

Rapport final d'évaluation



**Projet pilote d'équipe
en mieux-être mental
2009-2013**



Rédaction

Patricia Montambault, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité de relecture et validation

Annie Duciaume, Équipe en mieux-être mental, Lac-Simon et Kitcisakik

Barbara Bouchard, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Claudie Chiquette, Équipe en mieux-être mental, Lac-Simon et Kitcisakik

Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec

Émilie Grantham, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Ghislain Nequado, Lac-Simon

Johanne Rhainds, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marjolaine Sioui, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Mary-Jane Brazeau, Kitcisakik

Miriam Alonso, Cégep de Jonquière

Nancy Gros-Louis McHugh, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Rose Dumont, Lac-Simon

Comité de suivi et d'orientation

Barbara Bouchard, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Dominique Boucher, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région Québec

France Racette, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région Québec

Johanne Rhainds, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Julie Mathieu, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Patricia Montambault, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Réjean Vallière, Consultant

Richard Gray, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Sonia Garant, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Groupe de travail de recherche-évaluation

Barbara Bouchard, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec

Johanne Rhainds, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Miriam Alonso, Cégep de Jonquière

Patricia Montambault, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Sonia Garant, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Autres collaborateurs

Michel Penosway, Kitcisakik

Tracy Fournier, Équipe en mieux-être mental, Lac-Simon et Kitcisakik

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Anne P. Savard, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Veuillez citer cette publication selon le format suivant : CSSSPNQL, 2013. Rapport final d'évaluation, projet pilote d'équipe en mieux-être mental 2009-2013, 98 pages.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de la CESSPNQL : www.cssspnql.com

© Propriété intellectuelle revenant à la CESSPNQL

© CESSPNQL - 2013

Dépôt légal – 3^e trimestre de 2013

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-1-926553-70



REMERCIEMENTS

La CSSSPNQL souhaite adresser ses sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche-évaluation.

Merci aux partenaires au sein des communautés : les membres des conseils de bande, les directeurs santé, les coordonnateurs, les superviseurs cliniques et les intervenants de chacune des communautés qui ont été mis à contribution à un moment ou à un autre. Merci aux représentants des ressources externes qui ont été généreux de leur temps à chacune des collectes d'information de ce projet de recherche-évaluation, notamment la direction du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO). Aux partenaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)-Région Québec, et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, merci pour leur ouverture et leur engagement.

Un merci particulier aux membres de l'équipe locale de planification ainsi qu'aux membres de l'équipe en mieux-être mental qui ont activement participé aux activités de recherche-évaluation. Sans leur précieuse collaboration, la compréhension des réalisations et des enjeux inhérents à ce projet n'aurait pas été aussi riche et nuancée.

Enfin, ce projet de recherche-évaluation n'aurait pu se réaliser sans le soutien et les encouragements de plusieurs personnes de la CSSSPNQL : merci à elles. Aux membres du groupe de travail de recherche-évaluation et du Comité de suivi et d'orientation qui sont demeurés impliqués tout au long des quatre années de ce projet, malgré leurs nombreux engagements, de chaleureux remerciements pour les judicieux conseils qu'ils ont promulgués.





TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Liste des acronymes	vii
Résumé	1
Introduction.....	3
1 Mise en contexte	5
1.1 Objectifs et attentes de départ.....	6
1.2 Phases du projet pilote	8
1.3 Choix de l'approche	9
1.4 État des lieux avant le projet	11
1.5 État des collaborations entre les communautés des Premières Nations et le RQSSS...	23
2 Méthodologie	24
3 Résultats	26
3.1 Phase de planification	26
3.1.1 Consultation auprès de la population et des partenaires locaux	27
3.1.2 Consultation auprès des partenaires externes	29
3.2 Phase d'implantation	34
3.2.1 Implantation de l'EMEM	34
3.2.2 Mise en œuvre des services de l'EMEM.....	42
3.3 Regard global	59
3.3.1 Grandes étapes de la planification et de l'implantation	59
3.3.2 Atteinte des objectifs et attentes de départ.....	61
3.3.3 Soutien de la CSSSPNQL tout au long du projet.....	64
3.3.4 Leçons apprises et recommandations globales	67
4 Conclusion.....	71
Situation de l'EMEM en mars 2013	72
Glossaire	74
Références.....	76



ANNEXES

Annexe 1 : Carte des Premières Nations du Québec	79
Annexe 2 : Résultats de la consultation de la population	80
Annexe 3 : Plan d'action du projet pilote d'équipe en mieux-être mental.....	85
Annexe 4 : Offre de services de l'EMEM	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure des services psychosociaux de Kitcisakik en 2009-2010	15
Figure 2 : Structure des services psychosociaux de Lac-Simon en 2009-2010.....	20
Figure 3 : Départs et arrivées au sein de l'EMEM	36
Figure 4 : Intégration de l'EMEM à la structure des services psychosociaux de Kitcisakik.....	53
Figure 5 : Intégration de l'EMEM à la structure des services psychosociaux de Lac-Simon	58
Figure 6 : Processus de mise en place du projet pilote d'équipe en mieux-être mental.....	60
Figure 7 : Séquence réelle du processus de mise en place du projet pilote d'équipe en mieux-être mental.....	61
Figure 8 : Intensité du soutien de la CSSSPNQL dans le temps	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil sociodémographique de Kitcisakik en 2009-2010.....	14
Tableau 2 : Profil sociodémographique de Lac-Simon en 2009-2010.....	18
Tableau 3 : Exemples de méthodes de consultation utilisées auprès de la population	28
Tableau 4 : Défis et pistes de solution identifiés par les partenaires externes.....	30
Tableau 5 : Leçons apprises à l'égard de la phase de planification.....	33
Tableau 6 : Leçons apprises à l'égard de l'implantation de l'EMEM dans le milieu.....	41
Tableau 7 : Leçons apprises à l'égard de la mise en œuvre des services.....	59



LISTE DES ACRONYMES

AADNC : Affaires autochtones et Développement du Nord Canada

ACSM : Association canadienne pour la santé mentale

ARH : Agent de relations humaines

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

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

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

CJAT : Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

EMEM : Équipe en mieux-être mental

FADG : Fondation autochtone de guérison

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

MRC : Municipalité régionale de comté

PNLAADA : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones

RQSSS : Réseau québécois de la santé et des services sociaux

SEFPN : Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations

SMI : Santé maternelle et infantile



RESUME

Le présent rapport offre les résultats obtenus dans le cadre d'une recherche-évaluation¹ s'intéressant à la planification et à l'implantation d'un projet pilote d'équipe en mieux-être mental dans deux communautés des Premières Nations du Québec, selon l'approche de développement des communautés. Quatre stratégies du développement des communautés ont orienté l'action dans ce projet : la mobilisation des communautés (des structures et de la population), la concertation intersectorielle, l'engagement du *leadership* local et politique, et le pouvoir d'agir (*empowerment*).

Ce projet pilote visait à explorer l'efficacité du modèle d'équipe en mieux-être mental auquel un financement était alloué dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue. La recherche de solutions durables et localement adaptées en réponse à la double problématique de santé mentale et de dépendances en milieu des Premières Nations était au cœur de la démarche. Il était question de vérifier si une équipe multidisciplinaire, alliant des approches cliniques et culturelles en mieux-être mental et privilégiant une logique ascendante (*bottom-up*), allait mieux répondre aux besoins locaux en la matière. Au Québec, le projet pilote s'est échelonné entre 2009 et 2013 selon trois phases différentes : la planification (2009-2010), l'implantation de l'équipe en mieux-être mental et la mise en œuvre des services (2010-2012) et l'évaluation globale (2012-2013). Bien que la dernière des trois phases fût dédiée à l'évaluation globale, des activités d'évaluation de processus se sont tenues tout au long des deux premières phases. L'approche participative et l'étude de cas, favorisant l'analyse des résultats obtenus selon le contexte local de chacune des communautés et non en comparaison l'une à l'autre, ont été privilégiées.

Les résultats de la recherche-évaluation montrent que différents éléments de contexte peuvent influencer l'implantation d'un projet pilote tel que celui-ci dans les communautés des Premières Nations. Certains sont facilitants, tels que l'ouverture des partenaires à travailler ensemble et trouver des solutions à des difficultés rencontrées de manière chronique, tandis que d'autres éléments de contexte sont contraignants, comme le roulement de personnel au sein de l'équipe mobile en mieux-être mental, des équipes locales ou encore à la CSSSPNQL. Les ressources professionnelles en santé mentale ayant un profil communautaire, une sensibilité culturelle et qui sont prêtes à travailler en contexte des Premières Nations sont en effet plutôt rares. L'intégration des approches culturelles, communautaires et cliniques a aussi représenté un défi dans le cadre de ce projet. Des services en santé mentale sont offerts au sein des communautés depuis longtemps, mais selon une approche clinique classique de bureau. Avec le projet pilote d'équipe en mieux-être mental, le thème de la santé mentale (et de la double problématique

¹ Le terme recherche-évaluation a été retenu par le groupe de travail de recherche-évaluation (voir la section méthodologie) parce que la démarche utilise certaines méthodes de recherche et produit des connaissances, mais dans le cadre d'une démarche évaluative, c'est-à-dire en étant près des préoccupations et de la réalité du milieu et en ayant pour finalité d'être utile aux communautés.



santé mentale et dépendances) était exploré par le biais d'une consultation publique pour la première fois. La démystification de la maladie mentale au sein de la population de chacune des communautés compte parmi les changements directement attribuables à ce projet pilote, en plus de l'amélioration du réseautage, de la liaison et de l'accès aux services externes de santé mentale.

Globalement, on retient que la démarche doit être vue à plus long terme et doit dépasser le projet pilote en soi. Les collaborations entre les communautés et le réseau québécois de la santé et des services sociaux, en partenariat avec la DGSPNI et la CSSSPNQL, doivent se poursuivre. D'autres initiatives dans le domaine doivent être menées tout en conservant la logique ascendante utilisée dans ce projet.



INTRODUCTION

En 2007, la Stratégie antidrogue de Santé Canada s'engage à améliorer la qualité, à rendre plus accessibles et plus efficaces les services en dépendances pour les Premières Nations et les Inuits du pays. Ce financement inclut un montant visant le développement d'équipes en mieux-être mental. Le plan d'action stratégique (2007) élaboré par le Comité consultatif sur le bien-être mental des Premières Nations et des Inuits² cible, en effet, la double problématique de santé mentale et de dépendances comme une priorité d'action. À travers le Canada, huit projets pilotes³ ont vu le jour grâce à ce financement. Selon le modèle proposé, les équipes en mieux-être mental sont multidisciplinaires et utilisent des approches communautaire, collaborative et culturelle dans le but de renforcer la capacité des communautés à aborder les problèmes liés à la santé mentale et aux dépendances de la manière qui leur semble la plus appropriée (DGSPNI, 2009).

Ce rapport fait état du processus d'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental implanté dans deux communautés des Premières Nations du Québec selon l'approche de développement des communautés. Les résultats présentés couvrent la période d'octobre 2009 à juin 2012, c'est-à-dire les deux premières phases du projet pilote (la planification et l'implantation). La troisième phase (de juillet 2012 à mars 2013) s'est quant à elle concentrée sur l'évaluation globale du projet et sur la formulation de recommandations. À la fin de ce rapport, une courte section expose également la situation de l'équipe en mieux-être mental en fin de projet, c'est-à-dire en mars 2013.

Le défi de ce rapport est de présenter à sa juste valeur les retombées locales issues de ce projet pilote, compte tenu des défis importants rencontrés tout au long du projet et de la complexité du contexte local de chacune des communautés. La première partie du rapport propose une mise en contexte et inclut l'état des lieux de chacune des communautés avant l'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental. La dynamique locale et certaines problématiques sociales y sont décrites, mais l'accent est davantage mis sur les forces de chacune des communautés ainsi que sur les quatre stratégies d'action de l'approche de développement des communautés retenues. On retrouve également dans la mise en contexte une brève description du processus de sélection des communautés participantes, les différents partenaires régionaux impliqués, les objectifs et attentes de départ à l'égard de l'équipe mobile en mieux-être mental, l'objectif poursuivi par chacune des phases du projet pilote ainsi que les principaux concepts

² « En 2005, Santé Canada a mis sur pied le Comité consultatif sur le bien-être mental des Premières Nations et des Inuits, coprésidé par l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami. Le Comité consultatif sur le bien-être mental se compose de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux et non gouvernementaux, ainsi que de spécialistes inuits et des Premières Nations du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie » (van Gaalen et autres, 2009 : 14).

³ Un projet pilote d'équipe en mieux-être mental a été implanté dans les provinces suivantes : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique.



rattachés à l'approche de développement des communautés et des quatre stratégies d'action retenues pour implanter le projet pilote dans le milieu.

La méthodologie est ensuite sommairement présentée et suivie des résultats. Ceux-ci sont divulgués en fonction de chacune des phases du projet pilote : la planification, l'implantation (elle-même divisée en deux, soit l'implantation de l'équipe en mieux-être mental, puis la mise en œuvre des services) et enfin, un regard global est porté sur l'ensemble du projet.



1 MISE EN CONTEXTE

En 2008-2009, la Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)-Région Québec, collaborent pour l'obtention d'un financement national visant l'implantation d'une équipe en mieux-être mental (EMEM) mobile entre deux communautés des Premières Nations en région éloignée du Québec. À la suite de l'obtention du financement, les organisations s'entendent pour que le secteur des services sociaux de la CSSSPNQL soit responsable de coordonner et de soutenir l'implantation du projet pilote dans les communautés des Premières Nations, tandis que le secteur de la recherche de la CSSSPNQL est mandaté pour évaluer l'implantation de ce projet. Il est aussi entendu que la DGSPNI-Région Québec demeurera un partenaire actif dans le projet.

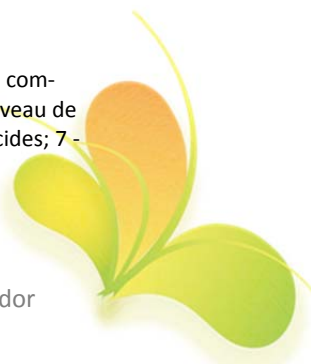
Sélection des communautés participantes

En juin 2009, un comité de sélection, composé de partenaires provenant de la DGSPNI-Région Québec et de la CSSSPNQL, s'est réuni afin de procéder à la sélection des communautés participantes au projet pilote d'équipe en mieux-être mental. À partir de critères de sélection⁴, d'une grille d'évaluation et des documents statistiques disponibles, deux communautés algonquines de la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue ont été sélectionnées, soit Lac-Simon et Kitcisakik. Chacune de ces communautés a un contexte local qui lui est particulier, mais toutes deux présentaient d'importantes problématiques psychosociales et des défis dans leur organisation de services en lien avec la santé mentale. En octobre 2009, elles ont accepté de participer à ce projet et à son évaluation.

Implication de différents partenaires

Dès le départ, ce projet a impliqué une organisation des Premières Nations, la CSSSPNQL, et une direction de Santé Canada, la DGSPNI-Région Québec, lesquels ont constitué un comité régional dénommé Comité de suivi et d'orientation. L'importance que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec siège à ce comité ne faisait aucun doute et, à partir d'octobre 2009, des représentants du MSSS s'y sont joints. Ainsi, le comité regroupait le gestionnaire du secteur des services sociaux de la CSSSPNQL, la conseillère clinique du secteur des services sociaux de la CSSSPNQL attitrée au projet en mieux-être mental, l'agente de recherche du secteur de la recherche de la CSSSPNQL attitrée à l'évaluation du projet, la coordonnatrice des programmes communautaires de la DGSPNI-Région Québec, une infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale de la DGSPNI-Région Québec et des représentantes de trois directions du MSSS : la Direction de la santé mentale, la Direction du Développement des individus et de l'environnement social et la Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques. Le comité incluait également, avec un statut d'invité, un expert consultant en approche

⁴ Sept critères de sélection ont mené au choix des communautés pilotes : 1 - Distance géographique entre les communautés jumelées; 2 - Processus d'implantation de services sociaux de première ligne (en réalisation); 3 - Niveau de gouvernance (tutelle); 4 - Niveau d'isolement des communautés; 5 - Nombre de suicides; 6 - Nombre d'homicides; 7 - Taux de placement d'enfants (CSSSPNQL, 2009).



de développement des communautés. En plus de son mandat dans le cadre de ce comité, l'expert consultant a aussi soutenu la conseillère clinique de la CSSSPNQL dans l'élaboration et dans l'offre de formations portant sur l'approche de développement des communautés auprès des partenaires locaux de Lac-Simon et de Kitcisakik.

Le mandat du comité était d'encadrer la mise en œuvre du projet pilote et d'assurer le suivi du processus d'implantation et d'évaluation dans les communautés choisies. Principalement, les rencontres de ce comité (à raison d'environ quatre par année) avaient pour objectif d'informer les partenaires régionaux de la progression du projet en communauté et de la réalisation des activités de recherche-évaluation. Elles permettaient aussi à ces mêmes partenaires d'échanger à propos des défis et enjeux que comportait le projet et de faire avancer la réflexion sur les meilleures stratégies à utiliser. Au besoin, la conseillère clinique de la CSSSPNQL et les partenaires se consultaient entre les rencontres sur des sujets de nature administrative, organisationnelle ou clinique.

Les membres du comité se sont aussi déplacés dans les communautés participantes, accompagnés de personnes influentes du réseau québécois de la santé et des services sociaux (RQSSS) afin de mieux comprendre la réalité locale, rencontrer les acteurs clés locaux (membres du conseil de bande, direction, coordination, équipes) et valider avec eux la façon dont leur organisation respective pouvait mieux les soutenir. C'était la première fois qu'une délégation réunissant à la fois des représentants des gouvernements fédéral et provincial et de la CSSSPNQL se déplaçait dans ces communautés dans le cadre d'un projet pilote. Les dirigeants de chacune des communautés ont beaucoup apprécié cette visite et ont eu l'occasion de signifier les enjeux auxquels ils font face.

1.1 OBJECTIFS ET ATTENTES DE DÉPART

Le modèle d'équipe en mieux-être mental, développé par la DGSPNI, allie des approches psychosociales et culturelles et a été implanté, au Québec, avec l'approche de développement des communautés.

L'un des objectifs du projet pilote était de voir si une telle équipe (multidisciplinaire et visant la sécurité culturelle⁵) allait permettre de mieux répondre aux besoins et réalités des communautés des Premières Nations en matière de double problématique de santé mentale et de dépendances. Il était aussi souhaité de vérifier si l'utilisation de l'approche de développement des communautés (logique ascendante), par la mobilisation de différents acteurs autour d'une même problématique, et la promotion du travail de concertation intersectorielle, de l'engagement du *leadership* local et politique, ainsi que du pouvoir d'agir, allaient être davan-

⁵ La sécurité culturelle est basée sur la compréhension des rapports inégaux de pouvoir inhérents à la prestation des soins de santé et sur le redressement de ces iniquités à l'aide de processus éducationnels (Spence, 2001 cité dans L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada, 2009 : 2). Se référer au glossaire pour une définition plus complète.



tage porteuses de changements que la logique descendante⁶ (*top-down*) habituellement utilisée pour implanter les programmes dans les communautés des Premières Nations.

Les principaux mandats de l'EMEM incluait donc le développement des capacités des intervenants locaux et le réseautage avec les partenaires du RQSSS ainsi qu'avec les organismes communautaires, pour la double problématique de santé mentale et de dépendances.

Selon le modèle initial, la composition de l'EMEM devait être interdisciplinaire. À la suite des besoins soulevés par les différents partenaires locaux de chacune des communautés au cours de la consultation réalisée durant la phase de planification, la composition retenue pour EMEM était :

- un conseiller clinique⁷
- un infirmier en santé mentale
- un intervenant social
- un intervenant culturel et communautaire

Au départ, les communautés pilotes misaient fortement sur l'embauche d'un psychologue pour l'occupation du poste de conseiller clinique. Il était prévu qu'il effectue de l'évaluation, de la consultation et du traitement au niveau individuel, familial et de groupe; qu'il assure la coordination clinique des membres de l'EMEM et qu'il offre un soutien clinique aux équipes locales d'intervenants en partenariat avec les ressources internes de supervision⁸.

Il était prévu que le conseiller clinique soit embauché au début du projet pour d'abord réaliser une consultation (auprès de la population, des équipes d'intervention des deux communautés ainsi qu'auprès des partenaires externes) avant de poursuivre en seconde phase avec le reste de l'EMEM. Il aurait ainsi pu assurer le transfert des connaissances acquises au cours de la phase de planification à ses collègues. De plus, il aurait suffisamment maîtrisé le projet et ses objectifs pour bien les expliquer aux autres membres de l'EMEM et offrir l'encadrement nécessaire. Le développement d'un certain lien de confiance avec les partenaires du milieu et du réseau aurait facilité l'intégration du reste de l'EMEM dans le milieu.

L'intégration d'un infirmier en santé mentale au sein de l'EMEM était également désirée par les communautés. Les infirmiers en poste dans chacune des communautés sont surchargés, leurs tâches sont multiples et touchent toutes les clientèles : santé physique, santé mentale, santé infantile, santé des aînés, etc. Il était donc attendu que l'infirmier spécialisé en santé mentale vienne en soutien aux infirmiers en poste et fasse des évaluations biopsychosociales et élabore des plans thérapeutiques infirmiers adaptés à la situation de la personne qui consulte. L'infirmier en santé mentale aurait également pu suivre la médication, soutenir la famille et faire de la sensibilisation à ce niveau. Il aurait assuré un rôle de liaison et de soutien-conseil auprès des autres membres de l'EMEM et des ressources du milieu pour les cas complexes de santé

⁶ Se référer au glossaire à la fin de ce rapport pour une définition.

⁷ Le genre masculin est utilisé lorsqu'il est question des postes de l'EMEM afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

⁸ La description du mandat de chacun des postes est tirée de l'offre d'emploi de juin 2010 et est ici synthétisée.



mentale et/ou comportant des dimensions biopsychosociales variées. Enfin, l'infirmier en santé mentale aurait assuré la liaison entre la première et la deuxième ligne en santé mentale avec le RQSSS, en collaboration avec les autres membres de son équipe et les ressources du milieu.

Quant au poste d'intervenant culturel et communautaire, celui-ci portait à l'origine le titre de « guérisseur traditionnel », un terme retrouvé dans la littérature. Or, pour les partenaires de chacune des communautés, ce terme ne faisait pas sens et, selon eux, de telles ressources n'existaient ni à Lac-Simon, ni à Kitcisakik. L'appellation retenue par les partenaires locaux a donc été celle d'« intervenant culturel et communautaire »⁹.

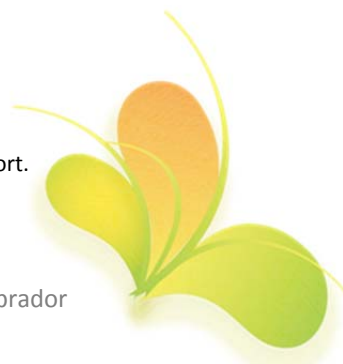
Des éléments de contexte qui échappaient au contrôle des acteurs locaux ont fait en sorte que les attentes de départ quant à la composition de l'EMEM n'ont pu être comblées. L'approche de développement des communautés sur laquelle repose le projet a fait en sorte que tous les acteurs (locaux, régionaux, bailleurs de fonds) se sont questionnés, se sont réajustés et ont trouvé de nouvelles stratégies en vue d'ajuster la composition de l'EMEM en conséquence.

1.2 PHASES DU PROJET PILOTE

Le projet pilote d'équipe en mieux-être mental, implanté à partir de l'approche de développement des communautés, se décline en deux phases principales : la planification et l'implantation. Une évaluation de processus a été réalisée tout au long de ces deux phases. Différents acteurs ont systématiquement été rencontrés afin de documenter et de comprendre comment ceux-ci travaillaient ensemble et dans quel contexte. La troisième phase du projet a permis de réaliser une évaluation globale, de laquelle sont issues des recommandations. Voici plus précisément les objectifs de chacune de ces phases :

- i. **La planification** (d'octobre 2009 à octobre 2010), dont le principal objectif était que les communautés participantes réalisent une consultation auprès de leur population et des intervenants, ainsi qu'auprès des partenaires du RQSSS et du réseau communautaire. Cette consultation avait pour objectif d'identifier les besoins et les forces du milieu en matière de mieux-être mental (santé mentale et dépendances). Par la suite, un plan d'action concerté, basé sur cette consultation, a été développé. C'est à partir de ce plan d'action que le profil professionnel initialement envisagé pour les membres de l'EMEM a été défini;
- ii. **L'implantation** (de novembre 2010 à juin 2012) visait l'intégration de l'EMEM dans les communautés et la mise en œuvre de ses services et activités;
- iii. **L'évaluation globale** (de juillet 2012 à mars 2013) a permis de vérifier si les objectifs de départ avaient été atteints, d'identifier les retombées directement attribuables au projet et de dégager les leçons apprises.

⁹ La description de chacun des postes de l'EMEM est plus largement abordée à la section 3.2.1 de ce rapport.



C'est à partir de ces apprentissages que des recommandations pouvant servir à l'implantation de projets semblables dans d'autres communautés des Premières Nations ont pu être formulées.

1.3 CHOIX DE L'APPROCHE

L'approche de développement des communautés a été retenue par les demandeurs (CSSSPNQL et DGSPNI-Région Québec) pour les avantages qu'elle offre à l'égard du renforcement des capacités et du *leadership*, dans un objectif ultime d'autodétermination des communautés. Étant donné leur passé de dépossession et de perte d'autonomie ainsi que leurs actuelles démarches de prise en charge, l'approche de développement des communautés est particulièrement pertinente pour les communautés des Premières Nations. Au sein des organisations des Premières Nations, comme la CSSSPNQL, cette approche est souvent privilégiée pour implanter de nouveaux programmes ou projets.

De façon générale, l'utilisation de l'approche de développement des communautés nécessite l'ouverture de tous les partenaires concernés à travailler ensemble et la volonté de s'engager dans un objectif commun. Chez les Premières Nations, cette approche comporte certains défis supplémentaires : par exemple, la reconnaissance et la mise en commun des savoirs professionnels et des savoirs des Premières Nations¹⁰; le fait de composer avec un contexte local parfois fragilisé ou avec l'épuisement des ressources locales.

Dans le cadre du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, un des critères de sélection des communautés participantes était que l'implantation des services sociaux de première ligne (services à l'enfance et à la famille) soit réalisée ou en cours de réalisation. Ces services ont été implantés dans quatre communautés pilotes au cours des années 2006 à 2009 avec le soutien de la CSSSPNQL et l'utilisation de l'approche de développement des communautés¹¹. Un continuum de services était donc visé avec le projet pilote d'équipe en mieux-être mental.

L'application de l'approche de développement des communautés à travers les quatre stratégies d'action retenues permettait à l'EMEM de développer une offre de services et une programmation construites à partir des besoins et des forces du milieu et d'impliquer différents partenaires. L'EMEM devait former un groupe significatif et rassembleur autour d'un objectif général : l'amélioration du mieux-être mental et global des communautés.

Quatre stratégies d'action

Dans le cadre du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, les quatre stratégies d'action retenues sont : la mobilisation des communautés (population et structures); la concertation inter-

¹⁰ Les Premières Nations possèdent leurs propres savoirs, savoir-faire et savoir-être, différents de ceux transmis dans les milieux académiques visant à former les professionnels : « Ce savoir est une partie intégrante d'un système culturel qui prend appui sur la langue, les systèmes de classification, les pratiques d'utilisation des ressources, les interactions sociales, les rituels et la spiritualité » (UNESCO, 1995-2012).

¹¹ Pour plus d'information, consulter le rapport d'évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations, disponible sur le site Internet de la CSSSPNQL.



sectorielle; l'engagement du *leadership* local et politique; la capacité d'agir (empowerment) individuelle, communautaire et organisationnelle.

La mobilisation des communautés¹²

La mobilisation fait référence à un agir-ensemble intentionnel. Susciter la mobilisation revient à chercher à mettre en mouvement des acteurs dans la visée d'un changement. Dans une approche de développement des communautés, la mobilisation est incontournable et doit être présente à toutes les étapes du projet. La mobilisation peut et devrait se faire auprès de différents acteurs : la population, les partenaires locaux et les partenaires externes. Le défi majeur avec cette stratégie d'action est d'arriver à un engagement partagé entre les acteurs institutionnels et la population, et de le conserver.

La concertation intersectorielle

La concertation intersectorielle se réalise grâce à des mécanismes fonctionnels d'échange entre les acteurs locaux dans le but d'établir un processus logique d'action qui rejoint les aspirations de la communauté. La concertation intersectorielle occupe un rôle de premier plan dans le processus de mobilisation des communautés : c'est par elle que les acteurs de la communauté s'entendent sur le changement à poursuivre, sur ses grandes étapes, sur les moyens à mettre en œuvre pour y arriver, sur les principes qui doivent les guider, sur les critères qui permettront de les évaluer, etc. L'engagement mutuel des acteurs pourrait leur permettre d'agir sur d'autres fronts dans le futur. Il s'agit donc d'un processus participatif de formation et d'appropriation d'une vision commune qui engendre un sentiment d'appartenance au projet et qui tisse également des liens de solidarité éventuellement mobilisables à d'autres fins.

L'engagement du *leadership* local et politique

Que ce soit sur le plan des comportements individuels, des programmes institutionnels ou des structures, un changement à l'intérieur d'une communauté est généralement complexe et s'opérationnalise en plusieurs étapes successives. Le changement implique la participation d'une diversité d'acteurs locaux et prend invariablement beaucoup de temps. C'est pour cette raison que la notion d'engagement, qui va au-delà de la simple participation, fait partie intégrante du développement des communautés.

¹² Les définitions des quatre stratégies d'action ont, en partie, été tirées du site Internet de la coopérative La Clé, conçu plus précisément dans le cadre du Projet *Vers l'IMPACT* (www.mobilisation-communaut.es.qc.ca, 2010), répertorié par la suite sous l'appellation de Communagir.



La capacité d'agir (*empowerment*) individuelle, organisationnelle et communautaire

Le processus d'*empowerment*, qu'il soit individuel, organisationnel ou communautaire, est sensiblement le même. C'est-à-dire que ce processus permet le passage d'un état d'impuissance à agir sur ce qui est important pour soi (ou pour le groupe) à un état de pouvoir d'agir. Dans le contexte des Premières Nations, l'historique d'oppression et d'assimilation apporte ici une dimension particulière. Les Premières Nations peuvent ressentir un malaise, surtout lorsqu'elles sont en relation avec la culture dominante : sentiment d'infériorité, d'être inadéquat, intimidé, etc. (Fondation autochtone de l'espoir, 2009). Au sein des communautés des Premières Nations, l'intervention psychosociale axée sur la capacité d'agir et le développement des capacités est un moyen judicieux pour atteindre un changement durable.

