



**PROCESSUS DE GOUVERNANCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

RAPPORT SOMMAIRE RENCONTRE RÉGIONALE

NOVEMBRE 2016



RAPPORT PRODUIT PAR



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

**PROCESSUS DE GOUVERNANCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

RAPPORT SOMMAIRE RENCONTRE RÉGIONALE NOVEMBRE 2016

RÉDACTION

Emilie Grantham, CSSSPNQL
Patrice K. Lacasse, CSSSPNQL
Suzie Nepton, CSSSPNQL

COLLABORATION

Georges-Auguste Legault, Université de Sherbrooke

RÉVISION

Chantale Picard, CSSSPNQL

GRAPHISME

Mireille Gagnon, CSSSPNQL
Patricia Carignan

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Ce document est disponible en anglais et peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSSSPNQL au www.cssspnql.com.

Toute reproduction, totale ou partielle, doit être préalablement autorisée par la CSSSPNQL au moyen d'une demande envoyée par courrier ou par courriel aux coordonnées ci-dessous.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
info@cssspnql.com

Crédit photo : 123rf, Tapiskwan, CSSSPNQL, Shutterstock

ISBN : 978-1-77315-075-8

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

© CSSSPNQL 2017

TABLE DES MATIÈRES

1	Mot de bienvenue	1
2	Mot d'ouverture	1
3	Contexte et mise à jour	2
4	Période de questions	3
5	Contexte et mise à jour (suite)	5
6	Appropriation de la culture dans les institutions locales et régionales	6
7	Atelier 1 – Mode de gouvernance et culture	9
8	Fonctions et responsabilités de la DGSPNI	10
9	Introduction des ateliers 2 et 3	11
10	Atelier 2 – L'appropriation du plan de santé : mise en commun des expériences de chacun	12
11	Retour sur la première journée	15
12	Atelier 3 – L'appropriation de la planification stratégique en santé et en mieux-être (lignes directrices)	15
13	Prochaines étapes du processus de gouvernance	20
14	Mot de la fin	21
15	Prière de fermeture	21
16	Conclusion	21

ANNEXES

A	Ordre du jour	23
B	Processus de gouvernance en santé et en services sociaux Rencontre régionale, 9 et 10 novembre 2016 (PowerPoint)	24
C	Gouvernance autochtone : Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations et la culture comme fondement pour la gouvernance en santé et en services sociaux (PowerPoint)	30
D	Schéma de la gouvernance actuelle fédérale pour la DGSPNI (PowerPoint)	40
E	Tableau synthèse : Schéma de la gouvernance actuelle fédérale Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)	43
F	Résultats de l'atelier : L'appropriation du plan de santé : mise en commun des expériences de chacun	44
G	Résultats de l'atelier : L'appropriation de la planification stratégique en santé et mieux-être	47

LISTE DES COMMUNAUTÉS PARTICIPANTES

BARRIERE LAKE

EKUANITSHIT

ESSIPIT

KAHNAWAKE

KAWAWACHIKAMACH

KEBAOWEK

KITCISAKIK

KITIGAN ZIBI

MANAWAN

MASHTEUIATSH

MATIMEKUSH-LAC-JOHN

NUTASHKUAN

PAKUA SHIPU

PESSAMIT

UASHAT MAK MANI-UTENAM

UNAMEN SHIPU

WENDAKE

WINNEWAY

WÔLINAK

1 MOT DE BIENVENUE

Willy Fournier, animateur de la rencontre, souhaite la bienvenue à tous sur le territoire mohawk. Avant de commencer la rencontre, M. Fournier demande aux participants de prendre un instant afin de se recentrer sur soi.

M. Fournier parle d'une conférence de la Commission de vérité et réconciliation à laquelle il a assisté la semaine précédente, où il a été soulevé que le programme de ces conférences vise souvent à répondre aux besoins des politiciens et non à ceux des Premières Nations. Présente à cette conférence, la ministre d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC), Carolyn Bennett, a déclaré que ce que les gouvernements désirent est connu et qu'il importe maintenant de savoir ce que veulent les Premières Nations.

Dans le cadre du processus de gouvernance, il est temps que les Premières Nations reprennent le contrôle et élaborent leur propre modèle. Ce nouveau modèle doit être élaboré selon une approche ascendante. Il n'est donc pas question de se demander comment adapter le modèle existant, mais bien comment en créer un nouveau.

2 MOT D'OUVERTURE

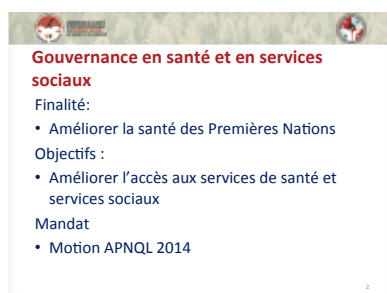
Michel Paul, président du conseil d'administration de la CSSSPNQL, souhaite la bienvenue aux participants et leur offre ses salutations en son nom, en celui du conseil d'administration et en celui des membres de la CSSSPNQL. La rencontre a pour objectif de poursuivre la réflexion collective entamée afin de définir un modèle par et pour les Premières Nations. Depuis le début, la finalité du processus est d'améliorer le mieux-être de nos populations dans le respect de nos traditions. La légitimité du processus a été réitérée auprès des partenaires et une résolution a été adoptée par l'APNQL en avril 2016. M. Paul rappelle que la CSSSPNQL est le véhicule de transmission et de coordination du processus, alors que les communautés ont le rôle de dicter leur vision et les paramètres de conception du nouveau modèle. En plus de poursuivre la réflexion sur l'intégration du modèle de gouvernance à nos cultures, la rencontre permet d'aborder la planification de la santé, un élément important du processus de gouvernance effective. Il y aura des échanges sur les responsabilités, les processus de régulation, la reddition de comptes et les compétences dans le respect de nos valeurs.

M. Paul fait un retour sur la rencontre du comité des partenaires à laquelle il a assisté la veille. Tous les membres présents semblent mobilisés à collaborer à l'élaboration du nouveau modèle par et pour les Premières Nations. Les discussions ont notamment touché l'arrimage des dossiers sur l'enfance, notamment le principe de Jordan.

M. Paul sollicite la participation de tous afin qu'un modèle à l'image des Premières Nations soit élaboré. Une autre rencontre régionale aura lieu à l'hiver 2017 pour poursuivre les réflexions.

3 CONTEXTE ET MISE À JOUR¹

Patrice K. Lacasse, conseiller à la gouvernance à la CSSSPNQL, souhaite la bienvenue à tous et souligne que plusieurs participants sont présents pour une première fois à une rencontre régionale du processus de gouvernance. Il réitère que l'équipe de la CSSSPNQL est à la disposition des communautés. Il est important que l'information soit bien comprise et que la CSSSPNQL reçoive les opinions et les avis de tous.



Puisque la deuxième phase du processus commence, M. Lacasse récapitule ce qui s'est fait à la première phase, soit depuis 2014. Il faut d'abord revenir sur la finalité de la démarche, qui est d'améliorer la santé et le mieux-être des Premières Nations. Il est également question d'améliorer l'accès aux services. Lors des discussions entourant l'élaboration du Plan directeur 2007-2017, la limite du pouvoir d'agir a été un constat important. Le processus vise ainsi à accroître l'autonomie des

communautés afin que ces dernières détiennent plus de pouvoirs et que les programmes et les services offerts soient mieux adaptés.

Le processus a débuté officiellement en 2014 par un mandat des chefs. La première phase du processus a consisté à brosser le portrait de l'environnement des Premières Nations et à recueillir l'opinion des communautés. La deuxième phase consistera à élaborer des options et à faire un choix. Le portrait de la situation, notamment juridique et légale, sera poursuivi puisqu'il est toujours en mouvance. Les communautés sont une partie prenante au cœur du processus et leur opinion continuera d'être recueillie. Différents scénarios seront créés et le choix final reviendra aux chefs.

Lors de la première phase, des partenariats ont été établis avec des universités afin de produire des documents de référence qui guideront les Premières Nations tout au long du processus. Comme il a été mentionné, la première phase a entre autres permis d'informer et de mobiliser les communautés, que ce soit les chefs, les directeurs généraux ou les directeurs de la santé et des services sociaux. Concrètement, une définition de la gouvernance, une vision, des valeurs et des principes ainsi qu'une liste des enjeux vécus par les communautés ont été élaborés. Cela a aussi été une période qui a permis de connaître davantage les partenaires gouvernementaux des Premières Nations et de s'informer des autres modèles de gouvernance élaborés par des Premières Nations au Canada. La première phase s'est conclue par l'obtention d'un modèle-cadre, c'est-à-dire les éléments de base du modèle qui sera élaboré : l'intégration du modèle de gouvernance à la culture, l'autonomie des communautés, la possibilité d'élaborer des stratégies, des programmes et des politiques, l'implication des familles et des individus, la nécessité d'agir sur les ressources humaines, matérielles et financières ainsi que la reddition de comptes.

¹ La présentation PowerPoint utilisée par M. Lacasse et Mme Nepton peut être consultée à l'annexe B.



Le concept de gouvernance effective a aussi été mis au point avec ses trois dimensions (politique, structure, régulation et intervention, implication des acteurs). Ces trois dimensions seront détaillées au cours de la deuxième phase en fonction de la finalité collective qui consiste en l'amélioration du mieux-être.

Les trois axes du processus se poursuivront à la deuxième phase. Le premier axe est la cueillette d'information. Le deuxième axe, la consultation et la concertation, est une composante très importante du processus, car il permet aux communautés de s'exprimer. Le troisième axe, celui de la communication et de l'évaluation, permet à la CSSSPNQL de s'ajuster de façon continue et de recadrer les messages. La gouvernance est un concept complexe et nous devons nous assurer de garder le cap. M. Lacasse mentionne aux participants qu'un document de type « FAQ » (foire aux questions) a été produit. Une première série de questions et de réponses simples a été élaborée et permettra aux communautés de poursuivre leurs réflexions locales et de répondre aux questions de leur population. Une autre série de questions et de réponses sera diffusée à la prochaine rencontre régionale. Toujours dans l'axe de la communication, des visites de communautés ont été effectuées et l'équipe de la CSSSPNQL est toujours disponible pour aller rencontrer les communautés et répondre à leurs questions et à leurs préoccupations.

La deuxième phase est le moment de changer nos façons de faire et de travailler de façon plus précise sur le nouveau modèle. La résolution des chefs, adoptée en avril 2016, est venue appuyer la poursuite du processus et le début des pourparlers avec les gouvernements. M. Lacasse tient à réitérer que ce n'est pas la CSSSPNQL qui élaborera le modèle. Son rôle est de coordonner le processus, alors que celui des Premières Nations sera de bâtir le nouveau modèle de gouvernance.

4 PÉRIODE DE QUESTIONS

Les participants sont invités à poser des questions sur le processus.

Question : À l'assemblée des chefs, en avril 2016, les chefs étaient-ils tous présents et ont-ils tous appuyé la résolution ?

Réponse : Beaucoup de chefs étaient présents à cette assemblée, soit environ 25 d'entre eux. Lors du vote pour la résolution, il y a eu une abstention. Lorsqu'une résolution est présentée aux chefs, elle est votée et adoptée par les chefs présents à l'assemblée en question.

Question : Quand on parle d'autonomie, c'est dans quel sens ?

Réponse : Le nouveau modèle sera élaboré avec la collaboration de toutes les communautés et touchera le domaine de la santé et des services sociaux, tant sur le plan local que sur le plan collectif. Les Premières Nations doivent réfléchir aux responsabilités du fédéral qu'elles souhaitent rapatrier et à celles qu'elles devront assumer. Il est souhaité que les communautés aient plus de pouvoirs sur le plan de l'établissement des stratégies, des programmes, des règles de reddition de comptes et d'attribution du financement.

Question : En vertu de quoi les Premières Nations auront-elles plus de pouvoirs ?

Réponse : Les Premières Nations iront chercher plus de pouvoirs à l'aide d'une entente avec le fédéral.

Question : Combien de communautés sont représentées dans le processus de gouvernance ? Les directeurs généraux sont-ils représentés et impliqués dans le processus ?

Réponse : Depuis le début du processus, il y a une bonne représentativité des communautés aux rencontres régionales. La liste des participants aux rencontres peut être consultée, sur demande. Pour ce qui est de l'implication des directeurs généraux, des mises à jour ont été offertes dès le début du processus aux rencontres régulières réunissant les directeurs généraux des communautés. Lors des deux dernières rencontres régionales, les directeurs généraux de toutes les communautés ont été invités à y prendre part.

Question : Qu'en est-il de l'autonomie de chacune des nations ?

Réponse : Le processus de gouvernance en santé et en services sociaux aura un impact certain sur l'autonomie des nations. Le mandat de la CSSSPNQL se concentre sur la recherche d'une plus grande autonomie sur le plan de la santé et des services sociaux. Les autres processus de gouvernance menés par les Premières Nations doivent être pris en compte et il faut voir les rapprochements qui peuvent être faits.

