4.32	3.73	0.59
Préoccupations liées aux ITS	6.18	5.74	0.44
Préoccupations liées à des grossesses non désirées	5.45	5.14	0.31
Préoccupations liées à la nutrition	7.59	4.60	2.98
Difficultés d'accès à de la nourriture traditionnelle	7.09	2.79	4.30
Difficultés à faire des activités physiques ou de l'exercice	5.69	5.17	0.51
Difficultés respiratoires	5.08	5.81	-0.73
Préoccupations liées à la santé maternelle	6.15	4.86	1.29
Préoccupations liées à la santé prénatale et néonatale	5.12	4.79	0.34
Préoccupations liées à la santé infantile	5.20	4.87	0.33
Préoccupations liées à la nutrition des enfants	5.53	4.65	0.88
Préoccupations liées à la vaccination des enfants	2.71	5.69	-2.98
Préoccupations liées à l'activité physique chez les jeunes et les enfants	3.41	4.86	-1.45
Préoccupations liées à l'éducation des enfants et des jeunes	5.81	5.09	0.71
Préoccupations liées à l'éducation culturelle autochtone des enfants et des jeunes	6.05	3.65	2.39
Total	5.88	4.90664332	0.98



ANNEXE IX

UTILISATEURS DE SERVICES – BARRIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ RENCONTRÉES PAR LES FEMMES ENCEINTES

Échantillon de question

Avez-vous vécu certains des obstacles suivants en tentant d'avoir accès aux soins de santé? Veuillez également spécifier la raison de votre consultation lorsque vous avez vécu l'obstacle correspondant.

Lorsque vous étiez enceinte ou alors que vous cherchiez des services pour un enfant (ou des enfants)?

	Réponses		Pourcentage de cas	
	N	Pourcentage		
Barrières dans l'accès aux services - pendant la grossesse ^a	Pas de papiers d'identité	1	1.1%	5.9%
	Pas d'assurance-maladie	1	1.1%	5.9%
	Pas de médecins ou d'infirmières disponibles	4	4.5%	23.5%
	Pas d'établissements de santé disponibles	2	2.3%	11.8%
	Les services nécessaires ne sont pas disponibles	4	4.5%	23.5%
	Ne sait pas où aller	5	5.7%	29.4%
	Liste d'attente trop longue	6	6.8%	35.3%
	Services déconnectés de la médecine autochtone traditionnelle	7	8.0%	41.2%
	Services offerts inadéquats	5	5.7%	29.4%
	Services offerts inappropriés sur le plan culturel	2	2.3%	11.8%
	Médicaments ou équipement médical inadéquats	1	1.1%	5.9%
	Compétences inadéquates des fournisseurs de soins	1	1.1%	5.9%
	Difficulté à recevoir des soins traditionnels autochtones	8	9.1%	47.1%
	Barrière linguistique	3	3.4%	17.6%
	Incapacité d'organiser le transport	4	4.5%	23.5%
	Incapacité de défrayer les coûts du transport	3	3.4%	17.6%
	Coût non couvert par le programme des services de santé non assurés (SSNA)	2	2.3%	11.8%
	Refus de la demande d'accès au programme SSNA	1	1.1%	5.9%
	Incapacité de payer les frais des soins et des services	3	3.4%	17.6%
	Incapacité de trouver un service de garde pour les enfants	3	3.4%	17.6%
	Incapacité de payer le coût des médicaments	4	4.5%	23.5%
	Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	1	1.1%	5.9%
	Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	1	1.1%	5.9%
	Choix de ne pas consulter le professionnel de la santé	3	3.4%	17.6%
	Incapacité de s'absenter du travail ou autres obligations	3	3.4%	17.6%
	Trop malade pour se rendre à la consultation	2	2.3%	11.8%
	Mauvaise expérience par le passé	2	2.3%	11.8%
	Tentative d'obtenir des soins, mais services refusés	2	2.3%	11.8%
	Crainte de subir de la discrimination	3	3.4%	17.6%
	Trop honteuse pour se présenter	1	1.1%	5.9%
Total	88	100.0%	517.6%	

a. Dichotomy group tabulated at value 1.



ANNEXE X

UTILISATEURS DE SERVICES – BARRIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ INFANTILE

Échantillon de question

Avez-vous vécu certains des obstacles suivants en tentant d'avoir accès aux soins de santé? Veuillez également spécifier la raison de votre consultation lorsque vous avez vécu l'obstacle correspondant.

Lorsque vous étiez enceinte ou alors que vous cherchiez des services pour un enfant (ou des enfants)?