Concrètement, ces stratégies d'action offraient la possibilité à l'EMEM d'ajuster son offre de services aux dimensions culturelles et communautaires, ce que ne permettait pas le modèle sociosanitaire classique (offre des services en fonction d'objectifs et de programmes par rapport à une population donnée).

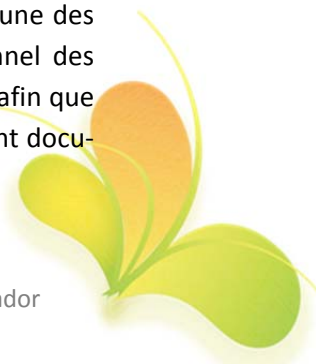
1.4 ÉTAT DES LIEUX AVANT LE PROJET

La plupart des informations présentées dans cette section sont extraites du portrait des communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik réalisé par l'équipe locale de planification lors de la consultation effectuée en première phase, soit en 2010 (document interne). D'autres informations ont été collectées par l'agente de recherche de la CSSSPNQL au cours de cette même phase par le biais d'observations participantes effectuées lors d'activités réalisées dans le cadre du projet.

Avant de présenter les communautés participant à ce projet, mentionnons qu'en ce qui concerne les problématiques sociales, le pensionnat indien (par la coupure que les enfants ont vécue à différents niveaux ainsi que par les abus dont certains ont été victimes) est un thème récurrent dans la documentation. Même si le sujet n'a pas été abordé par les participants lors de la consultation menée dans le cadre de ce projet, il semble tout de même opportun d'introduire cet aspect fondamental. La documentation parle d'un traumatisme, voire d'un traumatisme intergénérationnel, associé à l'expérience des pensionnats indiens et il est reconnu que la plupart des problématiques contemporaines découlent en partie de cette mesure d'assimilation :

« Bien que la majorité des pensionnats aient fermé leurs portes dans les années 70, on en ressent encore les effets aujourd'hui chez les enfants autochtones. Le système des pensionnats a également eu des répercussions intergénérationnelles sur les jeunes Autochtones d'aujourd'hui, ainsi que sur les enfants et petits-enfants des anciens élèves » (Fondation autochtone de l'espoir, 2003 : 18).

La documentation mentionne souvent la capacité de résilience des Premières Nations (individuelle, familiale et communautaire) envers les traumatismes historiques comme étant une des plus grandes forces de ces populations (FADG, 2004; 2008). L'impact intergénérationnel des pensionnats indiens et la capacité de résilience des Premières Nations sont mentionnés afin que le lecteur garde en tête ces éléments fondamentaux tout au long de la lecture du présent document.



Deux communautés différentes

Avec près de 1 500 résidents, Lac-Simon possède une population trois fois plus grande que celle de Kitcisakik. Ces communautés sont situées à environ 40 km l'une de l'autre et sont toutes deux de la nation algonquine¹³. Elles ont un passé commun qui les unit et plusieurs liens familiaux sont toujours présents. Par ailleurs, ces deux communautés ont leur façon propre de gérer leurs affaires (politiques, administratives, communautaires, etc.) et de pratiquer leurs activités traditionnelles. Des problématiques de santé mentale et de dépendances semblables se retrouvent dans chacune de ces communautés, mais les ressources locales disponibles pour dispenser les services à la population sont différentes d'une communauté à l'autre, de même que leurs relations avec le RQSSS. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les problèmes de santé mentale sont, entre autres, associés au changement social rapide, aux conditions de travail éprouvantes¹⁴, à la discrimination, à l'exclusion sociale, au mode de vie malsain, aux risques de violence ou de mauvaise santé physique ou encore à la violation des droits de l'homme (OMS, 2013)¹⁵. On retrouve, à différents degrés, plusieurs de ces éléments dans les communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik (Laresco, 2006). Ces dernières années, une recrudescence de certaines problématiques de santé mentale, telles que les troubles anxieux ou la consommation abusive d'alcool et de drogues, a été observée et certaines maladies mentales, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire ont été diagnostiqués.

Les informations suivantes dressent un portrait socioéconomique sommaire et décrivent l'état de situation pour chacune des stratégies d'action de l'approche de développement des communautés avant l'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental à Kitcisakik et à Lac-Simon. L'objectif poursuivi est d'énoncer qui étaient les différents partenaires impliqués dans ce projet, pour exposer par la suite la façon dont ils ont travaillé ensemble et dont le projet pilote d'équipe en mieux-être mental a fait une différence dans l'organisation des services de santé mentale et de dépendances de ces deux communautés.

¹³ Se référer à la carte des Nations à l'annexe 1.

¹⁴ On fait référence ici au manque de ressources humaines et matérielles, ou encore à l'épuisement des ressources humaines que l'on retrouve dans plusieurs communautés des Premières Nations du Québec.

¹⁵ Site Internet de l'OMS.



KITCISAKIK¹⁶

Kitcisakik se situe dans la réserve faunique La Vérendrye, à 92 km du centre urbain le plus près, c'est-à-dire Val-d'Or. Son territoire couvre une superficie de 12,14 hectares et la communauté n'a pas le statut de réserve au sens de la *Loi sur les Indiens*. Contrairement aux communautés ayant le statut de réserve, Kitcisakik n'a pas accès aux mêmes règles de financement du fédéral. Dans le domaine de la santé, la communauté a développé des ententes particulières avec



Source : CSSSPNQL

le RQSSS. L'absence de statut de réserve est un choix historique pris par les familles occupant ce territoire. Face au gouvernement de l'époque, cette position montrait clairement la volonté d'autonomie de cette population. Aujourd'hui, les impacts de ce choix touchent directement la qualité de vie des gens. Cette communauté ne dispose d'aucune infrastructure permanente et les maisons sont dépourvues de fondations, d'eau courante et d'électricité. La population de cette communauté utilise le bloc sanitaire communautaire où l'on retrouve toilettes, douches et buanderie. Les résidences privées fonctionnent avec une génératrice pour les besoins de base du ménage. Le déménagement de la communauté dans un nouveau site avec des infrastructures modernes et l'acquisition du statut de réserve au sens de la loi fédérale (AADNC) est un projet en négociations avec les autorités gouvernementales du Québec et du Canada depuis près de 20 ans et ne fait pas l'unanimité au sein de la population.

Au début des années 2000, une école primaire a été construite dans la communauté. L'école Mikizicac a graduellement offert la scolarisation aux jeunes de la communauté en débutant avec la maternelle. En 2009-2010, lorsque le portrait des communautés a été réalisé, l'école offrait la scolarisation au sein de la communauté jusqu'à la 4^e année¹⁷. Les autres jeunes de la communauté continuaient d'être scolarisés à Val-d'Or. Ils y vivaient durant la semaine soit dans des foyers scolaires, des ressources de type familial (par exemple des familles d'accueil) ou en centre de réadaptation. Pendant des décennies, la scolarisation des jeunes à l'extérieur de la communauté a entraîné une rupture des liens familiaux et cette situation a encore un impact sur le développement des habiletés parentales (Loiselle et autres, 2011). Sur le plan de la démographie, on observe une croissance plutôt importante avec 9 à 16 naissances annuellement. L'âge

¹⁶ L'appellation Kitcisakik est utilisée dans ce rapport pour référer au site du Lac Dozois et non à celui du Grand-Lac-Victoria.

¹⁷ Depuis 2011-2012, la scolarisation au sein de la communauté est offerte jusqu'à la 6^e année.



moyen des femmes au moment de leur premier accouchement est de 22 ans. En 2007, 60 % des ménages étaient biparentaux et 40 % monoparentaux.

Tableau 1 : Profil sociodémographique de Kitcisakik en 2009-2010

Population totale	Résidents	Non-résidents	% hommes	% femmes	% jeunes (moins de 18 ans)	% adultes (de 18 à 64 ans)	% aînés (de 65 ans et plus)
440	380	60	51 %	49 %	43 %	53 %	4 %

Source : Portrait des communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik, 2010.

Particularités liées au contexte culturel et social

Sur le plan culturel, la revue de la documentation et la collecte d'informations (phase 1) auprès de la population montrent des variations entre les aînés, les adultes et les jeunes. Par exemple, la majorité des adultes dans la quarantaine et plus parlent couramment leur langue maternelle (algonquin), mais à partir de la trentaine, plus l'âge décroît moins l'algonquin est parlé : pour cette portion de la population, la première langue apprise à la maison est le français. Toutefois, quelques jeunes (adolescents et jeunes adultes) ont appris à parler algonquin auprès de leur entourage, ce qui montre que la jeune génération porte un intérêt toujours vivant pour la langue et la culture.

Quelques familles et la plupart des aînés fréquentent toujours régulièrement le site de rassemblement situé au Grand-Lac-Victoria. Certains événements publics de la communauté, comme l'assemblée générale annuelle, s'y déroulent. La pêche, la chasse et la cueillette de petits fruits sont des exemples d'activités qui se pratiquent toujours sur le territoire. En ce qui concerne les activités traditionnelles, telles que l'usage de la tente de sudation et d'autres cérémonies, leur pratique ne trouve pas consensus au sein de la population. Certaines personnes effectuent un retour vers ces pratiques, mais ces décisions relèvent davantage de la sphère individuelle que collective. Il existe toutefois un respect et une tolérance pour la pratique d'activités traditionnelles et on retrouve quelques sites dédiés à ces activités en périphérie de la communauté. Par exemple, à l'automne 2010, la communauté s'est dotée d'une maison de ressourcement en forêt (Lac Transparent).

Sur le plan social, à partir des années 1990, une vague de dénonciation des agressions sexuelles marque un tournant pour cette communauté. Une étude menée pendant plusieurs années auprès des hommes et des femmes de Kitcisakik, financée par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (rapport non public), est venue documenter et soutenir ce processus de dénonciation et par la suite, le processus de guérison. En 2006, une autre étude, celle-ci menée auprès de différents représentants de la communauté, mentionne que la violence qu'est l'inceste : « (...) serait moins présente qu'il y a quelques années, mais elle reste cachée et difficile à évaluer » (Laresco, 2006 : 29). On retient qu'à Kitcisakik les suivis de groupe, plus qu'individuels, sont très appréciés. Lors de la consultation de 2010, plusieurs

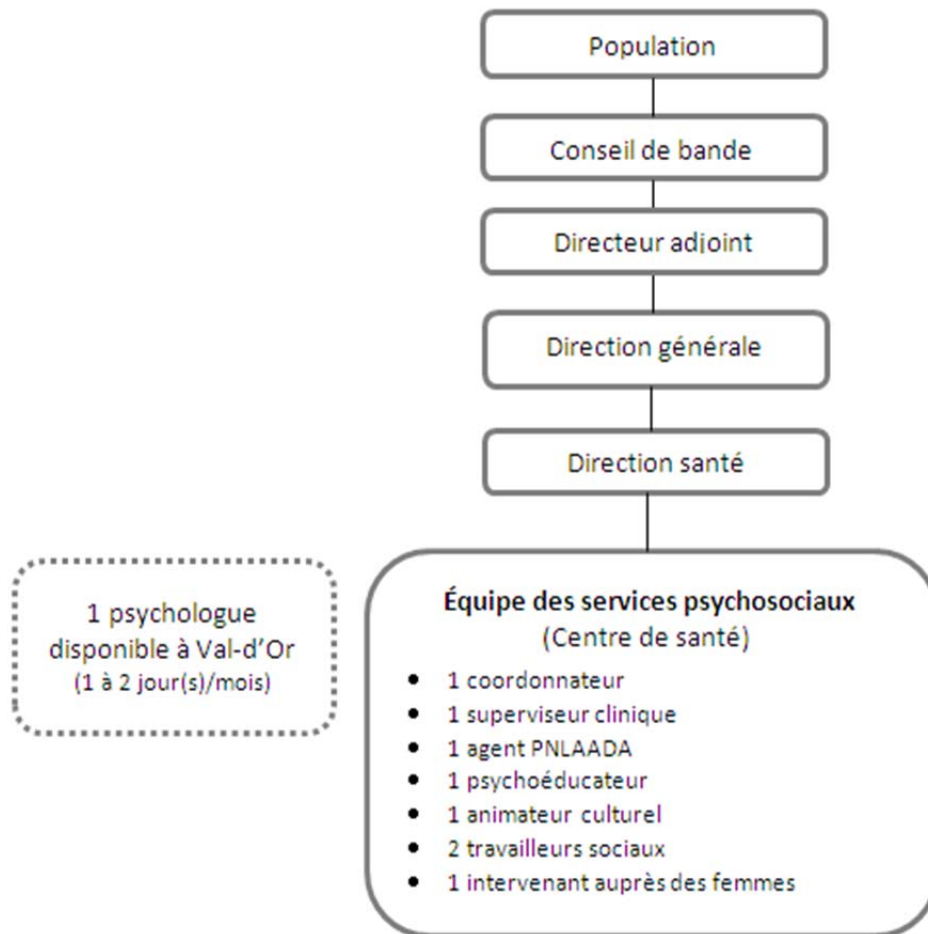


groupes y étaient d'ailleurs formés : groupe de deuil, groupe Fiers d'être parent, groupe d'habiletés parentales, groupe croissance, groupe de soutien aux parents ou encore le groupe parents mobilisateurs.

Organisation des services psychosociaux

L'organigramme suivant montre la structure des services psychosociaux de Kitcisakik (incluant les services Widokodadin¹⁸), tous centralisés au centre de santé et ne formant qu'une seule grande équipe avec les services de santé physique.

Figure 1 : Structure des services psychosociaux de Kitcisakik en 2009-2010¹⁹



La prochaine partie tente d'illustrer, à partir des savoirs accessibles, l'état des lieux pour chacune des stratégies d'action de l'approche de développement des communautés au moment où

¹⁸ Widokodadin est l'appellation algonquienne utilisée localement pour désigner les services à l'enfance et à la famille (entente-cadre SEFPN, AADNC), aussi appelé services de première ligne.

¹⁹ Les changements fréquents au sein de l'équipe du centre de santé doivent être considérés. Cette figure est présentée à titre indicatif.



le projet a démarré. L'objectif est ici de mieux comprendre le contexte social dans lequel le projet pilote s'est implanté.

État de la mobilisation communautaire

Dans le cadre de la collecte d'information du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, la population participante a identifié l'entraide comme étant une des forces de la communauté, même si les informateurs reconnaissent que celle-ci tend à s'étioler. L'entraide communautaire demeure vraisemblablement une force, car à la question : *Vers quelles personnes ou vers quels services allez-vous lorsque vous allez moins bien?*, une majorité de répondants affirment aller vers un autre membre de la communauté en qui ils ont confiance avant d'aller vers les services, ce qui amène à penser qu'il existe dans cette communauté un réseau de voisinage significatif.

Les membres de la communauté se reconnaissent comme étant très accueillants, souriants et ayant un bon sens de l'humour. D'un autre côté, le manque de participation aux activités organisées dans la communauté a été identifié comme une faiblesse. À ce propos, les intervenants de la communauté expliquent que le bénévolat et la persévérance doivent constamment être stimulés dans la communauté. Les intervenants expliquent encore qu'ils ont : « (...) tendance à toujours aller chercher les mêmes personnes, car ce sont habituellement elles qui s'impliquent » (acteur local, 2011).

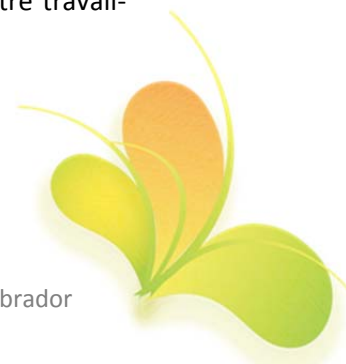
État de la concertation intersectorielle

La formule du lac-à-l'épaule est régulièrement utilisée par les membres du conseil de bande, les directeurs et les intervenants de la communauté afin de réaliser, par exemple, leur planification annuelle des services : ils se retirent dans un lieu à l'extérieur de la communauté, donc loin des activités quotidiennes, pour se retrouver, faire le point et planifier en concertation leur prochaine année de services. Le travail en concertation intersectorielle est privilégié et se vit par le biais du Comité multisectoriel (représentant de tous les secteurs de la communauté et du conseil de bande) ou de la Table enfance-famille (centre de santé, éducation et Centre jeunesse).

Lors de la formation sur l'approche de développement des communautés (janvier 2010) offerte par la CSSSPNQL à l'ensemble des intervenants de la communauté, ces derniers ont déclaré que, de façon générale, ils étaient prêts à collaborer quand :

- Il y a équité, respect, transparence, écoute, reconnaissance et confiance;
- Les forces de chacun sont utilisées et toute l'équipe s'implique;
- Les objectifs sont faciles à comprendre et sont bien expliqués;
- Il y a une structure et un intérêt pour la cause; il y aura un impact et ce sera constructif.

Enfin, selon les intervenants participant à cette formation, les collaborations internes qui demandent une attention particulière sont celles avec le conseil de bande et celles entre travailleurs autochtones et travailleurs allochtones.



État de l'engagement du *leadership* local et politique

Le fait que les dirigeants aient consulté la population dans les années 1990 afin de créer un engagement communautaire²⁰, qu'ils aient procédé à la signature officielle de cet engagement en 1996, qu'ils aient entrepris des activités de révision de l'engagement auprès de la population en 2000 et que l'engagement ait été adopté unanimement par la population en 2005, offre un exemple d'initiative et de *leadership* politique dans cette communauté. L'engagement communautaire vise : l'assurance d'une meilleure qualité de vie à tous les membres de la communauté; à répondre aux besoins des enfants et des adolescents et à soutenir et accompagner les parents dans leurs rôles et responsabilités (site Internet de Kitcisakik, 2013). L'un des défis semble cependant d'être en mesure d'actualiser et de continuer à appliquer cet engagement.

Mentionnons que novembre 2009 a été une période d'élection dans la communauté. Depuis, le conseil de bande est formé majoritairement de femmes. Lors d'une formation offerte par la CSSSPNQL au cours de la phase de planification (janvier 2010), le conseil de bande a exprimé son engagement envers l'approche de développement des communautés. Les dirigeants politiques croient en cette approche et la jugent importante. Toutefois, selon des informateurs locaux, l'application du développement des communautés n'est pas toujours facile. En fait, la participation de certains partenaires locaux demeure un défi.

État de la capacité d'agir

La capacité d'agir individuelle et communautaire est difficile à identifier et peu d'information à ce sujet se retrouve dans le portrait des communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik (2010). Toutefois, sur le plan de la capacité d'agir organisationnelle, les intervenants de la communauté de Kitcisakik remarquent que, mis à part l'assemblée générale annuelle (AGA), il n'y a pas beaucoup d'événements où la population peut rencontrer le conseil de bande. Selon eux, il serait intéressant qu'il y ait des assemblées extraordinaires de l'AGA ou d'autres mécanismes permettant à la population d'être davantage informée.

En conclusion

Kitcisakik est une communauté qui, aux premiers abords (et lorsque l'on se limite à lire la littérature), peut sembler plus démunie que les autres communautés du Québec. Avec des habitations sans commodités modernes, il est vrai, sur le plan matériel, que la communauté est différente des autres. Par contre, on y retrouve un tissu social, une cohésion communautaire et une volonté de prise en charge forts. La communauté démontre de l'ouverture, les allochtones ou « *Tcigoji* » y travaillent depuis longtemps et le travail intersectoriel y est valorisé.

²⁰ Pour plus d'information concernant l'engagement communautaire de Kitcisakik, se référer au site Internet de la communauté.



LAC-SIMON

Lac-Simon est situé environ à 32 km de la ville de Val-d'Or. La communauté possède le statut de réserve depuis 1962. En 35 ans, la population inscrite a plus que triplé (en 1975, elle ne comptait que 454 inscrits)²¹. La documentation montre qu'une croissance rapide de la démographie peut entraîner des enjeux majeurs sur différents plans, tels que la demande de services, l'économie locale, le logement et l'infrastructure, le tissu sociopolitique, etc. Le portrait présenté ici montre, en effet, que cette communauté fait face à plusieurs défis.



Source : Wikipédia

Selon les informations recueillies par l'équipe locale de planification en 2010, la majorité des personnes âgées de 15 ans et plus avait un statut de conjoint de fait. Sur le plan des naissances, la communauté comptait en moyenne 56 naissances annuellement et plusieurs mères étaient âgées de moins de 18 ans.

Tableau 2 : Profil sociodémographique de Lac-Simon en 2009-2010

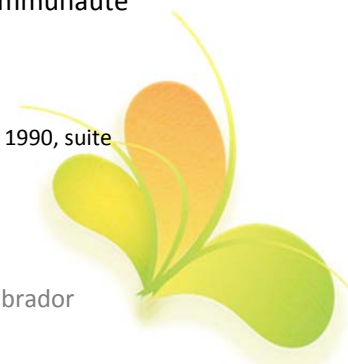
Population totale	Résidents	Non-résidents	% hommes	% femmes	% jeunes (moins de 18 ans)	% adultes (de 18 à 64 ans)	% aînés (de 65 ans et plus)
1 756	1 438	318	51 %	49 %	41 %	54 %	5 %

Source : Portrait des communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik, 2010.

Particularités liées au contexte culturel et social

Ce milieu a connu une crise sociale à l'été 2009, lorsque la communauté a vécu une importante vague de suicides. Au plus fort de la crise, le service de police de la communauté a répertorié six suicides et 83 tentatives. Ces événements ont amené la communauté à se mobiliser et à demander du soutien à différents partenaires : la CSSSPNQL, Santé Canada, Affaires autochtones et développement du Nord Canada (AADNC), MSSS et le Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). Ceux-ci se sont rencontrés à plusieurs reprises avec les représentants de la communauté

²¹ Les réintégrations et nouvelles inscriptions qui ont eu lieu en grande majorité entre les années 1985 et 1990, suite à l'adoption de la nouvelle *Loi sur les Indiens* (loi C-31), doivent ici être prises en compte.



et, à l'automne 2009, à la suite de recommandations, la *Table de crise sociale* a été mise en place. Cette initiative s'est par la suite transformée en projet *Action sociale*.

Les événements de 2009 montrent que plusieurs personnes de cette communauté vivent de la détresse psychologique. La mise en place de la *Table de crise sociale*, devenue par la suite le projet *Action sociale*, jumelée au projet pilote d'équipe en mieux-être mental, est venue mobiliser une diversité d'acteurs qui ne se seraient pas mobilisés autrement. Même si l'implantation simultanée de plusieurs projets a pu engendrer de la confusion au sein de la population et des intervenants, ces différentes actions n'ont pas été superflues : elles ont plutôt permis de renforcer la communauté sur le plan de la coordination et de l'organisation interne des services en situation d'urgence.

En ce qui concerne les activités traditionnelles, beaucoup de savoirs et de pratiques se sont perdus, mais quelques-uns demeurent, comme les ressourcements en forêt, les cérémonies spirituelles ou encore la pratique du jeûne. Les activités traditionnelles n'interpellent pas l'ensemble de la communauté, bien qu'elles aient gagné en popularité ces dernières années. Par exemple, en janvier 2010, toujours dans le contexte de la crise sociale, la communauté a organisé une cérémonie traditionnelle pour guider la population vers la guérison et a invité des « *leaders spirituels* » cris et innus pour l'occasion. L'activité a connu un excellent taux de participation.

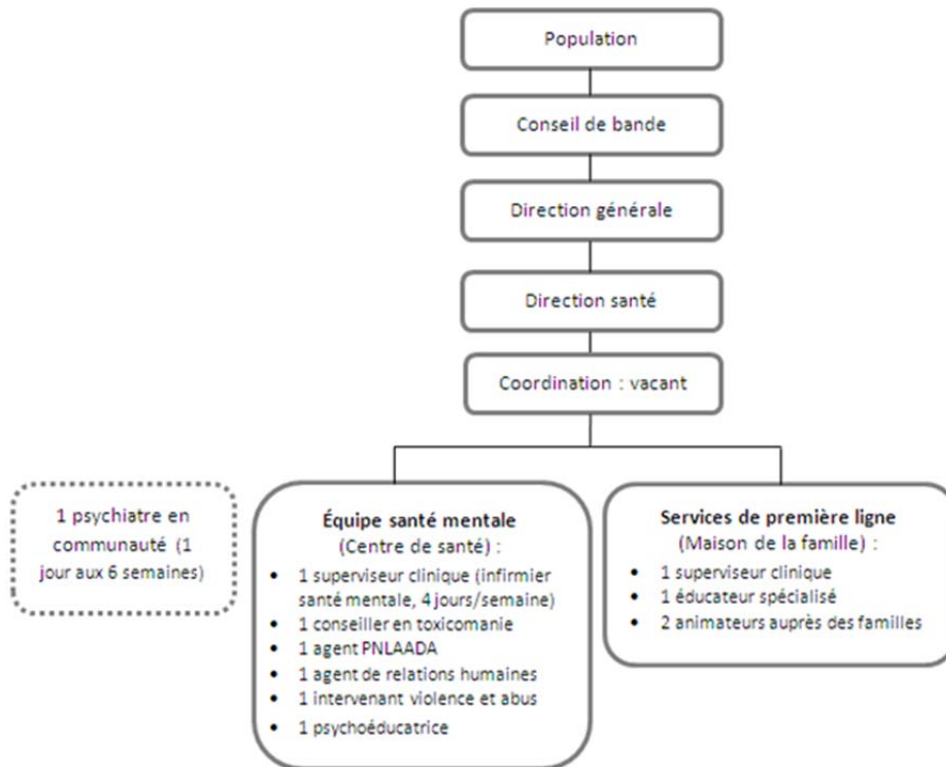
Organisation des services psychosociaux

La communauté de Lac-Simon comptait déjà, depuis plusieurs années, une équipe locale de santé mentale et de toxicomanie offrant des services avec une approche sociosanitaire (clinique traditionnelle de bureau). Une équipe de services de première ligne²² était également présente depuis 2007. Bien que ces deux équipes relèvent du même coordonnateur, elles occupent des lieux physiques différents. La figure suivante présente la structure locale des services psychosociaux au moment de la phase de planification du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, soit en 2010.

²² Ce terme est localement utilisé pour désigner les services à l'enfance et à la famille (entente-cadre SEFPN, AADNC).



Figure 2 : Structure des services psychosociaux de Lac-Simon en 2009-2010²³



État de la mobilisation de la population

Dans la foulée de la crise sociale de 2009, un réseau d'aidants naturels s'est formé dans la communauté. Au moment de la rédaction du portrait des communautés par l'équipe locale de planification, une trentaine de personnes de la communauté de Lac-Simon avaient suivi la formation Sentinelle²⁴ visant à repérer les personnes à risque ou avec des idées suicidaires ainsi qu'à les accompagner vers les ressources appropriées. On parle donc ici d'une mobilisation initiée en situation de crise, ce qui est différent d'une mobilisation amorcée spontanément, par exemple autour d'un projet. Cette mobilisation est toutefois demeurée et plusieurs gardes sociales ont été assurées, surtout durant la période des fêtes de Noël et du Nouvel An, avec la participation importante des aidants naturels ayant été formés avec Sentinelle. De plus, lors de ces périodes et aussi durant l'été, un calendrier d'activités de loisir est établi dans le but de maintenir la population mobilisée et active.

Depuis plus de dix ans, le centre de santé organise des cuisines communautaires et, depuis 2008, la Maison de la famille en offre également pour sa clientèle. Ce type d'activité connaît du succès sur le plan de la participation : « Les gens parlent plus, comme si l'environnement sem-

²³ Les changements fréquents au sein des équipes locales doivent être considérés. Cette figure est présentée à titre indicatif.

²⁴ Formation offerte par le secteur des services sociaux de la CSSSPNQL.



blait plus sécuritaire, il y a moins de jugement et c'est plus paisible » (acteur local, 2010). Il en est de même pour toute activité de type collectif, comme les ateliers de groupe en forêt où il semble que : « les participants parlent plus de leur vécu (...) » (acteur local, 2010).

Toutefois, lorsque la population est conviée à des rencontres visant à présenter des réalisations et à connaître les réactions et commentaires, telles que l'assemblée générale annuelle ou l'évaluation annuelle des services de santé, le taux de participation de la population demeure faible.

État de la concertation intersectorielle

Au moment de la consultation, les différents acteurs du milieu souhaitaient améliorer la concertation intersectorielle. Le principal défi à considérer était d'en assurer la pérennité. Selon les informations recueillies, « l'instabilité au niveau politique dans la communauté est un facteur qui ne favorise pas toujours le maintien et la continuité des démarches et des collaborations » (acteur local, 2010). De plus, le roulement de personnel peut aussi rendre difficile le maintien de la concertation au sein de la communauté et avec les organisations externes.

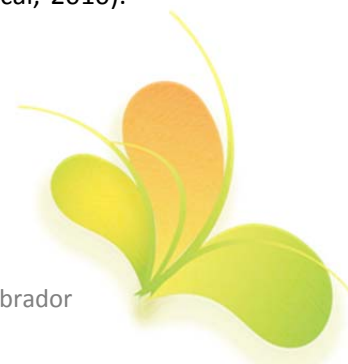
Le manque de concertation favorise le dédoublement de services. Par exemple, en 2010 : « le centre de santé, les services de première ligne et le Centre jeunesse [offraient] tous les trois des services LSSSS [liés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux] » (acteur externe, 2010). Enfin, un des moyens identifiés afin de favoriser la concertation intersectorielle est que celle-ci « soit soutenue à la fois par le politique, le communautaire et les secteurs » (acteur local, 2010).

État de l'engagement du *leadership* politique et local

En 2009-2010, le conseil de bande de Lac-Simon a connu des changements, mais malgré tout, les projets de développement visant le mieux-être de la communauté ont trouvé appui auprès du conseil de bande. Sur le plan du *leadership* local, Lac-Simon compte quelques aînés qui pratiquent et valorisent la culture anishnabe (algonquine). Ceux-ci sont respectés par la population et exercent un certain *leadership* local. Selon les informateurs locaux rencontrés : « il y a des leaders et des poteaux, mais pas en assez grand nombre. Il manque de relève et de *leadership* chez les jeunes. Les poteaux sont épuisés, ce sont toujours les mêmes qui sont impliqués et sollicités » (acteur local, 2010).

État de la capacité d'agir individuelle, communautaire et organisationnelle

En ce qui a trait à la capacité d'agir individuelle, les informations recueillies montrent qu'une partie de la population de la communauté présente des signes de dépendance et de déresponsabilisation. Selon un informateur local, « l'histoire a amené la communauté à se déresponsabiliser et plusieurs membres sont restés dans une culture de victimisation » (acteur local, 2010).



Pour les services à la population, un des objectifs est d'assurer le développement de l'autonomie et de la responsabilisation des usagers. Les intervenants disent travailler de plus en plus en ce sens, de même que le conseil de bande.