5 CONTEXTE ET MISE À JOUR (SUITE)

Suzie Nepton, conseillère adjointe à la gouvernance en santé et en services sociaux à la CSSSPNQL, présente de façon plus détaillée la deuxième phase du processus de gouvernance. Il est tout d'abord important de rappeler que cette deuxième phase en est une d'appropriation. Au cours de la première phase, la CSSSPNQL a reçu un mandat, elle s'est renseignée et a rapporté cette information aux communautés. Des connaissances collectives ont ainsi été acquises.

Elle rappelle que les acteurs clés du processus sont les Premières Nations puisque ce sont elles qui prendront les décisions. Les quatre prochaines années serviront à construire le nouveau modèle. Jusqu'à maintenant, les programmes et les normes gouvernementaux ont été imposés aux Premières Nations. Il a été maintes fois affirmé que le statu quo n'est plus acceptable.

Deux résultats sont attendus de la deuxième phase :

- Un modèle de gouvernance effective en santé et en services sociaux disponible et applicable qui répondra aux besoins des Premières Nations;
- La clarification des compétences en santé et en services sociaux du fédéral, du provincial et des Premières Nations.

Le comité des partenaires, réunissant des représentants des Premières Nations et des gouvernements, aura entre autres comme mandat de se pencher sur la clarification des compétences. Ce mandat sera travaillé en parallèle à celui de soutenir le processus de gouvernance puisqu'il est intimement lié à l'amélioration de l'accès aux services.



L'objectif précis de la deuxième phase sera de remettre aux Premières Nations l'information nécessaire afin qu'elles puissent choisir leurs institutions et leur nouveau mode de gouvernance. Il sera notamment question de collecter de l'information sur les fonctions et les responsabilités de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), de Santé Canada et d'AANC. Mentionnons que plusieurs rencontres avec les équipes de ces ministères ont déjà eu lieu et ils ont démon-

tré une belle ouverture au processus de gouvernance. Il est important de bien comprendre leur fonctionnement afin de déterminer quelles sont les responsabilités que les Premières Nations souhaitent rapatrier et celles qu'elles devront assumer. Les travaux s'orienteront également vers la compréhension des obstacles relatifs à l'administration des programmes qui découlent des conflits de compétences, la poursuite des analyses visant à broser le portrait de l'environnement et l'amorce des pourparlers pour la transition vers le nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux.

Les activités de la deuxième phase ont débuté par la pré-assemblée générale annuelle de la CSSSPNQL, où la réflexion sur l'intégration du modèle de gouvernance à la culture des communautés a été entreprise. Cette réflexion continuera à évoluer au cours de la présente rencontre. Les activités se poursuivent par le portrait de la DGSPNI et d'AANC qui sera présenté graduellement au cours des prochaines rencontres régionales. Des visites dans

des communautés ont eu lieu et se poursuivront dans les communautés qui en feront la demande. Ces rencontres sont très enrichissantes pour l'équipe de la CSSSPNQL, car elles permettent d'entendre leurs besoins et leurs préoccupations et ainsi d'améliorer la transmission de l'information.

Question : Actuellement, avec le portrait qui a été réalisé, peut-on savoir ce que ça coûtera et ce que ça impliquera ?

Réponse : En 2015, Valérie Gideon, sous-ministre adjointe, a présenté à deux occasions la DGSPNI. Elle a parlé de financement et de responsabilités. Aux prochaines rencontres régionales, de l'information sera transmise et des décisions concernant le financement et les responsabilités seront à prendre. Il faudra également analyser les coûts. De plus, ce sont les communautés qui décideront de la structure régionale qu'elles souhaitent mettre en place et des responsabilités collectives qui leur seront dévolues.

6 – APPROPRIATION DE LA CULTURE DANS LES INSTITUTIONS LOCALES ET RÉGIONALES²

Biographie de Carol Hopkins

Nozhem (« Mère louve ») fait partie du clan du loup et est originaire de la Première Nation Delaware à Moraviantown, Ontario. Elle est mère de quatre enfants et grand-mère de six.

Carol Hopkins est directrice générale de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, un organisme qui a comme principal mandat de soutenir le programme de lutte contre les dépendances chez les Premières Nations du Canada. Avant d'occuper ce poste, Carol travaillait au Nimkee NupiGawagan Healing Centre Inc., un centre de traitement de l'abus de solvant chez les jeunes fortement axé sur la culture et les façons de vivre autochtones. Elle est fondatrice du centre et y a travaillé comme directrice pendant 13 ans.

Carol a été coprésidente du Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations qui avait pour mandat le développement du cadre renouvelé du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et du Programme national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes. Carol est actuellement présidente de l'Équipe de direction, chargée de mettre en œuvre le cadre renouvelé. Ce processus sera réalisé en partenariat entre l'Assemblée des Premières Nations, la Fondation autochtone nationale de partenariat de lutte contre les dépendances et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

² La présentation de Mme Hopkins se trouve à l'annexe C.

Carol a occupé plusieurs postes dans le domaine de la toxicomanie, dont celui de présidente du Comité national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes (PNLASJ) de 2000 à 2007. Ce comité national a développé des partenariats avec un grand éventail de groupes pour développer des pratiques exemplaires et des lignes directrices pour l'établissement de programmes de traitement axés sur la culture.

Carol a représenté les clients des Premières Nations en siégeant comme membre du conseil d'administration du Conseil canadien d'agrément de services de santé, qui aujourd'hui porte le nom d'Agrément Canada. Avec le PNLASJ, Carol a travaillé beaucoup sur le développement du programme d'agrément et de normes. Elle a servi comme visiteur du CCASS non seulement auprès des systèmes de soins conventionnels au Canada, mais également dans des organismes de santé communautaires et de lutte contre les dépendances chez les Premières Nations.

Ses grandes compétences dans le domaine de la santé découlent de sa capacité de combiner les pratiques de santé occidentales et les pratiques traditionnelles de guérison autochtone, et ce, de manière compétente et responsable. Carol a donné des cours dans plusieurs instituts de formation postsecondaire, dont l'Anishinabek Education Institute, le programme de travail social autochtone à l'Université Laurentienne et au programme de travail social à Kings University College de l'Université de Western Ontario où elle est professeur. Elle détient une maîtrise en travail social de l'Université de Toronto. Carol est lauréate du prix Walter Dieter de l'Assemblée des Premières Nations en reconnaissance de ses succès de recherche dans les milieux universitaires dans le domaine du travail social avec les Premières Nations.

Carol a souvent prononcé des discours devant des rassemblements autochtones aux échelles nationale et internationale, devant les instances gouvernementales et devant les associations professionnelles et universitaires.

Source : <http://nnapf.com/bio-carol-hopkins-2/?lang=fr>

Carol Hopkins, directrice générale de la Thunderbird Partnership Foundation, tient à remercier la CSSSPNQL de l'invitation et de l'occasion de partager avec les participants. Elle commence sa présentation par expliquer ce qui a guidé la fondation à choisir l'aigle comme symbole. Cet oiseau représente la spiritualité et est présent dans toutes les langues des Premières Nations.

Mme Hopkins rappelle aux participants que la recherche d'une meilleure gouvernance est une démarche entreprise par de nombreuses Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada. Plusieurs ententes existent entre le gouvernement et des Premières Nations, et plusieurs de celles-ci sont sous forme de partenariats, où la prise de décisions est partagée. Cependant, les Premières Nations dépendent toujours d'un système qu'elles n'ont pas conçu et elles doivent répondre à des attentes formulées par le gouvernement. Il est temps de se demander ce que nous voulons, quels sont nos besoins et comment désirons-nous y répondre?



Mme Hopkins présente le Cadre du continuum du mieux-être mental³ des Premières Nations qui a été mis au point grâce à des consultations menées aux quatre coins du pays. Le modèle réalisé est un modèle complet et complexe, où chaque couche représente un élément important. La première grande couche rouge représente le savoir autochtone et le centre du cercle est la roue de médecine commune à toutes les nations.

Un projet de recherche a été réalisé en même temps que l'élaboration du Cadre et tentait de déterminer ce qui crée le mieux-être chez les Premières Nations. Peu de projets de recherche ont porté sur la culture

des Premières Nations, mais, dans ce cas-ci, il y avait un souhait de raconter l'histoire des Premières Nations et de faire connaître les savoirs autochtones. Quatre éléments fondamentaux du mieux-être sont ressortis de cette recherche : l'espoir, l'appartenance, le sens et le but. Nous devons donc réfléchir à la façon dont nous pouvons travailler en fonction de ces quatre éléments. Par exemple, comment pouvons-nous créer l'espoir ?

Selon Mme Hopkins, les savoirs autochtones devraient se trouver au cœur de la gouvernance. Il faut en effet voir comment nous pouvons utiliser la culture et la spiritualité dans la façon dont nous gouvernons les communautés et mettons en place les programmes et les services. Elle indique que deux questions doivent tout d'abord guider les réflexions entourant la gouvernance : que voulons-nous mettre en place et pourquoi voulons-nous le mettre en place ? Les questions du *comment* et du *quand* sont secondaires. En ce qui concerne le *quoi*, Mme Hopkins souligne l'importance de s'interroger sur ce qu'est le mieux-être pour nous, les Premières Nations.

Elle signale l'importance de la langue, qui n'est pas qu'un simple véhicule de transmission. C'est aussi un moyen de revenir à la création et un moyen de se reconnecter avec ses ancêtres. Il a été constaté que, dans les communautés où il y a eu une diminution de l'utilisation de la langue des Premières Nations, il y a également eu une diminution du mieux-être au sein de la population.

L'application du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations entraîne des changements conceptuels importants. Au lieu de mettre l'accent sur les faiblesses, il faut plutôt miser sur les forces des Premières Nations. L'approche des déterminants sociaux de la santé est aussi à mettre de l'avant. Dans le même sens, les indicateurs du mieux-être communautaire doivent, eux aussi, mesurer les forces et non être fondés sur les faiblesses.

Des outils pour appuyer les communautés se trouvent sur le site Web de la Thunderbird Partnership Foundation (<http://nnapf.com/?lang=fr>). L'organisation offre aussi des formations.

³ Le mieux-être mental est un concept qui vise à regrouper les problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans le contexte des déterminants sociaux de la santé des autochtones en comptant sur la culture comme fondement pour une approche axée sur les forces tout au long de la vie.

Question : Comment pouvons-nous intégrer nos guérisseurs, nos sages-femmes et nos cérémonies dans nos services ?

Réponse : Nous devons déterminer ce qui est important pour nous et le mettre en application. Par exemple, nous pouvons décider que nous soutenons l'accouchement à la maison avec des sages-femmes. Nous avons des personnes dans les communautés qui ont les connaissances pour le faire. C'est à nous de revoir l'environnement dans lequel les enfants de nos communautés naissent, comme la présence de la famille étendue auprès des nouveau-nés.

7 ATELIER 1

MODE DE GOUVERNANCE ET CULTURE

Le premier atelier proposé aux participants est directement lié à la présentation de Mme Hopkins. Les objectifs de l'atelier sont de reconnaître les éléments communs à la culture des Premières Nations malgré les différences entre les nations et de réfléchir à la place à accorder à la culture au sein de la nouvelle gouvernance.

Trois groupes, composés de participants francophones et anglophones, sont formés. Les discussions sont guidées par des animateurs et ces derniers sont invités à résumer les réflexions de leur groupe lors d'un retour en plénière à la fin de l'atelier.

Le premier groupe, animé par Richard Gray, désigne l'identité, la langue et le territoire comme des éléments fondamentaux de la culture à mettre de l'avant. Les jeunes des communautés ont perdu l'importance qui doit être accordée à leur culture. Selon ce groupe, l'élément crucial est celui de l'identité. Il importe également de travailler sur une vision commune de la notion de mieux-être pour que tous aient la même compréhension.

Le groupe animé par Nadine Rousselot constate que la culture dominante a eu un fort impact sur nos communautés en imposant un système de valeurs. Il faut donc se réapproprier notre culture, miser sur les connaissances de nos membres et établir une connexion entre les aînés et les jeunes. Les éléments-clés communs entre nos nations sont le respect, l'autodétermination, la fierté, l'entraide et la langue.

Nancy Gros-Louis Mchugh, l'animatrice du dernier groupe, rapporte que la culture a été nommée comme étant au cœur de la gouvernance. Il est important de ne pas répliquer le système actuel. La vision du monde des Premières Nations doit se refléter dans nos institutions. La culture se traduit dans la façon de vivre et n'est pas statique. Elle se vit notamment par la connexion avec le territoire. La culture ne doit pas être seulement réfléchie en fonction de la santé. Il faut avoir une vision communautaire, où la culture est transversale. Ce groupe soulève aussi que l'utilisation du terme gouvernance peut être une barrière pour certaines communautés.

Willy Fournier résume les propos rapportés en mentionnant qu'il est clair que la culture est au cœur de la vie des Premières Nations. Il y a cependant des enjeux liés à la capacité à se réapproprier la culture principalement avec les jeunes. Les prochaines réflexions devront porter sur l'intégration du modèle de gouvernance aux différentes cultures des communautés.

