



VERSION CONDENSÉE



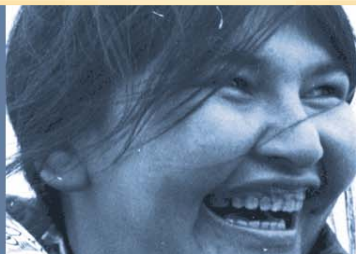
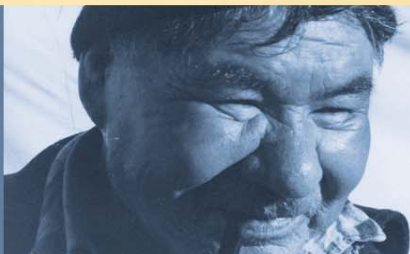
PLAN DIRECTEUR

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

20⁰⁷ 17

Remédier aux disparités...

Accélérer le changement



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



NOTE AU LECTEUR

Cette présentation condensée du Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 a été conçue dans le but d'offrir une lecture plus rapide du Plan, sachant qu'elle en respecte intégralement le sens, la structure et l'ordre.

Le lecteur est cependant invité à se référer au Plan complet pour approfondir les sujets. À cet effet, des numéros de page sont indiqués tout au long de la présentation condensée, en renvoi au Plan directeur.

Le document intégral du Plan directeur est disponible sur support informatique, auprès de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador et est également disponible sur leur site internet au www.cssspnql.com.

Mot de M. Ghislain Picard, chef de l'APNQL - Voir p. 4

Mot de Mme Guylaine Gill, directrice générale de la CSSSPNQL - Voir p. 5

Liste des experts consultés - Voir p. 6

SOMMAIRE CONDENSÉ

PRÉSENTATION

CHAP. 1 – ÉLABORATION DU PLAN

CHAP. 2 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE À LA GOUVERNANCE

CHAP. 3 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE À LA SANTÉ

CHAP. 4 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX SERVICES SOCIAUX

CHAP. 5 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

CHAP. 6 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX RESSOURCES HUMAINES ET À LA RECHERCHE-
DÉVELOPPEMENT

CHAP. 7 – RÉALISATION DU PLAN

CONCLUSION



PRÉSENTATION

Liminaire - Voir p. 7

CONSTAT

Comparativement au reste de la population québécoise, et plus largement de la population canadienne, les Premières Nations du Québec accusent un retard alarmant en matière de santé et de qualité de vie. Les disparités couvrent quasiment tous les domaines de la santé et du développement social. Le plus alarmant est que certaines d'entre elles ont même tendance à s'amplifier, au lieu de se résorber.

En comparaison avec la population canadienne, une personne issue des Premières Nations du Québec :

- > vit en moyenne 6 à 7 ans de moins,
- > est quatre fois plus exposée à l'inaccessibilité et aux carences en ce qui a trait aux soins de santé et de services sociaux,
- > est deux à trois fois plus sujette à l'obésité et à l'embonpoint,
- > encourt deux à trois fois plus de risque d'être atteinte du diabète et huit à dix fois plus de risque d'être atteinte de la tuberculose,
- > risque de vivre, dès sa plus jeune enfance, des situations de pauvreté, de négligence et de placements, dans des proportions de trois à cinq fois plus élevées,
- > est cinq fois plus exposée au suicide.

ACTION

C'est pour remédier à ces disparités flagrantes et accélérer les changements structurels nécessaires que le présent Plan directeur a été élaboré, sous l'égide de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et en étroite collaboration avec les communautés et les instances concernées. Il s'appuie sur plusieurs travaux de consultation et de validation qui ont mis à contribution de nombreux experts reconnus en santé et services sociaux, des représentants des communautés des Premières Nations, de diverses instances concernées par la prestation des soins de santé et des services sociaux, sur et hors communauté, et des organismes régionaux relevant de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL).

Considérant l'ampleur des défis à relever, ce Plan directeur table sur un horizon décennal, soit 2007-2017. Pour faire consensus au sein des communautés et des autres parties prenantes, il s'appuie sur des choix stratégiques rigoureux et sur des principes directeurs, tels que décrits au chapitre 1.



CHAPITRE 1 – ÉLABORATION DU PLAN

Une vision globale balisée par des principes directeurs - Voir p. 9

Le processus d'élaboration du Plan directeur s'inscrit dans le prolongement des engagements pris par les diverses instances gouvernementales, durant les dernières années. Les Premières Nations espèrent que les promesses et annonces formulées, lors des divers forums et rencontres politiques relativement à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie, se traduisent par des gestes concrets, des actions résolues et des financements à la hauteur des besoins.

Les disparités qui caractérisent l'état de santé et le bien-être collectif des Premières Nations, comparativement au reste des Québécois et Canadiens, sont le résultat d'un processus décisionnel centralisé et d'une gouvernance unilatéraliste de la part des gouvernements fédéral et provincial. Les paradigmes et les processus de gouvernance ayant mené à cet état de fait doivent nécessairement être repensés et reconfigurés structurellement.