Lors de la consultation auprès de la population, effectuée par l'équipe locale de planification, les jeunes de Lac-Simon n'avaient pas vraiment eu d'idées sur ce qu'ils pourraient faire pour améliorer le mieux-être de leur communauté. Certains ont identifié « être *clean* » (sobriété), respecter l'école et faire le ménage de la communauté. Pour les femmes, le moyen d'aider la communauté à aller vers un mieux-être est de faire du bénévolat et de s'impliquer, particulièrement auprès des jeunes et des aînés. Elles ont aussi nommé : s'entraider, participer, s'impliquer en assistant aux réunions, aux activités et aux rencontres. Il en va de même pour les hommes, ils estiment que s'impliquer et participer aux rencontres et activités organisées serait un bon moyen d'améliorer le mieux-être de leur communauté. Ils proposent aussi de transmettre leurs connaissances traditionnelles, de passer du temps avec les jeunes et de partager leur vécu. Enfin, pour les aînés, les jeunes sont l'avenir de la communauté et le meilleur moyen d'aider à améliorer le mieux-être est de les encourager à se prendre en main, à retourner aux études et à atteindre leurs buts.

En conclusion

Lac-Simon compte beaucoup de services et on y retrouve un nombre important d'intervenants en réponse à un taux élevé de criminalité et de détresse psychologique (Laresco, 2006). À cet égard, le processus de compensations monétaires issu de l'Accord de règlement relatif aux pensionnats indiens, amorcé en 2007, a contribué à la fragilisation des personnes vulnérables. Dans certains cas : « une réaction émotionnelle négative causée par des souvenirs douloureux (...) [qui ont] refait surface, alors que les survivants [étaient] en train de passer à travers les processus du PEC [processus d'évaluation d'expérience commune] ou du PEI [processus d'évaluation indépendant]. Ces réactions vont du sentiment de malaise, de solitude, de colère, de panique, de peur à la dépression » (FADG, 2010 : xii).

Au moment de la consultation, les intervenants de la communauté s'entendaient pour dire qu'ils avaient observé une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues dans la communauté depuis le déploiement de ce processus :

« (...) au niveau du pensionnat, je pense que ça se termine, le financement (...). [Mais] les violences (...) se poursuivent dans les familles des ex-pensionnaires (...). Après ça, ils nous laissent comme ça. Ils laissent beaucoup d'argent. Nous autres, on a des périodes critiques de violence, de consommation abusive à cause de cet argent-là » (acteur local, 2011).

Le constat voulant que certaines communautés aient traversé une période de crise à la suite de la réception des paiements causant une aggravation de la consommation abusive d'alcool et de drogues et des comportements violents est bien documenté. La Fondation autochtone de guérison a, entre autres, traité du sujet dans son rapport intitulé *Projet de recherche sur le paiement forfaitaire compensatoire : le cercle se referme*, 2007 ou dans *Paiement d'expérience commune*



composante de l'Accord de règlement relatif aux pensionnats indiens, et guérison : une étude qualitative exploratoire des incidences sur les bénéficiaires, 2010.

Pour terminer, soulignons que l'on retrouve aussi au sein de la population de Lac-Simon une motivation à se prendre en main et à adopter un mode de vie sain. Certaines personnes montrent un profond engagement envers leur communauté. Beaucoup de choses reposent d'ailleurs sur celles-ci (par exemple : famille d'accueil pour les jeunes, accueil de personnes en post-thérapie ou ayant eu leur congé de l'urgence et qui n'ont plus d'endroit où habiter), reconnues comme étant les « piliers » de la communauté. Sur le plan organisationnel, beaucoup d'efforts sont déployés ces dernières années pour valoriser le travail intersectoriel dans une visée globale d'amélioration du mieux-être de la communauté.

1.5 ÉTAT DES COLLABORATIONS ENTRE LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET LE RQSSS

La consultation menée en 2010 auprès des partenaires externes a montré que la collaboration entre le RQSSS et les communautés des Premières Nations pouvait s'améliorer. Les partenaires externes montraient beaucoup d'ouverture envers le projet pilote d'équipe en mieux-être mental et souhaitaient se réunir avec les acteurs clés des communautés dans le cadre d'une table ou d'un comité afin d'améliorer leur collaboration en matière de santé mentale et de dépendances. De plus, ils étaient très sensibles à la situation vécue à ce moment-là à Lac-Simon et ont manifesté leur volonté d'améliorer leurs approches afin que celles-ci soient plus adaptées à la réalité et aux besoins de la population des Premières Nations.

L'ouverture exprimée par les partenaires de cette région administrative s'est avérée être un atout pour la suite. Selon l'approche de développement des communautés et conformément aux mandats qui lui étaient dévolus, l'EMEM devait travailler en réseau et en liaison, entre autres, avec ces partenaires. Leur réceptivité annonçait un contexte favorable pour l'EMEM dans la création de liens avec ces partenaires.



2 MÉTHODOLOGIE

La recherche-évaluation avait pour objectif de :

- Documenter les processus ayant mené à l'élaboration du portrait des communautés et du plan d'action;
- Documenter les processus d'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental et ceux de la mise en œuvre des services;
- Dégager des constats et émettre des recommandations.

Elle tentait de répondre aux questions suivantes :

- Comment le projet, développé à partir des besoins et des forces du milieu, selon l'approche de développement des communautés, a-t-il permis de mettre sur pied des services et activités de mieux-être mental qui correspondent aux besoins des communautés participantes?
- Comment le modèle de l'EMEM a-t-il permis de mettre en place une organisation de services en santé mentale adaptée aux communautés participantes et arrimée au réseau provincial?
- Comment le projet pilote d'équipe en mieux-être mental a-t-il permis aux communautés participantes d'augmenter leur autonomie et leur responsabilité en ce qui a trait au mieux-être en santé mentale?

Plusieurs entrevues semi-dirigées ont été réalisées tout au long du projet avec des acteurs de chacune des communautés, incluant l'EMEM, des acteurs externes aux communautés, dont les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, et des acteurs régionaux dont la DGSPNI-Région Québec, le MSSS et la CSSSPNQL. La diversité des acteurs a permis de recueillir différents points de vue sur le projet pilote et sur les activités de l'EMEM elle-même.

Les résultats de cette évaluation de processus sont essentiellement issus de données qualitatives. Une technique d'analyse reconnue (modèle itératif) avec le logiciel d'analyse N'Vivo a été utilisée. Pour assurer la fiabilité de l'interprétation des données, des séances de validation ont été menées auprès des acteurs consultés à chacune des phases du projet.

Dans le cadre de cette recherche-évaluation, chacune des communautés est considérée comme un cas particulier puisque certaines variables locales peuvent influencer le degré d'implantation du projet et de l'approche de développement des communautés. Les communautés ne sont donc pas comparées entre elles. L'évaluation d'implantation du projet a plutôt été analysée en tenant compte du contexte local propre à chacune des communautés.

Afin de soutenir l'agente de recherche de la CSSSPNQL dans la rencontre des objectifs de la recherche-évaluation de ce projet, un groupe de travail mobilisant des experts concernés par le sujet a été mis sur pied et a participé étroitement à l'élaboration de chacune des étapes du processus d'évaluation. Les membres composant ce groupe représentent les champs d'expertise suivants : approche de développement des communautés, évaluation de projet, santé mentale chez les Premières Nations.



Enfin, à l'instar des autres évaluations ou recherches produites par la CSSSPNQL, cette évaluation a utilisé une approche de type participatif et a offert du soutien à la conseillère clinique de la CSSSPNQL ainsi qu'aux acteurs en communauté pour la planification et pour l'implantation du projet. L'ensemble de la démarche respecte le Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL, 2005) et les principes des Premières Nations de PCAP^{MC25}.

Certaines limites méthodologiques sont apparues en cours de route, particulièrement durant la collecte de données réalisée ponctuellement dans les communautés. Il aurait été souhaitable de rencontrer régulièrement les mêmes acteurs afin d'être en mesure d'apprécier les variations de leur point de vue, réflexion ou perception, ce qui n'a malheureusement pas été possible avec tous les acteurs. De plus, pour différentes raisons, dont le manque de disponibilités, certains acteurs jugés importants n'ont pas été rencontrés. Une autre limite importante à considérer résulte du fait que les résultats obtenus sont liés au contexte particulier dans lequel l'implantation a eu lieu et ne peuvent se transposer tels quels dans un autre contexte : le concept de généralisation ne peut s'appliquer.

Malgré ces limites, les résultats obtenus permettent de comprendre comment le projet pilote d'équipe en mieux-être mental s'est implanté selon l'approche de développement des communautés dans les communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik, et comment il s'est arrimé au RQSSS. De plus, les recommandations issues de cette recherche-évaluation dépassent le contexte local et renvoient à des enjeux globaux pouvant s'appliquer à l'ensemble des communautés des Premières Nations qui souhaiteraient développer une équipe en mieux-être mental selon cette approche²⁶.

²⁵ Propriété, contrôle, accès et possession. Pour plus d'information, se référer au site Internet du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.

²⁶ Pour plus d'information à l'égard de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche-évaluation, contacter le secteur de la recherche de la CSSSPNQL.



3 RÉSULTATS

Les résultats couvrent la période d'octobre 2009 à juin 2012, soit la phase de planification (d'octobre 2009 à octobre 2010) et la phase d'implantation (de novembre 2010 à juin 2012)²⁷. Ils sont présentés tout en faisant des liens avec les quatre stratégies d'action de l'approche de développement des communautés utilisées dans ce projet ainsi qu'avec le contexte local de chacune des communautés.

Avant d'aborder la phase de planification, il faut préciser que la mise en place du projet pilote d'équipe en mieux-être mental s'est faite à travers les embauches successives de deux équipes différentes (communes aux deux communautés) : celle de l'équipe locale de planification, puis celle de l'équipe en mieux-être mental (EMEM). Comme présenté plus loin, le processus de consultation de la première phase a incité la mobilisation de la population et des partenaires locaux et externes autour du projet. Le fait qu'aucun des membres de l'EMEM n'ait participé à la consultation s'est révélé un facteur contraignant parce que, lors de sa mise en place, plusieurs mois ont été nécessaires à l'EMEM pour s'intégrer au milieu, clarifier son mandat et reprendre la mobilisation.

3.1 PHASE DE PLANIFICATION

L'équipe locale de planification a été embauchée afin de réaliser les mandats liés à la première phase : la consultation, le portrait de chacune des communautés et le plan d'action conjoint. Un Comité local de suivi a été formé pour soutenir et valider localement l'action (par exemple, le processus d'embauche et le plan d'action). Celui-ci était formé d'un représentant du conseil de bande et du directeur santé de chacune des communautés, ainsi que de la conseillère clinique de la CSSSPNQL.

Le Comité local de suivi a jugé important que la personne responsable²⁸ de faire la consultation auprès de la population des deux communautés soit issue du milieu et des Premières Nations. Effectivement, ce choix stratégique a favorisé la participation de la population à la consultation (Lac-Simon N=119 et Kitcisakik N=30) et a permis d'obtenir une richesse intéressante dans les résultats obtenus. Considérant que le lien de confiance est important en milieu des Premières Nations et que le sujet de la santé mentale était abordé à travers une consultation publique pour la première fois, les partenaires locaux étaient tous d'avis qu'une personne inconnue du milieu aurait mis beaucoup plus de temps à rejoindre autant de personnes.

²⁷ Pour de l'information à l'égard de l'avancement du projet au cours de la troisième phase (de juillet 2012 à mars 2013), se référer à la section *Situation de l'EMEM en mars 2013* de ce rapport.

²⁸ Initialement, un secrétaire et deux chargés de projet ont été embauchés pour former l'équipe locale de planification. Un homme et une femme avaient été embauchés comme chargés de projet. Les responsables locaux à l'embauche estimaient qu'il serait intéressant que la consultation auprès des hommes soit effectuée par un homme et que celle auprès des femmes soit réalisée par une femme. Après quelques semaines, l'homme a quitté le projet et la chargée de projet femme a réalisé l'ensemble des consultations. Il s'est avéré en fin de compte que, même s'ils avaient affaire à une femme, les hommes ont très bien participé à la consultation.



3.1.1 CONSULTATION AUPRÈS DE LA POPULATION ET DES PARTENAIRES LOCAUX

Le principal objectif poursuivi par cette consultation était de recueillir le point de vue du plus grand nombre de personnes possible, tant de la population que parmi les intervenants. Les thèmes abordés et les questions ont été développés par l'équipe locale de planification, avec le soutien de la conseillère clinique et de l'agente de recherche de la CSSSPNQL et validés par le Comité local de suivi. Ceux-ci ont été choisis en fonction de leur visée finale, soit l'élaboration d'un plan d'action concerté réalisé à partir des forces et des besoins du milieu.

Les questions adressées à la population étaient, par exemple, « Qu'est une bonne santé mentale pour vous? », ou encore, « Que pourriez-vous faire pour améliorer le mieux-être de votre communauté? » Des dépliants présentant les résultats de la consultation à la population pour chacune des communautés ont été réalisés et distribués à l'ensemble des résidences et rendus accessibles dans des présentoirs publics²⁹.

La consultation auprès des intervenants portait sur les questions suivantes :

1. Dites-nous dans vos mots ce qu'est une bonne santé mentale
2. Quelles sont les problématiques de santé mentale vécues par votre communauté et quelles sont celles qui vous préoccupent le plus?
3. Quels sont les services en santé mentale et en dépendances offerts à la population de votre communauté?
4. Quelles sont les activités de promotion et de prévention offertes à la population de votre communauté pour réduire les problèmes de santé mentale et de dépendances?
5. Quelles sont les collaborations qui existent déjà entre vos équipes et les partenaires externes (CSSS, Centre Jeunesse, Centre d'amitié autochtone, etc.)?
6. Quelles sont les difficultés que vous vivez dans vos collaborations avec les partenaires externes? Vos pistes de solutions?
7. Comment voyez-vous la collaboration entre l'EMEM et vos équipes d'intervenants (soutien clinique, formation, partage de dossiers (*caseload*), etc.)

On remarque que la dernière question ouvre la possibilité à l'EMEM de prendre en charge des suivis d'usagers (*caseload*). Ces suggestions étaient citées à titre d'exemple afin d'inspirer les répondants pour qui il pouvait être difficile de s'imaginer comment l'EMEM allait concrètement collaborer avec eux. La présentation des réalisations de l'EMEM plus loin dans ce rapport montre que les exemples offerts à cette occasion ont été compris davantage comme des propositions que comme des suggestions. Cette confusion a engendré des attentes chez certains intervenants locaux qui avaient des besoins importants en matière de partage de suivi. La leçon apprise est que dans ce genre de consultation, il est important que l'interviewer explique clairement aux répondants que tous les besoins identifiés ne seront peut-être pas comblés : il s'agit plutôt de prioriser les besoins exprimés dans le cadre de la consultation, selon le mandat et la capacité de l'EMEM d'y répondre.

²⁹ Se référer à l'annexe 2 pour consulter les dépliants.



Au cours de cette phase, différentes méthodes ont été utilisées par l'équipe locale de planification pour rejoindre les participants et pour collecter l'information. Le tableau suivant offre des exemples de méthodes utilisées dans chacune des communautés.

Tableau 3 : Exemples de méthodes de consultation utilisées auprès de la population

Lac-Simon	Kitcisakik
Consultation des élèves à l'école secondaire (style groupe de discussion dans chacune des classes)	Passation d'un questionnaire écrit
Rencontre individuelle à la résidence des participants	Rencontre individuelle
Rencontre en petit groupe (ex. : femmes)	Utilisation d'un groupe existant (ex. : cuisine communautaire)

Précisons qu'à Lac-Simon, le projet Action sociale (issu de la Table de crise sociale de 2009) s'est implanté en même temps que le projet pilote d'équipe en mieux-être mental et avec la même approche. Les deux projets se sont donc jumelés pour certaines activités de consultation auprès de la population afin d'éviter le dédoublement. Les questions visées par la consultation étaient, en effet, de même nature. L'implantation simultanée de deux projets avec des objectifs semblables et une approche commune a toutefois engendré de la confusion au sein de la population ainsi que chez les intervenants. Un certain temps a été nécessaire avant que les gens distinguent ces deux projets ainsi que leurs intervenants respectifs.

Autant à Lac-Simon qu'à Kitcisakik, la population était consultée à propos du mieux-être mental pour la première fois. Les gens se sont dits satisfaits d'avoir eu l'occasion d'exprimer leur point de vue sur le sujet. Toutefois, par la suite, certains ont dit qu'ils auraient aimé avoir plus de temps pour se préparer et réfléchir aux questions. Dans un tel processus, la consultation aurait pu être répétée chaque année au cours du projet, ce qui aurait permis aux participants d'approfondir leur réflexion en matière de mieux-être mental et de maintenir leur implication dans le projet. Dans le cas du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, les nombreuses contraintes avec lesquelles l'EMEM a dû composer (décrites plus loin dans le rapport) n'ont pas rendu cela possible.



3.1.2 CONSULTATION AUPRÈS DES PARTENAIRES EXTERNES

En octobre 2009, avant même la formation de l'équipe locale de planification, la conseillère clinique et l'agente de recherche de la CSSSPNQL ont rencontré une première fois les partenaires externes. Les objectifs de cette rencontre étaient : 1 – de présenter les grandes lignes du projet ainsi que celles du volet évaluation, 2 – de répondre aux questions des partenaires externes à cet égard et, enfin, 3 – de vérifier leur intérêt pour cette démarche qui se voulait collaborative. Il s'agit donc d'une première entreprise de mobilisation visant un éventuel travail de concertation. Les partenaires rencontrés à ce moment étaient des représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, du Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO) et du Centre jeunesse (CJ) de l'Abitibi-Témiscamingue, point de service de Lac-Simon.

Par la suite, soit entre février et avril 2010, l'équipe locale de planification accompagnée de la conseillère clinique de la CSSSPNQL a procédé à la consultation auprès des partenaires externes. En plus de ceux mentionnés ci-haut, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVO), le Centre Normand³⁰ ainsi que le Centre jeunesse (CJ) de l'Abitibi-Témiscamingue point de service de Kitcisakik ont aussi été rencontrés. Voici les questions qui ont été soumises aux participants :

1. Quelles sont les collaborations formelles et informelles qui existent déjà entre vos établissements et les communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik?
2. Quelles sont les difficultés que vous vivez dans vos collaborations avec ces communautés? Quelles sont vos pistes de solutions?
3. Comment assurer des services continus entre vos établissements et ces communautés?
4. Comment arrimer la collaboration entre l'EMEM et vos établissements?
5. Quelles sont vos observations, impressions cliniques et pistes d'intervention concernant la double problématique de santé mentale et de dépendances?

Les résultats ont révélé que les partenaires externes souhaitaient une meilleure circulation de l'information et un suivi plus régulier avec les communautés, le renforcement de la liaison représentant, à cet égard, l'enjeu central. Les partenaires externes ont également exprimé leur intérêt à mieux adapter leurs interventions aux besoins particuliers de la clientèle des Premières Nations. Le tableau suivant résume les pistes de solutions qui ont été partagées.

³⁰ Centre public de réadaptation en dépendances de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Il compte six points de services, dont un situé à Val-d'Or (site Internet du Centre Normand, consulté en mars 2013).



Tableau 4 : Défis et pistes de solution identifiés par les partenaires externes

DÉFIS (pour le RQSSS)	PISTES DE SOLUTION (proposées par le RQSSS)
• La communication irrégulière; • Le peu de diffusion de l'information; • La langue.	• Des membres de l'EMEM devraient siéger aux tables et comités régionaux; • Le réseau souhaite demeurer en communication avec les communautés, même lorsque les situations d'urgence sont résorbées; • L'information partagée, par exemple lors d'une rencontre avec des partenaires des communautés, devrait être diffusée par la suite aux autres équipes locales ainsi qu'à la population; • Utiliser davantage d'interprètes pour l'offre des services.
• Le manque de post suivi; • Le manque de post-consultation (liaison).	• Une ou deux personnes en communauté pourraient être désignées afin d'assurer la liaison avec le réseau et un meilleur suivi (parler toujours avec même personne).
• Le peu d'intervenants outillés et cliniquement expérimentés en communauté.	• Un membre de l'EMEM pourra se joindre au comité clinique régional; • Créer un comité clinique – le réseau propose d'appuyer l'EMEM en lui offrant du soutien clinique; • Le réseau offre de partager son expertise, faire du coaching, de la supervision et donner de la formation.
• La capacité pour les partenaires externes de dépasser les préjugés envers les Premières Nations; • Le peu de sensibilité culturelle.	• Le réseau devra démontrer sa capacité à travailler différemment; • L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue travaille avec le CSSSVO, le CJ et le CAAVD pour développer un guide de collaboration (comment intervenir, qui contacter, etc.); • Le réseau aimerait mieux comprendre la structure organisationnelle et politique des communautés – avoir accès à l'organigramme, connaître les élus, mieux connaître les programmes du fédéral offerts en communauté, etc.; • Les intervenants du réseau suivent déjà des formations portant sur l'adaptation des services à la culture des Premières Nations.
• Aucun protocole établi ou entente de services claire.	• Clarifier les rôles et mandats (offre de services) des secteurs internes avant d'élaborer des protocoles ou des ententes de services; • Le travail de partenariat doit reposer sur un engagement réel et se baser sur la confiance; • Clarifier les attentes et besoins des communautés envers le réseau; • Informatiser la tenue des dossiers.

La phase de planification s'est déroulée pendant une année (à partir de l'embauche de l'équipe locale de planification jusqu'à l'arrivée de l'EMEM), à l'intérieur de laquelle six mois ont été consacrés à la consultation, à l'analyse des informations recueillies, à la rédaction du portrait de chacune des communautés, puis du plan d'action. Ces activités se sont révélées parfois très exigeantes pour l'équipe locale de planification qui n'avait pas d'expérience préalable. Le soutien de la CSSSPNQL a été particulièrement important au cours de cette période : pour offrir une formation de base sur la tenue d'entrevue individuelle et de groupe, pour assister l'équipe locale de planification lors de premières entrevues de collecte de données (particulièrement auprès des partenaires du RQSSS), pour garder motivés les membres de l'équipe locale de planifi-



cation, analyser avec eux les données récoltées durant la consultation et collaborer à la rédaction du portrait des communautés et du plan d'action commun³¹.

Après le dépôt du plan d'action au Comité de suivi et d'orientation (CSSSPNQL, DGSPNI-Région Québec, et MSSS) en juin 2010, l'équipe locale de planification s'est dissoute. Les quatre mois suivants ont servi à l'affichage des postes visant à former l'équipe en mieux-être mental (EMEM). Encore une fois, le début de la seconde phase a été une période où le soutien de la CSSSPNQL s'est révélé particulièrement important. Par exemple, la CSSSPNQL ainsi que les partenaires du MSSS ont partagé des modèles d'outils pour le processus de recrutement et, avec son expertise clinique en santé mentale, la conseillère clinique de la CSSSPNQL a accompagné les partenaires en communauté pour développer les grilles de sélection et passer les entrevues.

La souplesse des partenaires de la DGSPNI-Région Québec, a été facilitante au cours de la phase de planification (délai accordé).

Plusieurs affichages ont été nécessaires avant d'obtenir des candidatures intéressantes et pouvoir procéder aux entrevues de sélection. Contre toute attente, le poste ayant demandé le plus grand nombre d'affichages (N=3) a été le poste d'intervenant culturel et communautaire. Selon le Comité local de suivi, les raisons qui peuvent expliquer la difficulté de recruter une personne locale pour assurer un tel poste, dans une équipe en mieux-être mental, relèvent de la disponibilité (les personnes possédant les compétences requises occupaient déjà toutes un emploi), ou du fait de ne pas se sentir approprié pour occuper ce poste. Localement, les ressources culturelles et traditionnelles sont perçues comme des personnes ayant cheminé³², étant sérieuses dans leur démarche et ayant de la crédibilité aux yeux de leurs pairs :

« (...) quand tu pratiques ça, ce qu'on nous a appris, nous, c'est : pas d'alcool, pas de drogues, pas de jeu. Il faut que tu sois bien avec toi-même. Il faut que tu aies un gros cheminement de fait pour prôner ça, la culture. Parce que, pour nous, la culture (...) c'est sérieux cette démarche-là. Si tu veux embarquer là-dedans, il faut que tu aies le respect » (acteur local, 2012).

Mentionnons enfin que les ressources culturelles et traditionnelles les plus actives et reconnues du milieu à ce moment-là n'ont pas manifesté d'intérêt pour le poste. Selon certains informateurs, « [on] ne s'imagine pas de voir une personne payée pour faire un volet culturel. C'est pas dans leur culture de dire : *OK, moi je t'apprends à faire ça, je suis payé(e) pour ça, je m'en vais faire le sweat lodge, puis je suis payé(e) pour ça, viens donc*. C'est pas (...) dans leur mentalité » (acteur local, 2012).

³¹ Se référer à l'annexe 3 pour consulter le plan d'action issu de la consultation.

³² La métaphore du chemin ou du cheminement est couramment utilisée par les Premières Nations pour illustrer les différentes étapes à traverser entre le point A (traumatismes; blessures; dépendance) vers le point B (guérison; mieux-être; autonomie), et met l'accent sur le fait qu'il s'agit d'un processus à long terme (se référer à FADG, 2006).



En résumé

Bien que les services de première ligne (services à l'enfance et à la famille) aient été implantés entre 2006 et 2009 dans ces deux communautés en partenariat avec la CSSSPNQL et selon l'approche de développement des communautés, les acteurs clés du milieu se sont tout de même dits surpris d'avoir à s'impliquer autant dans la planification du projet. Il semble que plus d'un projet implanté selon une logique ascendante soit nécessaire avant que les acteurs saisissent les enjeux d'une telle démarche, c'est-à-dire d'avoir la capacité de déterminer localement les problématiques et les stratégies d'action prioritaires.

Du côté de l'équipe locale de planification, le cadre flexible dans lequel elle pouvait accomplir ses tâches a été déstabilisant et elle a exprimé le besoin d'avoir un cadre mieux défini. Il s'est avéré que les connaissances à l'égard du processus de consultation et de la rédaction d'un plan d'action concerté n'étaient pas aussi intégrées que ce qui avait été espéré lorsque ces communautés ont été choisies dans le cadre du processus de sélection. Un soutien accru de la part de la CSSSPNQL a été nécessaire à chacune des étapes de la planification. On retient comme leçon apprise que le développement des communautés est une démarche continue et que, dans un contexte comme celui-ci où il y a un nombre relativement élevé de changements (par exemple au sein du conseil de bande et des équipes locales), le transfert de connaissances ne se fait pas automatiquement.

La phase de planification est des plus importantes dans le processus global d'implantation d'un projet selon l'approche de développement des communautés et le temps nécessaire pour la réaliser, en incluant les besoins en développement des capacités locales, ne devrait pas être sous-estimé.



Tableau 5 : Leçons apprises à l'égard de la phase de planification

1. Il est essentiel de prévoir suffisamment de temps pour accomplir cette importante phase. La mobilisation permettant de réaliser les consultations, de faire un portrait de la situation et de développer un plan d'action concerté prend du temps.
2. Le non-maintien des ressources humaines (entre la première et la deuxième phase) a été un facteur contraignant. En demeurant dans l'EMEM en deuxième phase, ceux-ci auraient pu opérer un transfert de connaissances et favoriser l'intégration des autres membres de l'EMEM à leur arrivée dans le milieu.
3. L'encadrement par un coordonnateur local (gestion, <i>leadership</i>) des ressources humaines embauchées dans le cadre d'un tel projet est un facteur facilitant.
4. Si les ressources locales le permettent, il serait stratégique de jumeler au besoin la personne responsable de la planification (chargé de projet ou coordonnateur) avec un mentor local, c'est-à-dire une personne ayant déjà développé un plan d'action à partir d'une consultation selon l'approche de développement des communautés. Sinon, faire un plan de formation et réserver du temps au cours des premiers mois (+/- 6 premiers mois) pour de la formation adaptée aux besoins de la personne retenue (par exemple : comment mobiliser la communauté autour d'un projet, comment travailler en <i>empowerment</i> (capacité d'agir), comment faire une consultation selon l'approche de développement des communautés, comment faire un plan d'action issu d'une consultation).
5. Il est important de clarifier auprès des partenaires rencontrés dans le cadre de la consultation que leurs demandes seront peut-être répondues qu'en partie seulement. Les partenaires devraient régulièrement être consultés en cours de projet (pas seulement au début, mais en continu) pour discuter et préciser ce qu'il est possible ou non pour l'EMEM de réaliser et pourquoi.
6. Il aurait été facilitant, dans le cadre de ce projet, de mettre en place un système de communication efficace permettant d'informer les partenaires et la population des démarches entreprises dans le cadre du projet et de répondre aux questionnements, au besoin. Ce mécanisme permettrait également de maintenir la mobilisation autour du projet.
7. Pour l'affichage des postes visant à former l'EMEM : rechercher des personnes vivant dans la région immédiate (pas de dépaysement) et utiliser des titres génériques pour favoriser un plus grand nombre de candidatures et pouvoir repérer des intervenants détenant les aptitudes de savoir-être recherchées (mobilisation, réseautage, développement de la concertation, adaptation culturelle, résolution de problèmes en collégialité, etc.).



3.2 PHASE D'IMPLANTATION

La phase d'implantation se décline en deux étapes majeures, soit l'implantation de l'EMEM dans le milieu et la mise en œuvre des services. Cette partie présente les résultats pour chacune de ces étapes.

Mentionnons d'emblée que le Comité local de suivi formé d'acteurs clés de chacune des communautés pour encadrer localement la phase de planification ne s'est pas maintenu au cours de la phase d'implantation. La dissolution de ce comité a été un facteur contraignant pour le maintien de la mobilisation des communautés ainsi que pour la mise en commun (réunion à la même table) des acteurs clés de chacune des communautés.

3.2.1 IMPLANTATION DE L'EMEM

La période d'implantation de l'EMEM s'est échelonnée sur environ cinq mois, de décembre 2010 à avril 2011. Avant d'être en mesure d'offrir des services, l'EMEM a dû passer à travers différentes étapes. Il a d'abord fallu que les membres de l'EMEM se familiarisent avec les objectifs du projet ainsi qu'avec l'approche de développement des communautés. Le temps accordé à cette première étape est essentiel. Il est en effet important de prendre le temps de bien intégrer la vision du projet et ce que l'utilisation de l'approche de développement des communautés implique pour l'équipe. Évidemment, chaque fois qu'un nouveau membre intègre l'équipe, celui-ci doit à son tour passer par ce même processus.