8 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS DE LA DGSPNI⁴

Mme Nepton explique le travail qui a été entamé au sujet de la compréhension du fonctionnement de la DGSPNI et d'AANC. Les rencontres qui ont eu lieu avec ces deux organisations jusqu'à présent ont permis de comprendre leur système de gouvernance, leurs modalités de financement et leur fonctionnement pour assumer leurs responsabilités. Ce qui est présenté aux participants reflète la compréhension de l'équipe de la CSSSPNQL et un accent est mis sur les responsabilités qui concernent les Premières Nations.



Le Parlement canadien, qui gère l'ensemble des dépenses fédérales, se trouve au sommet de la gouvernance actuelle de la DGSPNI. Le Conseil du Trésor, lui, s'occupe de l'administration fédérale et, en ce qui concerne les Premières Nations, il gère les fonds publics et le financement alloué aux Premières Nations. L'administration centrale (niveau national, à Ottawa) de la DGSPNI élabore les programmes et les procédures de reddition de comptes, prépare les demandes

de budget et doit rendre compte au Conseil du Trésor (rapports financiers et rapports d'activités). Chacune des régions participe à des comités nationaux, et les besoins qu'elles expriment reflètent ceux des Premières Nations.

Les responsabilités assumées par le bureau régional de la DGSPNI, situé à Montréal, peuvent être catégorisées en trois grands blocs : la gestion des programmes de santé, la gestion des ententes de contribution et l'accompagnement des communautés.

La gestion des programmes de santé

Les rencontres à la DGSPNI ont permis de constater que le plan de santé communautaire est au cœur de la programmation. Il est considéré comme prioritaire et est vu autant comme une exigence de financement qu'une façon pour les communautés de définir leurs besoins et les ressources nécessaires pour y répondre. L'ensemble des équipes de la DGSPNI apporte son expertise et participe au processus d'élaboration des plans de santé. L'évaluation des plans de santé n'est plus une exigence, mais elle est toujours considérée comme un élément important pour le développement d'une communauté. La gestion des programmes de santé comprend également les services obligatoires de protection de la santé et d'hygiène du milieu ainsi que la reddition de comptes relative aux programmes.

⁴ La présentation PowerPoint utilisée par Mme Nepton se trouve à l'annexe D. Un tableau synthèse des responsabilités de la DGSPNI a été remis aux participants et figure à l'annexe E.

La gestion des ententes de contribution

Ce bloc de responsabilités regroupe l'élaboration des ententes (qui comprend l'analyse des risques), le financement, la gestion des manquements, le Programme des services de santé non assurés et celui du Fonds d'intégration des services de santé qui sont gérés de façon indépendante des ententes globales de financement ainsi que la reddition de comptes financière.

L'accompagnement des communautés

L'accompagnement offert par la DGSPNI est beaucoup lié à l'élaboration des plans de santé communautaire. Cet accompagnement est offert à la demande des communautés. L'unité de liaison, par l'entremise des agents de liaison, représente le guichet d'entrée pour les communautés. L'accompagnement des communautés est aussi offert par l'équipe de soins infirmiers et par le Forum Action qui est lié au plan de santé et aux situations d'urgence pouvant survenir.

9 INTRODUCTION DES ATELIERS 2 ET 3

Georges-Auguste Legault, professeur à l'Université de Sherbrooke et consultant dans le cadre du processus de gouvernance, commence sa présentation en rappelant aux participants l'évolution du processus depuis 2014. Lors de la première phase, il a été question de la gouvernance actuelle avec le gouvernement fédéral ainsi que des obstacles et des irritants vécus par les Premières Nations. La gouvernance descendante a blessé les Premières Nations et il est temps de se questionner sur une gouvernance qui ressemblera véritablement à la vision des Premières Nations. À partir des consultations réalisées, le concept de gouvernance effective a été élaboré et tous se sont entendus sur la finalité, qui est l'amélioration du mieux-être collectif.

En ce qui a trait aux rencontres à la DGSPNI, la première étape est de réfléchir à la façon dont les Premières Nations peuvent s'approprier les plans de santé communautaire. Deux ateliers sont donc proposés. Pendant le premier, les participants doivent réfléchir au processus actuel d'élaboration des plans de santé. Le deuxième atelier porte sur les changements et les lignes directrices souhaités.

Question : Ce que l'on désire remplacer, c'est le bureau régional de la DGSPNI. L'administration nationale aura-t-elle encore un mot à dire ?

Réponse : La régulation n'est pas réalisée par le bureau régional à Montréal ni par l'équipe régionale à Québec pour ce qui est d'AANC. Il faut donc aller chercher également des responsabilités au niveau national (Ottawa). En Colombie-Britannique, les Premières Nations sont allées chercher les ressources du national qui étaient allouées à leur région. L'entente qui sera conclue avec le fédéral va préciser le partage des responsabilités. Une rencontre aura lieu avec les Premières Nations de la Colombie-Britannique afin d'apprendre davantage de leur expérience.

10 ATELIER 2

L'APPROPRIATION DU PLAN DE SANTÉ : MISE EN COMMUN DES EXPÉRIENCES DE CHACUN

Le deuxième atelier a pour objectif de mieux comprendre la façon dont le processus d'élaboration du plan de santé communautaire est vécu dans les communautés. Les discussions ont lieu en petits groupes réunissant, comme pour le premier atelier, des participants francophones et anglophones. L'animateur de chacun de ces groupes est invité à résumer les discussions de son groupe pendant une plénière, après l'atelier. Une liste exhaustive des éléments soulevés par les trois groupes se trouve à l'annexe F.

Le rôle du plan de santé dans l'ensemble des interventions en santé

Selon les propos des participants, le rôle actuel du plan de santé diffère d'une communauté à l'autre. Pour certains, le plan de santé n'est qu'une exigence permettant d'accéder à du financement. Cette façon de percevoir le plan de santé fait en sorte que les intervenants ne l'utilisent pas. Les participants cherchent à savoir si le plan de santé permet de répondre aux besoins de Santé Canada ou à ceux des Premières Nations. Les politiques élaborées par Santé Canada sont difficilement applicables dans les communautés. Bien que la mise en place du processus d'élaboration des plans de santé ait permis aux Premières Nations de participer davantage à la définition des priorités de santé, cette occasion est par contre limitée par le cadre imposé, soit la programmation et les critères élaborés par le bureau national de Santé Canada.

Les participants affirment qu'il est souhaité que le plan de santé soit un outil de référence pour établir les plans de travail annuels des intervenants puisqu'il permet de déterminer les cibles à atteindre. Le plan de santé doit être un document vivant et chacun des intervenants doit être responsable d'une partie de ce plan. En plus de s'en servir pour la reddition de comptes, les communautés doivent s'en servir comme un guide pour l'allocation de leurs ressources et pour évaluer l'atteinte de leurs objectifs en y incluant des indicateurs de mesures réalistes et pour lesquels des données sont déjà recueillies. Perçu de cette façon, le plan de santé permet de créer des structures et des projets qui répondent aux besoins locaux et qui favorisent des facteurs de protection, comme la culture.

Le contenu du plan de santé

Afin d'élaborer le contenu de leur plan de santé, des communautés réalisent des analyses de besoins propres à certaines clientèles. Pour que le plan de santé soit à leur image, les participants soulignent que des efforts doivent être consentis afin de ne pas répliquer les façons de faire de Santé Canada. Il est aussi rapporté que plusieurs communautés mettent en place des activités qui ne sont pas inscrites dans leur plan de santé puisqu'elles représentent des dépenses non admissibles selon les critères de Santé Canada. Il est déploré que le plan de santé ne couvre pas tous les besoins de la population, dont l'accès aux services offerts par la province. L'élaboration du plan de santé devrait toujours commencer par une réflexion sur ce qui fonctionne bien dans la planification actuelle.

Finalement, le plan de santé doit avoir suffisamment de flexibilité pour permettre des ajustements dans la planification des activités en fonction de changements dans les besoins de la population, des possibilités ou des imprévus.

La création du plan de santé

Dans la plupart des communautés, c'est le secteur de la santé qui a la responsabilité d'élaborer le plan de santé. Certaines communautés ont recours à un consultant, mais toutes sont d'avis que ce n'est pas une façon de faire à privilégier, car il est alors beaucoup plus difficile de se l'approprier. Si un consultant est embauché pour rédiger le plan, il est important qu'il soit soutenu par une équipe locale. Plusieurs communautés ont créé un comité où siègent des représentants des différents secteurs et de la population. Pour certaines communautés, le plan de santé doit être approuvé par le conseil de bande avant d'être transmis à Santé Canada, alors que, pour d'autres, l'approbation est réalisée par le comité de santé qui en a reçu le mandat. Il est à noter que des communautés soumettent leur plan de santé à leur population. Quant aux défis liés à l'élaboration du plan de santé, l'ingérence politique a été nommée.

À propos du financement, des participants ont déploré le fait qu'aucun financement ne leur est attribué pour l'élaboration du plan de santé. Le financement des activités est basé sur des décisions historiques et n'est pas indexé en fonction des besoins de la population ni de l'éloignement des communautés. Le fait que les services de santé et les services sociaux ne soient pas financés par le même bailleur de fonds est un défi en soi et rend difficile l'établissement de liens entre les équipes et les services offerts. Il a été réitéré que les balises de financement actuelles font en sorte que certains besoins exprimés ne peuvent être comblés.

Les consultations pour l'établissement du plan de santé

Afin d'impliquer la population, plusieurs communautés utilisent des questionnaires ou des groupes de discussion. Même si l'implication de la population n'est pas une exigence de Santé Canada, les communautés désirent qu'elle fasse partie de la planification. Les participants sont aussi d'avis qu'il est important d'accroître la responsabilisation des individus envers leur santé.

Pour ce qui est de l'implication des autres acteurs dans l'élaboration des plans de santé, l'approche des déterminants sociaux de la santé est privilégiée et, pour ce faire, l'apport des autres secteurs de la communauté est important. Il est nécessaire que tous comprennent bien cette approche pour pouvoir contribuer à la planification, notamment par le partage de données. Il a été souligné que, plus les intervenants sont engagés dans la planification, plus ils utiliseront le plan de santé. Les consultations auprès de Santé Canada guident certaines communautés, alors que d'autres ne souhaitent pas son implication.

La tenue de discussions sur le processus actuel d'élaboration des plans de santé a permis de constater la distance entre le but souhaité de ce processus et ce qui est réellement vécu au sein des communautés. Il semble en effet que les balises de programmes et de financement de Santé Canada ne permettent pas aux communautés de planifier leurs activités en fonction de l'analyse des besoins de leur population. Dans bien des cas, les plans de santé sont élaborés pour satisfaire à une exigence de financement et non pour servir d'outil de gestion, de mobilisation et d'évaluation, comme le souhaitent les communautés. À la lumière des propos, il appert que des changements doivent être apportés au plan de santé afin de le rendre holistique, évolutif et flexible.

11 RETOUR SUR LA PREMIÈRE JOURNÉE

Willy Fournier souhaite la bienvenue aux participants et fait un retour sur les discussions de la veille. Il fait notamment un retour sur la conférence offerte par Carol Hopkins qui a mis en lumière l'importance de repenser les structures afin de mettre à l'avant-plan la culture des Premières Nations et les savoirs autochtones qui comprennent la langue, les symboles et les traditions. L'importance de se concentrer pour le moment sur le *quoi* et le *pourquoi* de la gouvernance effective a aussi été soulignée. La structure actuelle descendante doit être remplacée par une structure où les communautés sont au centre. Les deux premiers ateliers de la rencontre ont permis de faire ressortir que le pouvoir d'agir et l'appropriation sont deux éléments qui doivent guider le processus d'élaboration du nouveau modèle de gouvernance.

12 ATELIER 3

L'APPROPRIATION DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE (LIGNES DIRECTRICES)

L'objectif du troisième atelier, animé en plénière par Willy Fournier et Georges-Auguste Legault, était d'en arriver à ce que les Premières Nations s'approprient la planification en santé et en mieux-être des communautés et à ce qu'elles établissent des lignes directrices de la planification à leur image et selon leurs réalités et leurs besoins.

Pour chacune des propositions de lignes directrices, le contexte actuel de la planification avec les forces et les faiblesses du processus, tel qu'il est demandé par Santé Canada, a été présenté. Ce contexte et les propositions de lignes directrices ont été bonifiés à la lumière des éléments exprimés par les participants pendant le deuxième atelier. Ensuite, les changements souhaités qui devraient éventuellement être intégrés dans le modèle de gouvernance effective ont été exposés.

Cet atelier a été rendu interactif grâce à l'utilisation de télévotants qui permettent aux participations de voter en temps réel. Au cours de l'atelier, les participants ont donc eu à émettre leur opinion sur des propositions de lignes directrices en indiquant pour chacune s'ils étaient *totale*ment d'accord, *partiellement* d'accord ou *en désaccord*. Les participants ont aussi été amenés à expliquer leur choix afin de bonifier ces lignes directrices.

Un tableau résumant, pour chacune des propositions de lignes directrices, les résultats du vote et les commentaires émis par les participants se trouve à l'annexe G.