	Réponses		Pourcentage de cas	
	N	Pourcentage		
Barrières dans l'accès aux services – santé infantile ^a	Pas de papiers d'identité	2	1.8%	9.5%
	Pas d'assurance-maladie	2	1.8%	9.5%
	Pas de médecins ou d'infirmières disponibles	6	5.5%	28.6%
	Pas d'établissements de santé disponibles	4	3.6%	19.0%
	Les services nécessaires ne sont pas disponibles	5	4.5%	23.8%
	Ne sait pas où aller	4	3.6%	19.0%
	Liste d'attente trop longue	6	5.5% 2	8.6%
	Services déconnectés de la médecine autochtone traditionnelle	8	7.3%	38.1%
	Services offerts inadéquats	7	6.4%	33.3%
	Services offerts inappropriés sur le plan culturel	5	4.5%	23.8%
	Médicaments ou équipement médical inadéquats	3	2.7%	14.3%
	Compétences inadéquates du fournisseur de soins	4	3.6%	19.0%
	Difficulté à recevoir des soins traditionnels autochtones	7	6.4%	33.3%
	Barrière linguistique	4	3.6%	19.0%
	Incapacité d'organiser le transport	3	2.7%	14.3%
	Incapacité de défrayer les coûts du transport	4	3.6%	19.0%
	Coût non couvert par le programme des services de santé non assurés (SSNA)	4	3.6%	19.0%
	Refus de la demande d'accès au programme SSNA	1	0.9%	4.8%
	Incapacité de payer les frais des soins et des services	3	2.7%	14.3%
	Incapacité de trouver un service de garde pour les enfants	5	4.5%	23.8%
	Incapacité de payer le coût des médicaments	3	2.7%	14.3%
	Incapacité de payer les frais de consultation ou de traitement	3	2.7%	14.3%
	Incapacité de payer le matériel médical prescrit	1	0.9%	4.8%
	Choix de ne pas consulter le professionnel de la santé	2	1.8%	9.5%
	Incapacité de s'absenter du travail ou autres obligations	2	1.8%	9.5%
	Trop malade pour se rendre à la consultation	4	3.6%	19.0%
	Mauvaise expérience par le passé	3	2.7%	14.3%
	Tentative d'obtenir des soins, mais services refusés	2	1.8%	9.5%
	Crainte de subir de la discrimination	2	1.8%	9.5%
	Trop honteuse pour se présenter	1	0.9%	4.8%
Total	110	100.0%	523.8%	

a. Dichotomy group tabulated at value 1.



ANNEXE XI

CITATIONS ORIGINALES EN ANGLAIS

1. “(My parents were) very disconnected from their own kind of Indigenous spirituality, but when I was younger I became interested in it.”
2. “I was born in Montreal, and my whole family was from Nunavik, the north and so. I was born and raised in Montreal, and I never got the real chance to completely you know or completely learn the language, the Inuktitut language. (...) They see me and they think I look Inuk, but when they talk to me, they see that I don’t speak Inuktitut, and they sort of go like ‘Oh, well, you’re not Inuk, you’re not Inuit’.”
3. “It’s very easy to get depressed, and get into the hole with either drinking or drugs. When you have friends, it helps.”
4. “I live to be secure. My home is a place where I know I have like, my food at home, I have my animals, I have my bed... Now, everything’s organized and clean, it’s a safe place, not everyone knows where I live.”
5. “Especially if you don’t have an address... you feel like you don’t belong anywhere... when we moved to a nicer area, it changed my whole life.”
6. “He takes your spirits, or he sees your spirits, and he can feel what you’re feeling it’s crazy. It’s an awesome feeling. He told me, when I was doing drugs and alcohol, like he told me that, like, ‘your spirits they ran away from you ‘cause you’re not taking care of yourself anymore. But I’m gonna get them back. But I’m gonna get them back for you, so that you stay grounded. But don’t forget, you’re not alone in this world’.”
7. “I find some people who are maybe kind of new traditions, they kind of go overboard. It’s not necessary to smudge every time you have a meeting.”
8. “It’s all the same needs, they all have the same needs. It’s just a different culture. They all have the same needs, we see that no matter what Nation, what nationality, they all have the same needs.”
9. “There’s not enough services, they’re not accessible or known about, like they’re not talked about enough.”
10. “For example, emergency rooms are understaffed and inefficient, the wait time is unreasonable, and patients have been victims of discrimination and stereotyping: I’ve had doctors who don’t even look at me, I have receptionists who don’t even look at me.”
11. “I’ve seen my fair share of shrinks and stuff like that, but it was always very white. There was no Native. Like I had to really go searching.”
12. “A few times I’ve been misdiagnosed with something. Like they thought I had bronchitis, but I really had pneumonia. So I kept going back, and it could have gone into tuberculosis, but it didn’t you know. It was not nice, I just think it’s kind of, I don’t know if it’s because I’m Native, or I just have bad luck, or it’s just the way it was at that time, in that day, in that particular hospital, or that clinic.”
13. “I think the pharmacist too is nicer than the clinics in the hospitals.”
14. “What makes me proud? I guess to have been able to live in Montreal, work in Montreal and raise children here and they didn’t turn out that bad.”
15. “The only main motivation that I have is my children. Like I don’t have any other motivation to keep... if it wasn’t for them, I probably wouldn’t, bad to say, but I probably wouldn’t be here anymore. They are what kept me alive.”
16. “Instead of talking about the bad, tell me what I’m doing that’s good, and maybe that’ll help me go forward. Instead of pushing, putting me down, lift my spirits up. Tell me, ‘Oh, you’re doing a good job. Wow, it’s been, it’s been two weeks. Wow, you’re doing well!’ Instead of putting you down. In a lot of places they’re like: ‘Oh you’re doing good, but there’s this, this, this, this, this, and this, and this, and this, and this that you gotta work on.’ And it’s just like, wow, it’s like overbearing, you know. There’s always a but. And you hear: ‘Oh yeah, I’m doing well, but...’ ‘Oh, there’s this going on, but...’.”