La vision retenue dans le présent Plan directeur s'appuie :

- > sur une approche globale, les Premières Nations considérant la santé comme un tout indivisible, prenant en compte le bien-être physique, mental, spirituel, émotionnel, économique, environnemental et culturel tant pour les communautés que pour les familles et les individus,
- > sur des valeurs inspirées par le patrimoine identitaire et culturel des Premières Nations, tenant compte des spécificités de chacune des communautés,
- > sur l'impératif d'un investissement public conséquent,
- > sur un partenariat respectueux entre les gouvernements, les instances et organisations des Premières Nations et les prestataires de services,
- > sur une reconnaissance de la capacité des Premières Nations à autodéterminer leur propre système de santé et de services sociaux.



CHAPITRE 2 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE À LA GOUVERNANCE

Une gouvernance repensée et favorable à l'autodétermination – Voir p.17

CONSTAT

SYSTÈME UNILATÉRAL

Les Premières Nations du Québec ont à leur disposition un système de santé et de services sociaux géré de manière pluri juridictionnelle, impliquant plusieurs paliers de gouvernement et diverses instances décisionnelles extérieures.

Cette gouvernance s'appuie sur une approche verticale, qui ne reconnaît pas aux Premières Nations le droit d'autodétermination en ce qui concerne les choix stratégiques, organisationnels et opérationnels du système de santé et des services sociaux qui leur sont destinés. Ce système n'est pas toujours au fait des besoins, des valeurs et des réalités des bénéficiaires issus des Premières Nations.

CARENCES

Plusieurs dysfonctionnements et carences découlent de cette forme de gouvernance, lourdes de conséquences, particulièrement pour les communautés les plus démunies :

- > Universalité des soins non garantie,
- > Faible ouverture à l'implication des communautés dans la prise de décision,
- > Zones grises dans les prestations,
- > Efficacité des programmes altérée par la multiplication des procédures,
- > Certaines communautés pénalisées par un système de financement fonctionnant soit per capita, soit par sélection de projets,
- > Surcoûts de gestion administrative, prélevés à même les budgets de santé alloués aux Premières Nations,
- > Manque de consultation des instances représentant les Premières Nations,
- > Confiance et empowerment des Premières Nations altérés,
- > Manque de transparence générale et insuffisance de reddition de comptes de la part des gouvernements.

SOUS-FINANCEMENT

À cela s'ajoute un financement insuffisant et imprévisible, ce qui est de nature à précariser encore plus la santé des Premières Nations. Celles-ci ont vu leurs populations et leurs besoins en soins de santé augmenter de plus de 10 %, alors que les budgets alloués ont évolué de seulement 2 à 3 %.

ACTIONS

Favoriser l'**AUTODÉTERMINATION** : respect et implication des Premières Nations qui doivent retrouver leur droit de regard et de décision sur les processus décisionnels commandant la conception, la formulation, l'implantation et l'évaluation des programmes en œuvre.



Exemples (Voir p. 24) : instaurer des mécanismes de collaboration et de consultation entre les communautés et les gouvernements; soutenir les initiatives locales ; octroyer un siège aux Premières Nations dans les conseils d'administration des Agences de santé provinciales concernées ; etc.

Intensifier les **FINANCEMENTS** publics pour atteindre la parité en santé.

Exemples (Voir p. 25) : augmenter les financements pour compenser les écarts budgétaires, tout en tenant compte à la fois de la hausse des coûts du système de santé et du rattrapage à effectuer selon les écarts pour atteindre la parité ; élaborer des études rigoureuses sur les investissements présents et futurs ; créer un Observatoire de la santé et du développement social des Premières Nations au Québec ; élaborer une cartographie et une géomatisation des programmes ; remédier aux rigidités et faciliter les éventuelles réorientations des programmes et réallocations des financements ; etc.

Parier sur l'**INNOVATION** dans la prestation des soins et des services : favoriser le recours à la recherche-développement et aux nouvelles technologies pour une meilleure accessibilité des soins et services et une meilleure connaissance du milieu.

Exemples (Voir p. 26) : renforcer la formation continue des compétences et le transfert de l'expertise ; partager et adapter les nouvelles connaissances grâce aux technologies de la communication ; décloisonner les programmes ; etc.

Promouvoir une **APPROCHE HOLISTIQUE** : concilier santé physique et bien-être social, émotionnel, spirituel, culturel et environnemental ; concilier médecine traditionnelle et médecine conventionnelle ; intégrer les spécificités démographiques, géographiques, sociologiques et économiques des communautés.

Exemples (Voir p. 26) : clarifier les compétences juridictionnelles pour combler les zones grises ; élargir le mandat des centres de santé pour couvrir les soins à la fois curatifs et préventifs ; adapter l'offre de service aux besoins exprimés dans la communauté ; etc.

