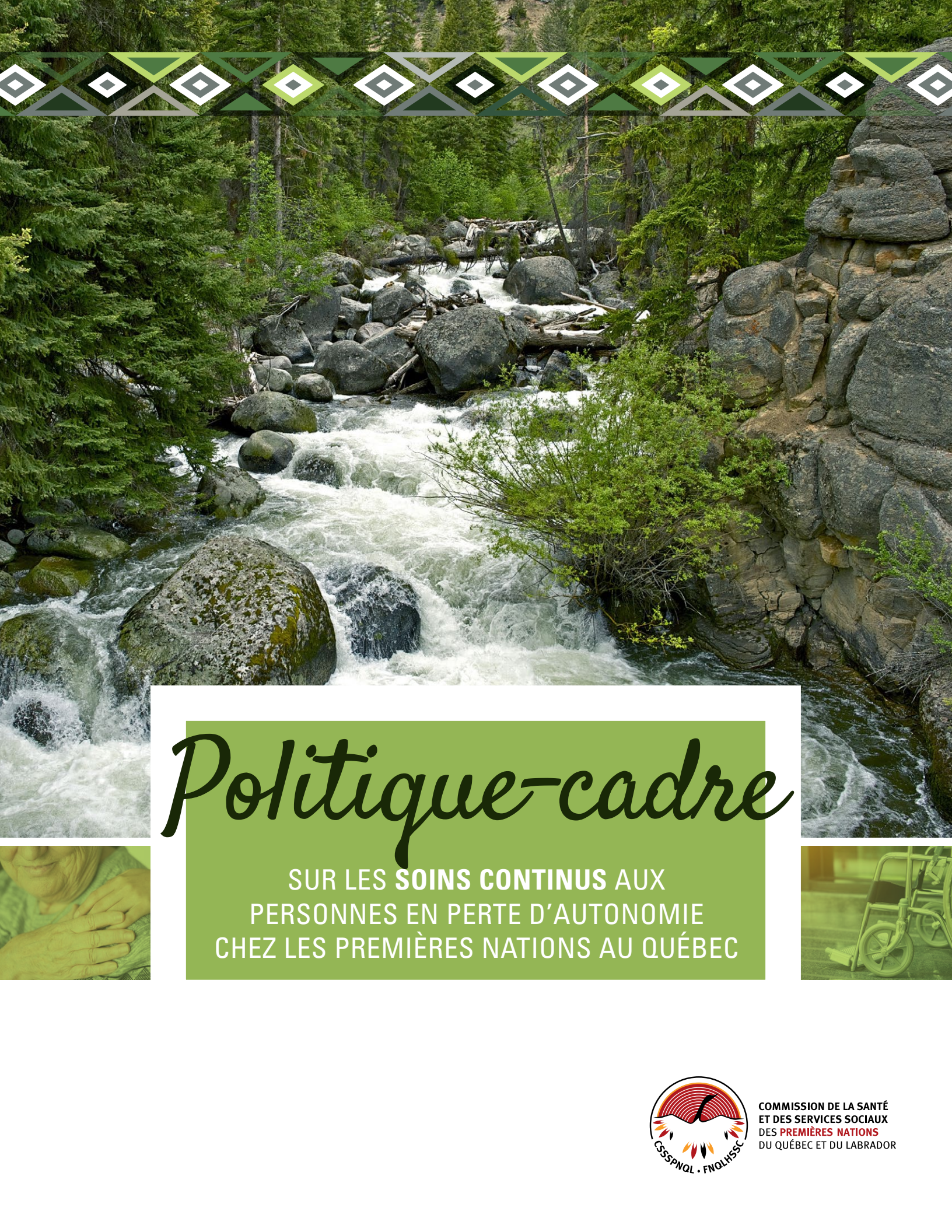




# Politique-cadre

SUR LES **SOINS CONTINUS** AUX  
PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE  
CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC



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





### **Chargée de projet**

Julie Duplantie, conseillère en services aux personnes en perte d'autonomie – CSSSPNQL

### **Collaboratrices**

Marjolaine Sioui, directrice générale – CSSSPNQL

Rosalie Sioui, gestionnaire du développement social – CSSSPNQL

Sophie Picard, gestionnaire des services de santé – CSSSPNQL

Julie Bernier, chef d'équipe du secteur du développement social – CSSSPNQL

Kathleen Jourdain, conseillère en services aux personnes en perte d'autonomie – CSSSPNQL

Annie Vézina, conseillère aux projets spéciaux pour adultes en perte d'autonomie – CSSSPNQL

### **Comité de pilotage**

Véronique Laveau, conseillère – Direction des Affaires autochtones – MSSS

Céline Létourneau, conseillère – Direction des relations avec les Autochtones – SAA