L'atelier a mené à l'élaboration de quatorze lignes directrices pour une véritable planification en santé et en mieux-être par et pour les Premières Nations. Les réflexions se poursuivront avec les communautés afin de peaufiner ces lignes directrices.

Situation actuelle :

Le processus de planification en santé et en mieux-être actuellement demandé aux communautés repose sur des programmes en silo, un plan de santé non intégré aux autres secteurs de la communauté et qui n'est pas axé sur une vision commune et partagée par l'ensemble des acteurs de la communauté. Dans certaines communautés, le plan de santé est laissé « sur une tablette », alors que, pour d'autres, il sert à guider les interventions. Présentement, le plan de santé est construit en fonction de la reddition de comptes et ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins de la population.

Changements souhaités :

Le souhait est de briser les silos et d'en arriver à une vision communautaire de la santé et du mieux-être. Le plan de santé devrait être un outil mobilisateur et il devrait reposer sur un processus d'amélioration continue, dissocié d'une logique de reddition de comptes.

Lignes directrices reformulées selon les commentaires et les propositions des participants :

1. La planification en santé et en mieux-être devrait se faire selon une approche holistique prenant en considération les éléments suivants :
 - En harmonie avec la vision de la communauté.
 - En intégrant une analyse des besoins en santé.
 - En intégrant une analyse des déterminants sociaux qui influencent les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services.
 2. La planification en santé et en mieux-être doit permettre à toutes les parties prenantes, y compris la population, de promouvoir activement la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être et donner à la communauté des objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le mieux-être.
 3. Dans le but de promouvoir la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être, la planification en santé et en mieux-être devrait être conçue comme un outil d'amélioration continue des activités et des services en santé et en mieux-être permettant une révision en fonction de l'atteinte des objectifs.
 4. La planification en santé et en mieux-être devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.
-

LA CRÉATION DE LA PLANIFICATION EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ DANS LA GOUVERNANCE EFFECTIVE

Situation actuelle :

Le plan de santé relève du directeur de la santé de la communauté et il est élaboré en fonction de consultations menées auprès de différents acteurs. Des questionnements sont soulevés par rapport aux données actuellement utilisées pour élaborer le plan de santé ainsi que sur sa légitimité.

Changements souhaités :

Les communautés désirent se doter de structures interdisciplinaires et intersectorielles pour élaborer leur plan de santé. Des mécanismes de reddition de comptes doivent être mis en place afin que ce comité soit responsable devant l'ensemble des parties prenantes de la communauté. Les données utilisées pour élaborer le plan de santé doivent être reconnues par la population et les autres parties prenantes. Le plan de santé doit aussi faire l'objet d'un accord entre les membres de la communauté et doit, pour être légitime, obtenir l'approbation du secteur politique.

Lignes directrices reformulées selon les commentaires et les propositions des participants :

5. La responsabilité de la planification en santé et en mieux-être devrait être confiée à un comité présidé et coordonné par le directeur de la santé. Ce comité devrait aussi regrouper toutes les parties prenantes de la communauté impliquées dans les services et les activités de santé connexes et ceux dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé dans la communauté.
6. La planification en santé et en mieux-être devrait reposer sur des données recueillies, entre autres, à la suite de consultations auprès de la communauté et partagées avec celle-ci.
7. La planification en santé et en mieux-être devrait préférablement faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité ou d'un autre type d'accord.
8. La planification en santé et en mieux-être devrait être approuvée par le conseil de bande ou une autorité déléguée afin de lui donner toute sa légitimité.

Réactions et commentaires :

- _ Un des défis rencontrés lors de l'élaboration de la planification concerne la participation de toutes les parties prenantes de la communauté et des différents secteurs du conseil de bande. La direction générale a un rôle clé pour rassembler tous ces gens.
- _ Il ne faut pas oublier les personnes qui habitent à l'extérieur des réserves ou du territoire et il est très important de considérer leurs besoins.
- _ Le recours au consensus n'est pas obligatoire. Il est certes souhaité, mais cela peut avoir l'effet négatif de limiter les discussions et les réflexions. Du même souffle, il est peu réaliste de s'attendre à obtenir un consensus avec la population vu la multitude de dynamiques entourant l'aspect politique. Bref, le mode de décision à privilégier est propre à chacune des communautés.

Situation actuelle :

L'analyse des besoins de la population ainsi que l'approche des déterminants sociaux sont des concepts mal compris au sein de certaines communautés. L'intégration à la planification de données tirées de ces analyses est également difficile à réaliser.

Changement souhaité :

La planification en santé et en mieux-être de la communauté doit reposer sur des données rigoureuses tirées d'une analyse des besoins et d'une analyse des déterminants sociaux de la santé.

Lignes directrices reformulées selon les commentaires et les propositions des participants :

9. L'analyse des besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
 10. L'analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
 11. Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux devraient être intégrés dans les objectifs décrits dans la planification en santé et en mieux-être.
-

Réactions et commentaires :

- L'approche rigoureuse est certes louable. Par contre, dans le contexte actuel, des efforts sont nécessaires pour respecter ces lignes directrices. Il faut miser sur le renforcement des capacités en termes d'analyse de données.
 - L'approche des déterminants sociaux est absolument nécessaire. Par contre, cette approche n'est pas connue par toutes les parties prenantes et une uniformisation est souhaitée.
 - Les savoirs et les expériences ne doivent pas être exclus du processus de planification et ils doivent être considérés comme faisant partie d'une approche rigoureuse.
-

LA PRIORISATION DANS LA PLANIFICATION EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ

Situation actuelle :

La priorisation est actuellement limitée par les balises de programmes et de financement de Santé Canada. Les critères de priorisation ne sont donc pas décidés par les Premières Nations ni élaborés en fonction de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux.

Changement souhaité :

Les communautés désirent prioriser en fonction de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'en fonction d'autres facteurs qu'elles auront déterminés.

Ligne directrice reformulée selon les commentaires et les propositions des participants :

12. Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la priorisation :

- La gravité des impacts sur les personnes et la communauté en l'absence d'intervention.
 - L'incidence, soit le nombre de personnes touchées.
 - La possibilité réelle d'atteindre les résultats souhaités.
 - Les coûts liés aux interventions nécessaires pour atteindre les résultats souhaités.
 - La perception de l'urgence de répondre à ces besoins par la communauté.
 - La culture et les façons de faire communautaires.
 - Une stratégie de santé globale.
-

Réactions et commentaires :

Il existe plusieurs défis à la priorisation :

- L'équilibre des budgets.
 - Certaines activités ne sont pas admissibles à du financement selon les normes fédérales, par exemple les activités culturelles.
 - Les phénomènes émergents et l'absence de ressources pour s'y attaquer, par exemple les jeux virtuels.
-

Situation actuelle :

Les communautés définissent les besoins de leur population, mais elles doivent effectuer leur programmation en fonction de programmes déjà définis. Il y a donc peu de possibilités pour les communautés de mettre en place de nouvelles façons de faire. Quant à la reddition de comptes demandée, elle repose davantage sur des rapports d'activités que sur une véritable évaluation de l'atteinte des objectifs du plan de santé. Les indicateurs sont choisis par Santé Canada et ne répondent pas nécessairement aux besoins des communautés.

Changements souhaités :

Il doit y avoir une plus grande cohérence entre la priorisation et le choix des activités. Les communautés ont besoin de se doter d'indicateurs leur permettant de suivre l'atteinte de leurs objectifs dans un processus d'amélioration continue.

Lignes directrices reformulées selon les commentaires et les propositions des participants :

13. La programmation des activités et des services devrait être déterminée par les objectifs précisés dans la priorisation, tout en donnant une marge de manœuvre.
14. Des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs devraient être précisés pour chacun des objectifs afin de donner lieu à une évaluation des activités et des services en vue de l'amélioration continue.

Réactions et commentaires :

- Les indicateurs doivent aussi être de type qualitatif. Il ne faut pas avoir peur de sortir des sentiers battus et se fier aux perceptions. Un participant pose la question suivante : comment quantifier le mieux-être ?
- Le plan de santé doit être révisé et les ajustements nécessaires doivent être apportés dès que possible. Il ne faut pas craindre les modifications au plan de santé s'il est constaté qu'il sera impossible d'atteindre les objectifs.

13 PROCHAINES ÉTAPES DU PROCESSUS DE GOUVERNANCE

Patrice K. Lacasse expose aux participants les étapes à venir dans le cadre de la deuxième phase du processus de gouvernance. La planification est la base du nouveau modèle de gouvernance et il faut commencer par élaborer les processus à l'échelle locale pour ensuite voir ce qui devra être mis en place à l'échelle régionale. Les Premières Nations doivent se questionner sur la façon de travailler ensemble malgré les réalités différentes de chacun. À l'hiver 2017, une autre rencontre régionale permettra de poursuivre les réflexions sur la planification et le fonctionnement du gouvernement fédéral. La question de la clarification des compétences aura aussi sa place au cours de la deuxième phase.

Il est important que l'information transmise pendant les rencontres régionales soit partagée au sein des communautés. Des documents sont accessibles sur le site Web du processus de gouvernance et d'autres, tels que des fiches thématiques, seront produits pour faciliter ce transfert de connaissances.

14 MOT DE LA FIN

Marjolaine Sioui, directrice générale de la CSSSPNQL, remercie les participants pour les échanges fructueux qui ont poussé encore plus loin la réflexion. Elle rappelle que la CSSSPNQL est en mode écoute afin de bien accompagner les Premières Nations dans ce processus. Ce qu'elle retient de la rencontre est que le processus de gouvernance amène les Premières Nations à se reconnecter entre elles, en plus d'amener chacun des participants à se reconnecter avec eux-mêmes. La présentation de Mme Hopkins a en effet permis de ramener chacun à ses racines.

Il importe que chacune des communautés émette son opinion et partage ses particularités et ses forces. Ce processus est l'occasion pour les Premières Nations de définir leur vision collective du mieux-être.

15 PRIÈRE DE FERMETURE

Un participant offre une prière de fermeture.

16 CONCLUSION

La rencontre régionale des 9 et 10 novembre 2016, réunissant des participants provenant de 19 communautés des Premières Nations, avait pour objectif de continuer la réflexion sur l'intégration du modèle de gouvernance à la culture et d'entamer les discussions sur la planification de la santé, un élément central de la gouvernance effective. Pour ce faire, le transfert de connaissances sur les fonctions et les responsabilités de la DGSPNI s'est poursuivi. Ces responsabilités ont été catégorisées en trois grands blocs : la gestion des programmes de santé, la gestion des ententes de contribution et l'accompagnement des communautés.

Vu que la planification à l'échelle locale est à la base du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations, la première étape a été de réfléchir à la façon dont le processus d'élaboration des plans de santé est vécu dans les communautés et à la façon dont les Premières Nations peuvent s'approprier la planification en santé et en mieux-être. Les ateliers proposés ont mené à l'élaboration de quatorze lignes directrices pour guider une véritable planification en santé et en mieux-être par et pour les Premières Nations, à leur image, selon leurs réalités et leurs besoins. Tout au long de la deuxième phase du processus de gouvernance, les réflexions se poursuivront avec les communautés afin de peaufiner ces lignes directrices.

En mars 2017, une autre rencontre régionale permettra de poursuivre la démarche d'appropriation et le développement de connaissances sur le fonctionnement de la DGSPNI et d'AANC afin que les Premières Nations puissent déterminer ce qu'elles souhaitent mettre en place dans leur gouvernance effective de la santé et des services sociaux.