Favoriser **L'INTÉGRATION** et **L'ADAPTATION DES SERVICES** aux spécificités (éloignement, priorités, complémentarité).

Exemples (Voir p. 26) : simplifier les protocoles et les procédures ; former et recruter davantage de professionnels et gestionnaires issus des Premières Nations ; subventionner le recours ponctuel et temporaire à des ressources humaines pour alléger les tâches des gestionnaires et du personnel trop souvent surchargés ; etc.

Optimiser les programmes : fiabiliser **LA REDDITION DE COMPTES** et renforcer **L'ÉVALUATION** des programmes.

Exemples (Voir p. 26 et 27) : instaurer des mécanismes d'accès à l'information sur les programmes de santé ; créer un conseil d'experts pour un suivi annuel ; évaluer sur une base régulière les résultats et effets des programmes de santé et services ; faire le suivi des recommandations issues des évaluations et des redditions de comptes ; etc.

Changer le **DISCOURS** public et parler d'investissement en santé plutôt que de dépenses à compresser. La santé humaine constitue un déterminant clé pour la création de richesses et pour le progrès du bien-être collectif. D'autre part, les maladies génèrent d'énormes coûts sociaux et d'importants manques à combler pour les sociétés.



CHAPITRE 3 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE À LA SANTÉ

Des soins de santé accessibles, ciblés et complets - Voir p. 29

CONSTAT

L'écart entre l'espérance de vie à la naissance des Premières Nations et celle du reste de la population canadienne demeure grandement préoccupant : 76 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes en général au Canada, contre 69 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes des Premières Nations.

(Voir tableaux ci-joints p. 20)

Suite à l'analyse des données disponibles ainsi que des consultations auprès des experts en santé et services sociaux des Premières Nations et des représentants des communautés, certaines **PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ** ont été ciblées comme étant prioritaires :

- > L'obésité et l'embonpoint,
- > Le diabète,
- > Le tabagisme,
- > La santé des enfants : la mortalité infantile, le suivi médical de la petite enfance, l'habileté parentale, l'allaitement maternel, les grossesses à l'adolescence, le trouble de l'alcoolisation fœtale (TSAF),
- > Les blessures,
- > Les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) : le VIH-Sida, l'Hépatite C,
- > Le manque d'accessibilité et de continuité dans les soins et services : soins conventionnels, soins de santé maternelle et infantile, soins de santé non assurés (SSNA), soins de santé traditionnels, télésanté.

ACTIONS

Miser sur la **SANTÉ DES ENFANTS**, un enjeu majeur, tant humain, social, culturel, politique, spirituel qu'économique.

Exemples (Voir p.36) : mettre en place des services pré- et postnataux dans toutes les communautés ; suivre les enfants à long terme ; soutenir les parents adolescents ; procéder au dépistage précoce d'enfants ayant des besoins spéciaux et mettre en place des services et programmes spécialisés rapprochés des communautés ; etc.

Lutter contre l'obésité, le diabète et les autres **MALADIES CHRONIQUES**.

Exemples (Voir p. 37) : promouvoir et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, l'activité physique et une saine alimentation ; développer des partenariats afin de faciliter l'accès aux aliments sains ; développer des coopératives d'alimentation, des banques alimentaires et des cuisines collectives dans les communautés ; etc.



Améliorer **L'ACCESSIBILITÉ** des soins de santé.

Exemples (Voir p. 37 et 38) : cartographier les services dans les communautés et identifier les disparités ; combler les services manquants ; accélérer l'implantation du nouveau programme de soins de santé maternelle et infantile ; transférer la gestion du programme de services de santé non assurés (SSNA) ; promouvoir et faciliter l'accès aux soins de santé traditionnels ; etc.

Miser sur **LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION** de la santé.

Exemples (Voir p. 38) : prévenir pour réduire la demande en soins curatifs ; développer des stratégies de la promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa ; développer une approche globale ; contrer les obstacles au dépistage précoce ; renforcer les liens de confiance entre les services et la population ; etc.

Mettre à niveau les **INFRASTRUCTURES** et investir dans les **NOUVELLES TECHNOLOGIES**.

Exemples (Voir p.39) : renouveler les infrastructures de santé ; investir dans le développement des compétences ; développer la télésanté et la santé électronique ; initier des mécanismes de veille sur les technologies et le savoir-faire ; etc.

EXEMPLES D'INITIATIVES LOCALES

- > Cours de cuisine-santé à Betsiamites - Voir p. 40
- > Wigobisan, organisme de prévention des abus sexuels et de la violence faite aux enfants à Lac Simon - Voir p. 41



CHAPITRE 4 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX SERVICES SOCIAUX

Des services sociaux innovants, accessibles et durables - Voir p. 43

CONSTAT

L'accessibilité des services sociaux de qualité conditionne fortement l'état de santé et la qualité de vie des individus et des communautés.