Marie-Josée Lévesque, coordonnatrice intérimaire – Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit – SAC

Dany Vallerand, gestionnaire régional, Programmes et Partenariats sociaux – Programme d'aide à la vie autonome – SAC

### **Comité d'experts**

Denis Lessard, directeur de la santé et de la qualité – Wendake

Annie Vienney, répondante aux Autochtones – CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Robin Decontie, directrice de la santé et des services sociaux – Kitigan Zibi

Shirley Commanda, coordonnatrice de la maison de groupe Kiweda Group Home – Kitigan Zibi

Michael T. Horne, coordonnateur du programme de soins à domicile et du centre d'hébergement pour personnes âgées – Kahnawake

### **Révision linguistique**

France Chouinard

### **Graphisme**

Karine Potvin

### **Photos**

iStock, Shutterstock et Thinkstock

### **Note au lecteur**

Veuillez noter que le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

### **Remerciements**

Nous souhaitons remercier les responsables d'établissements de soins et d'hébergement pour adultes en perte d'autonomie, les coordonnateurs des soins et de maintien à domicile et les directeurs de la santé et des services sociaux des Premières Nations qui ont participé aux différentes consultations ayant permis de nourrir le présent document. Votre participation a permis de bien documenter vos préoccupations ainsi que les réalités des personnes proches aidantes des Premières Nations au Québec.

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, au [cssspnql.com](http://cssspnql.com).

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL, 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](mailto:info@cssspnql.com)

ISBN version Web : 978-1-77315-406-0

© CSSSPNQL 2022



# Table des matières

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduction .....                                                                                                                                                         | 4  |
| 2. But, objectifs et portée de la politique-cadre .....                                                                                                                       | 6  |
| 3. Personnes en perte d'autonomie visées par la politique-cadre .....                                                                                                         | 8  |
| 4. Enjeux .....                                                                                                                                                               | 9  |
| 5. Principes directeurs .....                                                                                                                                                 | 14 |
| 6. Partenaires engagés .....                                                                                                                                                  | 16 |
| 7. Mise en œuvre de la politique-cadre .....                                                                                                                                  | 18 |
| ANNEXE A                                                                                                                                                                      |    |
| Projet d'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des Premières Nations –<br>Rapport sommaire présenté par la Timiskaming First Nation (2016) ..... | 20 |
| ANNEXE B                                                                                                                                                                      |    |
| Définition de la clientèle en perte d'autonomie .....                                                                                                                         | 51 |
| ANNEXE C                                                                                                                                                                      |    |
| Tableau synthèse des engagements .....                                                                                                                                        | 52 |
| ANNEXE D                                                                                                                                                                      |    |
| Description des services de santé et des services sociaux .....                                                                                                               | 54 |
| ANNEXE E                                                                                                                                                                      |    |
| Modèles existants .....                                                                                                                                                       | 61 |



# 1. Introduction

Les gouvernements locaux des Premières Nations doivent composer avec le vieillissement de leurs populations et répondre à leurs besoins multiples, notamment les besoins des personnes qui doivent composer avec une perte d'autonomie, tout en leur offrant des soins continus dans leur communauté. Les premières approches de l'élaboration de cette politique datent de 2012, avec les travaux conjoints de six communautés : Kahnawake, Kanesatake, Kitigan Zibi, Mashteuiatsh, Timiskaming First Nation et Wendake. En 2015, à la suite d'un commun accord entre les communautés participant au projet, l'assemblée des chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) a, par voie de résolution, transféré le dossier à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Les objectifs de la politique-cadre s'harmonisent avec les objectifs du processus de gouvernance en santé et services sociaux<sup>1</sup>, lancé en 2014, notamment parce qu'ils visent à donner aux Premières Nations la possibilité d'offrir des soins continus, et de définir les priorités et d'élaborer les programmes dans ce domaine. Pour atteindre ces objectifs, il faut d'abord résoudre les difficultés récurrentes découlant des conflits de compétence et de la confusion des rôles et responsabilités entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et les gouvernements locaux des Premières Nations. Ces conflits sont responsables de la fragmentation des services et de la difficulté d'accès à une continuité entre les soins offerts dans les communautés et à l'extérieur de celles-ci. Toutefois, le but ultime est de favoriser l'accès à des soins de santé et de mieux-être comparables à ceux offerts aux autochtones.

## Définition de la politique-cadre

La politique-cadre est un document servant à guider les actions actuelles et futures des partenaires des gouvernements fédéral, provincial et des Premières Nations pour mettre en place des soins continus pour les personnes en perte d'autonomie résidant dans les communautés Premières Nations.

La politique-cadre contribuera à mettre en place des mesures structurantes, tout en mobilisant les partenaires autour des actions concrètes qui en découleront.