ORDRE DU JOUR

LIEU : HYATT REGENCY MONTRÉAL, SALLE SYMPHONIE 3

9 NOVEMBRE 2016

7 h 30	Accueil et inscription
8 h 30	Prière d'ouverture et mot de bienvenue
8 h 45	Contexte et mise à jour
9 h 15	Culture – Carol Hopkins
10 h 15	Pause
10 h 30	Atelier 1 – Modèle de gouvernance et culture
11 h 30	Retour en plénière
11 h 45	Dîner
13 h 15	Fonctions et responsabilités du fédéral
13 h 45	Atelier 2 – plan de santé
15 h	Pause
15 h 15	Atelier 2 – plan de santé (suite)
15 h 45	Plénière et rétroaction
16 h	Récapitulation
16 h 15	Ajournement

10 NOVEMBRE 2016

7 h 30	Accueil et inscription
8 h 30	Contexte et orientations
8 h 45	Atelier 3 – Planification dans les communautés
10 h 15	Pause
10 h 30	Atelier 3 – Planification dans les communautés (suite)
11 h 30	Plénière et rétroaction
11 h 45	Prochaines étapes
12 h	Fin de la rencontre

B ANNEXE

PROCESSUS DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX – RENCONTRE RÉGIONALE, 9 ET 10 NOVEMBRE 2016 (POWERPOINT)





Gouvernance en santé et en services sociaux

Finalité:

- Améliorer la santé des Premières Nations

Objectifs :

- Améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux

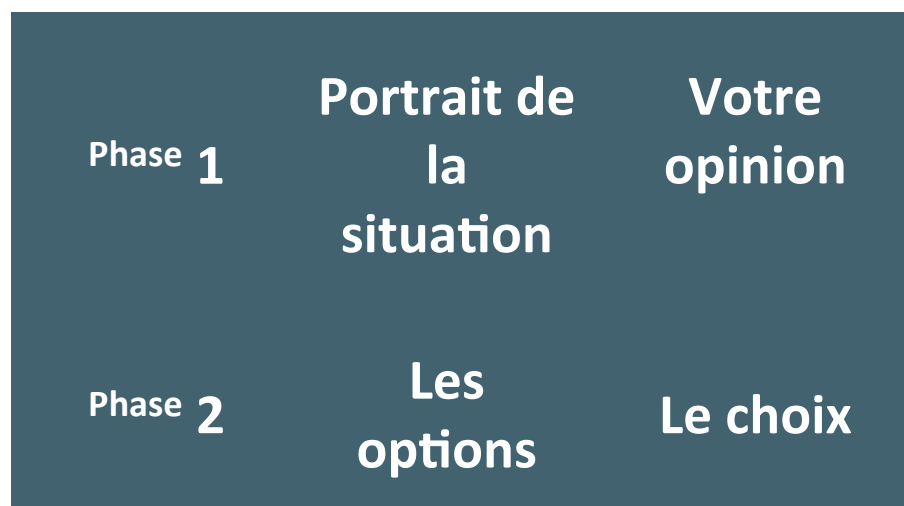
Mandat

- Motion APNQL 2014

2



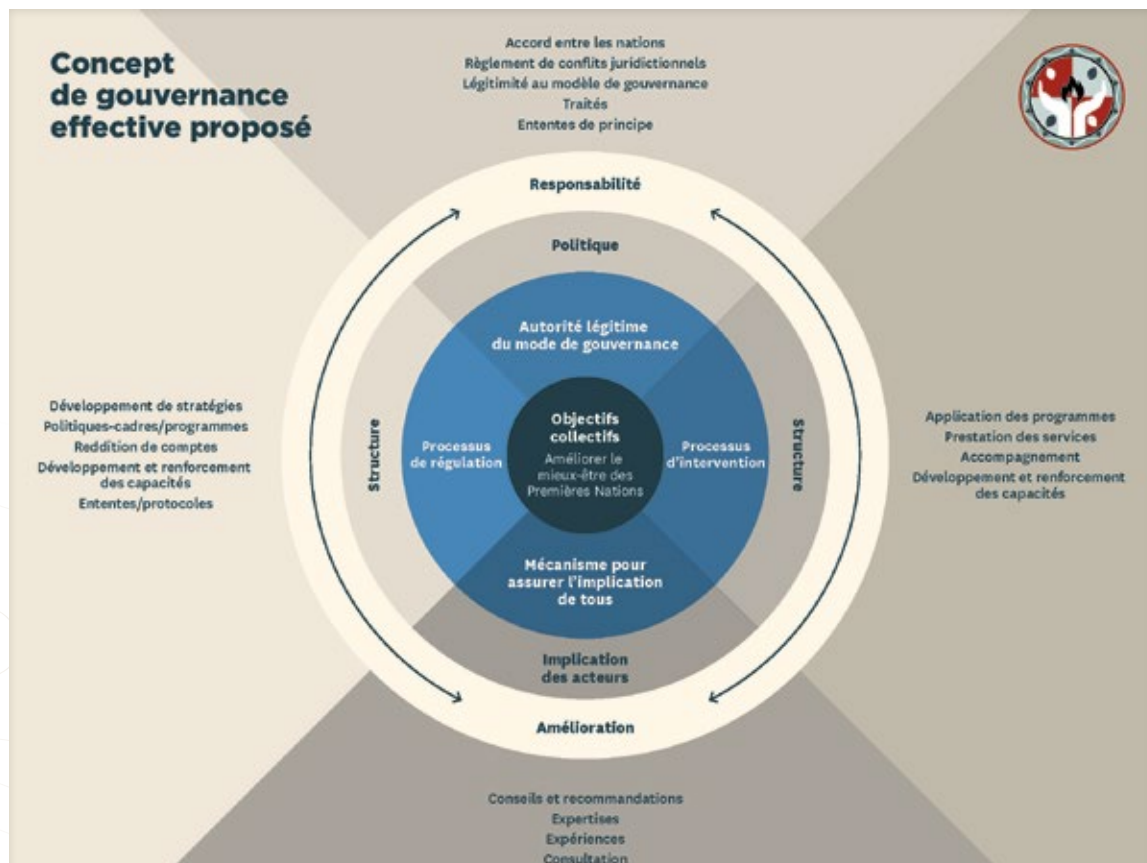
Étapes





Axes

- Axe **1** Cueillette d'information et recherche
- Axe **2** Consultation, concertation et partage d'expériences
- Axe **3** Communication, suivi et évaluation





Phase II

QU'IL SOIT RÉSOLU QUE les **chefs appuient la poursuite du mandat** actuel de la CSSSPNQL dans le processus de gouvernance en santé et en services sociaux et mandatent celle-ci pour qu'au cours des quatre prochaines années, elle entame des **démarches et des pourparlers auprès des gouvernements** fédéral et provincial dans le but de convenir ensemble formellement d'un **processus de transition vers un nouveau modèle de gouvernance conférant plus d'autonomie aux Premières Nations** au Québec en santé et en services sociaux dans le but d'améliorer leur mieux-être. Ces actions s'effectueront en collaboration avec le comité consultatif des chefs, tout en assurant une cohérence avec les principes et les valeurs adoptés en février 2014;



Phase II : avril 2016 - mars 2020

Résultats attendus

- Un modèle de gouvernance effective en santé et en services sociaux disponible et applicable, et qui répondra aux besoins des Premières Nations
- Clarification des compétences en santé et en services sociaux du fédéral, du provincial et des Premières Nations

Objectif spécifique du processus de gouvernance

Remettre aux communautés l'information nécessaire pour qu'elles puissent choisir leurs institutions et leur mode de gouvernance en santé et en services sociaux :

- Comprendre et intégrer le fonctionnement de la DGSPNI et d'AANC
- Déterminer les obstacles dans l'administration des programmes qui ont pour origine les conflits de compétence
- Compléter le portrait de l'environnement en matière de santé et de services sociaux
- Entamer des pourparlers pour mettre en place un processus de transition vers un modèle de gouvernance alternatif

8

Phase II: été et automne 2016

- Pré-AGA du 13 juillet
- Établir un portrait de la gestion de la DGSPNI, septembre 2016
- Établir un portrait de la gestion d'AANC, octobre 2016
- Comité des partenaires, 8 novembre
- Rencontre régionale, 9 et 10 novembre 2016
- Visites dans les communautés qui en feront la demande

9



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



Wela'lin Meegwetch Tià:wen Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com
Suzie Nepton, snepton@cssspnql.com

10

GOVERNANCE AUTOCHTONE : LE CADRE DU CONTINUUM DU MIEUX-ÊTRE MENTAL DES PREMIÈRES NATIONS ET LA CULTURE COMME FONDAMENT POUR LA GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (POWERPOINT)



Intérêts en matière de gouvernance

- Explorer les éléments clés qui doivent être pris en considération dans l'élaboration d'un nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux.
 - Les modèles existants de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Canada dépendent du type d'entente qui se fonde sur des dispositions législatives et politiques pour définir l'administration et le financement.
- Un modèle de gouvernance qui respectera notre culture « commune » et les cultures de nos nations.
 - Les Premières Nations veulent établir un modèle de gouvernance qui intègre leur culture et leur compréhension de la santé.
 - Les Premières Nations revendiquent le droit d'offrir à leur population des services de santé et des services sociaux qui sont adaptés à la culture.

Gouvernance autochtone

- Une voie à suivre qui permettra d'atteindre les bons résultats
- Met un terme à la perte de ressources



Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations

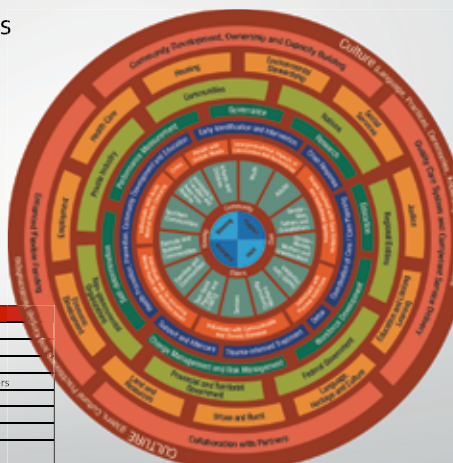
Thèmes clés

1. La culture comme fondement
2. Développement communautaire et propriété
3. Système de santé de qualité et prestation de services appropriés
4. Collaboration avec les partenaires
5. Financement souple et amélioré

Éléments de soutien

- Mesure du rendement
- Recherche
- Perfectionnement de la main-d'œuvre
- Gestion du changement
- Gouvernance
- Autodétermination

Legende (du centre vers l'extérieur)
Quatre directions (résultats)
Communauté
Populations
Populations ayant des besoins particuliers
Continuum de services essentiels
Éléments de soutien et infrastructure
Partenaires de la mise en œuvre
Déterminants sociaux de la santé des Autochtones
Principaux thèmes relatifs au mieux-être mental
La culture comme fondement



Mieux-être mental

- Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (le Cadre) vise à traiter du « mieux-être mental », qui est en fait un concept qui vise à regrouper les problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans le contexte des déterminants sociaux de la santé des Autochtones en comptant sur la culture comme fondement pour une approche axée sur les forces tout au long de la vie.

- # Mieux-être mental
- Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (le Cadre) vise à traiter du « mieux-être mental », qui est en fait un concept qui vise à regrouper les problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans le contexte des déterminants sociaux de la santé des Autochtones en comptant sur la culture comme fondement pour une approche axée sur les forces tout au long de la vie.

Continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Qui? Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés

Quoi? Accès à une panoplie de services en mieux-être mental

- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
- Dépistage et intervention précoces
- Intervention en situation de crise
- Coordination et planification des soins
- Désintoxication
- Soins tenant compte des traumatismes subis
- Soutien et suivi

Comment?

- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
- Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
- Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
- Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

Continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Qui? Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés

Quoi? Accès à une panoplie de services en mieux-être mental

- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
- Dépistage et intervention précoces
- Intervention en situation de crise
- Coordination et planification des soins
- Désintoxication
- Soins tenant compte des traumatismes subis
- Soutien et suivi

Comment?

- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
- Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
- Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
- Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

Continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Qui? Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés

Quoi? Accès à une panoplie de services en mieux-être mental

- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
- Dépistage et intervention précoces
- Intervention en situation de crise
- Coordination et planification des soins
- Désintoxication
- Soins tenant compte des traumatismes subis
- Soutien et suivi

Comment?

- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
- Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
- Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
- Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

- # Continuum du mieux-être mental des Premières Nations
- Qui?** Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés
- Quoi?** Accès à une panoplie de services en mieux-être mental
- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
 - Dépistage et intervention précoces
 - Intervention en situation de crise
 - Coordination et planification des soins
 - Désintoxication
 - Soins tenant compte des traumatismes subis
 - Soutien et suivi
- Comment?**
- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
 - Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
 - Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
 - Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

Continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Qui? Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés

Quoi? Accès à une panoplie de services en mieux-être mental

- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
- Dépistage et intervention précoces
- Intervention en situation de crise
- Coordination et planification des soins
- Désintoxication
- Soins tenant compte des traumatismes subis
- Soutien et suivi

Comment?

- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
- Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
- Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
- Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

- # Continuum du mieux-être mental des Premières Nations
- Qui?** Tout au long de la vie et pour les familles et les communautés
- Quoi?** Accès à une panoplie de services en mieux-être mental
- Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
 - Dépistage et intervention précoces
 - Intervention en situation de crise
 - Coordination et planification des soins
 - Désintoxication
 - Soins tenant compte des traumatismes subis
 - Soutien et suivi
- Comment?**
- **La culture comme fondement et approche axée sur les forces**
 - Partenariats, collaboration, agrégation, autres modèles de prestation de services, financement souple, élimination du cloisonnement des programmes, amélioration de la qualité
 - Approches fondées sur les équipes, lien avec les approches de soins primaires et de santé publique, y compris les maladies transmissibles et chroniques
 - Accent sur les personnes, les familles et les communautés, tout au long de la vie

Résultats

Espoir : Identité, croyances,
vision du monde, valeurs

Appartenance : Relations,
famille, communauté, attitudes

Sens : Intuitif, rationnel,
compréhensif

But : Façon d'être, façon de faire,
intégralité

Résultats

Espoir : Identité, croyances, vision du monde, valeurs

Appartenance : Relations, famille, communauté, attitudes

Sens : Intuitif, rationnel, compréhensif

But : Façon d'être, façon de faire, intégralité

Résultats

Espoir : Identité, croyances, vision du monde, valeurs

Appartenance : Relations, famille, communauté, attitudes

Sens : Intuitif, rationnel, compréhensif

But : Façon d'être, façon de faire, intégralité

Résultats

Espoir : Identité, croyances, vision du monde, valeurs

Appartenance : Relations, famille, communauté, attitudes

Sens : Intuitif, rationnel, compréhensif

But : Façon d'être, façon de faire, intégralité

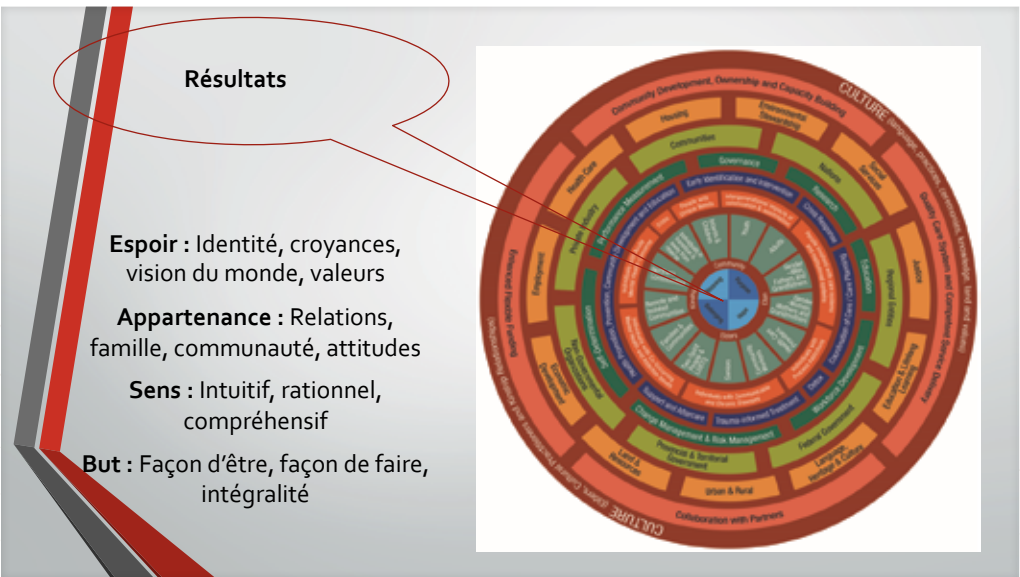
Résultats

Espoir : Identité, croyances, vision du monde, valeurs

Appartenance : Relations, famille, communauté, attitudes

Sens : Intuitif, rationnel, compréhensif

But : Façon d'être, façon de faire, intégralité



Application du Cadre : changements conceptuels

De : Accent sur les faiblesses

À : Découverte des forces

Données probantes qui excluent la vision du monde, les valeurs et la culture des Autochtones

Vision du monde, valeurs et culture des Autochtones qui sont le fondement permettant de déterminer la pertinence et l'acceptabilité des différentes sources des données probantes dans un contexte communautaire

Accent sur ce qui est apporté aux personnes

Accent sur les résultats pour les personnes, les familles et les communautés, approches collaboratives holistiques

Programmes et services non coordonnés et fragmentés

Planification exhaustive et modèles intégrés fédéraux, provinciaux, territoriaux, sous-régionaux et des PN pour le financement et la prestation de services

Communautés qui travaillent selon les restrictions de cloisonnement des programmes

Les communautés optimisent et réorientent leurs programmes et leurs services de mieux-être mental selon leurs priorités

Collaboration des PN sans capacité

Capacité des PN qui renforce les liens multisectoriels, liant les programmes de santé et les services sociaux, dans l'ensemble des systèmes provinciaux, territoriaux et fédéraux pour appuyer la gestion de cas intégrée en tenant compte des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations

Le mieux-être ne signifie pas l'absence de maladies

- Tout au long de l'histoire des peuples des Premières Nations, la définition de la santé évoluait autour de l'être entier de chaque personne, les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel d'une personne étant en équilibre et en harmonie les uns avec les autres ainsi qu'avec l'environnement et les autres êtres. Cette vision était en conflit avec le modèle médical occidental qui, jusqu'à tout récemment, a perpétué le concept de la santé comme étant « l'absence de maladies » (Favel-King, 1993:125).10

Résultats

Le mieux-être mental consiste en un équilibre des aspects spirituel, émotionnel, mental et physique. Il y a renforcement de cet équilibre chez les personnes qui :

- entretiennent à l'égard de leur avenir et de celui de leur famille un **ESPOIR** qui se fonde sur un sentiment d'identité, des valeurs autochtones uniques et un lien avec une vision du monde autochtone ancrée dans une croyance en l'esprit;
- éprouvent un sentiment d'**APPARTENANCE** et d'attachement relativement à leur famille et à leur communauté et un lien avec la Création et une attitude à l'égard de la « vie »;
- donnent un **SENS** créé par les connaissances autochtones et découlant de l'éducation;
- ont un **BUT** dans leur vie quotidienne, que ce but passe par l'éducation, l'emploi ou la prestation de soins, ou qu'il soit ancré dans les façons culturelles d'être et de faire.

Composantes normalisées de la gouvernance

1. Ensemble d'idées – Modèle ou philosophie de gouvernance
2. Orientation à l'égard de l'activité humaine collective ou de la forme d'action
 - La gouvernance, ce n'est pas faire le travail des opérations, de l'administration et de la gestion, mais plutôt de donner une orientation.
3. Processus décisionnel selon les politiques qui établit une relation et des limites claires entre la gouvernance et la gestion
4. Déterminer qui est concerné et pourquoi
5. Rendre des comptes aux intervenants : changement mesurable clair

Promotion et
protection de vos
intervenants et de
leurs intérêts

Que manque-t-il?

Depuis le premier contact, les peuples autochtones tentent d'établir *leur* définition d'intelligence, d'être aussi productifs qu'*ils* le sont, d'avoir autant de succès qu'*eux* et d'être aussi intelligents qu'*eux*. Ainsi, les peuples autochtones ont perdu la nature globale de *notre* définition d'intelligence : *l'intelligence autochtone*.

Aîné Jim Dumont

Centre de gouvernance des Premières Nations

- La gouvernance représente les traditions (normes, valeurs, culture et langage) et les institutions (structures officielles, organisation et pratiques) qu'une communauté utilise pour prendre des décisions et atteindre ses buts.
- Au cœur du concept de la gouvernance se trouve la création de systèmes efficaces, responsables et légitimes et de processus par lesquels les citoyens expriment leurs intérêts, exercent leurs droits et leurs responsabilités et concilient leurs différences (2009, p. vii).

Les connaissances autochtones sont le fondement de la gouvernance

- L'intelligence comprend plus que l'acquisition de connaissances et la manipulation de pensées. L'intelligence, c'est transformer les connaissances en quelque chose d'utilisable *au sein d'un système qui est chargé de sens*.
- L'intelligence autochtone est l'incarnation sage et consciencieuse des connaissances exemplaires et l'utilisation de ces connaissances d'une façon appropriée, avantageuse et significative.

(Aîné Jim Dumont)

QUESTIONS DE RECHERCHE

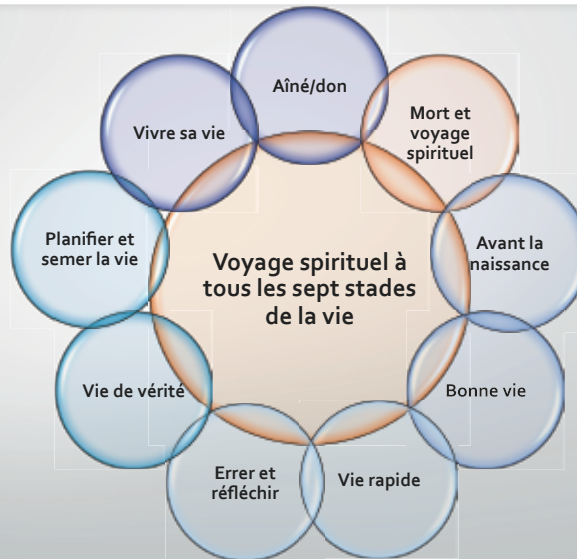
1. Qu'est-ce qu'une personne entière et en santé?
2. Dans quelle mesure la culture autochtone facilite-t-elle le mieux-être?
3. Lorsque nous comptons sur la culture pour promouvoir le mieux-être, à quels résultats devrions-nous nous attendre?

Voix des Premières Nations



Espoir, appartenance, sens et but à tous les sept stades de la vie

(Selon Peter Ochiese, Aki winini et amélioré
pour inclure la période avant la naissance et la
mort)



« La prévention va de pair avec un style de vie sain traditionnel. Une bonne santé est possible lorsque nous vivons dans une relation équilibrée avec la Terre et le monde naturel. Tout ce dont nous avons besoin est offert par notre mère commune, la Terre : aliments entiers, air pur et eau pure, médicaments, lois et enseignements qui nous montrent comment utiliser les choses sagement. Combiné avec un style de vie actif, une attitude positive et des relations pacifiques et harmonieuses avec des personnes et le monde spirituel, la bonne santé sera nôtre. »¹Malloch, 1989



Touche la Terre pour la première fois

Stades de la vie sans la culture

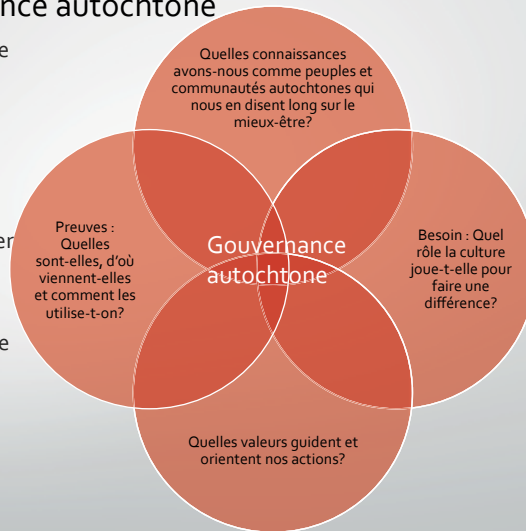
(Selon Peter Ochiese, Aki winini et amélioré
pour inclure la période avant la naissance et la
mort)



Décoloniser la gouvernance autochtone

Comprendre comment fonctionne la gouvernance dans différents organes directeurs

- Avancer la vision autochtone du monde
- Guidée par l'esprit et responsable devant l'esprit
- Inclusion communautaire et assurer la voix du peuple
- Réapprendre la vision autochtone du monde – Comprendre la colonisation comme une « façon de penser ou vision en surface »
- Élaborer des preuves axées sur les Autochtones et s'appuyer sur les preuves axées sur les Autochtones



Système de clans comme ordre structurel de la gouvernance

- Les clans traversent les cultures et le statut de nation pour unir les peuples en tant que famille.
- Un membre du clan de l'ours de la nation mohawk est lié en tant que famille à un membre qui fait partie du clan de l'ours de la nation innue. Les systèmes de clans offrent une structure pour les relations familiales, un ordre social et une fonction de gouvernance. L'identité des êtres dans la Création, telle qu'elle est donnée par le Créateur, guide le rôle d'une personne comme médecin, conseiller, enseignant, philosophe, dirigeant, chef, chanteur, artiste, gardien de la paix, stratège, personne qui travaille avec les médicaments, personne qui travaille dans les domaines du bien-être des enfants, de l'adoption, de la construction et tous les autres rôles nécessaires pour le « statut de nation ». Ainsi, les systèmes de clans offrent un ordre social pour la vie communautaire et fournissent une structure pour la gouvernance autochtone. Les clans facilitent la compréhension des rôles doués de pouvoirs spirituels, des responsabilités, du sentiment d'appartenance, du but et du sens de la vie.

(Cadre du continuum, p. 5)

Responsabilités en matière de gouvernance dans le Cadre du continuum

- Appuyer les efforts déployés pour faciliter le changement vers la « culture comme fondement »
- Aider à combler les écarts et promouvoir une approche axée sur les systèmes
- Établir des objectifs, y compris la façon dont les membres seront responsables à l'égard des structures existantes de mise en œuvre
- Intégrer des partenariats solides, une collaboration et la mobilisation significative des intervenants
- Surveiller et évaluer les progrès relativement aux occasions de mise en œuvre

Espoir, appartenance, sens et but

Chaque investissement à l'égard du mieux-être devrait être évalué par la mesure dans laquelle il crée un sentiment lié :

- à l'espoir;
- à l'appartenance;
- au sens;
- au but.



Indicateurs de mieux-être communautaire

Indicateurs de mieux-être communautaire

Les indicateurs de la santé sont des mesures. Ils mesurent différents aspects de la santé dans une communauté ou un groupe. Chaque indicateur est comme un morceau de casse-tête qui contribue à l'ensemble de l'image. Lorsque les indicateurs sont étudiés au fil du temps, l'image se met en mouvement, comme dans un film, nous permettant ainsi de voir comment l'histoire de la santé évolue.

Cependant, si les indicateurs fondés sur les faiblesses sont tout ce que nous étudions, comment pouvons-nous alors savoir quel est l'état du mieux-être ou comment il a été atteint?