En raison du nombre important de facteurs influençant la santé psychologique, émotionnelle et sociale des Premières Nations, une approche globale de prévention et d'intervention dans ce domaine est capitale.

Les Premières Nations du Québec vivent de plein fouet la recrudescence de nombreuses **PROBLÉMATIQUES SOCIALES** qui mettent en péril les catégories sociales les plus vulnérables et parfois des communautés entières :

- > Le suicide,
- > La détresse psychologique,
- > La dépendance à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et aux jeux de hasard,
- > Le placement des enfants,
- > La violence,
- > La criminalité,
- > La santé mentale.

De nombreux **FACTEURS DE RISQUE** doivent être pris en compte pour mieux comprendre ces problématiques sociales :

- > La pauvreté matérielle et sociale,
- > La négligence et les mauvais traitements subis à l'enfance,
- > La perte identitaire et culturelle,
- > Le surpeuplement des logements,
- > L'expérience des pensionnats indiens,
- > Le racisme,
- > La perte d'autonomie communautaire,
- > Le manque d'opportunités d'avenir.

(Voir tableaux ci-joints p. 20)

ACTIONS

Plusieurs mesures structurantes, concrètes et complémentaires doivent être mises en place dans les communautés. Les programmes et services doivent offrir une approche holistique et être soutenus à long terme par des financements récurrents, adaptés et flexibles.



Développer et diversifier les **SERVICES** sociaux.

- > Élaborer un bilan analytique et exhaustif des besoins et moyens en services sociaux ;
- > Miser sur la prévention et la promotion de la vie, en tant que leviers essentiels pour endiguer les fléaux sociaux ;
- > Combler les chaînons manquants et offrir un continuum dans les services sociaux ;
- > Intégrer les services sociaux au niveau communautaire.

Exemples (Voir p. 50) : offrir une gamme complète de services dans les communautés pour contrer l'ensemble des fléaux de dépendance ; encourager le travail en équipe multidisciplinaire ; etc.

Intensifier et adapter les mesures de développement de **L'ENFANCE** : une action non seulement impérative du point de vue moral et humain, mais aussi rentable du point de vue social et économique pour la société.

- > Mieux arrimer le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN) aux besoins des communautés ;
- > Créer une entité issue des Premières Nations pour prendre en charge le placement des enfants ;
- > Adapter et intégrer les services destinés à la petite enfance ;
- > Investir en matière de développement des compétences parentales.

Exemples (Voir p. 51) : embaucher et former pour la mise en œuvre du PAPPN ; adapter le programme éducatif provincial destiné à la petite enfance ; créer des ressources pour les parents aux prises avec des difficultés altérant leurs compétences parentales ; etc.

Améliorer l'accessibilité **DES INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE** sur et hors communauté.

- > Renforcer les ressources humaines formées en prévention et en intervention psychosociales ;
- > Créer des équipes pluridisciplinaires ;
- > Créer la synergie entre les intervenants ;
- > Offrir une gamme complète de services dans les Centres d'amitié autochtones.

Exemples (Voir p. 52) : motiver et encourager les intervenants ; créer des programmes de formation en santé pour les aidants naturels ; créer une dynamique de soutien des collègues entre intervenants ; etc.

Améliorer les services offerts aux **POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES** (personnes atteintes du VIH, femmes victimes de violence, itinérants, toxicomanes, handicapés...).

- > Implanter des services spécifiques sur et hors communautés ;
- > Renforcer les services de santé mentale : caractériser les carences ; faciliter l'accessibilité et adapter les services ; renforcer le dépistage.

Exemples (Voir p. 53) : moduler les services en fonction des besoins, sous la forme de Maison des jeunes, Maison de la famille, Centre de désintoxication, Centre d'hébergement pour femmes, etc. ; créer des programmes spécifiques venant en aide aux handicapés ; etc.



CHAPITRE 5 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Une action cohésive et concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être collectif - Voir p. 55

L'état de santé des individus et des communautés n'est pas uniquement déterminé par la qualité des soins de santé reçus. Il est tributaire de nombreux autres **DÉTERMINANTS** ayant trait :

- > au statut socio-économique des individus,
- > aux habitudes de vie,
- > à la vigueur des valeurs culturelles,
- > à l'état psychosocial des individus,
- > à la qualité des services de soutien à l'enfance, aux parents et aux familles,
- > à la qualité de l'environnement (milieu de vie et ressources naturelles),
- > à l'organisation des services de santé,
- > à l'autodétermination du système de santé et des services sociaux, du système de gestion des ressources naturelles, du système d'éducation.