Le modèle de gouvernance en santé et services sociaux implique la création d'une instance régionale en santé et mieux-être des Premières Nations qui jouerait un rôle fondamental auprès des communautés et des gouvernements afin d'assurer le succès de cette politique. Par exemple, pour pouvoir garantir que les services de santé et de mieux-être sont comparables à ceux offerts aux autochtones, il est nécessaire de détenir des données relatives à chaque communauté et de pouvoir établir des comparaisons avec les données du Québec. De même, tous les enjeux relatifs à la reddition de comptes et aux rôles et responsabilités des divers acteurs en santé et mieux-être concernent l'ensemble des communautés. Il serait donc avantageux que cette autre dimension collective soit assurée par une instance régionale des Premières Nations qui soit en mesure de soutenir la coordination et la négociation d'ententes équitables tenant compte des spécificités de chaque communauté.

<sup>1</sup> <https://gouvernance.cssspnql.com>

L'autonomie locale en santé et mieux-être visée par les objectifs de la politique, notamment le pouvoir d'offrir des soins continus respectueux de la culture, repose sur la définition des priorités et des services, ce qui exige une planification intégrée des services en santé et mieux-être, l'élaboration d'outils appropriés pour assurer la qualité des services et le renforcement des capacités du personnel et des proches impliqués. Dans le modèle proposé, l'instance régionale en santé et mieux-être aurait comme mandat principal de soutenir les communautés et les organisations tout au long de leur processus de planification intégrée en santé et mieux-être, ainsi que l'élaboration d'outils respectueux des cultures pour assurer un service de qualité et l'accompagnement dans l'évaluation des services et le renforcement des capacités de toute personne impliquée.





## 2. But, objectifs et portée de la politique-cadre

### 2.1 BUT DE LA POLITIQUE-CADRE

La politique-cadre sur les soins continus vise à mettre en place des mécanismes favorisant l'organisation d'un continuum de services holistique et équitables destinés aux personnes en perte d'autonomie. Pour ce faire, un processus transparent et ouvert d'amélioration du système de santé et de services sociaux dans les communautés des Premières Nations<sup>2</sup> sera mis en place.

#### Vision de la politique-cadre

Permettre à l'adulte en perte d'autonomie des Premières Nations, ainsi qu'à sa famille, de bénéficier d'un itinéraire fluide et d'une expérience de soins et de services des plus positives. Pour y arriver, la contribution et l'engagement des gouvernements sont des éléments incontournables qui se retrouvent au cœur des enjeux de la mise en œuvre.

(Inspiré de la publication *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* du ministère de la Santé et des Services sociaux [2017].)

### 2.2 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE-CADRE

La politique-cadre sur les soins continus comporte les objectifs suivants :

- Enrayer la fragmentation dans la prestation de services aux personnes en perte d'autonomie par l'organisation d'un continuum de services adaptés aux Premières Nations. Les services doivent également s'harmoniser avec les approches traditionnelles et la culture locale en matière de santé et de services sociaux.
- Favoriser l'accès, pour les adultes en perte d'autonomie des Premières Nations, à des soins de santé comparables à ceux offerts aux allochtones.
- Permettre aux communautés d'acquérir une autonomie et une responsabilité plus grandes dans l'élaboration d'un programme de soins continus répondant à leurs réalités locales.
- Définir et élaborer des priorités et des stratégies permettant aux communautés des Premières Nations de mettre en place des mécanismes visant à améliorer la prestation des services sociaux et de santé aux personnes en perte d'autonomie, par l'intermédiaire de leurs propres institutions.
- Permettre d'offrir des soins continus par les communautés des Premières Nations au Québec<sup>3</sup>.
- Assurer un accès à tous les services sociaux et de santé aux citoyens des Premières Nations au Québec, sans aucune discrimination.

<sup>2</sup> La politique-cadre ne vise pas les communautés criées, inuit et naskapie. Cependant, elles pourront s'en inspirer si elles le souhaitent.