Embauche de l'EMEM

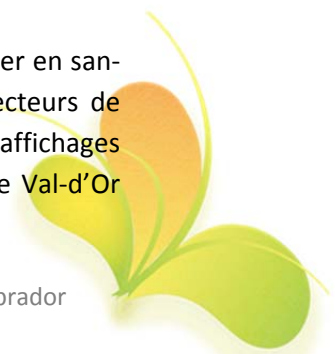
Après plusieurs semaines d'affichage (d'août à octobre 2010), les communautés ont embauché un conseiller clinique (psychologue), un infirmier en santé mentale, un intervenant social et un intervenant culturel et communautaire, comme prévu initialement. Ainsi, l'EMEM a été formée de quatre nouveaux membres, provenant d'horizons différents et travaillant ensemble pour la première fois. En l'absence d'un coordonnateur d'équipe (qui aurait été présent depuis la première phase), les personnes qui ont joué un rôle « phare » en portant la vision du projet à ce moment-là étaient

principalement la conseillère clinique de la CSSSPNQL et les directeurs de santé de chacune des communautés. À leur embauche, deux semaines d'intégration et de formations ont été offertes aux membres de l'EMEM par la conseillère clinique de la CSSSPNQL étant donné qu'aucun processus formel d'accueil et d'intégration n'est présent au sein des deux communautés participantes.

L'embauche de personnes connues du milieu est facilitante, parce qu'elles sont familières avec le fonctionnement local : leur adaptation est plus aisée et leur intégration plus rapide

Un communiqué à la population visant à les informer de l'arrivée de l'EMEM a été distribué dans chacune des communautés.

À la suite du départ du conseiller clinique et de l'infirmier en santé mentale au cours des deux premiers mois, les directeurs de santé des communautés ont décidé pour les prochains affichages de rechercher des candidats provenant de la région de Val-d'Or



uniquement et connus du milieu.

Par la suite, l'EMEM a principalement été constituée comme suit :

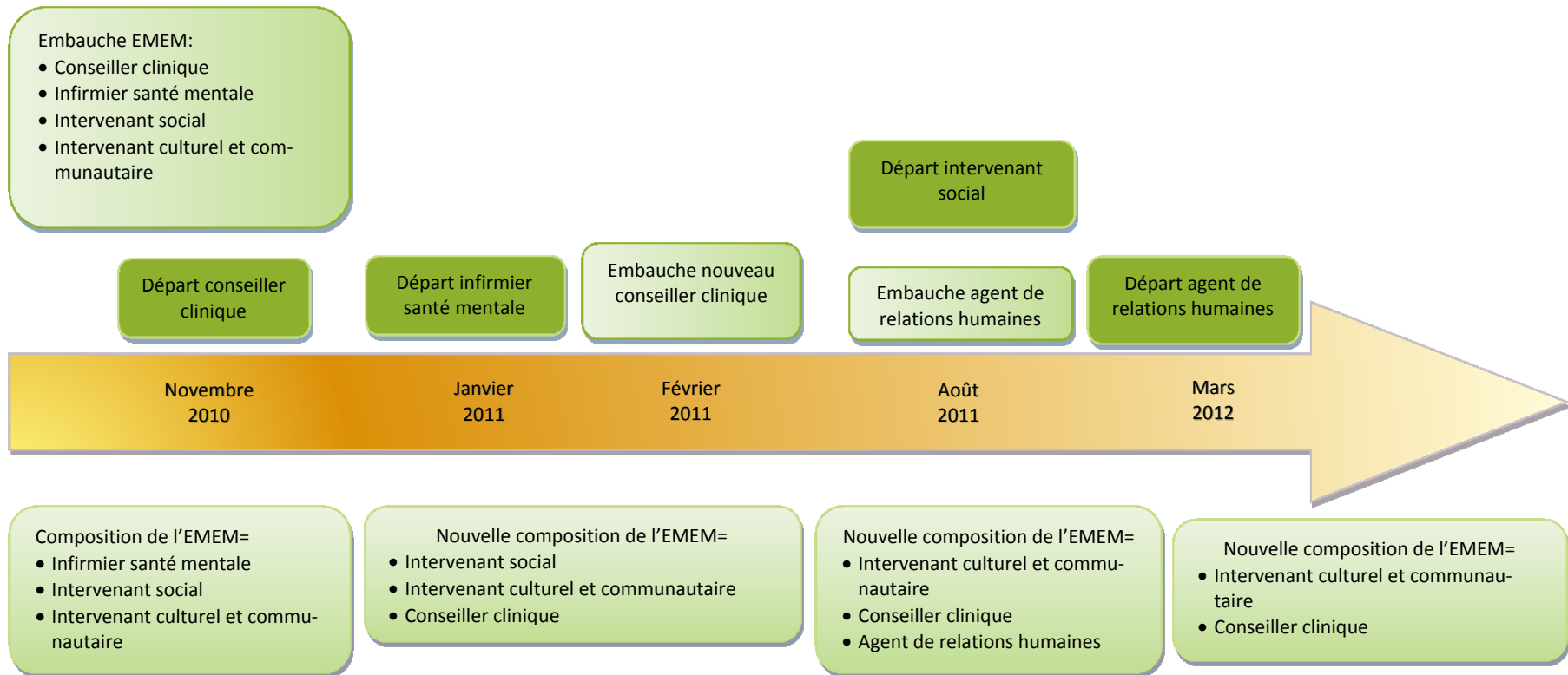
- Un intervenant culturel et communautaire (à partir de novembre 2010);
- Un intervenant social (de novembre 2010 à août 2011, avec un retour en septembre 2012);
- Un conseiller clinique (criminologue spécialisé en santé mentale) (à partir de février 2011);
- Un agent de relations humaines (ARH) (d'août 2011 à mars 2012).

Ainsi, de mars à septembre 2012, l'EMEM ne comptait que deux personnes sur quatre, soit le conseiller clinique ainsi que l'intervenant culturel et communautaire. La figure suivante montre les différentes compositions de l'EMEM au fil du temps. On constate que durant la phase d'implantation, l'EMEM n'a jamais été formée des quatre membres prévus. Les départs et arrivées de personnel au sein de l'EMEM sont contraignants à différents niveaux (la section traitant des réalisations y fait référence), et impliquent la perte des savoirs transmis lors des formations. Le processus de formation des membres de l'EMEM a d'ailleurs demandé beaucoup d'énergie de la part de la conseillère clinique de la CSSSPNQL.

La volonté des communautés d'avoir l'équipe locale de planification majoritairement composée de personnes issues du milieu et des Premières Nations n'a pu être respectée pour la deuxième phase. En effet, l'exigence du bailleur de fonds voulant que les membres cliniques de l'EMEM (trois sur quatre) soient des professionnels détenant une formation générale reconnue et/ou des membres d'un ordre professionnel est difficile à appliquer dans certaines communautés des Premières Nations. Ce critère visait à assurer la qualité des services et était directement lié au projet de loi 21. Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en juin 2009, cette loi introduit une réserve d'activités à certaines professions à titre réservé en santé mentale, telle que la psychoéducation (OPP du Québec, 2010). On retient que dans le domaine de la santé mentale, la reconnaissance des savoirs, savoir-être et savoir-faire des Premières Nations rencontre des obstacles majeurs, dont certains relevant de la sphère légale. L'EMEM a donc été constituée de trois allochtones et d'une personne issue des Premières Nations.



Figure 3 : Départs et arrivées au sein de l'EMEM



Déjà, pour l'ensemble du RQSSS, l'embauche de professionnels en santé mentale tels que psychologue et infirmier s'avère difficile. Ces ressources sont rares et ce constat est encore plus vrai dans un contexte de Premières Nations où les conditions de travail sont différentes de celles du réseau provincial : les tâches sont multiples, le salaire n'est pas aussi avantageux que lorsque le travail se fait en régions nordiques (pas de primes d'éloignement) et le contexte local peut être très difficile. Dans le cas de la région de la Vallée-de-l'Or, le taux élevé d'occupation des logements est également un facteur à considérer pour les ressources arrivant de l'extérieur : les logements de qualité sont rares et le prix des résidences extrêmement élevé. De plus, les ressources embauchées doivent accepter d'être régulièrement sur la route (distance considérable entre Val-d'Or et les deux communautés participantes et un remboursement d'essence qui n'est pas toujours inclus). Enfin, en plus des compétences cliniques requises, les professionnels embauchés dans le contexte des Premières Nations doivent nécessairement avoir un profil communautaire et une sensibilité culturelle, ce qui ajoute à la difficulté du recrutement.

Bon coup

- Assouplissement des critères liés à l'expertise au profit du profil communautaire.

Enjeux

- Recrutement de professionnels en santé mentale issus des Premières Nations;
- Recrutement de professionnels avec un profil communautaire et une sensibilité culturelle;
 - Rétention de ces professionnels.

Mandat de l'EMEM

Au cours des premiers mois d'arrivée en poste, plusieurs rencontres de clarification des rôles, des mandats et des besoins ont été nécessaires avant que les membres de l'EMEM comprennent bien leur mandat. Le plan d'action élaboré au cours de la première phase offrait des lignes directrices, mais pas une définition claire des tâches pour chacun des membres, ni de précisions quant à la clientèle cible. Des activités de validation des besoins et des priorités d'action ont été menées auprès des partenaires locaux et externes au cours des premiers mois d'entrée en poste de l'EMEM afin de vérifier si ce qui avait été identifié dans le plan d'action était toujours d'actualité, de s'ajuster aux nouveaux éléments de contexte et de préciser comment le tout allait se mettre en œuvre.

La composition des équipes locales de chacune des communautés s'est modifiée entre la phase de planification et celle d'implantation de l'EMEM : dans ce contexte, les besoins manifestés à l'égard de l'EMEM ont aussi évolué.



C'est d'ailleurs à cette période que l'embauche d'un agent de liaison des Premières Nations, affecté au CSSSVO, a commencé à se discuter³³. Le souhait était que cette personne issue des Premières Nations puisse améliorer la liaison et la communication entre les services de santé (physique et mentale) des centres de santé des communautés des Premières Nations et du CSSSVO. L'accueil, l'information et le soutien des usagers des Premières Nations à travers les services du CSSSVO étaient ciblés, en plus du rôle d'interprète.

Enfin, les activités de validation ont permis à l'EMEM de se faire connaître et de se familiariser avec le fonctionnement et la structure de services de chacune des communautés.

En janvier 2011, soit deux mois après son entrée en poste, l'EMEM a élaboré un plan de travail qui couvrait la période de janvier à mars 2011, correspondant à la fin de l'année financière. Par la suite, un second plan de travail a été établi pour l'année 2011-2012, lequel offrait une planification plus claire de ce que chacun des membres de l'EMEM devait réaliser au cours de cette première année d'implantation. Les résultats de la recherche-évaluation montrent que certains mandats n'ont pas été remplis tandis que d'autres, qui n'étaient pas prévus au départ, se sont ajoutés et ont dû être effectués. Les éléments de contexte expliquent en grande partie cette évolution, de même que l'approche de développement des communautés qui implique que l'action s'ajuste au contexte et aux besoins locaux.

Initialement, trois grands mandats avaient été définis pour l'EMEM (plan d'action, 2010) :

1. Offrir du coaching clinique, du soutien et de la formation aux ressources locales;
2. Travailler en réseau et en liaison avec les équipes internes et les partenaires externes;
3. Offrir des services à la population : a) cliniques; b) culturels et communautaires.

De manière générale, tous les membres de l'EMEM devaient participer aux différentes étapes de la programmation de leurs activités ainsi qu'à leur évaluation, puis participer aux discussions interdisciplinaires et aux rencontres de leur équipe. Le jumelage de la population des deux communautés lors des formations et activités était également souhaité. Le réseautage ainsi que le travail de co-intervention et de co-animation étaient constamment ciblés pour chacun des postes de l'EMEM : l'objectif étant toujours le développement des capacités des intervenants locaux en matière de santé mentale et de dépendances ainsi que la liaison avec les ressources externes, dans une perspective de continuité et de pérennité.

Il était attendu que le **conseiller clinique** réalise et/ou participe à des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitement, et qu'il soutienne les ressources locales dans ces activités. Le conseiller clinique devait aussi :

La validation et la clarification des mandats avec les partenaires locaux relancent la mobilisation et amorcent le travail de concertation.

³³ L'embauche d'un agent de liaison des Premières Nations aurait été possible via un financement de la *Table de crise sociale* devenue par la suite le projet *Action sociale* de Lac-Simon, et aurait bénéficié à toute la population algonquienne du territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or.



- assurer un rôle de liaison et de soutien-conseil auprès de son équipe et des ressources locales et externes pour les cas complexes de santé mentale et/ou comportant des dimensions psychosociales;
- développer et réaliser des activités de sensibilisation et de prévention en santé mentale afin de soutenir les autres programmes et services du milieu;
- soutenir les familles et l'entourage des personnes vivant des problèmes de santé mentale;
- développer et/ou participer, en collaboration avec les ressources internes et externes, à l'élaboration d'ateliers de formation en lien avec la santé mentale selon les besoins du milieu;
- participer à des tables de concertation et à des comités pour favoriser le développement de collaborations et d'un continuum de services.

Mentionnons enfin que le second conseiller clinique n'a pas joué le rôle de coordonnateur de l'EMEM, mais a tout de même assuré plusieurs tâches de coordination clinique et de *leadership* au sein de l'EMEM.

Dans l'affichage fait en août 2011, le poste d'**infirmier en santé mentale** est remplacé par celui d'agent en relations humaines (ARH). En effet, les besoins jugés importants dans les deux communautés participantes permettaient à un ARH de bonifier l'offre de services à travers ses expertises professionnelles, tout en étant à même d'assister le conseiller clinique dans certaines de ses fonctions. Il était donc également attendu que l'ARH :

- réalise et/ou participe à des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitement adaptés aux besoins de la clientèle en santé mentale;
- assure un rôle de liaison et de soutien-conseil auprès de son équipe et des ressources internes et externes pour les cas complexes de santé mentale et/ou comportant des dimensions psychosociales;
- assure la liaison entre la première et la deuxième ligne en collaboration avec les autres membres de son équipe et les ressources du milieu;
- réalise des activités de sensibilisation et de prévention en santé mentale afin de soutenir les autres programmes et services du milieu.

En ce qui concerne l'**intervenant social**, les clientèles principalement ciblées étaient les jeunes et les familles pour lesquels elle devait réaliser des interventions psychosociales ainsi que des interventions de groupe, selon les besoins. De plus, il devait :

- offrir du soutien, de la formation et du coaching aux équipes du milieu qui travaillent auprès des jeunes et des familles vivant des problématiques de santé mentale;
- organiser et réaliser des activités de sensibilisation et de prévention en santé mentale;
- travailler en co-intervention avec les ressources du milieu qui assurent un suivi auprès des jeunes vivants des problématiques de santé mentale et leur famille.



L'intervenant culturel et communautaire devait :

- mobiliser la collectivité et les ressources autour de projets rassembleurs;
- organiser et animer des activités culturelles et communautaires en y associant les ressources et les forces du milieu;
- assurer l'intégration de la culture et de la langue dans le développement des services et activités de l'EMEM;
- agir à titre de ressource-conseil auprès de l'EMEM et des partenaires afin de les informer sur les aspects de la culture (incluant l'interprétation de la langue), des valeurs et des besoins spécifiques des Premières Nations;
- assurer une liaison entre l'EMEM, les ressources du milieu et la population des communautés, puis travailler en concertation avec les intervenants du milieu et du réseau québécois.

En résumé

L'embauche simultanée de quatre nouvelles ressources a été exigeante pour les partenaires des communautés. Même s'il n'y avait pas eu de départs au sein de l'EMEM dès les premiers mois, le processus pour former et implanter une équipe entière n'a pu tenir compte des capacités locales.

Pour les membres de l'EMEM, la création des liens nécessaires à l'émergence de la dynamique d'équipe a été un défi. Mais, selon eux, les changements survenus au sein de leur équipe au cours des premiers mois d'implantation se sont avérés positifs.

Bon coup

Embauche de nouvelles ressources exerçant un *leadership* positif au sein de l'EMEM.

Enjeux

- Embauche simultanée de quatre nouvelles ressources;
- Le départ de deux membres sur quatre en début d'implantation a été une source de dé-motivation pour les membres restants.



Tableau 6 : Leçons apprises à l'égard de l'implantation de l'EMEM dans le milieu

1. Au sein de l'EMEM, l'embauche de ressources humaines connues du milieu et issues de la région ainsi que le soutien offert par la CSSSPNQL ont été des facteurs ayant permis au projet de se poursuivre (de ne pas avorter).
2. Il aurait été facilitant pour la mobilisation locale ainsi que pour le maintien de la bonne communication entre les deux communautés de maintenir en place le Comité local de suivi.
3. Il est essentiel de prévoir des mécanismes qui facilitent la création de liens entre les membres de l'EMEM. Par exemple, la tenue de rencontres d'équipe hebdomadaires, une ou deux journées de ressourcement en équipe par année, etc., l'important étant de se donner du temps d'équipe. En outre, des mécanismes de règlement de conflits devraient être prévus. La présence d'un coordonnateur d'équipe (gestion et <i>leadership</i>) aurait été facilitant à ce chapitre.
4. Identifier les besoins de formation prioritaires et réaliser un plan individuel de formation pour les membres de l'EMEM. Privilégier des formules interactives avec des experts de la région et profiter de l'occasion pour développer de nouveaux liens.
5. Réaliser un plan de travail d'équipe réaliste, avec des sections spécifiques selon l'expertise de chacun des membres de l'EMEM, et prévoir du temps pour le développement du contenu des formations (privilégier la mise en commun des savoirs).
6. Les relations de confiance (à tous les niveaux de partenaires) représentent un facteur essentiel pour la réussite d'un projet semblable.



3.2.2 MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE L'EMEM

Parmi les trois grands mandats ciblés pour l'EMEM, l'offre de services cliniques à la population est celui qui a été le moins développé. Bien que des ateliers aient été donnés directement à la population et que certaines personnes aient bénéficié d'un accompagnement dans l'utilisation de services externes, les membres cliniques de l'EMEM n'ont fait aucun suivi régulier (mis à part la prise en charge ponctuelle d'un dossier par l'EMEM), ni donné de traitement. À ses débuts, la stratégie utilisée par l'EMEM pour s'intégrer à la structure locale de chacune des communautés a été de réaliser un travail de mobilisation des partenaires (par exemple, la validation du plan de travail de l'EMEM) et un travail de concertation intersectorielle (principalement en s'intégrant aux tables et comités existants). À la suite de l'expérience vécue avec l'implantation des services sociaux de première ligne (2006-2009), l'offre de services cliniques directs à la population n'a pas fait partie des priorités de l'EMEM par crainte qu'elle ne soit trop rapidement mobilisée par les urgences sociales et n'ait plus de disponibilité pour le travail de réseautage, de liaison, de soutien clinique et de développement des capacités locales. Ainsi, les services à la population n'ont finalement pas été développés comme prévu à l'intérieur de la phase d'implantation³⁴.

Pour les intervenants de l'EMEM, l'utilisation de l'approche de développement des communautés a permis de sortir du cycle de l'intervention curative et de travailler ensemble dans une perspective de changement social.

Le soutien ponctuel aux partenaires du milieu a occupé une part importante de la plage horaire des membres cliniques de l'EMEM et compte parmi ses plus importantes réalisations.

Mis à part le temps restreint accordé à cette phase (moins de deux ans), différents facteurs contraignants expliquent ce constat. À mi-chemin de la phase d'implantation environ, les demandes de soutien ponctuel provenant du milieu (intervenants, superviseur clinique, direction) se sont multipliées et celles-ci, non planifiées, ont occupé une part importante de la plage horaire des membres de l'EMEM (constituée à ce moment-là du conseiller clinique, de l'ARH pendant un moment et de l'intervenant culturel et communautaire). Ce soutien ponctuel donné aux ressources du milieu est difficile à quantifier, car les heures accordées à ce volet n'ont pas été inventoriées par l'EMEM. De plus, les réalisations concrètes identifiables (par exemple : développement d'outils, formulaires de tenue de dossier mis à jour) ne rendent pas justice à tout le travail réalisé. Les demandes de soutien clinique ont pris une telle ampleur que, jumelées au roulement du personnel au sein de l'EMEM (composée de deux membres sur quatre à la suite du départ de l'ARH), elles ont contribué à une baisse de motivation et à la manifestation d'épuisement au sein de l'EMEM. Le choix de poursuivre les activités que l'EMEM réussissait bien plutôt que de développer de nouveaux mandats, dont la prise en charge de suivis, s'est donc imposé.

³⁴ La partie de ce rapport traitant de la situation du projet en mars 2013 montre que l'offre de services 2013-2014 vise entre autres à développer les services cliniques directs à la population.



La partie suivante présente les réalisations de l'EMEM à la lumière des trois grands mandats identifiés précédemment. Dans un premier temps, la description porte sur les réalisations ayant profité aux deux communautés. Par la suite, les réalisations accomplies à Kitcisakik sont décrites, suivies de celles accomplies à Lac-Simon. Cette description inclut les défis rencontrés en cours d'implantation.

Réalisations ayant profité aux deux communautés et défis rencontrés

Dès les premiers mois, l'EMEM a élaboré un horaire de présence dans chacune des communautés de manière à ce que, tous les jours, au moins un membre de l'EMEM soit présent dans chacune des communautés. Au départ, la crainte des communautés était que l'EMEM offre plus de temps de présence dans l'autre communauté que dans la sienne. Cet horaire assurait donc à chacune des communautés un temps de présence constant, partagé entre les membres de l'EMEM. Par contre, cette répartition du temps de présence en communauté a impliqué que les membres de l'EMEM n'étaient pratiquement jamais tous ensemble dans la même communauté. Si on ajoute à cela les changements de personnel au sein de l'EMEM, cette situation n'a pas facilité le renforcement des liens entre les membres de l'EMEM. Ceux-ci travail-

Les partenaires de chacune des communautés se disent satisfaits de la disponibilité de l'EMEM.

Cela a représenté un défi pour l'EMEM de former un groupe rassembleur autour d'un objectif commun avec deux communautés et un contexte d'instabilité.

laient davantage chacun de leur côté et se contactent par téléphone, texto ou courriel. Les membres de l'EMEM rapportent eux-mêmes qu'à la fin de la deuxième phase du projet pilote, il n'était pas nécessairement clair pour tous les partenaires locaux qu'ils formaient une équipe. Dans les faits, les représentants de l'EMEM sont davantage connus pour leurs réalisations individuelles que collectives.

Mandat 1 – Coaching clinique, soutien et formation offerts aux ressources locales

Dans chacune des communautés, ce volet a été couvert par les membres cliniques, soit le conseiller clinique, l'intervenant social et l'ARH. Voici des exemples de services offerts :

- Conseils cliniques, écoute (ventilation³⁵ des intervenants) et coaching;
- Coordination et/ou collaboration avec les équipes locales lors d'interventions en situation d'urgence sociale (par exemple : suicide, mort tragique);
- Offre de formations et d'ateliers (par exemple : atelier sous forme de quiz sur certains concepts de base reliés à la maladie mentale; formation de base en relation d'aide) et développement d'outils cliniques;
- Co-animation de groupe (par exemple : atelier sur la gestion des émotions dans un groupe de femmes, sur l'anxiété, sur l'estime de soi);

³⁵ La ventilation est une stratégie de postvention qui « vise à permettre aux personnes touchées d'exprimer librement, en toute sécurité et sans jugement leurs sentiments (...) » (CRISE, 2008, consulté en mars 2013).



- Collaboration à des discussions de cas et à l'élaboration de plans d'intervention.

Pour ce volet tout particulièrement, les membres cliniques de l'EMEM devaient constamment s'ajuster au contexte local et aux demandes émergentes de chacune des communautés. Par exemple, lorsqu'une des deux communautés vivait une situation de crise sociale, le temps de présence prévu dans l'autre communauté pouvait être temporairement compromis. Les liens de confiance établis avec des ressources locales de chacune des communautés et le développement d'un bon réseau interne de communication étaient facilitants. Cela a été manifeste, par exemple, pour le transfert de l'information entre les communautés ou pour la validation de conseils cliniques auprès de collègues dans l'une et l'autre des communautés. Ainsi, même si le transport entre les deux communautés a été considéré comme une contrainte de temps pour l'EMEM (environ 45 minutes en voiture entre les deux communautés), cette mobilité entre les deux communautés a été bénéfique, surtout dans l'élargissement du réseautage clinique : en cas de besoin, les membres de l'EMEM pouvaient valider leur démarche auprès du superviseur clinique de l'une ou l'autre des communautés.

Autant à Lac-Simon qu'à Kitcisakik, l'EMEM a connu une période d'adaptation avant d'être en mesure d'offrir du soutien clinique et du coaching aux intervenants locaux. Peu importe le milieu, avant d'accepter de se faire coacher, les intervenants ont besoin de connaître la personne qui les orientera et d'avoir développé un lien de confiance avec celle-ci. En milieu des Premières Nations, la méfiance issue de l'héritage colonial entre les Premières Nations et les allochtones s'ajoute et le professionnel allochtone passe nécessairement par une période d'acclimatation avant de tisser le lien de confiance nécessaire, notamment au coaching clinique : « (...) vu que ce n'était pas clair [ce qu'allait faire] l'équipe de mieux-être [et] avant que ce soit compris, il y avait comme eu une résistance [et certains disaient] : « Les *Tcigoji* [allochtones] ne viendront pas nous dire quoi faire ici » (acteur local, 2012).

Selon la documentation, la supervision est « un processus qui favorise le transfert des connaissances, des compétences et des valeurs de la profession d'un superviseur à un supervisé. Cependant, même si cette relation ne doit pas être considérée comme une relation d'aide, il peut arriver que la ligne de démarcation entre les éléments de la vie personnelle et professionnelle ne soit pas évidente » (OTSTCFQ³⁶, 2010 : 11). Ce constat est peut-être encore plus vrai dans une communauté des Premières Nations où tout le monde se connaît et où les liens familiaux (famille élargie) sont très importants. Lorsqu'il arrive un drame, comme un suicide, tout le monde est affecté et les intervenants locaux sont personnellement touchés. Il peut arriver que ceux-ci soient déstabilisés et aient un grand besoin de ventiler. Ainsi, les intervenants de l'EMEM ayant pour mandat d'offrir du coaching clinique ont exprimé le besoin de recevoir eux-mêmes de la formation non seulement pour bonifier leur expertise en la matière, mais aussi pour adapter leur approche à la réalité des Premières Nations. À cet égard, l'EMEM a, par exemple, suivi une formation portant sur l'approche par les forces du Centre national d'excellence en santé mentale ainsi qu'une formation sur la roue médicinale, offerte par un membre issu des Premières

³⁶ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.



Nations. Précisons qu'en situation de crise de sociale, en plus du coaching clinique, l'EMEM offrait également un coaching culturel (par l'entremise de l'intervenant culturel et communautaire) à la population de chacune des communautés. Également, l'expertise juridique d'un des membres de l'EMEM a été utilisée à différentes reprises, et ce, dans les deux communautés.

En ce qui a trait à l'offre de formations, ce mandat implique aussi le développement de leur contenu. Pour se faire, les membres de l'EMEM sont d'avis qu'il aurait été intéressant que les connaissances de chacun d'eux (cliniques et culturelles) soient mises en commun et servent à développer le contenu des formations. Cette méthode aurait permis d'adapter les formations à la culture locale, après quoi elles auraient pu être réutilisées, bonifiées, etc., par chacune des communautés. Ce procédé aurait pris beaucoup de temps, ce qui a représenté un obstacle pour les membres de l'EMEM. Une autre stratégie a donc été retenue, soit celle d'utiliser des formations existantes, développées par exemple par les organisations communautaires spécialisées en santé mentale de la région. Certaines de ces organisations se sont déplacées en communauté et ont présenté, en co-animation avec des membres de l'EMEM, leurs formations. Dans ces cas, l'adaptation des formations à la réalité des Premières Nations visait, par exemple, la diminution du nombre de séances rattachées à la formation ou encore le respect des temps de silence des participants. Le souhait de l'EMEM de pouvoir réutiliser par la suite le contenu de ces formations et de bonifier leur adaptation pour une utilisation en communauté, en tant qu'agent multiplicateur auprès des intervenants locaux, n'a cependant pas été possible. Les organisations avaient une certaine réserve quant au partage du contenu de leurs formations pour des fins d'adaptation culturelle au contexte des Premières Nations.

Bon coup

Avoir suivi des formations auprès de ressources reconnues en santé mentale.

Enjeu

Il existe peu de formations en santé mentale adaptées à la réalité des Premières Nations.

Mandat 2 – Réseautage et liaison

Le réseautage et le travail de liaison avec les partenaires externes ont toujours été accomplis par l'EMEM au nom des deux communautés. De ce point de vue, même si Kitcisakik avait des ententes particulières avec le RQSSS, le développement de partenariats en vue de l'amélioration du continuum de services en santé mentale et en dépendances était un besoin exprimé par les deux communautés.

La mobilisation des partenaires externes a débuté lors de la première phase, principalement avec les rencontres de présentation du projet par la conseillère clinique de la CSSSPNQL et, par la suite, avec la consultation (2009-2010). Ainsi que les partenaires du RQSSS l'avaient proposé lors de la consultation (se référer au tableau 4), l'EMEM a siégé à différentes tables et différents comités régionaux, tels que la Table en santé mentale de la MRC de la Vallée-de-l'Or. Aussi,



l'EMEM a profité du rassemblement de différents partenaires externes initié dans le cadre d'une autre démarche³⁷ afin de former le Comité d'amélioration continue. Une des premières activités du groupe (initiée par la conseillère clinique de la CSSSPNQL) a été d'amener les partenaires des communautés visiter l'hôpital psychiatrique de Malartic et, par la suite, d'amener les partenaires externes visiter les communautés de Lac-Simon et de Kitcisakik. Dans chacun des cas, c'était la première fois que les partenaires visitaient mutuellement leurs infrastructures.

Le Comité d'amélioration continue

Le bon fonctionnement de ce comité a favorisé l'ouverture (entre partenaires en communauté et partenaires externes) et le dépassement des préjugés.

Le Comité d'amélioration continue regroupe des acteurs clés des centres de santé de Lac-Simon et de Kitcisakik, du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO), de l'hôpital psychiatrique de Malartic, de l'hôpital de Val-d'Or (urgences), de l'organisme communautaire VALPABEM³⁸, du Service régional de pédopsychiatrie et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. L'objectif de ce comité est de réfléchir ensemble sur des moyens concertés permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les communautés. Les rencontres ont lieu en rota-

tion au CSSS à Val-d'Or, à Lac-Simon et à Kitcisakik. La tenue des rencontres (environ toutes les six semaines) en rotation a permis aux partenaires externes de mieux comprendre la structure et le fonctionnement interne des communautés. Pour les partenaires en communauté, le fait de croiser régulièrement les partenaires externes dans leur environnement a permis de tisser une relation de confiance et de faire tomber des barrières :

Le fait que l'EMEM ait été implantée selon l'approche de développement des communautés, avec des plages horaires réservées pour le développement de partenariats et le travail de concertation avec les partenaires externes, a permis à ses membres de faire ce que les autres intervenants n'ont pas le temps de faire.