CONSTAT

La précarité du niveau de vie des Premières Nations est confirmée par l'état de plusieurs **INDICATEURS** qui influencent fortement la qualité et le niveau de vie des individus :

- > Le **CHÔMAGE** : 52 % de la population des Premières Nations en âge de travailler est sans emploi.
- > La **PAUVRETÉ** : presque 60 % des adultes ont un revenu annuel inférieur à 20 000 \$.
- > Le niveau de **SCOLARISATION** : 49 % des adultes n'ont pas terminé leurs études secondaires.
- > L'usage des **LANGUES ANCESTRALES**, véhicule de toutes les valeurs sociales et socle essentiel des cultures et civilisations autochtones, est en déperdition.
- > Les **HABITUDES DE VIE** : tabagisme (35 % plus de fumeurs chez les Premières Nations que chez les allochtones), consommation excessive d'alcool (30 % plus fréquente chez les Premières Nations que parmi les Québécois), consommation de drogues (66 % des jeunes des Premières Nations entre 18 et 24 ans).
- > L'**ALIMENTATION** : 65 % des adolescents ne consomment que des aliments non nutritifs.
- > Les **PRATIQUES SEXUELLES** : taux de prévalence de chlamydie génitale et d'infections gonococciques jusqu'à dix fois supérieur à l'ensemble du Québec.
- > Les **INFRASTRUCTURES RÉSIDENTIELLES** : déficit de logements, accentué par la poussée démographique ; les habitations sont, dans bien des cas, désuètes, exigües et non sécuritaires.
- > L'accès à l'**EAU POTABLE** : une maison sur quatre ne dispose pas d'eau courante exempte de polluants.
- > L'**ENVIRONNEMENT** : la dégradation environnementale a un impact négatif plus grand sur les Premières Nations que sur les autres Québécois et Canadiens.

(Voir tableaux ci-joints p. 20)



ACTIONS

Éradiquer la pauvreté et l'exclusion sociale.

- > Créer davantage d'opportunités d'emploi, de revenu et de richesses dans les communautés afin de briser le cercle de la dépendance aux programmes d'aide gouvernementaux ;
- > Stimuler les investissements publics et privés, pour mobiliser davantage d'initiatives novatrices et créatrices d'emplois ;
- > Inciter et promouvoir le développement d'une économie sociale fondée sur l'innovation de formes organisationnelles.

Exemples (Voir p. 64 et 65) : créer des partenariats d'affaires ; créer des coopératives de logements, des systèmes de micro-crédit, des fondations ; etc.

Rénover et augmenter les **INFRASTRUCTURES RÉSIDENTIELLES ET COLLECTIVES**.

- > Arrêter et combler le déficit en logements d'ici 2012 ;
- > Investir dans les infrastructures collectives (routes, réseau d'eau, sports, loisirs, etc.).

Exemples (Voir p. 66) : faciliter l'accès au financement visant la construction résidentielle ; désenclaver les communautés isolées par un réseau routier adapté ; maintenir de hauts standards d'approvisionnement en eau potable ; etc.

Renforcer **L'APPRENTISSAGE** et valoriser le savoir.

- > Lutter contre le décrochage scolaire et gratifier la réussite ;
- > Introduire les nouvelles technologies dans le système éducatif ;
- > Équiper les écoles et les communautés en matériel et équipement ;
- > Favoriser le développement de compétences qualifiantes.

Exemples (Voir p. 66 et 67) : promouvoir les incitatifs et gratifications qui valorisent la réussite scolaire ; investir dans les équipements, centres sportifs, terrains de jeux ; équiper toutes les communautés de réseaux grand débit et Internet sans fil ; inciter au retour aux études ; renforcer la formation professionnelle ; etc.

Promouvoir l'adoption de **SAINES HABITUDES DE VIE**.

Exemples (Voir p. 67) : poursuivre les initiatives de lutte contre le tabagisme ; sensibiliser les jeunes générations sur les méfaits de la sédentarité ; faciliter l'accès aux aliments sains et abordables ; etc.

Stimuler **L'IDENTITÉ CULTURELLE, L'EMPOWERMENT** et **LE CONTRÔLE DE LA GESTION** des ressources.

- > Protéger l'identité culturelle ;
- > Promouvoir une valorisation des ressources naturelles bénéfiques aux Premières Nations ;
- > Anticiper les changements climatiques et participer aux décisions.

Exemples (Voir p. 68) : renforcer les campagnes de communication et de sensibilisation publiques au sujet des conditions de vie et de santé des Premières Nations ; consulter les Premières Nations au sujet des principales politiques environnementales ; informer les



communautés sur les changements climatiques ; développer de nouvelles sources d'énergie renouvelable ; etc.

EXEMPLE DE PROJET MOBILISATEUR

- > Wapikoni, projet cinématographique dans les communautés innues, algonquines et atikamekw - *Voir p. 69*



CHAPITRE 6 – ORIENTATION STRATÉGIQUE RELATIVE AUX RESSOURCES HUMAINES ET À LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

Un capital humain suffisant et soutenu par les acquis de la recherche-développement - Voir p. 71)

De nos jours, les Premières Nations accusent un grave déficit en matière de ressources humaines et d'institutions de recherche capables de relever, de manière endogène, le défi de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des communautés. Or, relever les défis de la santé requiert un capital humain à la hauteur des ambitions des Premières Nations.