- Un changement d'orientation est nécessaire : il faut passer des résultats évalués par les professionnels de la santé à des résultats pour les clients. Dans le cadre du modèle actuel fondé sur les problèmes, les résultats les plus importants sont la satisfaction des patients et les taux de mortalité et de morbidité (Wong et Cummings, 2007). Les résultats fondés sur les forces s'intéressent à l'esprit humain et à la personne entière et élargiraient le feu des projecteurs afin d'inclure la santé, la guérison, la qualité de vie et le bien-être subjectif. (Gotlieb, 2012)

Outil d'évaluation du mieux-être des Autochtones^{MC}

Composé de deux formes d'évaluation

- (1) Formulaire d'autodéclaration (rempli par le client)
- (2) Formulaire d'évaluation de l'observateur (rempli par le fournisseur de services)

L'évaluation est réalisée deux fois pendant la prestation de services.

Les communautés peuvent accéder à des données cumulatives pour des groupes ou des populations au sein de la communauté ou pour la communauté dans son ensemble.

Www.thunderbirdpf.org

Native Wellness Assessment



The Native Wellness Assessment™ (NWA™) instrument was launched on June 25, 2015 and is the first of its kind in the world. It is a product of the Honouring Our Strengths: Indigenous Culture as Intervention in Addictions Treatment (Cast) research project whose team included Indigenous and non-Indigenous researchers from across Canada, Elders, Indigenous knowledge keepers, cultural practitioners, service providers, and decision makers. The NWA™ is now available for use.

[Click here to access the NWA](#)

Western treatment practices generally take a narrow view of the addiction instead of the person's overall wellness. An Indigenous approach to wellness is holistic in nature; health from an Indigenous perspective is broadly envisioned as wellness and is understood to exist where there is physical, emotional, mental, and spiritual harmony as outlined in the First Nations Mental Wellness Continuum Framework. It is recognized at accredited National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and Youth Solvent Addiction Program (YSAP) treatment centres that Indigenous traditional culture is vital for client healing.

Merci!

Carol Hopkins

chopkins@thunderbirdpf.org

519-692-9922, poste 301

1-866-763-4714

www.thunderbirdpf.org

D ANNEXE

SCHÉMA DE LA GOUVERNANCE ACTUELLE FÉDÉRALE POUR LA DGSPNI (POWERPOINT)



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



SCHÉMA DE LA GOUVERNANCE ACTUELLE FÉDÉRALE POUR LA (DGSPNI)

Parlement canadien : Dépenses fédérales

Conseil du trésor : Gestion des fonds publics
Financement alloué aux Premières Nations

Santé Canada/DGSPNI national :

- Élaboration des programmes en santé
- Élaboration des procédures de reddition de compte
- Préparation des demandes de budget
- Reddition de compte au Conseil du Trésor



DGSPNI/Bureau régional de Montréal **Gestion des programmes en santé**

Élaboration des plans de santé avec les communautés

- Expertise dans chacun des programmes pour l'amélioration du plan de santé

Évaluation des plans de santé

- En vue de l'élaboration des ententes
- Codification pour financement

Protection de la santé/services obligatoires

- Hygiène du milieu, contrôle et gestion des maladies transmises, soins primaires, ce qui relève d'un ordre professionnel

Reddition de compte : relative aux programmes

- Analyse des rapports ; rapports au national



DGSPNI/Bureau régional de Montréal **Gestion des ententes de contribution**

Élaboration des ententes :

- Analyse de risque et capacités
- Analyse financière (admissibilité)

Financement

- Gestion régulière; engagement des fonds, paiements, admissibilité des dépenses

Gestion des manquements

- Gestion de crise et rupture de service

Services de santé non-assurés

Fonds d'intégration des services de santé

Reddition de compte : relative à la gestion financière



DGSPNI/Bureau régional de Montréal Accompagnement des communautés

Unité de liaison (guichet unique)

- Accompagnement des communautés pour mise en œuvre des engagements
- Représente les communautés dans les comités internes

Soins infirmiers

- Plan de santé
- Volet clinique

Forum Action

- Plan de santé
- Situation d'urgence pour assurer les services dans la communauté

TABLEAU SYNTHÈSE : SCHÉMA DE LA GOUVERNANCE ACTUELLE FÉDÉRALE DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (DGSPNI)

Parlement canadien : Dépenses fédérales		
Conseil du trésor : Gestion des fonds publics ; financement alloué aux Premières Nations		
Santé Canada/DGSPNI national		
- Élaboration des programmes en santé - Élaboration des procédures de reddition de compte - Préparation des demandes de budget - Reddition de compte au Conseil du Trésor		
DGSPNI/Bureau régional de Montréal		
Gestion des programmes en santé	Gestion des ententes de contribution	Accompagnement des communautés
Élaboration des plans de santé avec les communautés - Expertise dans chacun des programmes pour l'amélioration du plan de santé Évaluation des plans de santé - En vue de l'élaboration des ententes - Codification pour financement Protection de la santé/programmes obligatoires - Hygiène du milieu, contrôle et gestion des maladies transmises, soins primaires; ce qui relève d'un ordre professionnel Reddition de compte : relative aux programmes - Analyse des rapports ; rapports au national	Élaboration des ententes - Analyse de risque et capacités - Analyse financière (admissibilité) Financement - Gestion régulière; engagement des fonds, paiements, admissibilité des dépenses Gestion des manquements - Gestion de crise et rupture de service Services de santé non assurés Fonds d'intégration des services de santé Reddition de compte : relative à la gestion financière	Unité de liaison (guichet unique) - Accompagnement des communautés pour mise en œuvre des engagements - Représente les communautés dans les comités internes Soins infirmiers - Plan de santé - Volet clinique Forum Action - Plan de santé - Situation d'urgence pour assurer les services dans la communauté

RÉSULTATS DE L'ATELIER : L'APPROPRIATION DU PLAN DE SANTÉ : MISE EN COMMUN DES EXPÉRIENCES DE CHACUN

BLOC DE QUESTIONS

ÉLÉMENTS DE RÉPONSES

Le rôle du plan de santé dans l'ensemble des interventions en santé

Le rôle actuel du plan de santé dans les communautés :

- Pour certains, le plan de santé n'est qu'un document permettant d'accéder à du financement.
- Plusieurs intervenants des communautés n'utilisent pas le plan de santé.
- Des participants se demandent si le plan de santé répond aux besoins de Santé Canada ou à ceux des Premières Nations. Les politiques élaborées par Santé Canada sont difficilement applicables dans les communautés, ce qui amène des situations de gestion problématiques. Les communautés doivent répondre aux besoins et cela peut entraîner des déficits.
- Avant l'utilisation du plan de santé, le financement était alloué par programme. Depuis l'arrivée des plans de santé, les Premières Nations participent davantage à la définition des priorités pourvu qu'elles respectent le cadre imposé par Santé Canada.

Le rôle souhaité du plan de santé par les communautés :

- Le plan de santé peut être utilisé comme un outil de référence pour les plans de travail annuels de chacun des intervenants puisqu'il permet de dégager des cibles à atteindre.
- Le plan de santé est un document de référence pour la reddition de comptes puisqu'on y trouve des indicateurs de mesure.
- Il est également considéré comme un guide pour l'allocation des ressources.
- Le plan de santé doit être un document vivant et chaque intervenant doit être responsable d'une partie de ce plan.
- Pour évaluer le plan de santé, il est plus réaliste d'utiliser des indicateurs pour lesquels les intervenants ont déjà recueilli des données.
- Les objectifs décrits dans le plan doivent être réalistes et atteignables.
- Des communautés ont un comité de gestion qui assure le suivi du plan de santé.
- Lorsque le plan de santé est conçu selon un modèle logique, il est possible d'évaluer l'atteinte des objectifs.
- Il est important que le plan de santé soit rendu opérationnel afin d'avoir des indicateurs mesurables.
- Le plan de santé permet, selon certains, de créer des structures ou des projets qui répondent aux besoins locaux et favorisent des facteurs de protection fondés notamment sur la culture.

Le contenu du plan de santé

- Des communautés réalisent des analyses de besoins propres à une clientèle.
- Le plan de santé des communautés ne couvre pas tous les besoins, comme l'accès à des services offerts par la province.
- Certains ont l'impression de reproduire les façons de faire de Santé Canada et que des efforts sont nécessaires pour rendre le plan à leur image.
- Plusieurs activités mises en œuvre dans des communautés ne sont pas inscrites dans le plan de santé.
- Pour élaborer le plan de santé, il faut tout d'abord voir ce qui fonctionne bien et qui doit être poursuivi.
- Il est important de reconnaître les compétences au sein des communautés, même s'il ne s'agit pas de professionnels certifiés.
- La flexibilité du plan de santé est importante. Il faut ajuster régulièrement la planification. Une évaluation annuelle du plan peut aider à ajuster les activités.
- Les communautés gèrent des situations de crise et, lorsqu'elles surviennent, les autres activités planifiées doivent être mises de côté.
- Il faut mettre en place des processus tenant compte du mieux-être collectif. Il ne suffit pas de penser à l'individu, il faut également prendre soin de l'environnement communautaire.
- La planification stratégique est intimement liée au plan de santé puisque les mêmes priorités sont à la base de ces deux planifications.
- Les activités sont définies en fonction des priorités établies.

La création du plan de santé**L'élaboration du plan de santé :**

- En général, c'est le secteur de la santé qui élabore le plan de santé.
- Le recours à un consultant est parfois utilisé pour élaborer le plan de santé, mais cette façon de faire n'est pas privilégiée.
- Lorsqu'un consultant est embauché, il est souvent soutenu par une équipe locale.
- Plusieurs communautés ont créé un comité représentatif de différents secteurs et de la population.
- Lorsque le plan de santé est élaboré par des consultants, il est plus difficile pour la communauté de se l'approprier.
- L'approbation du plan de santé est faite par le chef et le conseil de bande, puis par Santé Canada. Pour d'autres communautés, elle se fait par le comité de santé qui a reçu ce mandat.
- Certaines communautés soumettent leur plan de santé à la population.
- Les communautés à qui les services n'ont pas été transférés n'élaborent pas de plan de santé.
- L'ingérence politique a été soulevée comme un défi potentiel à l'élaboration du plan de santé.

**La création du plan de santé
(suite)****Le financement lié au plan de santé :**

- Aucun financement n'est attribué à certaines communautés pour élaborer le plan de santé.
- Le financement alloué aux communautés n'est pas indexé en fonction des besoins, il est plutôt basé sur des décisions historiques.
- Les services de santé et les services sociaux sont financés par des ministères fédéraux différents qui ne font pas nécessairement les liens entre eux.
- La priorisation est souvent établie en fonction du financement disponible à Santé Canada.
- Le financement de Santé Canada ne tient pas compte de l'éloignement de la communauté.
- En fonction du type de financement accordé à la communauté (préétabli, global, etc.), la communauté a plus ou moins de flexibilité pour réorienter ses activités lorsqu'une crise survient.

**Les consultations pour
l'établissement du plan de santé****L'implication de la population :**

- Pour impliquer la population, des communautés ont recours à des questionnaires ou à des groupes de discussion.
- Il y a un désir de mieux impliquer la population dans le processus, même si ce n'est pas une demande de Santé Canada. Par contre, les personnes n'ont pas toujours la vision globale nécessaire (structure administrative, perspective légale, etc.).
- Il y a un désir d'accroître la responsabilisation de la population envers leur santé. La communauté ne doit pas que s'exprimer, elle doit également partager la responsabilité.

L'implication des autres acteurs :

- L'approche axée sur les déterminants de la santé est privilégiée et l'apport de tous les secteurs est important. Il faut éviter de travailler en silo. Cependant, cette approche n'est pas bien comprise de tous.
- Les autres secteurs de la communauté peuvent contribuer, notamment en partageant des données qu'ils collectent.
- Des communautés demandent à Santé Canada de les guider dans l'élaboration de leur plan de santé, alors que d'autres ne souhaitent pas leur implication.
- Si le plan de santé n'a pas été approuvé par les intervenants de la communauté, il risque de rester sur une tablette.

RÉSULTATS DE L'ATELIER : L'APPROPRIATION DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE EN SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE

Objectif de l'atelier 3 : S'approprier la planification stratégique en santé et en mieux-être des communautés, dans le modèle de gouvernance effective, en cherchant un consensus sur les lignes directrices de ce que devrait être cette planification de la santé et du mieux-être des communautés.

SUJETS	PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES	RÉSULTATS DU VOTE	DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS	LIGNES DIRECTRICES MODIFIÉES OU AJOUTÉES
Le rôle de la planification en santé et en mieux-être de la communauté dans la gouvernance effective	La planification en santé et en mieux-être des communautés devrait se faire selon une approche holistique : a. En harmonie avec la vision de la communauté. b. En intégrant une analyse des besoins en santé. c. En intégrant une analyse des déterminants sociaux qui influencent les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services. d. Le plan devrait tenir compte de tous ces éléments.	a. 100 % totalement d'accord b. 100 % totalement d'accord c. 100 % totalement d'accord d. 100 % totalement d'accord (vote à main levée)		La planification en santé et en mieux-être devrait se faire selon une approche holistique prenant en considération les éléments suivants : — En harmonie avec la vision de la communauté. — En intégrant une analyse des besoins en santé. — En intégrant une analyse des déterminants sociaux qui influencent les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services.