« (...) ce que j'ai remarqué, c'est que je suis moins craintive à aller cogner vers Val-d'Or, d'aller m'asseoir avec eux autres et voir ce que l'on peut mettre en place. (...) Je sais que j'étais craintive de mon côté aussi, parce que j'avais peur de faire ça il y a quelques années, mais je vois que ça va quand même bien. D'ailleurs il y a une autre place où je suis allée cogner pour que les enfants aient des services. Faut qu'on s'assoie ensemble. Je le fais de la [même] façon que le projet me l'a montré. Je vais asseoir des joueurs et voir comment on peut arriver à travailler ensemble pour que les jeunes reçoivent des services » (acteur local, 2012).

« (...) c'est un psychologue pour les adultes [qui a été mis à la disposition des communautés]. Les intervenants peuvent l'appeler. Ils ne l'appelleront pas. (...) Je leur expliquais :

³⁷ En 2011, un membre de l'équipe des services psychosociaux du centre de santé de Kitcisakik avait rassemblé différents partenaires externes afin d'assister à une présentation du service régional en pédopsychiatrie nouvellement instauré.

³⁸ Organisme communautaire de la Vallée-de-l'Or offrant des services à la famille dont un membre est atteint de maladie mentale.



« Les communautés ne feront pas d'appels parce qu'elles sont tellement habituées à s'arranger avec leurs troubles ». Tu sais, les communautés ont toujours appris à s'arranger toutes seules parce que ce n'était pas facile nécessairement d'avoir des réseaux à l'extérieur. À l'époque, (...), c'était comme ça. Là, ils se montrent ouverts et ça va bien et, là, on commence à établir des collaborations » (acteur local, 2012).

En plus de la création de liens, des actions concrètes ont découlé du travail de concertation de ce comité, telles que :

- L'élaboration et l'utilisation d'une fiche de liaison. Cet outil offre de l'information sur les patients en provenance de l'une ou l'autre des communautés admis à l'urgence de l'hôpital de Val-d'Or. Autant le médecin à l'urgence que les intervenants en communauté le remplissent. L'outil permet d'améliorer la liaison et le suivi du patient;
- La création d'une liste des coordonnées des superviseurs cliniques des communautés pour l'urgence de l'hôpital de Val-d'Or. Cette liste permet de contacter et de faire le suivi avec les bonnes personnes de chacune des communautés, par exemple lorsqu'une personne reçoit son congé de l'urgence et retourne en communauté.

De plus, les relations développées à l'intérieur de ce comité ont incité les membres de l'EMEM à s'engager dans d'autres comités à l'échelle régionale, par exemple :

- Participation au comité organisateur régional du colloque pour la prévention du suicide. Cette collaboration a amené, pour la première fois, le comité à approcher une communauté des Premières Nations afin d'y tenir l'événement. Le *Colloque pour la vie* a eu lieu à Lac-Simon en février 2012. Plus d'une centaine de personnes du réseau provincial, communautaire et des communautés des Premières Nations y ont participé;
- Participation au comité organisateur du Forum régional en santé mentale. Le forum s'est tenu à Rouyn-Noranda en avril 2012 et environ une trentaine de membres des Premières Nations y ont participé, ce qui était une première.

Plusieurs bénéfices sont directement attribuables à la mise en place du Comité d'amélioration continue, mais certaines difficultés ont également été rencontrées. Par exemple, le projet visant à avoir un agent de liaison des Premières Nations affecté au CSSSVO, bien que ne découlant pas directement de l'EMEM (mais plutôt du projet Action sociale à Lac-Simon), était à l'ordre du jour du Comité d'amélioration continue et était très attendu. En effet, les partenaires externes s'entendaient pour dire qu'il faudrait :

« (...) quelqu'un de la communauté qui serait sur place et ferait la liaison, et qui connaît plus toutes les ficelles de la communauté. Je pense que ça pourrait avoir encore plus d'impact. Nous, il y a un bout qu'on ne connaît pas, qu'on ne saisit pas parce qu'on ne connaît pas l'ensemble. Pour moi, c'est un milieu propre en soi, qui est particulier et que pour moi, en tant qu'extérieur, il y a plein de choses que je ne connais pas dans ce milieu » (acteur externe, 2012).



Le fait que cet agent de liaison (santé physique et mentale) n'ait jamais été embauché a été un facteur démobilisant pour certains acteurs externes. Malgré la bonne volonté des acteurs, le travail de concertation peut rencontrer certaines limites. Celui-ci s'est pourtant poursuivi afin de trouver d'autres avenues visant à améliorer la liaison ainsi que le continuum de services. Ainsi, les affiliations découlant du Comité d'amélioration continue ont amené les deux communautés à bonifier le mandat d'un de leurs intervenants locaux afin que celui-ci tienne également un rôle d'agent de liaison en pédopsychiatrie. L'intervenant localement désigné facilite désormais la liaison entre la clientèle de la communauté et l'unité de pédopsychiatrie de l'hôpital psychiatrique de Malartic.

Enfin, mentionnons que la visite en communautés des membres du Comité de suivi et d'orientation (CSSSPNQL, MSSS et DGSPNI-Région Québec) ainsi que de certains acteurs clés (direction) au sein du MSSS afin de rencontrer les partenaires locaux et quelques partenaires externes associés à ce projet a été une valeur ajoutée. L'intérêt manifesté pour le projet pilote d'équipe en mieux-être mental par des membres occupant des fonctions de haut niveau au sein du MSSS a eu un impact certain chez les partenaires en communautés ainsi que chez les partenaires externes. Pour les partenaires locaux, il s'agissait d'une première visite de ce genre chez eux dans le cadre d'un projet pilote, ce qui a été vécu comme une forme de reconnaissance ainsi qu'une occasion idéale d'exposer les défis auxquels leur milieu fait face. Selon l'EMEM, cette visite leur aurait donné de la crédibilité aux yeux des partenaires externes.

Bons coups

- Développement de canaux de communications entre les communautés et les partenaires externes;
- Rayonnement des communautés sur le plan régional (Vallée-de-l'Or).

Enjeu

Défi de travailler auprès de deux communautés et plusieurs partenaires (niveaux local, régional, provincial et fédéral) selon une vision commune et mobilisatrice autour d'un même projet.

Mandat 3 – Services culturels et communautaires offerts à la population

L'organisation et l'offre d'activités culturelles menées en collaboration avec des ressources du milieu relevaient principalement de l'intervenant culturel et communautaire. Des fins de semaine de ressourcement en forêt, des tentes de sudation et des cercles de partage sont des exemples d'activités qui ont été organisées en collaboration avec différents partenaires locaux de chacune des communautés. À quelques reprises, la population des deux communautés a participé ensemble à ces activités. Autant à Lac-Simon qu'à Kitcisakik, l'utilisation de la langue algonquienne a été valorisée, de même que la participation aux activités organisées. Par exemple, des visites à domicile étaient effectuées afin de rappeler la tenue de l'activité en question et de motiver les gens à participer.

Les activités traditionnelles développées visaient la « guérison » et le développement des capacités locales sur le plan culturel.



Chaque fois qu'un événement dramatique survient dans l'une ou l'autre des communautés, l'intervenant culturel et communautaire de l'EMEM est personnellement touché.

Au cours de l'implantation, cet intervenant issu du milieu a vécu des deuils à répétition.

Les résultats d'évaluation montrent toutefois que plusieurs défis se sont posés dans la réalisation des mandats liés au poste d'intervenant culturel et communautaire. Par exemple, le travail de mobilisation et de concertation à titre de ressource-conseil sur des aspects de la culture, des valeurs et des besoins spécifiques des Premières Nations auprès des ressources du milieu et du RQSSS ne s'est pas réalisé. Le soutien ou le coaching d'une ressource culturelle ayant des compétences dans l'offre de formation de ce genre aurait

aidé, et ce, même si la ressource embauchée pour ce poste était issue des Premières Nations et du milieu, et possédait des savoirs liés à sa culture. De plus, les intervenants cliniques de l'EMEM pouvaient compter sur le soutien du conseiller clinique de l'équipe, tandis que l'intervenant culturel et communautaire, même si il se référait régulièrement au conseiller clinique de l'EMEM, n'avait pas de soutien-conseil provenant par exemple d'un *coach culturel* qui aurait pu l'orienter. L'intervenant culturel et communautaire a d'ailleurs souvent dit se sentir seul au sein de l'EMEM, ce qui a été un facteur contraignant pour la réalisation des mandats. L'expérience montre qu'il serait facilitant pour le poste d'intervenant culturel d'avoir au moins un autre intervenant issu des Premières Nations au sein de l'EMEM afin d'équilibrer les savoirs dans chacune des approches (clinique et culturelle) et s'offrir un soutien mutuel.

Bon coup

Aménagement d'un site traditionnel utilisable à l'année par les deux communautés.

Enjeux

- Défi pour un intervenant issu du milieu d'accomplir tous ses mandats dans un contexte de crise sociale;
- Besoin personnel des intervenants locaux de se ressourcer à la suite des drames survenus en communauté.



RÉALISATIONS À KITCISAKIK

Les réalisations de l'EMEM dans la communauté de Kitcisakik ont largement été influencées par le départ du coordonnateur et du superviseur clinique du centre de santé (2010), le changement de direction à la santé (2011) et la restructuration des services psychosociaux du centre de santé (à partir de la fin 2011 et durant tout le reste de la phase d'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental). Les membres cliniques de l'EMEM ont été particulièrement sollicités pour soutenir la démarche de restructuration des services psychosociaux. Plus spécifiquement, un soutien a été donné au responsable des ressources humaines de la communauté pour rencontrer tous les intervenants afin de valider et redéfinir leurs rôles et mandats, en plus de clarifier l'offre de service psychosociale générale, et pour en faire le suivi par la suite.

Les demandes liées à la restructuration ont occupé une part importante de la plage horaire des membres cliniques de l'EMEM. De nature diverse, elles nécessitaient une analyse de la part des membres de l'EMEM et pouvaient, en effet, dépasser leur mandat initial. Lorsque cela était possible, l'EMEM référait à d'autres ressources ou, sinon, devait imposer certaines limites. Un flou s'est installé avec ces nouvelles demandes, ajouté au vide de services causé par les différents postes vacants au sein de l'équipe des services psychosociaux du centre de santé; l'EMEM s'est rapidement vue débordée. Il faut rappeler que les deuils vécus à Lac-Simon au cours de la période de crise sociale ont aussi atteint plusieurs personnes de Kitcisakik. Ce contexte, jumelé à celui de la restructuration des services psychosociaux du centre de santé et des changements survenus dans certains postes clés, a favorisé l'épuisement au sein de l'équipe locale d'intervenants et la surcharge des membres cliniques de l'EMEM.

Précisons finalement qu'à Kitcisakik, l'EMEM n'avait pas de bureau permanent réservé à son usage. Les membres de l'EMEM partageaient le bureau d'un collègue ou s'installaient dans un bureau vacant. Ils ont également travaillé au bureau du conseil de bande situé à Val-d'Or, par exemple, lorsqu'ils souhaitaient se retirer pour développer le contenu d'une formation.

Mandat 1 – Coaching clinique, soutien et formation offerts aux ressources locales

Les services psychosociaux de Kitcisakik ont connu plusieurs départs d'acteurs clés. À partir de la fin 2011, l'EMEM a été utilisée davantage à Kitcisakik qu'à Lac-Simon.

Pendant plusieurs mois, le poste de superviseur clinique du centre de santé de Kitcisakik a connu des changements et, entre ces changements, des périodes parfois prolongées d'inoccupation. Pendant les périodes de vide de services causées par les postes inoccupés, les intervenants cliniques de l'EMEM ont joué un rôle important en termes de coaching et de soutien clinique auprès des intervenants du centre de santé. Bien qu'à l'arrivée de l'EMEM, certains intervenants des Premières Nations aient montré de la réticence, une fois la confiance établie, les intervenants cliniques de l'EMEM ont rapidement été très sollicités. Un des facteurs à considérer lorsqu'il est question des besoins importants de coaching clinique est celui de la proximité des intervenants issus de la communauté avec les usagers :



« La moitié de nos intervenants (...) quand ça touche le traitement, l'intervention, oui, ils le font, mais ils sont moins à l'aise de faire le suivi par la suite, dû à tout ce qu'ils connaissent de l'individu. (...) [Ils] manquent d'outils, manquent d'expérience. Parce qu'ils connaissent l'individu, ils savent ce qu'il a. C'est toujours ça qui leur reste dans la tête. Quand ils font une intervention, c'est cette image-là qui leur reste. Ils manquent de recul, oui c'est ça. L'autre moitié s'organise très bien. Ceux qui viennent de l'extérieur » (acteur local, 2011).

En matière de formation, le principal besoin à Kitcisakik concernait la tenue de dossier : certains intervenants faisaient leur tenue de dossier informatisée, d'autres sur support papier et d'autres encore faisaient leurs notes évolutives de manière irrégulière. L'EMEM a donc pris du temps pour revisiter les formulaires papier existants, sensibiliser les intervenants à l'importance de la tenue de dossier et offrir une formation de base aux intervenants ayant des besoins à ce chapitre.

Bon coup

Capacité de l'EMEM à fixer ses limites et ne pas perdre de vue le développement des capacités des ressources locales : leur offrir du soutien, mais ne pas faire à leur place et savoir quand se retirer.

Enjeu

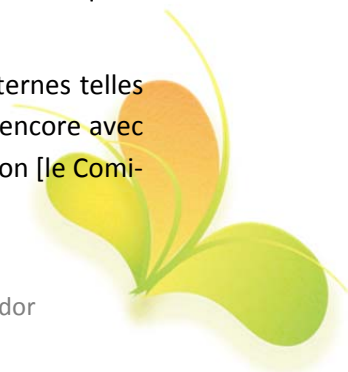
Pallier les différents manques engendrés par les postes vacants, dont la supervision clinique : celle-ci occupe une part tellement importante qu'elle remplit l'horaire des membres cliniques de l'EMEM lorsqu'ils sont dans la communauté.

Mandat 2 – Réseautage et liaison

Le réseautage et le travail de liaison à l'intérieur de la communauté ont débuté avec les présentations et la validation du plan de travail de l'EMEM auprès des équipes locales : « pour réexpliquer notre rôle de façon globale et vérifier leurs besoins, et se souvenir, pour la plupart, qu'il y avait déjà eu une cueillette de données l'année dernière. Ce n'était pas très clair, le lien entre notre équipe et la cueillette de données à cette époque-là » (EMEM, 2011).

Puis, le réseautage et le travail de concertation se sont principalement poursuivis par l'intermédiaire des tables et comités existants comme la Table enfance-famille de Kitcisakik qui réunit tous les secteurs de la communauté, incluant le conseil de bande, ou encore le comité multisectoriel qui regroupe le personnel du centre de santé et de l'éducation de la communauté, en plus du Centre jeunesse. De cette implication se sont formés de nouveaux comités comme celui, par exemple, pour la réalisation du protocole d'intervention en situation de crise psychosociale ou encore le comité organisateur du *Colloque sur les dépendances*, au sein desquels l'EMEM est présente.

Enfin, l'EMEM a joué un rôle important de liaison entre les ressources locales et externes telles que l'urgence du CSSSVO, l'hôpital psychiatrique de Malartic, la pédopsychiatrie ou encore avec le curateur public. Et au-delà du travail de liaison réalisé : « (...) la table de concertation [le Comi-



té d'amélioration continue] (...) a eu beaucoup d'effet positif au niveau de tous les partenaires du réseau de la MRC. Ça a permis de mettre Kitcisakik sur la *map*, puis de voir qu'on n'est pas juste des Autochtones dans le fond du bois, qu'on est laissé à nous autres mêmes, puis qu'on a droit à autant de services que les autres » (acteur local, 2012).

Bon coup

Développement de la liaison avec les différentes ressources externes.

Enjeu

Avoir un nombre significatif de représentants locaux (des Premières Nations) aux tables et comités internes et externes.

Mandat 3 – Services culturels et communautaires donnés à la population

L'intervenant culturel et communautaire a collaboré avec des ressources locales, par exemple dans le cadre de groupe sur le deuil dans lequel il offrait des services à caractère traditionnel, tels que des séances de purification et/ou faisait la prière d'ouverture et de fermeture. Il a aussi participé à des tentes de sudation organisées localement, a fait la promotion de la langue algonquienne et a sollicité les détenteurs de savoirs traditionnels pour qu'ils transmettent leurs connaissances.

Les services et activités développés dans ce volet avaient un fort caractère traditionnel. Avec le changement de direction au centre de santé, le souhait a été de recentrer les services vers le culturel et le communautaire. Des jumelages entre l'intervenant culturel et communautaire de l'EMEM et certaines ressources locales ont été proposés, ainsi que des exemples d'activités. Il a par exemple été suggéré que des légendes traditionnelles soient racontées aux enfants dans le cadre d'une des classes à l'école primaire. Ces nouvelles demandes ont été déstabilisantes pour l'intervenant culturel et communautaire de l'EMEM et, pour faciliter la transition, un plan de travail personnel a été établi avec le soutien du conseiller clinique de l'EMEM.

Les techniques d'approches de la population qui ont été utilisées à Kitcisakik étaient différentes de celles utilisées dans la communauté d'appartenance de l'intervenant culturel et communautaire (Lac-Simon), principalement parce que les relations n'étaient pas aussi développées à Kitcisakik. Une technique utilisée pour entrer en contact avec la population était de prendre une marche dans la communauté et d'engager des conversations informelles, puis de profiter de l'échange pour vérifier les besoins possibles de la personne ou d'un groupe de personnes.

En résumé, à Kitcisakik, il y a eu beaucoup de temps d'écoute, d'offres de conseils adaptés culturellement (enseignements) et des visites informelles à domicile.

Bon coup

Promotion de la culture, de la langue et de la transmission des connaissances.

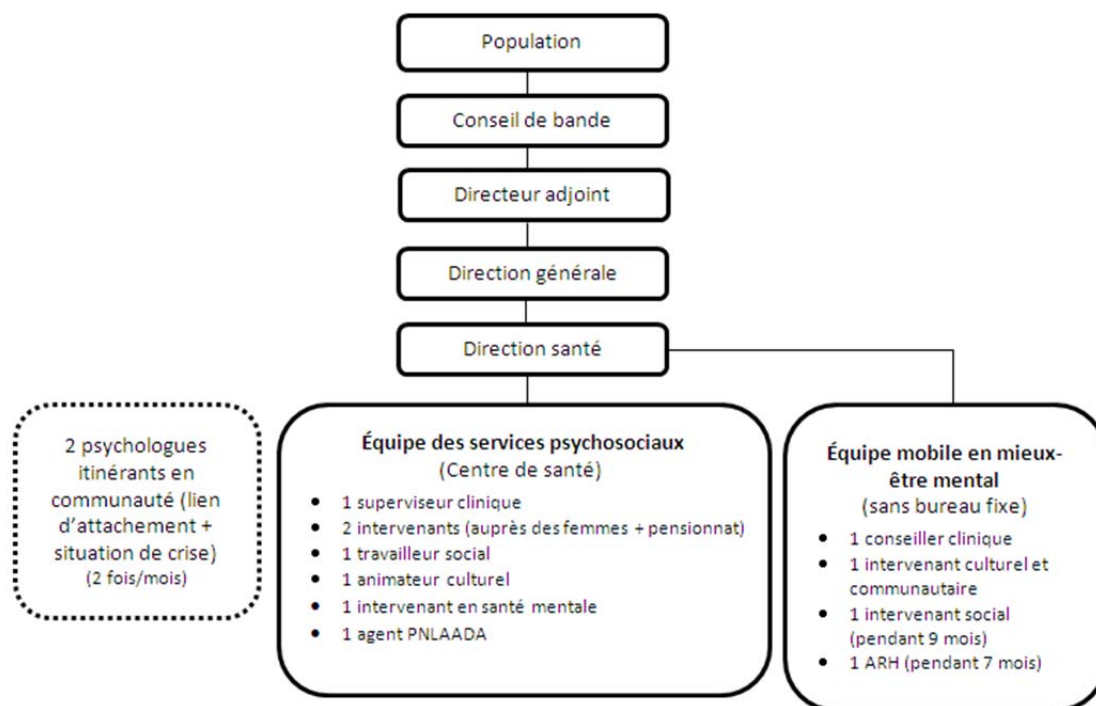
Enjeu

Réorientation des activités en cours de route.



La figure suivante montre comment l'EMEM s'est intégrée à la structure locale de Kitcisakik. On remarque que deux psychologues itinérants se déplacent maintenant en communauté pour offrir du traitement direct à la population.

Figure 4 : Intégration de l'EMEM à la structure des services psychosociaux de Kitcisakik³⁹



En conclusion

À partir de la fin 2011, le temps de présence de l'EMEM s'est intensifié à Kitcisakik. Dans le contexte de bouleversements et de restructuration qui a marqué la phase d'implantation de l'EMEM, certaines étapes de base devaient préalablement être réalisées localement (définition de tâches des intervenants, tenue de dossier, supervision clinique) avant le développement de services cliniques directs à la population de la part de l'EMEM. La dernière partie du rapport traitant de la situation du projet pilote en mars 2013 montre que ce volet sera au cœur de l'offre de services de l'EMEM au cours des années suivant le projet pilote.

³⁹ Les changements fréquents au sein de l'équipe psychosociale du centre de santé doivent être considérés. Cette figure est présentée à titre indicatif.



RÉALISATIONS À LAC-SIMON

Les réalisations de l'EMEM à Lac-Simon sont premièrement influencées par la présence, dans la communauté, d'une équipe en santé mentale et toxicomanie, incluant un superviseur clinique et un coordonnateur. Le plan d'action issu de la première phase du projet pilote d'équipe en mieux-être mental ne clarifiait pas la façon dont l'EMEM allait s'arrimer à cette équipe dans la communauté. Ce flou, ajouté aux questions posées aux partenaires locaux dans le cadre de la consultation en phase de planification (voir la section 3.1.1), a engendré de la confusion, parfois de la crainte (à l'égard du dédoublement des services) et des attentes précises chez certains partenaires locaux envers l'EMEM. Le malaise engendré par le flou du mandat a également été vécu par les membres de l'EMEM qui ne pouvaient, au cours des premiers mois d'implantation, répondre aux questions de clarification qui leur étaient adressées.

À Lac-Simon, l'EMEM a été davantage utilisée en début d'implantation, alors que la crise sociale se faisait encore sentir.

Le contexte local de Lac-Simon est un facteur d'implantation important à considérer lorsqu'il est question des contraintes rencontrées par l'EMEM. À l'hiver 2010-2011, lorsque l'EMEM arrive dans le milieu, les événements liés à la crise sociale de 2009 se font encore sentir et la plupart des intervenants en place sont débordés et vivent de l'épuisement :

« Quand un deuil dramatique arrive, c'est toujours 30 à 40 personnes qui viennent consulter [et] qui sont affectées. Déjà là, on a peut-être 40 à 50 personnes durant la semaine à suivre [de] plus (...). Ça prend de l'énergie à mon équipe. (...) Mais le dernier suicide, ça a fait beaucoup de choses, eu beaucoup plus de poids. Je regardais le nombre de clientèles qui a été vu. C'est 80... 126 ». [Autour de ce suicide-là?] « Oui. (...) au mois de janvier, on en avait moins, je pense qu'on avait 60 [personnes qui consultaient]. Tout d'un coup, ça a doublé » (acteur local, 2011).

D'ailleurs, dès leurs premières semaines d'arrivée en poste, l'EMEM s'est retrouvée mobilisée pour participer à une intervention d'urgence avec les autres équipes locales. À ce moment-là, le mandat de l'EMEM et le rôle de chacun de ces membres restaient à clarifier. La participation de l'EMEM à l'intervention d'urgence a toutefois permis aux équipes locales, ainsi qu'à l'EMEM elle-même, de mieux comprendre comment elle pouvait contribuer.

L'un des défis rencontrés par l'EMEM dans cette communauté a été d'occuper des bureaux situés à l'extérieur du centre de santé. Cette séparation physique a été contraignante pour l'interaction entre l'EMEM et l'équipe locale en santé mentale. Il était plus difficile pour l'EMEM de se faire voir, de se faire connaître, etc., et les partenaires étaient donc moins enclins à faire appel à leurs services.

Mandat 1 – Coaching clinique, soutien et formation offerts aux ressources locales

À Lac-Simon, le volet clinique s'est principalement réalisé par l'implication de l'EMEM dans les interventions d'urgence sociale, dont la coordination des différentes étapes du protocole d'intervention en situation d'urgence. L'EMEM a aussi co-animé des ateliers donnés à la popula-



tion en partenariat avec des acteurs de différents secteurs : Maison de la famille, école, centre de santé; par exemple la co-animation d'un atelier sur l'estime de soi ou encore la co-animation de l'atelier « Surveillance les signes », dont l'objectif était d'outiller le parent à reconnaître la détresse chez son enfant. Un groupe de jeunes âgés de 7 à 12 ans et qui ont un parent proche atteint de maladie mentale a également été formé à l'été 2012. L'objectif était d'améliorer leur compréhension de la maladie mentale et d'être mieux outillés pour interagir avec ces personnes. Soulignons que l'activité a connu du succès auprès des jeunes, dont la participation s'est maintenue jusqu'à la fin (entre cinq et huit participants – trois garçons et cinq filles – pendant cinq semaines).

L'EMEM a aussi donné du coaching clinique à l'intervenant de la Maison des jeunes afin d'intégrer un volet promotion et prévention aux activités de loisirs, ou encore à l'école secondaire pour la réalisation d'un protocole de *postvention*. Du soutien clinique a aussi été offert pour le développement de plans d'intervention ainsi que l'accompagnement de personnes atteintes de maladie mentale et de membres de la famille de personnes atteintes de maladie mentale auprès de ressources externes.

Le principal besoin de l'équipe locale en santé mentale et toxicomanie était la prise en charge par l'EMEM des suivis individuels des cas de santé mentale les plus lourds, de schizophrénie par exemple. Parce que l'EMEM a la plupart du temps été à personnel réduit et qu'elle privilégiait, selon l'approche de développement des communautés, le renforcement des capacités locales, le travail de réseau, etc., les attentes à cet égard n'ont pu être comblées. De plus, cela a pris plusieurs mois avant de pouvoir répondre à la demande de formation adressée à l'EMEM par l'équipe locale de santé mentale (temps nécessaire pour développer la formation). Au final, la création de liens de confiance entre l'EMEM et l'équipe locale en santé mentale s'est avérée être un défi.

Bon coup

Coordination des interventions multisectorielles en situation d'urgence.

Enjeu

Interaction entre l'EMEM et l'équipe locale en santé mentale et toxicomanie.



Mandat 2 – Réseautage et liaison

Le travail de concertation intersectorielle à Lac-Simon s'est principalement réalisé par l'intégration de membres de l'EMEM aux tables ou comités locaux existants, comme le comité multisectoriel, ou la participation au projet Action sociale pour la planification du service de garde sociale. Le principal objectif du comité multisectoriel est de réunir à la même table les différents secteurs de la communauté (centre de santé, Centre jeunesse, service de première ligne, service de police, projet Action sociale, programme de santé maternelle et infantile (SMI), éducation et EMEM) et que ceux-ci s'échangent des informations d'ordre général afin, entre autres, de diminuer le dédoublement de services et de coordonner leurs activités et services sur le terrain.

Le travail de liaison avec les ressources externes a un impact direct pour les usagers : ceux-ci ont de meilleurs services dans le réseau.

Avec trois projets implantés selon l'approche de développement des communautés (services de première ligne, Action sociale et projet pilote d'équipe en mieux-être mental), il est possible de dire que, sur le plan du travail en concertation intersectorielle, un changement s'est opéré à Lac-Simon, particulièrement en situation d'urgence sociale :

« Pour avoir participé à une crise lors de mon arrivée comme intervenante en juillet 2009 et pour avoir participé la semaine dernière, c'était complètement différent. (...) Là, on a vraiment pris le temps de s'asseoir et de regarder ce qu'on fait et qui fait quoi. Ça s'est super bien passé. On se revoyait le lendemain matin pour faire le bilan » (acteur local, 2011).

Même si la concertation intersectorielle s'est améliorée au cours des dernières années, le défi réside toutefois dans le maintien de cette concertation et surtout de l'engagement de tous les acteurs concernés.

Enfin, l'ensemble des partenaires de Lac-Simon rencontrés dans le cadre de cette recherche-évaluation a salué le travail de réseautage et de liaison réalisé par l'EMEM avec les ressources externes. Même si l'EMEM n'a pas offert de traitement, ni pris en charge de suivis d'usagers, les liens développés avec des personnes clés de différents services externes ont facilité et amélioré l'accès à ces services pour les usagers.

Bon coup

Meilleur accès aux services externes pour les usagers issus de la communauté.

Enjeu

Mobilisation de tous les acteurs clés au sein de la communauté.



Mandat 3 – Services culturels et communautaires offerts à la population

À Lac-Simon, le mandat visant à offrir des conseils sur la culture, le fonctionnement local, la langue, etc., aux autres membres (allochtones) de l'EMEM a souvent été mis à contribution. Les membres de l'EMEM n'appartenant pas aux Premières Nations ont fait appel à l'intervenant culturel et communautaire entre autres pour valider une approche, traduire des échanges de l'algonquin vers le français (ou l'inverse) ou encore pour s'informer de la situation dans la communauté en lien avec des événements survenus en dehors des heures de bureau. De manière générale, l'intervenant culturel et communautaire a facilité l'interaction des autres membres de l'EMEM dans les familles et le milieu.

Durant les situations d'urgence sociale, l'intervenant culturel et communautaire a aussi participé aux interventions en se déplaçant dans les résidences afin de vérifier l'état des gens, les écouter et les accompagner au besoin vers les ressources d'aide. Puisqu'il fait partie de la communauté, sa proximité avec la population a été facilitante, particulièrement dans le cadre de ces situations délicates. L'intervenant culturel et communautaire a d'ailleurs souvent été mis à contribution à Lac-Simon, par exemple dans le cadre de groupes sur le deuil.

Sur le plan traditionnel, à l'arrivée de l'EMEM, quelques ressources locales reconnues assuraient déjà la tenue de ce type d'activités dans la communauté, telles que tente de sudation, ressourcement en forêt ou purification. L'équipe locale en santé mentale du centre de santé avait d'ailleurs intégré cette dimension dans son offre de services depuis quelques années déjà. L'intégration d'une autre ressource offrant des activités traditionnelles dans la structure des services à la population, par l'entremise de l'EMEM, est venue renforcer cet aspect dans la communauté. Le défi a cependant été de travailler en partenariat avec les ressources traditionnelles locales. Petit à petit, ces dernières ont fait appel à l'intervenant culturel et communautaire de l'EMEM pour participer à des activités qu'elles-mêmes organisaient et, ainsi, ces différentes ressources ont appris à travailler ensemble.

Bon coup

Renforcement de l'offre d'activités culturelles dans la communauté.