CONSTAT

- > Rareté des professionnels de la santé autochtones : une personne sur deux préfère consulter et être traitée par des prestataires issus des Premières Nations tandis que beaucoup se privent de soins et de services ;
- > Niveau de scolarité et de décrochage préoccupant : frein à la formation de nouveaux professionnels issus des Premières Nations ;
- > Manque de formation en santé : du fait du manque de professionnels issus des Premières Nations, les programmes en santé continuent d'être l'apanage quasi exclusif des autorités gouvernementales fédérales et provinciales, qui ne se préoccupe pas suffisamment de la formation du capital humain ;
- > Forte rotation des professionnels de la santé ;
- > Problèmes sur la production des statistiques utiles à la prise de décision en santé autochtone :
 - > Production de données réductrices,
 - > Non respect du protocole de recherche de l'APNQL : principes de propriété, contrôle, accès, possession (PCAP), engendrant une réticence des Premières Nations à collaborer à la collecte des données,
 - > Manque de données sur la situation des Premières Nations au Québec, par opposition au Canada ;
- > Déficit de la recherche-développement : frein à la production de connaissances nouvelles et la mise en place d'innovations en santé et services sociaux,
 - > Carence dans le financement,
 - > Manque de protocoles éthiques,
 - > Inexistence de structures de collecte systématique de données au niveau communautaire,
 - > Manque de transfert de connaissances et échange d'expertises avec d'autres groupes autochtones au Canada et ailleurs dans le monde.



ACTIONS

Former, attirer et retenir **LES RESSOURCES HUMAINES** en santé et en services sociaux.

- > Renforcer la motivation des jeunes pour les études ;
- > Favoriser la réussite scolaire et le mérite ;
- > Valoriser les études supérieures débouchant sur des carrières en santé ;
- > Instaurer des mesures incitatives de rétention des professionnels en santé et services sociaux.

Exemples (Voir p. 77) : doter toutes les écoles des dernières technologies éducatives, informatiques, manuels, logiciels, laboratoires ; favoriser l'accès aux formations qualifiantes ; créer des bourses d'études et des subventions académiques ; former en santé et services sociaux d'ici 2017 au moins 1 000 professionnels issus des Premières Nations du Québec ; donner aux professionnels de la santé des crédits d'impôt, congés fiscaux et autres incitatifs pour les attirer et les retenir ; etc.

Reconnaître et promouvoir **LES COMPÉTENCES CULTURELLES**.

- > Adapter les formations en santé et services sociaux aux besoins des communautés ;
- > Multiplier les consultations et encourager les initiatives.

Exemples (Voir p. 78) : intégrer les compétences culturelles dans le cursus de formation des professionnels de la santé agissant auprès des communautés ; offrir des stages rémunérés en milieu communautaire ; développer des recherches évaluatives sur les compétences culturelles en santé, en partenariat avec des collèges et universités ; etc.

Promouvoir **L'INTELLIGENCE STRATÉGIQUE** et **LE TRANSFERT D'EXPERTISE**.

- > Développer l'intelligence stratégique en santé et services sociaux ;
- > Développer des réseaux d'expertise et faciliter le transfert du savoir-faire.

Exemples (Voir p. 78) : multiplier les ententes de collaboration avec d'autres institutions des Premières Nations et non autochtones ; financer des mécanismes facilitant la valorisation et le transfert de l'expertise (sites web, conférences, etc.) ; créer des mécanismes de mentorat ; etc.

Éclairer la prise de décision par **LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT (R-D)**.

Exemples (Voir p. 79) : créer des structures orientées vers et contrôlées par les Premières Nations ; maintenir et renforcer les études de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations au niveau de la province du Québec (Voir texte sur ERLSPN p. 80) ; stimuler et encadrer la formation de professionnels en R-D issus des Premières Nations ; etc.



CHAPITRE 7 – RÉALISATION DU PLAN

Conditions de succès, objectifs et mesures des progrès - Voir p. 83

MISE EN ŒUVRE

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec table sur un horizon décennal : 2007-2017 pour identifier les défis et les choix stratégiques qui doivent orienter les interventions à venir en matière de prestation des soins de santé et de services sociaux prodigués aux Premières Nations. Sa mise en œuvre requiert :

- > Une planification stratégique à moyen terme : un Plan stratégique triennal est conçu pour l’horizon 2007-2010 avec une planification mise à jour tous les trois ans ;
- > Une planification annuelle, pour opérationnaliser toutes les actions et les mesures à réaliser pour chacune des années à venir ;
- > Un travail de suivi, d’évaluation et de reddition de comptes accompagnera la mise en œuvre des programmes initiés dans le Plan directeur ;
- > Une démarche éclairée, innovante et flexible, tenant compte des changements, des impondérables et laissant la place à l’ajustement continu.