SUJETS	PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES	RÉSULTATS DU VOTE	DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS	LIGNES DIRECTRICES MODIFIÉES OU AJOUTÉES
Le rôle de la planification en santé et en mieux-être de la communauté dans la gouvernance effective (suite)	La planification en santé et en mieux-être des communautés devrait permettre à tous les acteurs de la communauté de promouvoir activement la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être et donner à la communauté des objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le mieux-être.	93 % totalement d'accord 7 % partiellement d'accord	— Il y a des réserves quant à la faisabilité de cet aspect. — Il faut mieux définir ce qu'on entend par « acteurs ». On doit s'assurer que la population est comprise dans la définition. — L'inclusion de tous les groupes dans une communauté, dont les aînés, est importante.	La planification en santé et en mieux-être doit permettre à toutes les parties prenantes, y compris la population, de promouvoir activement la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être et donner à la communauté des objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le mieux-être.
	Dans le but de promouvoir la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être, la planification en santé et en mieux-être des communautés devrait être conçue comme un outil d'amélioration continue des activités et des services en santé et en mieux-être permettant une révision en continu en fonction de l'atteinte des objectifs.	100 % totalement d'accord		Dans le but de promouvoir la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être, la planification en santé et en mieux-être devrait être conçue comme un outil d'amélioration continue des activités et des services en santé et en mieux-être permettant une révision en fonction de l'atteinte des objectifs.
	La planification en santé et en mieux-être des communautés devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.	100 % totalement d'accord (vote à main levée)	— La culture doit faire partie intégrante de la vision de la communauté.	La planification en santé et en mieux-être devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.
La création de la planification en santé et en mieux-être de la communauté dans la gouvernance effective	La responsabilité de la planification en santé et en mieux-être de la communauté devrait être confiée à un comité présidé et coordonné par le directeur de la santé. Ce comité devrait regrouper tous les acteurs de la communauté impliqués dans les services et les activités de santé connexes et ceux dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé dans la communauté (comité : mandat, participants, engagement des acteurs, prise de décision, processus d'évaluation.)	65 % totalement d'accord 35 % partiellement d'accord	— À l'aise avec l'idée d'un comité, mais son coordonnateur devrait être neutre et avoir un leadership fort afin de mobiliser les autres secteurs. Il y a encore beaucoup de travail en silo. Il doit y avoir une décision de la direction générale afin de rassembler tous les acteurs de la communauté. La responsabilité du mieux-être devrait être partagée. Il ne devrait pas y avoir plusieurs plans dans une même communauté. — Changer le terme « acteur » pour « partie prenante ». Par exemple, on a besoin de l'appui du domaine politique. Même cette personne n'est pas directement impliquée, elle peut donner du soutien ou des orientations. — L'implication d'un leadership fort des domaines politique et administratif facilite la mise en œuvre de projets.	La responsabilité de la planification en santé et en mieux-être devrait être confiée à un comité présidé et coordonné par le directeur de la santé. Ce comité devrait regrouper toutes les parties prenantes de la communauté impliquées dans les services et les activités de santé connexes et ceux dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé dans la communauté.

SUJETS	PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES	RÉSULTATS DU VOTE	DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS	LIGNES DIRECTRICES MODIFIÉES OU AJOUTÉES
La création de la planification en santé et en mieux-être de la communauté dans la gouvernance effective (suite)	La planification en santé et en mieux-être de la communauté devrait reposer sur des données recueillies, entre autres, à la suite de consultations auprès de la communauté.	85 % totalement d'accord 15 % partiellement d'accord	— Il ne faut pas oublier les gens qui n'habitent pas dans les communautés (hors réserve) et les absences temporaires. La planification doit tenir compte de toutes les Premières Nations, peu importe leur lieu de résidence. — Il faut aussi considérer les activités qui sont déjà un succès. — Il faut préciser les données, qualifiées de pertinentes, notamment celles sur l'éducation, le logement, la police, etc. — Il faut inclure les données culturelles.	La planification en santé et en mieux-être devrait reposer sur des données recueillies, entre autres, à la suite de consultations auprès de la communauté et partagées avec celle-ci.
	La planification en santé et en mieux-être de la communauté devrait faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité.	58 % totalement d'accord 34 % partiellement d'accord 8 % en désaccord	— Le consensus n'est pas réaliste pour faire valider les plans de santé par la population. Pour certaines communautés, la réalité et les urgences peuvent compromettre l'obtention d'un consensus, particulièrement dans le cadre d'une prise de décision. — Le consensus est souhaité, mais, dans le cas des grandes communautés, il est impossible de faire abstraction des dynamiques existantes et de la divergence des intérêts des différents groupes. Cela ne rend pas l'inaction légitime pour autant. — Il est nécessaire de trouver des façons différentes de prendre des décisions. — Pour tenter d'obtenir un consensus, des gens vont parfois poser des difficultés pour pousser la réflexion plus loin. Si l'objectif est d'obtenir un consensus, les discussions peuvent être limitées. — Cela doit passer par la population. Les membres du comité doivent soumettre et proposer des choses, et la population doit les accepter. La notion de consensus n'est pas toujours souhaitée (atteignable). Il doit y avoir un mécanisme de résolution des conflits. — Il faut viser la conciliation des communautés, car il n'est pas certain qu'elles seront toujours en harmonie.	La planification en santé et en mieux-être devrait préférablement faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité ou d'un autre type d'accord.
	La planification en santé et en mieux-être de la communauté devrait être approuvée par le conseil de bande afin de lui donner toute sa légitimité.	67 % totalement d'accord 29 % partiellement d'accord 4 % en désaccord	— Il est suggéré d'insérer « ou une autorité déléguée » puisque, dans certaines communautés, la rédaction du plan de santé est une tâche déléguée. — Il y a une question sur la faisabilité pour un conseil de bande de lire tout le document. Il est proposé qu'un conseiller siège au comité de rédaction du plan de santé.	La planification en santé et en mieux-être devrait être approuvée par le conseil de bande ou une autorité déléguée afin de lui donner toute sa légitimité.

SUJETS	PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES	RÉSULTATS DU VOTE	DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS	LIGNES DIRECTRICES MODIFIÉES OU AJOUTÉES
Le contenu de la planification en santé et en mieux-être de la communauté dans la gouvernance effective	L'analyse des besoins en santé de la communauté devrait se faire à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.	50 % totalement d'accord 46 % partiellement d'accord 4 % en désaccord	— Il faut aussi prévoir une communication des données. — L'approche rigoureuse ne doit pas devenir une obligation. Parfois, il faut prendre des risques dans les interventions et sortir des sentiers battus. Il faut être réaliste. Les communautés n'ont pas toutes l'expertise, les connaissances et les ressources nécessaires. La communauté ne préconise pas toujours cette approche. — Il doit y avoir des efforts de renforcement des capacités pour analyser les données et, par extension, les besoins. — L'affirmation semble trop dure, il faut plus de souplesse. Il faut tout de même avoir des données crédibles. Par contre, elles ne sont pas toujours disponibles. Le savoir et l'expérience peuvent être des données à retenir, même si ce n'est pas toujours scientifique.	L'analyse des besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
	L'analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté devrait se faire à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.	40 % totalement d'accord 60 % partiellement d'accord	— L'approche des déterminants sociaux n'est pas bien comprise et intégrée par toutes les parties prenantes. Par exemple, dans une communauté, le secteur du logement ne tient pas de données pertinentes. Il est donc impossible de compter sur lui. La crédibilité des données est donc en cause. Il y a un besoin de formation, de systèmes de gestion des données et de ressources afférentes. — L'utilisation du territoire doit être un élément important qui contribue à la santé.	L'analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
	Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux devraient être intégrés dans les objectifs décrits dans la planification en santé et en mieux-être des communautés.	76 % totalement d'accord 24 % a partiellement d'accord	— Devrait-il y avoir des indicateurs de la culture? Il est sous-entendu que la culture est partie intégrante du mieux-être (100 % totalement d'accord [vote à main levée]).	Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux devraient être intégrés dans les objectifs décrits dans la planification en santé et en mieux-être.

SUJETS	PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES	RÉSULTATS DU VOTE	DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS	LIGNES DIRECTRICES MODIFIÉES OU AJOUTÉES
La priorisation dans la planification en santé et en mieux-être de la communauté	Ces facteurs doivent faire partie de la priorisation : a. La gravité des impacts sur les personnes et la communauté en l'absence d'intervention. b. La possibilité réelle d'atteindre les résultats souhaités. c. Les coûts liés aux interventions nécessaires pour atteindre les résultats souhaités. d. La perception de l'urgence de répondre à ces besoins par la communauté. e. Une stratégie de santé globale.	a. 73 % totalement d'accord 27 % partiellement d'accord b. 38 % totalement d'accord 62 % partiellement d'accord c. 39 % totalement d'accord 52 % partiellement d'accord 9 % en désaccord d. 74 % totalement d'accord 26 % partiellement d'accord e. 91 % totalement d'accord 9 % partiellement d'accord	— En plus de tenir compte de la gravité des impacts, il faut tenir compte de l'incidence des maladies. — Parfois, la priorisation se fait en fonction des structures actuelles qui, déjà, ne répondent pas aux besoins. Cette pratique ne devrait pas être utilisée. — L'équilibre des différents budgets est aussi en jeu. Certaines actions sont nécessaires et répondent aux besoins. Par contre, elles ne sont pas admissibles pour les bailleurs de fonds. — Il faut tenir compte du côté humain. Par exemple, l'admission à un hôpital peut être vécue comme un traumatisme. Il faut tenir compte des aspects culturels pour rendre le séjour beaucoup moins pénible. — Une réussite auprès d'une seule personne est déjà un grand succès et doit donc être une priorité (par exemple, un cas où une personne se libère d'une dépendance). — Il faut plus d'ouverture et de flexibilité envers la consommation de drogues. Santé Canada reste accroché aux façons de faire occidentales. La population se sent démunie par rapport au phénomène. — La technologie touche les jeunes et il n'y a pas de ressources disponibles pour aborder ces situations. Il faut être ouvert aux changements de l'environnement des technologies et des médias. — Des efforts doivent être déployés pour le renforcement des pratiques culturelles.	Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la priorisation : — La gravité des impacts sur les personnes et la communauté en l'absence d'intervention. — L'incidence, soit le nombre de personnes touchées. — La possibilité réelle d'atteindre les résultats souhaités. — Les coûts liés aux interventions nécessaires pour atteindre les résultats souhaités. — La perception de l'urgence de répondre à ces besoins par la communauté. — La culture et les façons de faire communautaires. — Une stratégie de santé globale.
La programmation des activités et des services dans la planification en santé et en mieux-être de la communauté	La programmation des activités et des services devrait se faire systématiquement en fonction des objectifs précisés dans la priorisation. Des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs devraient être précisés pour chacun des objectifs afin de permettre une évaluation des activités et services en vue de l'amélioration continue.	79 % totalement d'accord 21 % partiellement d'accord 82 % totalement d'accord 18 % partiellement d'accord	— Outre les objectifs, il faut se garder une marge de manœuvre pour les incidents et les imprévus et pour favoriser l'innovation. — Il faut avoir la possibilité d'arrêter une activité si elle ne donne pas les résultats attendus. — Les indicateurs doivent motiver les équipes et les communautés. — Des indicateurs qualitatifs doivent aussi être mis au point. Malgré la subjectivité, il faut se fier à la perception des personnes lorsqu'il est question du mieux-être et de la culture. — Comment quantifier le mieux-être? — Il faut faire attention aux indicateurs choisis. Par exemple, un indicateur peut indiquer qu'une activité a eu lieu, même si la population n'y a pas participé.	La programmation des activités et des services devrait être déterminée par les objectifs précisés dans la priorisation, tout en donnant une marge de manœuvre. Des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs devraient être précisés pour chacun des objectifs afin de donner lieu à une évaluation des activités et des services en vue de l'amélioration continue.

UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION

Le processus de gouvernance en santé et en services sociaux fait partie d'une démarche visant à développer l'autonomie des Premières Nations.

Les communautés ont constaté que le modèle actuel de gouvernance en santé et en services sociaux ne répond pas aux besoins des Premières Nations au Québec. Ainsi, les chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador ont confié à la CSSSPNQL le mandat de coordonner l'élaboration d'un modèle de gouvernance adapté aux besoins et au contexte des Premières Nations au Québec, en plus d'être favorable à l'autodétermination. Celui-ci est appelé processus de gouvernance en santé et en services sociaux.

Le processus est guidé par la vision adoptée par les chefs de l'APNQL en 2014 :
Par notre autodétermination, une approche globale concertée et à l'engagement individuel et collectif, nous serons un peuple en santé lié à la Terre-Mère et notre mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel sera en harmonie.

Pour plus d'information, veuillez consulter le site Web au www.cssspnql.com/champs-intervention/gouvernance.

RÉSUMÉ

La planification à l'échelle locale est à la base du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations. Cette rencontre régionale a été une occasion de réfléchir à la façon dont le processus d'élaboration des plans de santé est vécu dans les communautés et à la façon dont les Premières Nations peuvent s'appropriier la planification en santé et en mieux-être. Des discussions sur l'intégration du nouveau modèle de gouvernance à la culture des Premières Nations ont également eu lieu.



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