Enjeu

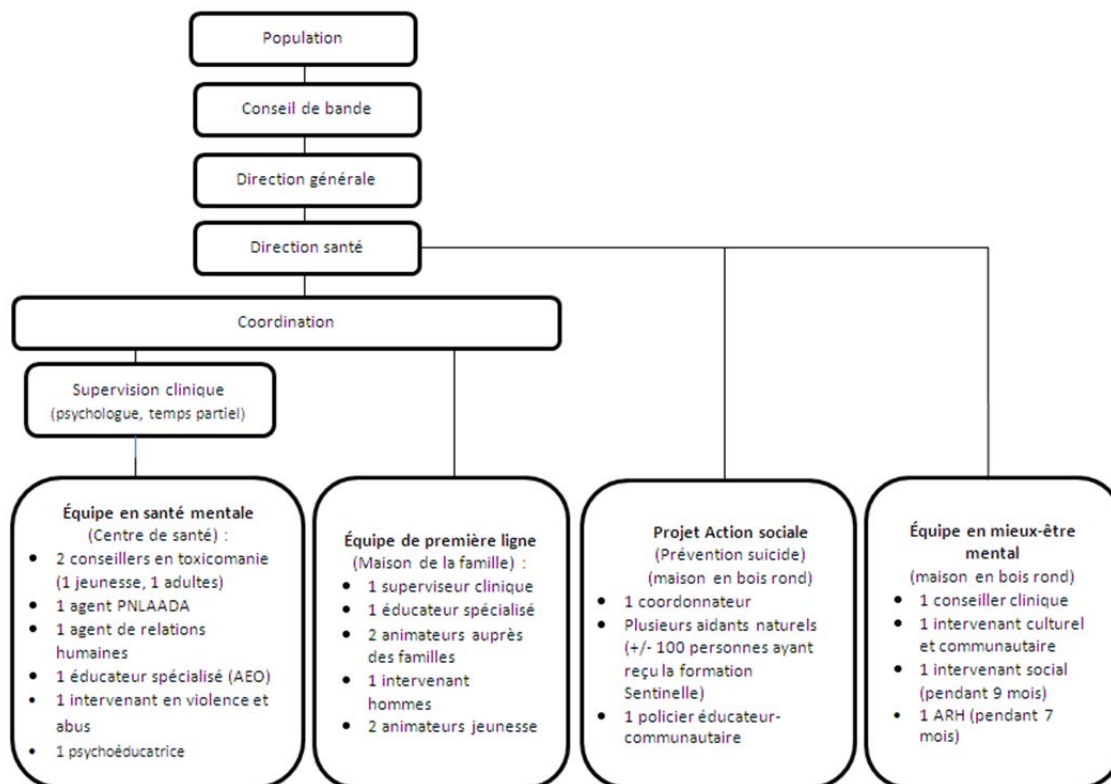
Travailler avec les ressources traditionnelles existantes.

Intégration de l'équipe en mieux-être mental dans la structure locale

Lorsque l'on compare la figure suivante avec celle qui présente la structure des services psychosociaux de Lac-Simon avant l'arrivée de l'EMEM (figure 2), on remarque qu'un autre projet est également venu se greffer à la structure (projet Action sociale), que le poste de coordonnateur a été pourvu et que la communauté ne bénéficie plus des visites d'un psychiatre.



Figure 5 : Intégration de l'EMEM à la structure des services psychosociaux de Lac-Simon



En conclusion

À Lac-Simon, l'EMEM est reconnue pour son travail de réseautage et de liaison avec les ressources extérieures et l'impact sur l'accès aux services pour les usagers découlant de ce travail. Contrairement à la plupart des intervenants du milieu, ce volet faisait partie des mandats de l'EMEM et beaucoup de temps y était accordé. Mais elle a en plus démontré le savoir-faire et le savoir-être nécessaires à la création de liens de confiance, à la mobilisation des acteurs clés ainsi qu'à la mise en place d'un lieu de concertation intersectorielle et à son maintien.

Le tableau suivant présente les leçons apprises à l'égard de la mise en œuvre globale des services de l'EMEM et conclut la partie des résultats portant sur la phase d'implantation.



Tableau 7 : Leçons apprises à l'égard de la mise en œuvre des services

1. La participation à des comités ou regroupements existants (locaux et externes) facilite l'intégration dans le milieu.
2. Il est important de mettre en place des moyens permettant de maintenir la mobilisation communautaire (par exemple : système de communication permettant de garder la population informée).
3. Il faut s'assurer que le conseiller clinique de l'EMEM bénéficie lui-même d'une supervision clinique. Par exemple, en développant un partenariat avec le CSSS de la région.
4. La pratique d'activités traditionnelles relève de la sphère individuelle et ne fait pas l'unanimité dans les communautés. Le volet culturel de l'EMEM devrait être clarifié dans le cadre de la consultation en phase 1 (devrait être clairement défini par chacune des communautés).

3.3 REGARD GLOBAL

Au cours de la troisième phase, c'est-à-dire l'évaluation globale, une dernière collecte de données a été menée auprès des acteurs locaux, externes et régionaux rencontrés au cours des deux premières phases du projet. À cette occasion, l'objectif était de recueillir leur appréciation globale du projet pilote d'équipe en mieux-être mental ainsi que leurs recommandations à l'égard de projets semblables dans le futur.

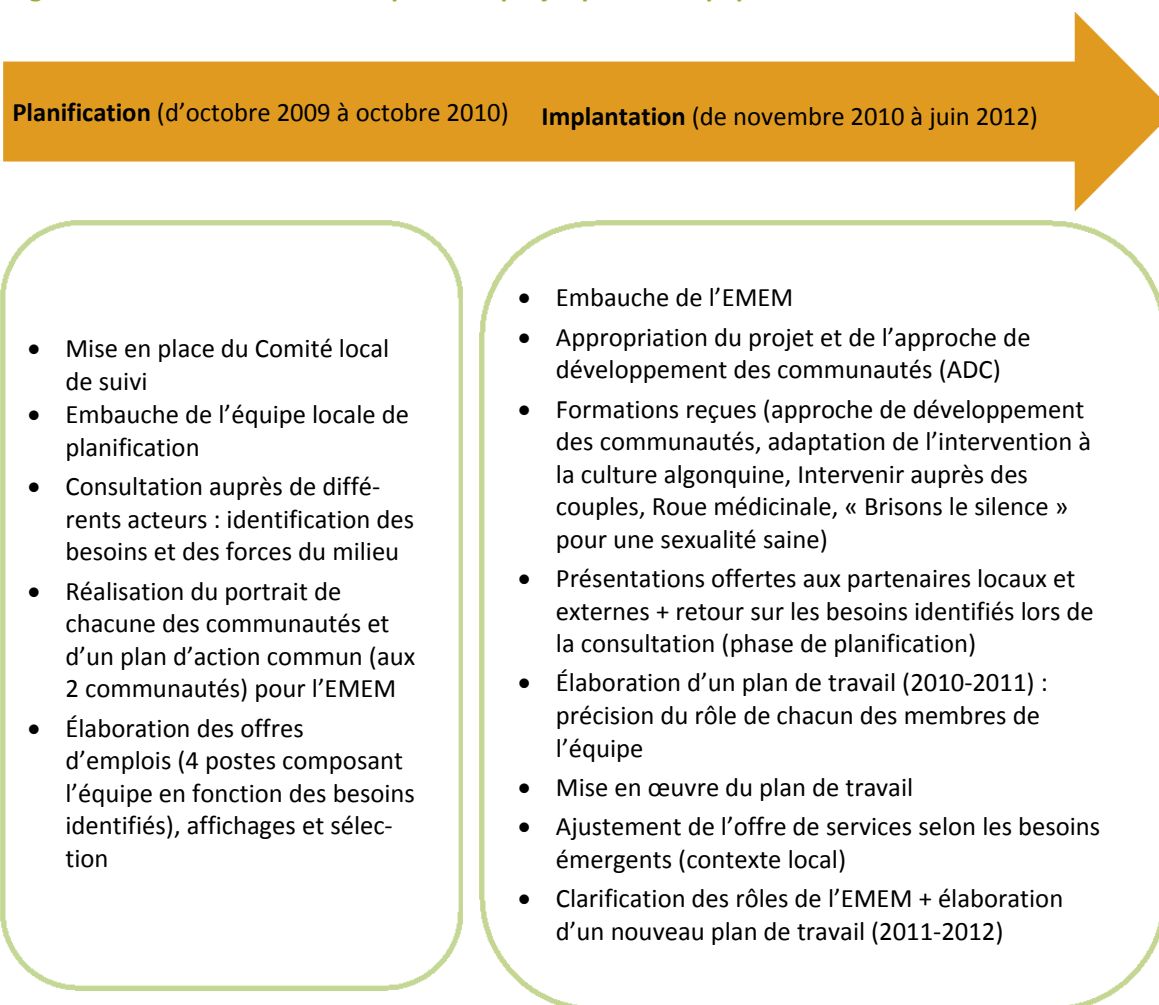
Les résultats de cette dernière collecte de données sont ici présentés. Il est proposé de revoir les grandes étapes ayant marqué la planification et l'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, de revenir aux attentes et objectifs de départ et de constater si ces derniers ont été atteints ou non et pourquoi. Un retour est également fait sur le soutien de la CSSSPNQL tout au long de ce projet. De cette réflexion découlent finalement des recommandations pour d'éventuels projets similaires que d'autres communautés des Premières Nations souhaiteraient implanter.

3.3.1 GRANDES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION ET DE L'IMPLANTATION

La figure suivante présente les grandes étapes qui caractérisent les phases de planification et d'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental.



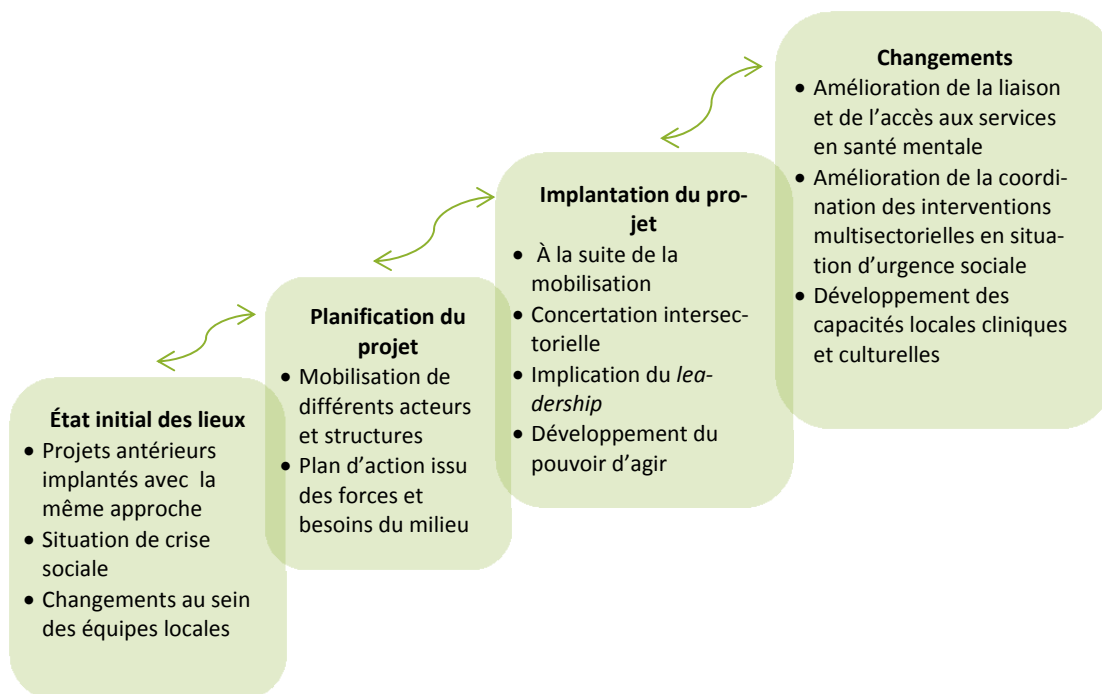
Figure 6 : Processus de mise en place du projet pilote d'équipe en mieux-être mental



Selon l'approche de développement des communautés, ces étapes ne se sont toutefois pas réalisées selon une séquence linéaire. Certaines, telles que le processus d'embauche, la validation et la clarification des mandats de l'EMEM, ou encore la formation offerte aux membres de l'EMEM, ont dû être réalisées à répétition. D'autres encore ont demandé un retour et une vérification auprès des acteurs puis un réajustement de l'action. Dans son application réelle, l'action concertée vers le changement se réalise rarement de manière directe, elle nécessite plutôt de faire des allers-retours, et parfois même des détours (Communagir, 2012-2013). La figure suivante montre ces allers-retours.



Figure 7 : Séquence réelle du processus de mise en place du projet pilote d'équipe en mieux-être mental



De plus, les changements apparus dans le milieu (passage de l'état initial des lieux à celui en fin de projet) doivent être perçus comme dynamiques et leur maintien demande à être constamment alimenté. L'atteinte des changements ciblés n'est pas une fin en soi et différents éléments de contexte peuvent influencer leur maintien et/ou leur bonification. Dans le cas du projet pilote d'équipe en mieux-être mental, une finalité aurait été, par exemple, que les communautés et le RQSSS signent un protocole d'entente en santé mentale et en dépendances. Mais même avec la signature d'un tel document, le changement d'acteurs au sein des organisations peut, entre autres, venir compromettre la mise en œuvre dudit protocole. Les mots d'ordre à retenir pour l'implantation d'un projet selon l'approche de développement des communautés sont : processus itératif, ajustement et souplesse.

3.3.2 ATTEINTE DES OBJECTIFS ET ATTENTES DE DÉPART

L'un des objectifs de ce projet pilote était de vérifier si le **modèle d'équipe mobile en mieux-être mental** (multidisciplinaire et qui allie des approches psychosociales et culturelles) allait permettre de mieux répondre aux besoins et aux réalités des communautés des Premières Nations en matière de double problématique de santé mentale et de dépendances.

Les résultats de la recherche-évaluation montrent que le modèle d'EMEM est une valeur ajoutée pour les communautés des Premières Nations. Dans un contexte d'épuisement, de manque de ressources spécialisées, de changements fréquents au sein des équipes locales et où le cycle des urgences sociales entraîne des défis collatéraux (intervenants personnellement atteints, augmentation de la demande de services), le mandat de soutien-conseil, de liaison et de dévelop-



pement des capacités locales de l'EMEM a réellement facilité la réalisation de certaines fonctions des équipes locales. De plus, en intégrant un volet culturel et communautaire à son offre de services, l'EMEM était en mesure de répondre à différents besoins et rejoindre ainsi un plus grand éventail de personnes (population, intervenants, leaders, etc.).

Le modèle de départ (psychologue en tant que superviseur clinique, infirmier en santé mentale, intervenant social et « guérisseur traditionnel ») et le critère voulant que les intervenants cliniques de l'EMEM possèdent une formation spécifique en santé mentale et soient idéalement membres d'un ordre professionnel ont cependant été jugés irréalistes par les partenaires en communauté. L'embauche simultanée de quatre nouvelles ressources, dont trois professionnels allochtones inconnus du milieu, a comporté plusieurs défis pour les partenaires locaux. En résumé, le modèle d'EMEM est efficace dans le contexte des Premières Nations si on arrive à restreindre le roulement de personnel au sein de cette équipe, à recruter des intervenants formés issus des Premières Nations ou, sinon, des intervenants connus du milieu avec un profil communautaire et une sensibilité culturelle. L'utilisation de stratégies qui évitent l'embauche simultanée de plusieurs nouvelles ressources est aussi un facteur favorisant.

Le fait que **l'EMEM soit partagée entre deux communautés** n'a pas toujours été facilitant pour l'EMEM elle-même, principalement à cause du voyage et aussi parce que les deux communautés fonctionnent de manière distincte et présentent des besoins différents. Du côté des partenaires en communauté, le partage des ressources humaines avec une autre communauté n'est pas commun. Il arrive régulièrement que des ressources externes, par exemple des intervenants du Centre jeunesse, travaillent dans les deux communautés, mais il est rare que des ressources locales (embauchées par les communautés) soient partagées. Cet aspect a demandé un ajustement certain, particulièrement à l'égard de la gestion partagée du projet entre les deux directeurs santé.

Un second objectif de ce projet pilote était de valider le concept selon lequel **l'utilisation de l'approche de développement des communautés** allait apporter davantage de changements que la logique descendante habituellement utilisée pour implanter les programmes dans les communautés des Premières Nations.

La mise sur pied du Comité local de suivi (implication des principaux leaders locaux à toutes les étapes de la planification) a largement contribué à l'appropriation, par les communautés participantes, du projet pilote en mieux-être mental. L'expérience montre qu'en impliquant les acteurs clés locaux dans la définition des objectifs à atteindre, en partant de leurs besoins et des forces du milieu, il est beaucoup plus facile par la suite de les mobiliser et de travailler en concertation avec eux. La consultation auprès des partenaires externes lors de la première phase faisait entre autres état de l'absence des partenaires des Premières Nations aux sièges réservés pour eux au sein des tables et comités régionaux. La mise en place du Comité d'amélioration continue, auquel les directeurs, coordonnateurs et les superviseurs cliniques de chacune des communautés participent, en plus de l'EMEM, compte parmi les changements les plus significatifs.



L'approche de développement des communautés est cependant exigeante et demande une grande implication. Dans un contexte où les ressources sont déjà très sollicitées et parfois épuisées, l'utilisation de cette approche peut aussi être un facteur contraignant. L'objectif n'est donc pas d'ajouter à la charge de travail des ressources locales. Il est impératif de former le plus d'acteurs possible à cette approche et de trouver le moyen de travailler ensemble, autrement. Globalement, le développement des communautés est une approche prometteuse pour l'implantation de projets en milieu des Premières Nations, comme toute autre approche visant la mobilisation et l'*empowerment* (le renforcement de la capacité d'agir). Toutefois, certains facteurs devraient préalablement être évalués. Dans ce cas-ci, l'implantation simultanée de plusieurs nouveaux projets a surchargé les ressources locales et a été un facteur contraignant. Dès le départ, les capacités locales des communautés participantes devraient faire l'objet d'une évaluation, à partir de laquelle un plan de formation et un plan de mise en œuvre seraient réalisés. Le temps et l'énergie nécessaires à la mobilisation et au maintien de la mobilisation des acteurs autour d'un projet ne devraient pas être sous-estimés, d'où l'importance de choisir les acteurs locaux en conséquence.

Enfin, la recherche-évaluation avait pour objectif de vérifier si, globalement, le projet pilote en mieux-être mental allait **augmenter l'autonomie et la responsabilité des communautés participantes envers leur propre mieux-être mental**. La question a été inspirée par l'utilisation de l'approche de développement des communautés, plus précisément de la stratégie d'action visant le développement de la capacité d'agir (*empowerment*).

Il est probablement trop tôt pour répondre à cette question, car ce type de changements, à l'échelle collective, prend plus de temps que celui accordé au projet pilote d'équipe en mieux-être mental. Il est toutefois possible de dire que des mythes erronés à propos de la maladie mentale ont été défaits dans chacune des communautés participantes. La consultation publique sur le sujet en début de projet est venue ouvrir la discussion. Par la suite, les ateliers et les formations offerts à la population, les groupes traitant de la maladie mentale ainsi que la participation à des événements publics ont tous permis de continuer à démystifier le sujet au sein des communautés. Les acteurs locaux ont d'ailleurs affirmé que les gens parlent plus de la santé mentale qu'il y a quatre ans.

Une meilleure organisation et une meilleure coordination des interventions en situation d'urgence sociale ont également été observées, tout comme le dépassement de certaines idées préconçues de part et d'autre des partenaires (communautés et RQSSS). La réponse suggérée à la question posée plus haut serait de dire que ce seront l'accumulation et l'approfondissement d'expériences positives en santé mentale, du même type que le projet pilote d'équipe en mieux-être mental, qui feront une différence dans la prise en charge locale du mieux-être. C'est également dans la poursuite de la mise en commun des efforts du plus grand nombre d'acteurs possible (éducation, sécurité publique, santé, services de première ligne, logement, conseil de bande, etc.) que, petit à petit, des changements significatifs sur le plan de l'autonomie et de la responsabilisation pourront être observés. La persévérance et la continuité dans le temps sont les principaux enjeux à considérer.



3.3.3 SOUTIEN DE LA CSSSPNQL TOUT AU LONG DU PROJET

La CSSSPNQL est une organisation régionale ayant pour mandat d'améliorer la santé et de promouvoir le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, familles et communautés des Premières Nations. Elle doit également leur faciliter l'accès aux services de santé et services sociaux, en s'assurant qu'ils sont adaptés à leur culture, respectueux de leur autonomie et conçus par des organismes des Premières Nations reconnus et approuvés par les autorités locales. Une des fonctions des agents et conseillers de la CSSSPNQL est donc d'accompagner, au besoin, les représentants désignés en communauté dans l'élaboration et la mise en place de services culturellement adaptés et qui répondent aux besoins locaux. Le degré d'accompagnement des communautés par la CSSSPNQL se définit selon les besoins localement exprimés, en ayant toujours comme objectif d'offrir les meilleures chances possibles de réussite lors de l'implantation de nouveaux projets ou programmes.

Le soutien offert dans le cadre du projet pilote d'équipe en mieux-être mental a été intense au cours de la première phase et au début de la seconde, ce qui a nécessité plusieurs déplacements de la conseillère clinique de la CSSSPNQL au sein des communautés. Puis, une fois l'EMEM implantée dans le milieu et ayant développé des liens avec des partenaires locaux et externes, le soutien de la CSSSPNQL est devenu modéré. Il convient de préciser qu'il y a eu un changement de conseillère clinique au sein de la CSSSPNQL, ce qui a aussi contribué à la diminution du soutien apporté par la CSSSPNQL aux communautés durant cette période. Encore une fois, il a été possible d'observer que la création ou non d'un lien de confiance entre les partenaires est cruciale et influe sur la qualité des relations de travail. Enfin, en dernière phase, les besoins en termes de soutien de la part des communautés envers la CSSSPNQL ont plutôt été ponctuels. Par la suite, même une fois le projet pilote terminé, les communautés et l'EMEM ont pu continuer à recevoir de l'appui de la CSSSPNQL (figure 8). Voici un résumé du soutien offert aux communautés à chacune des phases, en fonction de l'approche de développement des communautés.

Soutien offert en cours de planification

Selon les besoins locaux exprimés, le soutien et l'accompagnement de la CSSSPNQL dans le cadre de la première phase du projet pilote en mieux-être mental ont été assurés à différents niveaux : directement auprès de l'équipe locale de planification ainsi qu'auprès des gestionnaires locaux (Comité local de suivi). Auprès de l'équipe locale de planification, par exemple, un accompagnement a été offert pour l'élaboration des questions concernant la consultation. Puis, la conseillère clinique de la CSSSPNQL a fait un transfert de connaissances par observation en animant la première entrevue avec la population, en assistant le chargé de projet lors de la seconde entrevue, puis en le laissant réaliser seule l'entrevue lors de la troisième expérience, et en faisant un retour sur l'expérience par la suite. Sans l'assistance de la CSSSPNQL au cours de cette première phase, le projet n'aurait probablement pas été planifié selon une approche de développement des communautés, tel que ce fut le cas. Au sein des communautés participantes, la planification d'un projet tel que celui-ci et la réalisation d'un plan d'action concerté réalisé à partir de consultations menées par des personnes issues du milieu ne sont pas des pratiques



courantes. En situation semblable, sans le soutien reçu, il aurait été beaucoup plus simple pour les communautés de faire appel à un consultant externe pour réaliser le mandat demandé. Le fait que la démarche de planification ait été prise en charge et assumée par les communautés elles-mêmes demeure novateur et a, pour cette raison, demandé un accompagnement soutenu de la part de la CSSSPNQL.

Le soutien offert aux gestionnaires locaux par le biais du Comité local de suivi a largement porté sur la définition des profils d'emplois pour la formation de l'EMEM, sur les entrevues de sélection et sur le suivi auprès des professionnels en santé mentale retenus à la suite des entrevues. Par exemple, certaines clauses de leurs contrats ont été négociées par la conseillère clinique de la CSSSPNQL. Elle leur a aussi apporté des précisions quant au mandat qui les attendait en communauté. Son expertise en santé mentale a, en effet, été un facteur facilitant pour les communautés participantes en ce qui concernait cette portion du processus d'embauche.

Soutien offert en cours d'implantation

Au moment de l'arrivée de l'EMEM, le poste des ressources humaines d'une des deux communautés est vacant et celui de la seconde communauté est nouvellement comblé. Durant cette période, la CSSSPNQL assure un rôle plus large que celui de soutenir et d'accompagner. Par exemple, elle gère la majeure partie des deux semaines d'accueil et d'orientation de l'EMEM en expliquant les objectifs du projet et son mandat (présentation du plan d'action) et en offrant des formations, puis en introduisant l'EMEM auprès des partenaires externes en santé mentale (visite des installations de part et d'autre).

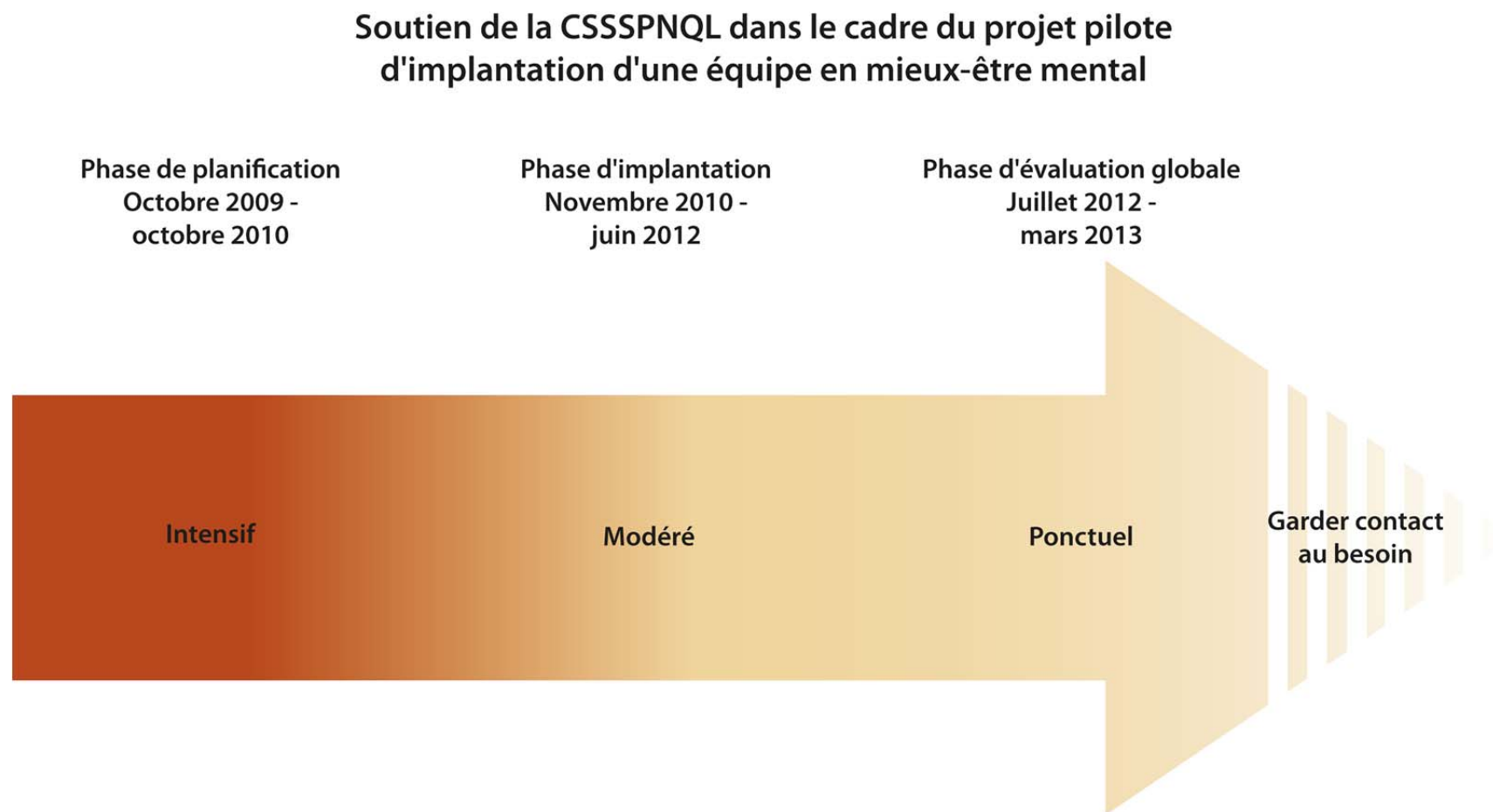
Au cours de la seconde moitié de la phase d'implantation, la conseillère clinique de la CSSSPNQL est remplacée. Les relations entre l'EMEM et la seconde conseillère clinique de la CSSSPNQL sont différentes et l'EMEM fait davantage appel à des ressources locales (dans chacune des communautés et dans le RQSSS) pour les besoins qu'elle rencontre. L'équipe est ainsi graduellement devenue autonome et son besoin de soutien de la part de la CSSSPNQL a été beaucoup plus ponctuel à partir de ce changement.

L'importance du lien de confiance

En résumé, les résultats obtenus par la recherche-évaluation montrent que le soutien et l'accompagnement de la CSSSPNQL auprès des deux communautés participantes ont été cruciaux à certains moments, surtout durant la première phase (planification) et au début de la seconde phase (implantation). Sans ce soutien, l'implantation du projet selon l'approche de développement des communautés aurait probablement été compromise. Par ailleurs, pour être en mesure d'appuyer adéquatement les communautés, l'établissement d'une relation de confiance entre les représentants de la CSSSPNQL et ceux des communautés est essentiel. Encore une fois, le changement de personnel en cours de projet est un facteur contraignant et peut présenter des défis dans l'offre de soutien.



Figure 8 : Intensité du soutien de la CSSSPNQL dans le temps



3.3.4 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS GLOBALES

L'évaluation d'implantation du projet pilote d'équipe en mieux-être mental a permis de tirer certaines leçons et de cibler les principaux facteurs susceptibles de favoriser la réussite globale d'un tel projet. Les recommandations suivantes ont été formulées en souhaitant que celles-ci puissent servir de pistes d'action pour d'autres communautés des Premières Nations du Québec qui souhaiteraient s'inspirer de cette expérience pour mettre en place leur propre équipe de mieux-être mental, selon une approche de développement des communautés. Ces recommandations s'adressent également aux différents partenaires qui ont contribué à la mise en œuvre de ce projet.