Les Premières Nations et les gouvernements du Québec et du Canada doivent travailler ensemble, en coopération et en harmonie, pour l’atteinte des finalités, objectifs et résultats escomptés, l’objectif général étant de procurer aux Premières Nations une santé et une qualité de vie au moins égales à celles de la population canadienne.

Pour faciliter la mesure des progrès, le présent Plan directeur table sur l’atteinte de **CIBLES** précises pour l’horizon 2017, qui se baseront sur l’ampleur de la réduction des écarts constatés, au vu des plus récentes données disponibles lors de l’élaboration du présent Plan, soit en 2007. Ces cibles sont définies en fonction des taux moyens qui prévalent dans l’ensemble du Canada.

- > Réduire l’écart dans l’espérance de vie de 35 % ;
- > Réduire l’écart dans le taux de mortalité de 35 % ;
- > Réduire l’écart dans le taux de suicide de 50 % ;
- > Réduire l’écart dans le taux de mortalité infantile de 50 % ;
- > Réduire l’écart dans la prévalence du diabète de 50 % ;
- > Réduire l’écart dans la prévalence de l’obésité des enfants de 50 %.

À cela s’ajoute une cible absolue qui vise à former et à insérer, dans le dispositif de santé et de services sociaux à la disposition des Premières Nations, 1 000 professionnels en santé et en services sociaux, d’ici 2017.

SUIVI

Le suivi du Plan directeur doit être piloté par un **CONSEIL D’EXPERTS** constitué de représentants des partenaires de la santé des Premières Nations, associés à des élus, universitaires et membres de la société civile.



Ce conseil se réunira sur une base régulière et produira un rapport périodique faisant état, de façon objective et impartiale, de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations et des avancements enregistrés. Il aidera à clarifier les responsabilités et à identifier les pistes de solution pour corriger les éventuelles carences.

Pour mesurer les progrès, plus de 70 **INDICATEURS DE SUIVI** valides ont été suggérés, suivant les orientations préconisées dans le Plan.

(Voir énumération p. 88 à 90)

Quelques exemples en matière de :

Gouvernance

- > Investissements gouvernementaux en santé et services sociaux auprès des Premières Nations du Québec et du Labrador
- > Nombre d'organismes fédéraux et provinciaux en santé et services sociaux ayant des membres de Premières Nations dans leur conseil d'administration

Santé

- > Espérance de vie à la naissance
- > Nombre de grossesses à l'adolescence
- > Taux de mortalité lié au diabète

Services sociaux

- > Distance à parcourir pour accéder aux centres de soins de santé et à un hôpital
- > Placement des enfants
- > Tentatives de suicide

Déterminants de la santé

- > Utilisation des langues et savoirs traditionnels
- > Nombre de personnes ayant accès à l'eau potable
- > Taux de prestataires de l'assurance-emploi

Ressources humaines et R-D

- > Proportion des professionnels de la santé issus des Premières Nations
- > Nombre de guérisseurs traditionnels sur et hors communauté
- > Efforts de financement pour la Recherche-Développement



CONCLUSION

(Voir p. 93)

Ce Plan appelle de tous ses vœux les parties prenantes de la santé et des services sociaux à concéder aux Premières Nations le droit de regard légitime sur leur santé et sur leurs choix de vivre en harmonie avec leurs préférences, leurs cultures et leur patrimoine identitaire.

Les constats montrent l'urgence impérieuse de l'action publique. Des actions conséquentes doivent être initiées pour corriger les écarts et les iniquités sur tous les fronts de la prestation des soins de santé et des services sociaux dispensés aux Premières Nations. À ce titre, le Plan est historique, mobilisateur et intégrateur *(Voir p. 93)*.

En résumé, le Plan prône une meilleure gouvernance, parie sur l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et sur celle des services sociaux. Il propose des actions concrètes sur les déterminants de la santé, le développement du capital humain et les moyens de recherche-développement. Il assure en outre un cadre de suivi des progrès.

Le temps est venu d'enrayer les disparités entre l'état de santé des Premières Nations et celui de l'ensemble des Canadiens. La vitalité des Premières Nations contribuera à la richesse et à la prospérité de la société tout entière.

Nous sommes déterminés à travailler ensemble au cours des dix prochaines années et à traduire, par des gestes motivés, une communication mobilisatrice et des engagements indéfectibles pour concrétiser ce Plan directeur.