Recommandations s'adressant aux communautés

Les leaders locaux (politique, direction, leaders informels) ont un rôle actif à jouer dans toute démarche collective initiée dans le but d'améliorer le mieux-être de leur communauté. L'expérience montre qu'il peut être difficile de mobiliser tous les acteurs clés de la communauté et, par la suite, de garder cette mobilisation vivante. Chaque acteur doit avoir un rôle à jouer et le pouvoir d'agir devrait être partagé. Enfin, des stratégies de règlement de conflits devraient être développées dans le cas où des malentendus surviendraient.

Recommandations :

- *Sensibiliser les acteurs clés locaux au mieux-être mental;*
- *S'assurer qu'ils sont ouverts à s'engager dans une initiative collective dans le but d'améliorer la situation.*

Lorsque la pérennité financière des projets pilotes n'est pas assurée et que les communautés acceptent tout de même d'y participer, les partenaires impliqués devraient penser à mettre en place une stratégie visant à traiter du sujet et à envisager différentes options dès le départ. Les communautés hôtes d'un tel projet demeurent toutefois les mieux placées pour décider comment les nouveaux services devraient être intégrés dans leur structure. L'éventualité de dégager du temps à certaines ressources du milieu afin que celles-ci puissent accomplir des mandats en mieux-être mental est à considérer pour la pérennité des services. Bien que cette stratégie puisse s'avérer difficile dans un contexte de manque de ressources, elle aurait l'avantage de diminuer les enjeux liés à l'intégration d'une nouvelle équipe, à l'accessibilité à des logements, à la disponibilité des bureaux en communauté et à la pérennité financière. Dans le cadre d'un projet tel que celui-ci où une équipe est partagée entre deux communautés, cette piste de solution demande toutefois que les communautés acceptent de partager leurs ressources.

Recommandation :

Assurer la pérennité des services en mieux-être mental en communauté.



Tout nouvel employé (allochtone ou des Premières Nations) qui travaille dans la communauté pour la première fois doit recevoir un minimum de formation sur le fonctionnement local et, le cas échéant, sur la culture et l'histoire de la communauté. Le parrainage avec une ressource du milieu est une piste intéressante à explorer. Le parrainage est tout aussi recommandé pour les employés des Premières Nations, même ceux issus du milieu, afin de les accompagner dans leurs nouvelles fonctions. Après quelques semaines, un retour devrait être fait avec les nouveaux employés afin de vérifier leur satisfaction et s'assurer du transfert des connaissances relatif à leurs fonctions. Un tel processus favoriserait la rétention du personnel ainsi que la sécurité culturelle dans les services offerts à la population.

Recommandation : *Offrir un processus formel d'accueil et d'intégration aux nouveaux employés.*

Le flou associé à un projet pilote ou à une première initiative visant, entre autres, à expérimenter, tirer des leçons et réajuster l'action au besoin peut rendre difficile l'établissement d'un plan de mise en œuvre. Par plan de mise en œuvre, il est entendu de décrire les grandes étapes liées à la planification et à l'implantation du projet, de définir les objectifs de ces étapes, de cibler les principaux partenaires et les activités prioritaires, de dresser un échéancier approximatif et d'identifier les personnes responsables d'entreprendre l'action. Ce plan de mise en œuvre se veut souple et adaptable selon les besoins. Il permet premièrement de réfléchir à l'ensemble des activités par lesquelles le projet doit passer et deuxièmement d'avoir une vision globale (à long terme) du projet.

Recommandation : *Développer, en concertation avec le milieu, un plan de mise en œuvre du projet.*

Recommandations s'adressant aux organisations régionales des Premières Nations

Conformément au mandat d'accompagnement et de développement des communautés à des fins d'autodétermination, les organisations régionales des Premières Nations devraient réfléchir à une stratégie permettant d'amener le plus de partenaires possible à collaborer, et ce, le plus rapidement possible dans la planification et le développement d'un projet. La mise sur pied d'un comité consultatif réunissant des représentants de la ou des communauté(s), des ressources externes, de l'organisation régionale des Premières Nations concernée, des gouvernements fédéral et provincial permettrait de réunir les différents acteurs ayant un rôle à jouer dans le projet. Ce processus leur donnerait également l'occasion de signifier leurs attentes, leurs besoins, et leurs enjeux respectifs. Il s'agirait alors d'une première démarche de mobilisation et de travail de concertation.

Recommandation : *Réunir l'ensemble des partenaires dès la conception du projet.*



Dans le but d'améliorer et/ou de bonifier leur offre de services à la population, les communautés vont rarement refuser de participer à un nouveau projet lorsque du financement est disponible. L'ensemble des conditions nécessaires à la bonne réussite du projet devrait rapidement être établi et faire partie des critères de sélection des communautés participantes. L'embauche d'une nouvelle équipe complète et l'intégration de celle-ci dans le milieu sont des processus exigeants pour les communautés. La présence d'au moins une ressource locale ayant déjà travaillé en développement des communautés et disponible pour encadrer la nouvelle équipe au cours des premiers mois devrait compter parmi les critères de sélection. Dans le cas où il est impossible de compter sur une telle ressource, il est recommandé de déterminer des stratégies en fonction des capacités locales et de revisiter ces stratégies lorsque des changements majeurs surviennent au sein des équipes locales.

Recommandation : *Analyser la capacité locale de la communauté à recevoir un nouveau projet et à travailler avec une approche de développement des communautés.*

Au Québec, le projet pilote d'équipe en mieux-être mental était une des premières initiatives dans le domaine de la santé mentale et des dépendances implantées dans les communautés des Premières Nations. Il a été constaté que peu de formations existantes sur ces sujets sont adaptées à la culture des Premières Nations. Les organisations régionales des Premières Nations concernées doivent favoriser, à la demande des communautés, le développement de formations en santé mentale, ainsi que celles sur la double problématique de santé mentale et de dépendances. L'offre de formations devrait cibler les acteurs clés en communauté, afin que ceux-ci deviennent les agents multiplicateurs de leur milieu. Dans le but de contrer les enjeux liés à la perte des connaissances causée par les nombreux départs au sein des équipes locales, les formations devraient être offertes à tous : aux intervenants dans le domaine, aux partenaires des autres secteurs, aux directions, aux membres du conseil de bande et à la population. L'important est que l'ensemble de ces outils soit offert aux communautés en guise de point de départ pour une adaptation et une appropriation locales, ainsi qu'une bonification dans le temps.

Recommandation : *Fournir aux communautés des outils culturellement adaptables en mieux-être mental.*



Recommandation s'adressant aux instances gouvernementales

L'établissement de relations basées sur le respect et la collaboration entre les gouvernements provincial et fédéral, ainsi qu'avec les organisations des Premières Nations, est essentiel à la mise sur pied d'un projet semblable. Dans le cadre de ce projet pilote, le Comité de suivi et d'orientation réunissant ces trois paliers a favorisé la cohérence et une complémentarité dans l'organisation des services. La mobilisation de chacun des paliers gouvernementaux à toutes les étapes du projet est considérée comme essentielle. Ceci inclut la question de la pérennité du projet qui devait être au cœur des préoccupations des partenaires gouvernementaux.

Recommandation : *Maintenir un comité tripartite (fédéral, provincial et Premières Nations) tout au long du projet afin de faciliter la concertation, assurer une cohérence et une complémentarité (incluant la question de la pérennité du projet).*



4 CONCLUSION

Lorsque l'on compare les objectifs de départ avec ce qui a réellement été mis en œuvre par l'EMEM, on constate qu'au final, une partie des objectifs de départ a été atteinte. Par ailleurs, lorsque l'on présente les résultats selon l'approche de développement des communautés et que le contexte local de chacune des communautés est pris en compte, il est possible d'apprécier différemment les réalisations de l'EMEM. En fin de compte, on constate que l'EMEM a fait beaucoup avec peu et dans un contexte qui n'a pas toujours été facilitant.

Les données montrent qu'avec le temps, l'EMEM a gagné en crédibilité auprès des partenaires locaux, externes et régionaux. À la fin du projet pilote, l'EMEM était bien implantée dans le milieu, autant à Lac-Simon qu'à Kitcisakik. Le soutien qu'elle a offert aux ressources locales a été très apprécié, de même que le travail de réseau et de liaison réalisé avec les ressources externes. En plus d'améliorer la liaison et l'accès aux services, le réseautage a aussi permis de briser l'isolement des communautés et de diminuer les résistances de part et d'autre. Les mandats de soutien et de coaching clinique, ainsi que de réseautage sont très appropriés en milieu des Premières Nations dans lequel on retrouve un important roulement de personnel et des ressources vivant régulièrement des épisodes de surcharge et d'épuisement. Le volet culturel a aussi été une valeur ajoutée, et ce, même si, dans le milieu, les services culturels et les services cliniques de l'EMEM ont davantage été connus individuellement que comme étant le fait de l'offre de services d'une seule et même équipe. La multidisciplinarité de l'équipe a fait une différence pour les membres de l'EMEM en facilitant l'interaction des membres allochtones avec la population locale, ainsi que pour le milieu en permettant d'intervenir sur différents fronts, particulièrement dans les situations d'urgence sociale.

L'enjeu majeur du projet a été les départs répétitifs des ressources humaines : premièrement au sein de l'équipe locale de planification et de l'EMEM par la suite. Pour diminuer ceux-ci, une des solutions serait l'embauche d'intervenants issus du milieu, compétents dans le domaine du mieux-être mental. Dans une logique de développement à long terme et pour assurer la relève locale, des campagnes de promotion devraient être menées auprès des jeunes des Premières Nations afin de les inciter à se former dans ce domaine, que ce soit dans un cadre académique et/ou par le biais des méthodes traditionnelles. Sur un plan macro, les acteurs régionaux pourraient réfléchir à la possibilité de mettre en œuvre, en partenariat avec des représentants des communautés et du milieu académique, un corpus d'études adapté aux Premières Nations dans le domaine du mieux-être mental, incluant un volet culturel. Le projet pilote d'équipe en mieux-être mental au Québec était une des premières initiatives dans le domaine et devrait marquer le début d'initiatives plus grandes.



SITUATION DE L'EMEM EN MARS 2013

La troisième et dernière phase du projet pilote visait à faire une évaluation globale et ne s'intéressait donc pas directement aux réalisations de l'EMEM au cours de cette période (de juillet 2012 à mars 2013). Cette dernière partie offre un complément d'information aux résultats présentés précédemment. Il est intéressant de montrer la situation de l'EMEM en toute fin de projet et de constater qu'elle a continué à s'intégrer à la structure locale de chacune des communautés.

L'EMEM

Comme prévu, en août 2012, l'intervenant social de l'EMEM a réintégré son poste et poursuivi son mandat auprès de la population jeunesse/famille. Après une année d'absence, quelques semaines d'adaptation ont été nécessaires avant de reprendre les activités dans les écoles, à la Maison de la famille, à la Maison des jeunes, etc., dans chacune des communautés. En mars 2013, l'embauche d'un quatrième intervenant est venu compléter l'EMEM : le poste est intitulé *intervenant en santé mentale* et ses fonctions sont similaires à celles associées au poste d'ARH. La personne retenue a de l'expérience auprès des deux communautés, car elle y travaille depuis plusieurs années dans le cadre d'une autre fonction, ce qui facilite grandement son intégration. Le complètement de l'EMEM vient solidifier l'équipe et favorise la cohésion de groupe (par exemple, des rencontres d'équipe sont désormais régulièrement tenues). L'offre de services⁴⁰ s'est aussi précisée et le plan de travail 2013-2014 de l'EMEM intègre maintenant des services directs à la population. À titre d'exemple, de nouveaux groupes de traitement seront mis sur pied à Kitcisakik, à la suite de demandes localement exprimées lors de la recherche menée auprès des hommes et des femmes de la communauté. L'intervenant en santé mentale de l'EMEM assurera, entre autres, ce mandat. À Lac-Simon, l'EMEM est maintenant invitée à participer aux rencontres de l'équipe de santé mentale du centre de santé, et des mécanismes permettant de mieux travailler ensemble sont en cours de développement.

Le financement

En octobre 2011, dans le cadre d'une rencontre nationale, la DGSPNI annonçait à tous les projets pilotes d'équipe en mieux-être mental qu'ils allaient bénéficier d'une année de financement supplémentaire aux quatre années initialement planifiées. Au Québec, ce nouveau financement permet de maintenir en place l'EMEM dans les deux communautés jusqu'en mars 2014. Au moment de la rédaction de ce rapport, la pérennité financière n'était cependant pas garantie. Redoutant la fin du projet, les deux communautés participantes ont rédigé une lettre au bailleur de fonds afin de signifier leur inquiétude. L'arrêt du financement accordé à ce projet, additionné à l'arrêt de financement de projets pilotes antérieurs, est localement vécu comme une rupture : la rupture de liens humains créés dans le cadre de ces projets ainsi que la rupture de la confiance envers de tels projets. La CSSSPNQL appuie les communautés pilotes dans leurs démarches de lobbying auprès du bailleur de fonds.

⁴⁰ Se référer à l'annexe 4 pour consulter l'offre de services de l'EMEM.



Finalement, soulignons que la CSSSPNQL, le MSSS et la DGSPNI poursuivent leur partenariat dans le domaine de la santé mentale à travers un projet démarré en 2011 et visant le développement de protocoles de collaboration en santé mentale et en dépendances entre les communautés des Premières Nations du Québec et leur CSSS respectif. Globalement, les actions ciblant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services en santé mentale et en dépendances pour les Premières Nations se poursuivent.



GLOSSAIRE

Anishnabe/Anicinapek : Mot algonquin, orthographié différemment à Lac-Simon et à Kitcisakik, pour désigner le peuple de cette Nation.

Logique ascendante (*Bottom-up*) : « (...) correspond à l'aspiration des acteurs locaux de pouvoir déterminer localement les problèmes prioritaires et les stratégies d'action appropriées. Cette logique ascendante se subdivise elle-même en deux logiques (Proulx, 1997) : la logique autonomiste, qui est faite d'exigences d'autodétermination des pratiques, et la logique complémentariste, qui renvoie à la demande d'institutionnalisation et d'intégration aux programmes, issue de la logique descendante, souvent à des fins de survie financière » (Fournier *et autres*, 2001 dans Bourque et Favreau, 2003 : 302).

Logique descendante (*Top-down*) : « (...) correspond aux politiques et programmes gouvernementaux de recours aux communautés et qui se subdivise en deux logiques : la logique d'expertise prescriptive, qui s'appuie sur le pouvoir qu'ont les experts de déterminer le contenu des programmes pour répondre aux besoins prédéterminés des communautés, et la logique d'*empowerment*, qui renvoie à la mobilisation active des communautés pour agir sur les déterminants de la santé. Ces deux logiques sont particulièrement présentes dans le domaine de la santé publique » (Bourque et Favreau, 2003 : 302).

Mieux-être mental : De façon générale, la santé mentale réfère à la recherche d'un bien-être personnel, d'un sentiment de satisfaction générale, d'accomplissement et de maîtrise sur sa vie [Traduction libre] (Kirmayer, Whitley & Fauras, 2009). Chez les Premières Nations, ce concept intègre une dimension supplémentaire, soit l'harmonie et l'équilibre dans les relations avec la famille, la communauté, la terre et l'environnement [Traduction libre] (Castellano, 2006; Stout, 1994; Henderson, Robson, Cox *et autres*, 2007; Kirmayer, Fletcher & Watt, 2008 dans *ibid.*). Le terme « mieux-être mental » englobe non seulement la santé mentale, mais également toutes les sphères de la vie communautaire. En ce sens, le suicide, l'alcoolisme ou la toxicomanie sont perçus comme les signes d'une perturbation ou d'un déséquilibre dans le mieux-être d'une communauté et sont intégrés au concept de mieux-être mental (CSSSPNQL et DSPNI-Région Québec, 2009).

Premières Nations : Le Conseil mixte de l'Assemblée des Premières Nations du Canada utilise le terme « Premières Nations » pour la première fois en 1980-1981 dans la Déclaration des Premières nations. Symboliquement, le terme « Premières Nations » cherche à donner aux Peuples autochtones, en quête d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale, le statut de « premiers parmi des égaux » aux côtés des peuples fondateurs : les Anglais et les Français. Ce terme n'est pas utilisé par les autochtones qui vivent à l'extérieur du Canada (Encyclopédie canadienne, 2012).



Recherche-évaluation : Il existe une diversité d'approches théoriques et de pratiques de l'évaluation. Dans le cadre de la présente démarche, il ne s'agit pas de porter un jugement extérieur avec des critères extérieurs à la logique d'action locale, mais bien, dans une perspective de développement des communautés, d'apprécier comment les gens travaillent ensemble, dans une préoccupation de soutien à l'action. C'est pourquoi le terme recherche-évaluation est retenu. Plus précisément, la recherche-évaluation est entendue comme une approche qui utilise certaines méthodes de la recherche et produit des connaissances, mais dans le cadre d'une démarche évaluative, c'est-à-dire en étant près des préoccupations et de la réalité du milieu et en ayant pour finalité d'être utile aux communautés.

Résilience : « (...) une personne résiliente est celle qui réussit à s'adonner à des activités de vie saine (par exemple : un emploi stable, un mariage de longue durée et un bien-être global) même si elle a été exposée à des situations qui comportaient un risque élevé de détresse émotionnelle, mentale ou physique » (Rutter, 2001 dans FADG, 2003 : 5).

Savoirs autochtones : « Les savoirs locaux et autochtones comprennent les connaissances, savoir-faire et philosophies développés par des sociétés ayant une longue histoire d'interaction avec leur environnement naturel. Pour les peuples ruraux et autochtones, le savoir traditionnel est à la base des décisions prises sur des aspects fondamentaux de leur vie quotidienne. Ce savoir est une partie intégrante d'un système culturel qui prend appui sur la langue, les systèmes de classification, les pratiques d'utilisation des ressources, les interactions sociales, les rituels et la spiritualité. Ces modes de connaissance uniques sont des éléments importants de la diversité culturelle mondiale et sont à la base d'un développement durable localement adapté » (UNESCO, 1995-2012).

Sécurité culturelle : « La sécurité culturelle nous transporte au-delà de la prise de conscience culturelle et la reconnaissance des différences. Elle surpasse la sensibilité culturelle qui reconnaît l'importance de respecter les différences. La sécurité sociale nous aide à comprendre les limites de la compétence culturelle qui met l'accent sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens. La sécurité culturelle est basée sur la compréhension des rapports inégaux de pouvoir inhérent à la prestation des soins de la santé et sur le redressement de ces iniquités à l'aide de processus éducationnels » (Spence, 2001, cité dans L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada, 2009 : 2).



REFERENCES

- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador – APNQL (2005). *Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador*, 79 pages, disponible à l'adresse suivante :
<http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/protocole-fr.pdf?sfvrsn=2>
- Bourque, D. et L. Favreau (2003). *Le développement des communautés et la santé publique au Québec*, Service social, Vol. 50, n° 1, p. 295 à 308.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador – CSSSPNQL (2009). Rapport du facilitateur, comité d'orientation, équipe mobile en mieux-être mental, document interne.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador – CSSSPNQL et Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits – DGSPNI-Région Québec (2009). *Document d'information et d'orientation, projet pilote d'implantation d'une équipe mobile en mieux-être mental dans deux communautés des Premières Nations du Québec*, révisé en septembre 2009, 30 pages, document interne.
- CRISE (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.criseapplication.uqam.ca/>
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits – DGSPNI (2009). *Cadre d'évaluation proposé pour l'approche d'équipe en mieux-être mental pour les services en santé mentale et en toxicomanie sur communautés autochtones*, préparé par J. A. Chouinard, K. Moreau et J. B. Cousins, Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires, Université d'Ottawa pour la DGSPNI, Santé Canada, document interne.
- Fondation autochtone de guérison – FADG (2003). *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats*, 64 pages, disponible à l'adresse suivante :
<http://www.fadg.ca/downloads/resilience.pdf>
- Fondation autochtone de guérison – FADG (2004). *Traumatisme historique et guérison autochtone*, 126 pages, disponible à l'adresse suivante :
<http://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf>
- Fondation autochtone de guérison – FADG (2006). *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison, Volume I : Un cheminement de guérison : Le rétablissement du mieux-être*, 513 pages, disponible à l'adresse suivante :
<http://www.fadg.ca/downloads/volume-i-rapport-final.pdf>
- Fondation autochtone de guérison – FADG (2007). *Projet de recherche sur le paiement forfaitaire compensatoire : le cercle se referme*, 188 pages, disponible à l'adresse suivante :
<http://www.fadg.ca/downloads/projet-de-recherchesur.pdf>



Fondation autochtone de guérison – FADG (2008). *De la vérité à la réconciliation, Transformer l'héritage des pensionnats*, 505 pages, disponible à l'adresse suivante : <http://www.fadg.ca/downloads/francais-truth-reconciliation.pdf>

Fondation autochtone de guérison – FADG (2010). *Paiement d'expérience commune, composante de l'Accord de règlement relatif aux pensionnats indiens, et guérison : une étude qualitative exploratoire des incidences sur les bénéficiaires*, 205 pages, disponible à l'adresse suivante : <http://www.fadg.ca/downloads/cep-fr.pdf>

Fondation autochtone de l'espoir (2003). *Que sont les enfants devenus? L'expérience des pensionnats autochtones*, 64 pages.

Kirmayer L.J., B. Whitley, et V. Fauras (2009). *Community Team Approaches to Mental Health Services and Wellness Promotion*, un rapport préparé pour Santé Canada, Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits, Culture and Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Jewish General Hospital, 138 pages, disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.mcgill.ca/tcpsych/sites/mcgill.ca.tcpsych/files/Report15.pdf>

L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (2009). *Compétence culturelle et la sécurité culturelle en enseignement infirmier*, Programme d'études pour la profession d'infirmière autochtone, 28 pages, disponible à l'adresse suivante : <http://www.anac.on.ca/Documents/Making%20It%20Happen%20Curriculum%20Project/French%20Final-Framework.pdf>

Laboratoire de recherche pour le soutien des communautés - Laresco (2006). *Étude de besoins en matière de services sociaux dans trois communautés autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue* (Kitcisakik, Lac-Simon et Pikogan), D. Thomas, S. Dugré, P. Le Blanc, J.-A. Connelly, 125 pages, disponible à l'adresse suivante : http://www.uqat.ca/telechargements/info_entites/Services%20sociaux%20Algonquins%20Final%202006.pdf

Loiselle, M., A.-L. Bourdaleix-Manin, M. Potvin, avec la collaboration de C. Joly (2011). *Le retour des jeunes enfants dans la communauté algonquine de Kitcisakik : une recherche-action visant l'engagement de la communauté envers la santé et le bien-être des enfants*, rapport de recherche : phases II, III et IV, Chaire Desjardins en développement des petites collectivités, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 216 pages, disponible à l'adresse suivante : https://depot.erudit.org/bitstream/003576dd/1/Loiselle_et_al_Rech_action_Kitcisakik_2011.pdf

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec – OTSTCFQ (2010). *Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, 64 pages, disponible à l'adresse suivante : http://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/guide_supervision.pdf

Portrait des communautés de Lac-Simon et Kitcisakik (2010). *Analyse de la collectivité et des besoins*, Projet d'équipe mobile en mieux-être mental, document interne.



van Galeen, R. P., P. K. Wiebe, K. Langlois, E. Costen (2009). *Réflexion sur le bien-être mental des collectivités des Premières Nations*, dans Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones, Institut canadien d'information sur la santé, p. 9 à 17.

Sites Internet consultés :

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or : <http://www.csssvo.qc.ca/>

Centre Normand : <http://www.centrenormand.org/>

Communagir : <http://www.communagir.org/>

Encyclopédie canadienne : Premières Nations.

<http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/premieres-nations>

Kitcisakik : www.kitcisakik.ca

Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec:

<http://www.ordrepse.qc.ca/Psychoeducateur/loi21.aspx>

Organisation mondiale de la Santé – OMS : <http://www.who.int/fr/>

UNESCO. *Système de savoirs locaux et autochtones* : <http://www.unesco.org/new/fr/natural-sciences/priority-areas/links/related-information/what-is-local-and-indigenous-knowledge/>

Wikipédia. Simosagigan : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Simosagigan>

Sites Internet suggérés

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations : <http://www.rhs-ers.ca/fr>

Centre national d'excellence en santé mentale – CNESM :

<http://www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298>

CSSSPNQL : <http://www.cssspnql.com/>



ANNEXE 2 : RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Êtes vous d'accord avec ce qui a été dit ?

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires à propos des données recueillies ou du projet lui-même.

Vous voulez ajouter des informations ? Vous avez des idées à partager ? N'hésitez pas à communiquer avec nous !



Vous êtes peut-être intéressés à faire partie de l'équipe ? Vous voulez savoir quels services d'intervenants sera sur place ? Surveillez les offres d'emploi qui seront affichés au cours du mois de juin ou contactez nous au (819) 736-2107 ou sur le cellulaire au (819) 860-9569.

Kitci Migwetc à tous pour votre participation !

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Marie-Rose Papatie, chargée de projet
Véronique Champoux, secrétaire

Bur.: (819) 736-2107

Cell.: (819) 860-9569



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Kitcisakik et Lac Simon



Femmes de Kitcisakik

Voici ce que vous avez dit et/ou suggéré pour notre projet en mieux être mental.

Résultats auprès des femmes de Kitcisakik (18 à 64 ans)

Nous avons rencontré 30 membres de la communauté dont 10 hommes, 17 femmes et 3 aînés. Les jeunes n'ont pas été rencontrés mais ils le seront lorsque l'équipe mobile sera en place. Voici donc ici le résumé des rencontres auprès des femmes de Kitcisakik. Seulement les réponses qui revenaient le plus souvent ont été indiquées ici.

Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?

1. C'est prendre soin de soi en premier (s'aimer, être bien avec soi, être bien dans ses pensées et dans sa tête).
2. C'est être sobre.
3. C'est se tenir occupées (travail, activités, avoir un groupe d'amis, s'occuper l'esprit).

Quelles sont les problématiques de santé mentale les plus importantes qui touchent la communauté ?

1. La consommation de drogue et l'alcool.
2. La violence physique et psychologique en général et particulièrement envers les enfants.
3. La schizophrénie.

Quelles sont les services offerts sur la communauté et à l'extérieur pour les gens qui souffrent de dépendance ou de santé mentale ? En communauté, les services les plus connus des femmes sont :

- 1- Le service de première ligne
- 2- et le service de toxicomanie.

À l'extérieur ce sont les services de thérapie qui sont les plus connus auprès des femmes.

Qu'est-ce qui manque dans la communauté afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. Intervenants spécialisés (en santé mentale, pour les abuseurs, psychologue).
2. Intervenants Anishnabe en santé mentale.
3. Activités culturelles et traditionnelles (cercle de partage, légende Anishnabe, danse, ressourcement).

Qu'est-ce que je peux faire afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. Soutenir, aider, écouter et encourager les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale.
2. Quelques-unes ne savent pas comment elles pourraient apporter leur aide et certaines considèrent en faire déjà assez.

Vers quelles personnes ou vers quels services je vais lorsque je vais moins bien ?

1. La plupart vont vers les amis, la famille et/ou une personne de confiance.
2. Plusieurs vont aller chercher des services.
3. Quelques-unes préfèrent rester seules.

Quelles sont les forces et les faiblesses de la communauté ?

Voici les principales forces que les femmes ont identifiées.

- Les gens sont accueillants, souriants et ont un bon sens de l'humour.
- Il y a plus de services et d'activités sur la communauté.

(Quelques une ont dit n'avoir plus de force et/ou n'ont pu en identifier).

Voici les principales faiblesses que les femmes ont identifiées :

- La consommation d'alcool et de drogue. (Il est souligné aussi le manque de respect de ceux qui sont sobres versus ceux qui sont en cheminement et beaucoup de jugement face à ceux-ci).
- Le commérage et/ou les rumeurs.
- Le manque d'entraide et de confiance entre les gens.



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Bur.: (819) 736-2107

Cell.: (819) 860-9569



Êtes vous d'accord avec ce qui a été dit ?

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires à propos des données recueillies ou du projet lui-même.

Vous voulez ajouter des informations ? Vous avez des idées à partager ? N'hésitez pas à communiquer avec nous !



Vous êtes peut-être intéressée à faire partie de l'équipe ? Vous voulez savoir quels services d'intervenants sera sur place ? Surveillez les offres d'emploi qui seront affichés au cours du mois de juin ou contactez nous au (819) 736-2107 ou sur le cellulaire au (819) 860-9569.

Kitci Migwetc à tous pour votre participation !

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Marie-Rose Papatie, chargée de projet
Véronique Champoux, secrétaire
Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Kitcisakik et Lac Simon



Ainés de Kitcisakik

Voici ce que vous avez dit et/ou suggéré pour notre projet en mieux être mental.

Résultats auprès des ainés (64 ans et plus)

Nous avons rencontré 30 membres de la communauté de Kitcisakik dont 10 hommes, 17 femmes et 3 ainés. Nous vous présentons donc ici le résumé de la rencontre avec les 3 ainés de la communauté. Seulement les réponses qui revenaient le plus souvent ont été indiquées ici. Voici donc les résultats obtenus par la majorité d'entre eux.

Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?

1. Avoir des pensées positives, des bonnes pensées.
2. Avoir l'équilibre, être en harmonie.
3. Être en contact avec la nature (se lever tôt, voir le lever et le coucher du soleil).

Quelles sont les problématiques de santé mentale les plus importantes qui touchent la communauté ?

1. Les suicides (chez les jeunes spécifiquement).
2. La consommation de drogue et d'alcool.
3. La communication entre les ainés et les plus jeunes.

Quelles sont les services offerts sur la communauté et à l'extérieur pour les gens qui souffrent de dépendance ou de santé mentale ?

Les ainés ne connaissent pas les services. Il existe une barrière de communication entre les ainés et les services à cause du langage.

Qu'est-ce qui manque dans la communauté afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. La langue Anishnabe.
2. Le retour à la culture Anishnabe (depuis l'installation au Dozois, la culture s'est perdue).

Qu'est-ce que je peux faire afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. Ne pas consommer.
2. Avoir une stabilité dans tous les domaines de la vie.
3. Apprendre à apprécier ceux qui consomment (ne pas juger, etc.).

Vers quelles personnes ou vers quels services je vais lorsque je vais moins bien ?

1. Vers une prise de conscience (se réfère à l'enseignement de leurs parents et grands-parents).
2. Vont vers un autre aîné s'ils ont besoin de parler.
3. Ne vont pas vers les services.

Quelles sont les forces et les faiblesses de la communauté ?

Les ainés n'ont pas trouvé de forces, si ce n'est que du service de soins à domicile qu'ils apprécient. Quoique que ce service a été identifié comme une faiblesse car les jours de paye, il n'y a pas de service à domicile.

De plus, les ainés ne se sentent plus écoutés et les machines à sous sont aussi considérées comme une faiblesse. (Lors d'accompagnement à Val-d'Or ceux-ci affirment que souvent ils doivent demeurer dans l'auto et attendent le chauffeur qui lui, se trouvent aux machines à sous).



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



Êtes vous d'accord avec ce qui a été dit ?

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires à propos des données recueillies ou du projet lui-même.

Vous voulez ajouter des informations ? Vous avez des idées à partager ? N'hésitez pas à communiquer avec nous !



Vous êtes peut-être intéressée à faire partie de l'équipe ? Vous voulez savoir quels services d'intervenants sera sur place ? Surveillez les offres d'emploi qui seront affichés au cours du mois de juin ou contactez nous au (819) 736-2107 ou sur le cellulaire au (819) 860-9569.

Kitci Migwetc à tous pour votre participation!

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Marie Rose Papatie, chargée de projet
Véronique Champoux, secrétaire
Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Kitcisakik et Lac Simon



Femmes de Lac Simon

Voici ce que vous avez dit et/ou suggéré pour notre projet en mieux être mental.

Résultats auprès des femmes de Lac Simon (18 à 64 ans)

Nous avons rencontré 119 membres de la communauté de Lac Simon (12 hommes, 31 femmes, 72 jeunes et 4 aînés). Nous vous présentons donc le résumé de la rencontre avec les 31 femmes de la communauté. Seulement les réponses qui revenaient le plus souvent ont été indiquées ici.

Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?

1. Avoir un équilibre de vie (routine, 8 heures de loisirs, 8 heures de travail et 8 heures de repos, faire des siestes l'après midi, vivre sans drogue et sans alcool).
2. Cheminer dans la vie (s'accepter soi-même, prendre soin de soi, être bien dans sa peau, avoir l'estime de soi).
3. Spiritualité (croyances).
4. Retour aux valeurs Anishnabe (respect/honnêteté/partage/humilité, la langue et l'enseignement traditionnel).

Quelles sont les problématiques de santé mentale les plus importantes qui touchent la communauté ?

1. Les abus et les dépendances (financier, alcool, drogue, etc.).
2. Les abus sexuelles et la loi du silence.
3. La violence sous toutes ses formes (conjugale, psychologique, etc.).
4. Les suicides.
5. Le commérage, le jugement et les critiques entre membres de la communauté.



Quelles sont les services offerts sur la communauté et à l'extérieur pour les gens qui souffrent de dépendance ou de santé mentale ?

1. Le Centre de santé : le volet physique et les ressourcements en forêt sont très appréciés. Du côté santé mentale il est noté un manque de confidentialité, trop d'instabilité et de roulement du personnel.
2. Les services de première ligne.

Hors communauté c'est les centres de thérapie principalement et le Centre Jeunesse qui sont les plus nommés. Les centres d'hébergement pour femmes sont aussi nommés très souvent.

Qu'est-ce qui manque dans la communauté ou qu'est-ce qui devrait être développé afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. Plus d'activités de loisirs (activités parent/enfant, légendes racontées par les aînés, groupe de marche, soirée karaoké).
2. Plus de ressourcement en forêt, cercle de partage, groupe de femmes dans le bois et volets thérapies.
3. Service d'écoute 24/7 (ligne téléphonique, blogue, etc.).

Qu'est-ce que je peux faire afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. Faire du bénévolat et s'impliquer particulièrement auprès des jeunes et des aînés.
2. S'entraider, participer, s'impliquer en assistant aux réunions, activités et rencontres qui ont lieu dans la communauté.

Vers quelles personnes ou vers quels services je vais lorsque je vais moins bien ?

1. La majorité des femmes se tournent vers l'informel : vers la famille, les amis, une personne de confiance, ou vont prendre une marche. Il est noté que les services ne sont pas toujours disponibles « ici » et « maintenant » lorsqu'elles en ressentent le besoin.
2. Quelques unes seulement vont chercher des services au Centre de santé.

Quelles sont les forces et les faiblesses de la communauté ?

Voici les forces les plus soulevées par les femmes :

1. Entraide et mobilisation lors de décès.
2. Plus de communication et d'ouverture qu'avant.
3. Sens de l'humour.

Et maintenant les faiblesses :

1. Manque d'entraide (surtout entre les gens qui consomment et ceux qui ne consomment pas).
2. Manque de communication et d'ouverture.
3. Le jugement et les commérages (particulièrement nommés entre ceux qui cheminent et ceux qui consomment).

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



Êtes vous d'accord avec ce qui a été dit ?

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires à propos des données recueillies ou du projet lui-même.

Vous voulez ajouter des informations ? Vous avez des idées à partager ? N'hésitez pas à communiquer avec nous !



Vous êtes peut-être intéressée à faire partie de l'équipe ? Vous voulez savoir quels services d'intervenants sera sur place ? Surveillez les offres d'emploi qui seront affichés au cours du mois de juin ou contactez nous au (819) 736-2107 ou sur le cellulaire au (819) 860-9569.

Kitci Migwetc à tous pour votre participation !

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Marie-Rose Papatie, chargée de projet
Véronique Champoux, secrétaire
Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Kitcisakik et Lac Simon



Hommes de Lac Simon

Voici ce que vous avez dit et/ou suggéré pour notre projet en mieux être mental.

Résultats auprès des hommes de Lac Simon (18 à 64 ans)

Nous avons rencontré 119 membres de la communauté de Lac Simon (12 hommes, 31 femmes, 72 jeunes et 4 aînés). Nous vous présentons donc le résumé de la rencontre avec les 12 hommes de la communauté. Seulement les réponses qui revenaient le plus souvent ont été indiquées ici.

Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?

1. Faire de l'activité physique, être actif, faire de l'exercice.
2. Être sobre (ne pas consommer) et être un bon exemple.

Quelles sont les problématiques de santé mentale les plus importantes qui touchent la communauté ?

1. La violence sous toutes ses formes (dont les agressions sexuelles).
2. La consommation d'alcool et de drogue.
3. Le commérage entre membres de la communauté.



Quelles sont les services offerts sur la communauté et à l'extérieur pour les gens qui souffrent de dépendance ou de santé mentale ?

- Le Centre de santé a particulièrement été nommé dont les services de toxicomanie, les services de l'infirmière et SMI.
- À l'extérieur c'est l'hôpital de Val-d'Or qui est le plus connu auprès des hommes.

Qu'est-ce qui manque dans la communauté ou qu'est-ce qui devrait être développé afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

En majorité, les hommes ont affirmé qu'il manque de ressources pour eux. Ils apprécieraient avoir :

1. Un lieu pour se réunir et discuter entre hommes.
2. Des intervenants Anishnabe pour hommes.
3. Des cafés rencontres pour les hommes (comme les femmes).

Vers quelles personnes ou vers quels services je vais lorsque je vais moins bien ?

Les hommes affirment aller autant vers les services du Centre de santé que vers une personne de confiance telle qu'un ami, la famille...

Qu'est-ce que je peux faire afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. S'impliquer en participant aux rencontres qui ont lieu dans la communauté et organiser des activités.
2. Transmettre les connaissances traditionnelles (particulièrement auprès des jeunes).
3. Passer du temps avec les jeunes.
4. Partager notre vécu, notre expérience.

Quelles sont les forces et les faiblesses de la communauté ?

- Les hommes considèrent que les activités communautaires sont une force au Lac Simon.

Pour les principales faiblesses, les hommes ont identifiées :

- Le jugement, le commérage.
- La consommation.

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



Êtes vous d'accord avec ce qui a été dit ?

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires à propos des données recueillies ou du projet lui-même.

Vous voulez ajouter des informations ? Vous avez des idées à partager ? N'hésitez pas à communiquer avec nous !



Vous êtes peut-être intéressée à faire partie de l'équipe ? Vous voulez savoir quels services d'intervenants sera sur place ? Surveillez les offres d'emploi qui seront affichés au cours du mois de juin ou contactez nous au (819) 736-2107 ou sur le cellulaire au (819) 860-9569.

Kitci Migwetc à tous pour votre participation !

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Marie-Rose Papatie, chargée de projet
Véronique Champoux, secrétaire
Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Kitcisakik et Lac Simon



Ainés de Lac Simon

Voici ce que vous avez dit et/ou suggéré pour notre projet en mieux être mental.

Résultats auprès des ainés de Lac Simon (64 ans et plus)

Nous avons rencontré 119 membres de la communauté de Lac Simon (12 hommes, 31 femmes, 72 jeunes et 4 ainés). Nous vous présentons donc ici le résumé de la rencontre avec les 4 ainés de la communauté. Seulement les réponses qui revenaient le plus souvent ont été indiquées ici. Voici donc les résultats obtenus par la majorité des ainés interrogés.

Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?

1. Être en contact avec la nature et retourner en forêt.
2. Avoir l'équilibre dans toutes les sphères de sa vie (personnelle, en couple, dans la famille, avec l'environnement, etc.).

Quelles sont les problématiques de santé mentale les plus importantes qui touchent la communauté ?

1. La consommation d'alcool et de drogue.
2. Le placement d'enfants.



Quelles sont les services offerts sur la communauté et à l'extérieur pour les gens qui souffrent de dépendance ou de santé mentale ?

La majorité des ainés rencontrés n'utilise pas les services de santé car ils ne sont pas donnés en langue Anishnabe.

Qu'est-ce qui manque ou qu'est-ce qui devrait être développé afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

1. La langue Anishnabe devrait être plus présente dans les services, les communiqués, etc.
2. L'autonomie Anishnabe doit être davantage développée (ex. : participation volontaire des membres sans toujours avoir des prix de présence).
3. Plus d'activités communautaires et culturelles (ex. : retour de la danse après les réunions).

Qu'est-ce que je peux faire afin d'améliorer le mieux-être de la communauté ?

« Nous devons encourager les jeunes à se prendre en main, à retourner aux études et à atteindre leurs buts. Ceux-ci sont l'avenir de la communauté ! »

Vers quelles personnes ou vers quels services je vais lorsque je vais moins bien ?

1. La moitié des ainés rencontrés suivent les traces de leurs ancêtres et se tournent vers les croyances Anishnabe (ex: prise de conscience).
2. 1 aîné sur 4 se tourne vers un Anishnabe qui parle algonquin.
3. 1 aîné sur 4 va vers un intervenant du Centre de santé.

Quelles sont les forces et les faiblesses de la communauté ?

Aucune force n'a pu être identifiée par les ainés.

Voici les faiblesses identifiées:

1. Perte de la culture, de la tradition, de l'identité autochtone, perte des enseignements.
2. Le commérage.

PROJET EN MIEUX ÊTRE MENTAL

Bur.: (819) 736-2107
Cell.: (819) 860-9569



ANNEXE 3 : PLAN D'ACTION DU PROJET PILOTE D'ÉQUIPE EN MIEUX-ÊTRE MENTAL

1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUS-SITE
#1 : Déve- lopper les capacités des équipes locales	Supervision clinique auprès des intervenants locaux	Évaluation des besoins de supervision clinique à l'automne 2010 <i>Date de début des rencontres de supervision à confirmer avec l'équipe en mieux-être mental</i>	- Conseiller clinique (superviseur cli-nique) - Infirmier en santé mentale - Intervenant social	- Ressources locales de su-pervision cli-nique des 2 communautés - Équipes de 1^{re} et 2^e lignes en san-té mentale et en dépendances du réseau provin-cial - Conseiller cli-nique de la CSSSPNQL	- Nombre de ren-contres de supervi-sion par mois - Régularité des ren-contres - Nombre de secteurs et d'employés de-mandant de la super-vision clinique



1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUS-SITE
	- Ateliers d'information, de sensibilisation et de formation auprès des équipes locales : - La santé mentale - Les maladies mentales - Le stress post- traumatique - Le deuil - Le dépistage en santé mentale	Évaluation des besoins de formations à l'automne 2010 <i>Date de début des ateliers à confirmer avec l'équipe en mieux-être mental</i>	- Conseiller clinique - Infirmier en santé mentale - Intervenant social - Intervenant culturel et communautaire	- Conseils de bande des 2 communautés - Directeurs santé des 2 communautés - Partenaires internes (santé, écoles, services de 1^{re} ligne, aidants naturels, etc.) - Psychiatres	- Nombre de formations données - Régularité des formations - Nombre de secteurs et d'employés qui ont participé aux ateliers et formations



1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUS-SITE
#2 : Rendre plus accessibles les services en santé mentale et en dépendances	Co-suivi en collaboration avec les ressources locales qui agissent auprès des personnes vivant des problématiques de santé mentale et leur famille	Se fera conjointement avec l'implantation des services <i>Date à confirmer avec l'équipe en mieux-être mental à l'automne 2010</i>	Tous les membres de l'EMEM	- CSSS - Organismes et ressources communautaires - Les partenaires internes qui assurent un suivi auprès des personnes vivant des problématiques de santé mentale et leur famille	- Augmentation du repérage en santé mentale - Taux de rétention des intervenants locaux - Diminution de l'épuisement professionnel chez les intervenants - Nombre de dossiers en co-suivi - Nombre de co-suivis mensuels
	- Établir des protocoles et des ententes de services : - Processus de référence en 1^{re} et 2^e lignes - Clientèle avec double problématique - Post-traitement/post suivi	À la suite de la rencontre avec les partenaires externes à l'automne 2010 pour présenter l'équipe en mieux-être mental et son plan d'action. <i>Date à confirmer avec l'équipe mobile</i> Participer à des Tables de concertation :	- Conseiller clinique - Infirmier en santé mentale - Intervenant social	- Conseils de bande - Directeurs santé - CSSS - Agence régionale de santé et de services sociaux - MSSS - Centre Normand - Centres de trai-	- Réduction du temps sur les listes d'attente en 1^{re} et 2^e lignes - Identification des lacunes dans l'accessibilité aux services - Nombre d'ententes de services et de protocoles écrits et signés - Participer à des Tables

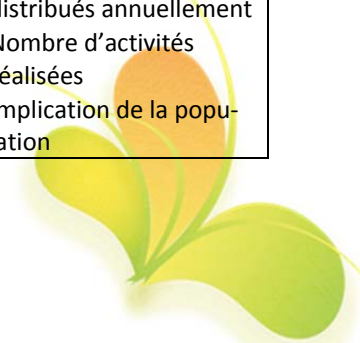


1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUS-SITE
				tements et de thérapies	de concertation :
	- Sensibiliser les partenaires externes et les employés allochtones à la réalité, aux valeurs et aux besoins des Premières Nations en : - Organisant des ateliers d'information et de sensibilisation - Organisant des rencontres avec les partenaires en communauté - Invitant les partenaires à participer à des événements communautaires et culturels				- Nombre d'ateliers d'information et de sensibilisation organisés pour les partenaires - Nombre de partenaires externes présents par atelier - Nombre de rencontres de partenaires en communauté - Nombre de partenaires externes présents par événement communautaire

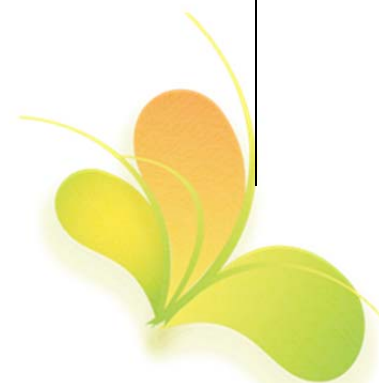


1 ^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1 ^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes					
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
#3 : Planter des services de : PRÉVENTION DES MALADIES MENTALES ET DES DÉPENDANCES	- Ateliers d'information et de sensibilisation auprès de la population : - La santé mentale - Les maladies mentales - Les dépendances - La gestion des émotions difficiles (colère, tristesse, haine, etc.) - L'estime de soi	<i>Début d'implantation des services après une période d'appropriation par l'équipe d'environ 3 mois (de fin septembre à fin décembre 2010)</i> *Des séances d'information et de sensibilisation à la population générale seront organisées mensuellement * *Des activités seront aussi organisées mensuellement pour rejoindre la clientèle ayant des besoins spéciaux (enfants, adolescents, etc.)	Tous les membres de l'EMEM	- Conseils de bande - Partenaires internes ciblés (santé, scolaire, services de 1^{re} ligne, aidants naturels, etc.) - CSSS - ACSM-Québec - Centre Normand - CJAT - Police - Organismes et ressources communautaires	- Nombre de séances d'information et de sensibilisation données - Régularité des séances d'information et de sensibilisation - Nombre de membres de la population ayant participé aux séances - Augmentation du repérage en santé mentale et dépendances
	Diffuser de l'information dans les communautés sur la santé mentale par l'intermédiaire de différents médias	<i>Dès le début de l'implantation de l'équipe en mieux-être mental, et en continu :</i> - Lors de la semaine nationale de la santé mentale en mai - Lors d'événements communautaires - Lors d'activités scolaires - Autres	Tous les membres de l'EMEM	- Conseils de bande - Directeurs de santé - Ressources locales pour traduction en algonquin - Partenaires internes - Population des 2 communautés - ACSM - CSSS - CSSSPNQL	- Nombre de communiqués acheminés annuellement - Nombre d'articles publiés annuellement - Nombre d'affiches distribuées annuellement - Nombre de dépliants distribués annuellement - Nombre d'activités réalisées - Implication de la population



1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
DÉPISTAGE ET ÉVALUATION	• Développer des outils de dépistage et des évaluations cliniques • Évaluation des enfants et adolescents à risque ou avec des difficultés de comportement et d'adaptation psychosociale • Évaluation clinique pour déterminer la problématique de santé mentale ou la présence de maladie mentale • Formuler des recommandations pour le traitement/suivi thérapeutique • Soutien-conseil auprès des ressources locales	<i>Début d'implantation des services après une période d'appropriation par l'équipe d'environ 3 mois (de septembre à fin décembre 2010)</i>	• Conseiller clinique • Infirmier en santé mentale • Intervenant social	• Partenaires internes • Agence régionale de santé et de services sociaux (outils) • CSSS (outils-formations)	• Nombre d'outils de dépistage et d'évaluations cliniques développés annuellement • Nombre d'évaluations cliniques effectuées mensuellement • Nombre de dépistages effectués mensuellement • Nombre de références effectuées mensuellement
RÉFÉRENCE ET LIAISON	• Orienter et référer selon les besoins aux ressources et services en communauté • Orienter et référer selon les besoins aux services de 1^{re} et 2^e lignes du réseau provincial	<i>Début d'implantation des services après une période d'appropriation par l'équipe d'environ 3 mois (de septembre à fin décembre 2010)</i>	Tous les membres de l'EMEM	• Partenaires internes des 2 communautés • Services de 1^{re} et 2^e lignes du réseau provincial • CSSS • Centres de traitement • Organismes et ressources communautaires	• Nombre de rencontres de soutien-conseil effectuées auprès des partenaires internes mensuellement



1^{er} OBJECTIF GÉNÉRAL : Renforcer les services de 1^{re} ligne en santé mentale et en dépendances actuellement disponibles dans les communautés pilotes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
TRAITEMENT / SUIVI THÉRAPEUTIQUE	- Développer des outils d'intervention clinique - Suivi individuel - Soutenir, accompagner et outiller les parents afin de mieux intervenir auprès de leur enfant vivant des difficultés (ex. : SAF, agressivité, hyperactivité, etc.) - Soutien aux familles vivant des difficultés reliées à la santé mentale d'un proche - Groupe d'hommes (Lac-Simon entre autres) - Ressourcement en forêt avec volet thérapie (couples, femmes, hommes, jeunes et familles endeuillées entre autres) - Cercle de partage et de guérison (aînés entre autres)	<i>Progressivement après la phase d'appropriation par l'équipe en mieux-être mental et la clarification des rôles, mandats et collaborations avec les partenaires internes et externes</i>	Tous les membres de l'EMEM	- Conseiller clinique de la CSSSPNQL - Ressources de 1^{re} et 2^e lignes en santé mentale et dépendances du réseau provincial - Ressources de supervision et de suivi thérapeutique des 2 communautés - Organismes et ressources communautaires - Aînés - Aidants naturels	- Nombre de suivis individuels mensuels - Nombre de suivis de groupe mensuels - Nombre de suivis familiaux mensuels - Nombre de ressourcements avec volet thérapie annuels - Nombre de cercles de partage et de guérison mensuels - Augmentation des habiletés parentales - Augmentation du mieux-être individuel et communautaire



2^e OBJECTIF GÉNÉRAL : Encourager et soutenir le développement d'activités culturelles et communautaires favorisant le mieux-être

❖ La promotion et l'enseignement de la langue Anishnabe (Anicinape) devraient se retrouver dans toutes les activités culturelles et communautaires

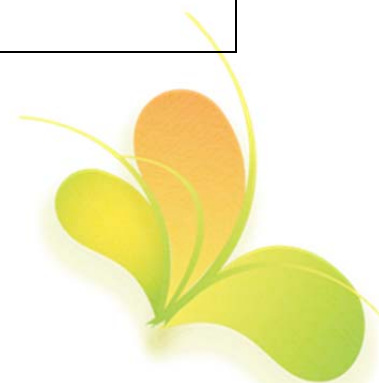
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	PARTICIPANTS CIBLÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
#1 : Renforcer l'identité culturelle et la fierté d'être Anishnabe (Anicinapek)	Activités traditionnelles et culturelles : - Chasse et pêche - Cuisine traditionnelle - Danses traditionnelles - Contes et légendes	L'ensemble de la population des 2 communautés	L'équipe aura à développer un calendrier d'activités mensuelles en collaboration avec les autres services et programmes des 2 communautés	• Intervenant culturel et communautaire avec l'implication des autres membres de l'EMEM selon les activités et besoins	• Conseils de bande • Aînés • Aidants naturels • Médecins traditionnels de l'extérieur • Intervenant culturel de Kitcisakik • Centres de santé • Services de 1 ^{re} ligne • Écoles des 2 communautés • Maisons des jeunes • Population des 2 communautés	• Nombre d'activités organisées par année • Présence d'un volet éducatif sur le mieux-être • Nombre de participants par activité • Satisfaction globale des participants • Présence de la langue Anishnabe (Anicinape) lors des activités
	Promotion et enseignement de la langue Anishnabe (Anicinape)	Aînés, adultes, jeunes adultes et jeunes des 2 communautés				
	Ressourcement en forêt (<i>reconnecter avec la nature et la culture</i>)	L'ensemble de la population des 2 communautés				



2^e OBJECTIF GÉNÉRAL : Encourager et soutenir le développement d'activités culturelles et communautaires favorisant le mieux-être

❖ La promotion et l'enseignement de la langue Anishnabe (Anicinape) devraient se retrouver dans toutes les activités culturelles et communautaires

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	PARTICIPANTS CIBLÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
	Promouvoir et valoriser les modèles positifs et les réussites dans les 2 communautés	• L'ensemble de la population des 2 communautés • Les jeunes et les aînés ont particulièrement • exprimé ce besoin	Selon les événements, par exemple : • Remise des diplômes • Soirée hommage • Repas communautaire	L'intervenant culturel et communautaire avec l'implication des autres membres de l'EMEM selon les activités et besoins	• Conseils de bande • Écoles de Kitcisakik et Lac-Simon • Centre savoir-être et savoir-faire de Kitcisakik • Centres de santé • Services de 1^{re} ligne • Maisons des Jeunes • Population des 2 communautés	• Nombre d'activités de reconnaissance par année • Augmentation du sentiment d'appartenance et de fierté d'être Anishnabe (Anicinapek) • Augmentation de l'estime de soi des membres des communautés • Présence de la langue Anishnabe (Anicinape) lors des activités



2^e OBJECTIF GÉNÉRAL : Encourager et soutenir le développement d'activités culturelles et communautaires favorisant le mieux-être

❖ La promotion et l'enseignement de la langue Anishinabe (Anicinape) devraient se retrouver dans toutes les activités culturelles et communautaires

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	PARTICIPANTS CIBLÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
#2 : Renforcer les liens intergénérationnels	Repas communautaires	L'ensemble de la population des 2 communautés	L'équipe aura à développer un calendrier d'activités mensuelles en collaboration avec les autres services et programmes des 2 communautés	Intervenant culturel et communautaire avec l'implication des autres membres de l'EMEM selon les activités et les besoins	• Conseils de bande • Écoles de Kitcisakik et Lac-Simon • Centre savoir-être et savoir-faire • École secondaire de l'Or-des-Bois (Val-d'Or) • Centres de santé • Services de 1^{re} ligne • Maisons des jeunes • Foyer des aînés (Lac-Simon)	• Nombre d'activités annuelles qui rassemblent différentes générations • Nombre de jeunes qui sont en relation avec les aînés • Présence de la langue Anishnabe (Anicinape) lors des activités
	Cafés-rencontres avec thématiques	L'ensemble de la population des 2 communautés • Les jeunes et les hommes du Lac-Simon ont exprimé ce besoin				
	Activités parents-enfants (lien d'attachement)	Parents et enfants des 2 communautés				
	Activités jeunes- aînés	Jeunes et aînés des 2 communautés				



2^e OBJECTIF GÉNÉRAL : Encourager et soutenir le développement d'activités culturelles et communautaires favorisant le mieux-être

❖ La promotion et l'enseignement de la langue Anishnabe (Anicinape) devraient se retrouver dans toutes les activités culturelles et communautaires

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS/ACTIVITÉS	PARTICIPANTS CIBLÉS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	PARTENAIRES	INDICATEURS DE RÉUSSITE
#3 : Promotion de la santé par les activités de sports, de plein air et de loisirs	Activités de sports : - Volleyball, ballon-balai, balle molle, hockey, etc. - Groupe de marche - Tournois entre les 2 communautés	• La population des 2 communautés • Le groupe de marche (femmes du Lac-Simon entre autres) • Les jeunes veulent plus d'activités de sports	L'équipe aura à développer un calendrier d'activités mensuelles en collaboration avec les autres services et programmes des deux communautés	Intervenant culturel et communautaire avec l'implication des autres membres de l'EMEM selon les activités et les besoins	• Conseils de bande • Écoles de Kitcisakik et Lac-Simon • Centre savoir-être et savoir-faire • École secondaire de l'Or-et-des-Bois • Centres de santé • Services de 1^{re} ligne • Maisons des jeunes • Organismes et ressources communautaires	• Nombre d'activités physiques, de plein air et de loisirs tenues mensuellement • Régularité de la tenue d'activités physiques, de plein air et de loisirs • Connaissance par la population de la programmation mensuelle d'activités • Nombre de participants • Présence de la langue Anishnabe (Anicinape) lors des activités
	Activités de loisirs : - Visionnement de films - Pièces de théâtre éducatives pour jeunes - Soirées de karaoké	• Jeunes des 2 communautés • Femmes des 2 communautés • Tout autre groupe qui en exprime le besoin				
	Activités de plein air : - Camping - Sorties en forêt	• Jeunes, hommes et femmes des 2 communautés • Tout autre groupe qui en exprime le besoin				



ANNEXE 4 : OFFRE DE SERVICES DE L'EMEM

Bref, être en bonne santé mentale c'est:

- ✦ Être capable d'aimer la vie;
- ✦ Réussir à mettre ses habiletés à profit pour atteindre ses objectifs;
- ✦ Nouer et entretenir des relations saines avec les autres;
- ✦ Être capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres;
- ✦ Apporter sa contribution à la collectivité;
- ✦ Croire en soi ;
- ✦ Développer des moyens pour faire face au stress;
- ✦ Composer avec les difficultés de la vie;
- ✦ Dans des moments difficiles, être capable de demander du soutien à ses proches ou de l'aide auprès d'un organisme spécialisé ;
- ✦ Découvrir des loisirs qui nous plaisent et trouver du temps pour y participer;
- ✦ Parvenir à établir un équilibre satisfaisant entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, économique, spirituel et social.



Christine Papatie
Intervenante culturelle



Annie Duclaux
Conseillère clinique



Claudie Chiquette
Intervenante sociale



Tracey Fournier
Intervenante en santé mentale

Minomaᑭisin

**Équipe en mieux-être mental
Lac Simon et Kitcisakik**



« Parce que votre santé mentale est importante! »

PROJET EN MIEUX-ÊTRE MENTAL

Téléphone: 819-736-2107

CENTRE DE SANTÉ DE LAC SIMON

Téléphone: 819-736-2151

CENTRE DE SANTÉ DE KITCISAKIK

Téléphone: 819-736-3001

SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE LAC SIMON

Téléphone: 819-736-2019

Police Lac Simon	819-736-3491
Sûreté du Québec	310-4141
Le Nid	819-825-3886
CAVAC	819-825-6000 / 1-866-335-5589
SATAS	819-874-6254
Prévention suicide	1-866-277-3553
Protection de la Jeunesse	1-800-567-6405



Février 2013

Mise en contexte

L'équipe en mieux-être mental est un projet pilote financé par Santé Canada et soutenu par la CSSSPNQL, depuis 2009. La composition de l'équipe, son mandat et ses rôles ont tous été développés à partir des besoins exprimés par la population des deux communautés (Lac Simon et Kitcisakik) et des recommandations formulées par les partenaires locaux et externes. L'équipe est active dans les 2 communautés et offre des services en lien avec la santé mentale, tout en intégrant l'aspect culturel.

Plusieurs activités, formations, ateliers et sensibilisation ont été réalisées à ce jour.

Qu'est-ce que la santé mentale?

La santé mentale est un état d'équilibre psychologique et émotionnel qui permet d'éprouver un sentiment de bien-être avec soi-même, d'avoir des relations satisfaisantes avec les autres et d'être en mesure de faire face aux difficultés de la vie.

Mandat et services de l'équipe en mieux-être mentale

Renforcer le mieux-être des communautés en offrant des services cliniques et culturels en santé mentale, tout en supportant les équipes locales.

Services offerts à la population:

- Services de sensibilisation et de prévention en santé mentale.
- Services d'intervention auprès des groupes et des familles touchés de près ou de loin par un problème de santé mentale.
- Activités culturelles et spirituelles anishnabe.

Services offerts aux équipes locales et à leurs gestionnaires:

- Sensibilisation, information et formation
- Soutien et discussions cliniques
- Avis-conseils

L'équipe travaille également en collaboration avec les ressources du réseau public et communautaire afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des services offerts en santé mentale aux membres des communautés. Le tout se fait via:

- L'implication des membres de l'équipe dans différents comités et événements.
- Le développement d'ententes et de protocoles entre les différents services en santé mentale existants en communauté et hors communauté.

Les déterminants de la santé mentale

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives que personnelles. Elle est influencée par un ou plusieurs facteurs qu'on appelle les déterminants de la santé. Les déterminants peuvent nous aider à comprendre pourquoi certaines personnes éprouvent des problèmes de santé mentale.

Voici les principaux déterminants de la santé mentale

- Le revenu et la situation sociale;
- Le réseau de soutien social;
- La qualité de l'éducation reçue;
- L'emploi et les conditions de travail;
- Les environnements sociaux et physiques;
- Le contexte géographique;
- L'encadrement parental et le lien d'attachement;
- Les services de santé reçus;
- La culture;
- Les composantes biologiques et physiologiques;
- Etc.





COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

FIRST NATIONS OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION

CSSSPNQL/FNQLHSSC • 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone : (418) 842 1540 Télécopieur/Fax: (418) 842 7045