TABLEAUX





INDICATEURS DE SANTÉ	Premières Nations Québec ³			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Embonpoint	41,2%	32,2%	36,9%	33%	1,12
Obésité	27,7%	32,7%	30,1%	14%	2,15
Personnes diabétiques	12,5%	16,4%	14,5%	4,1%	3,5
Arthrite	15,1%	21,9%	18,4%	14%	1,3
Allergies	15,2%	22,0%	18,6%	9,1%	2
Hypertension artérielle	12,9%	17,0%	14,9% ⁴	8,5%	1,75
Asthme	7,3%	12,2%	9,7%	5,6%	1,7
Blessures physiques (dernière année)	N/D	N/D	22,0%	11,3%	1,94
Carie dentaire chez les enfants	N/D	N/D	14,8% ⁵	7%	2,1
Obstacles rencontrés pour les soins de santé	N/D	N/D	46,5%	12,5%	3,72

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Ayant tenté le suicide durant leur vie	13,1%	18,5%	18,4%	3,5%	5,25
Ayant tenté le suicide au cours des 12 derniers mois			1,2%	0,5%	2,4
Idéation suicidaire au cours de la vie			39,0%	N/D	N/D
Idéation suicidaire au cours des 12 derniers mois			4,5%	3,9%	1,15
Éducation de niveau secondaire non complétée			49,0%	31,0%	1,58
Éducation supérieure complétée (Bac ou plus)			6,1%	19,3%	0,31
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 1 fois/semaine)			43,3%	29,8%	1,5
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 5 fois/12 mois)			70,2%	23,2%	0,31
Consommation de drogue ou de médicaments sans ordonnance au cours des 12 derniers mois			65,8%	20,0%	3,29

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Habitudes de vie					
Tabagisme : fumeur quotidien ou occasionnel	53,9%	56,1%	55,0%	20%	2,75
Usage de la médecine traditionnelle	37,5 %	39%	38,3% ^{IV}	N/A.	
Allaitement maternel	n/a		38,7%	80%	0,48
Activité physique (équivalent à 30 min jr/6jrs par semaine)	53,6% ^V	37,3% ^{VI}	45,5%	37%	1,23
Consommation d'aliments peu nutritifs chez les adolescents au moins une fois par jour			57,8 – 65,2%	17% – 22% ^{VII}	2,96

³ Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué. Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.

⁴ Seuls les problèmes cardio-vasculaires en général sont documentés pour les PN dans CSSSPNQL 2006

⁵ Il s'agit de la carie du biberon



DÉMOGRAPHIE	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Espérance de vie à la naissance	70,4	75,5 ^{VIII}		77,7H et 82,2F ^{IX}	0,9H et 0,92F
Taux de natalité			23,4/1000	10,3/1000	2,33
Taux de mortalité infantile			6,4/1000	5,4/1000	1,18
Age médian (ans)			24,7	37,1	0,66

INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Famille avec au - 2 enfants âgés de – 18 ans (%)	N/A	N/A	41,0%	23%	2
Revenu ménage inférieur à 20 000\$/an	N/A	N/A	24,3%	11%	2,21
Revenu personnel inférieur 20 000\$/an ^X	55,2%	65,5%	60,3%	51%	1,18
Bénéficiaires de revenus gouvernementaux ^{XI}	60,3%	80,9%	72,2% ^{XII}	13%	5,5
Enfant vivant sous le seuil de pauvreté			25% ^{XIII}	10%	2,5
Indicateur du bien-être collectif	0,71	0,74	0,72	0,89	0,8
Prestataires de l'assistance-emploi	24,3%	16,1%	20,2% ^{XIV}	9,6% ^{XV}	2,1
% de personnes bénéficiant d'un salaire provenant d'un emploi	51,1%	47,0%	49,0% ^{XVI}	61,1% ^{XVII}	0,80
Familles monoparentales			43,7% ^{XVIII}	20,5% ^{XIX}	2,13
Proportion d'ainés vivant seuls (65-74 ans)			33,2% ^{XX}	24,9% ^{XXI}	1,33

- I Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.
Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.
- II Chez les 15 ans et plus, 1998, au Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/283-FeuilleEpidemiologieSuicide.pdf>
- III Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.
Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.
- IV Ces données concernent les enfants
- V Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- VI Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- VII http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2004/enq_nutrition04c7.pdf
- VIII Les deux données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp
Les données sont valides pour 2001, pour les PN de l'ensemble du Canada
- IX Les données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp
- X Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XI Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XII Donnée révisée de l'ERSPNQL 2002-03, Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XIII http://action.web.ca/home/c2000/alerts.shtml?x=93174&AA_EX_Session=6766226b4e3173e98abb0ea55940c096
- XIV En 2001
- XV INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf
- XVI Au cours de l'année 2001, sans égard à la durée de l'emploi
- XVII http://www.cmquebec.qc.ca/documents/terr_pop/t2.6_copy1.pdf. Le taux présenté inclut les 15-64 ans, celui des Premières Nations inclut les 18-54 ans.
- XVIII Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007 (proportion de ménages comportant seulement un adulte et au moins un enfant de 17 ans ou moins).
- XIX INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf
- XX Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007. 55 ans et plus
- XXI INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf



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