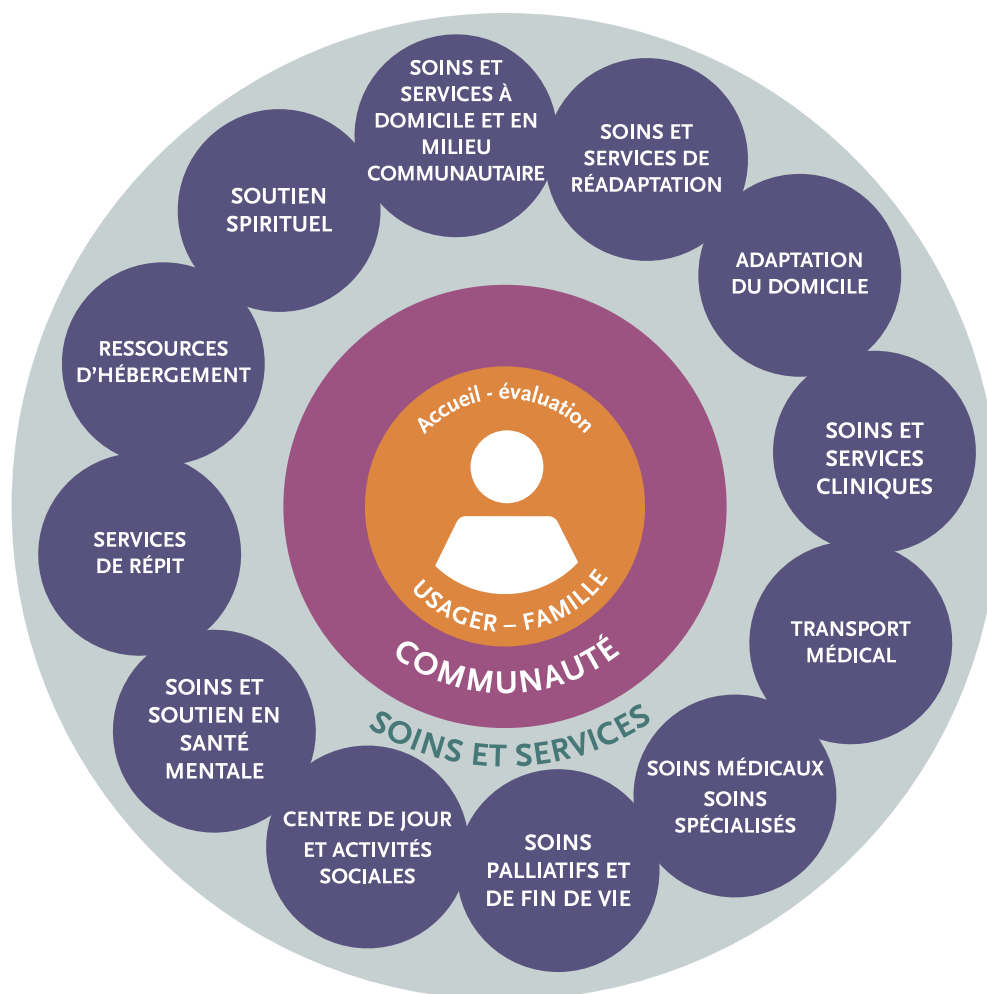
<sup>3</sup> Recommandation n° 1-Annexe A : Projet d'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des Premières Nations – Rapport sommaire présenté par la Timiskaming First Nation (2016)



## 2.3 PORTÉE DE LA POLITIQUE-CADRE

La politique-cadre touche l'organisation des services répondant aux besoins de la personne en perte d'autonomie issue d'une Première Nation afin que celle-ci bénéficie d'un itinéraire de services fluide et en harmonie avec ses réalités et sa culture. Pour ce faire, des actions doivent être prises tant au niveau politique qu'au niveau organisationnel. Les soins continus doivent être de qualité, centrés sur les besoins de la personne et totalement intégrés à un continuum de services ainsi qu'à un réseau de programmes et d'organismes culturellement adaptés.

### Soins continus aux personnes en perte d'autonomie







### 3. Personnes en perte d'autonomie visées par la politique-cadre

Seuls les adultes de 18 ans et plus en perte d'autonomie sont visés par la politique-cadre. Les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux utilisent des services et des trajectoires qui diffèrent suffisamment pour leur consacrer un projet spécifique qui serait axé sur le continuum de soins de cette clientèle.

Les personnes en perte d'autonomie sont des personnes dont les incapacités peuvent limiter la réalisation de leurs activités courantes et leur pleine participation à la vie dans leur communauté. Quatre catégories de personnes sont visées : les personnes âgées, les adultes atteints d'une maladie chronique, les adultes présentant un problème de santé mentale et les adultes atteints d'une déficience. Il est à noter que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives (voir Annexe B : Définition de la clientèle en perte d'autonomie).

Selon l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec* (ERS) de 2015, la majorité des adultes de 35 ans et plus doivent composer au quotidien avec au moins deux problèmes de santé chroniques, et près

de la moitié des personnes âgées (65 ans et plus) doivent composer au quotidien avec au moins cinq problèmes de santé chroniques<sup>4</sup>. Cette même enquête indique que 7 % des adultes (18 à 64 ans) et 46 % des personnes âgées (65 ans et plus) considèrent avoir besoin de soins et services à domicile. Parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins et services à domicile, l'aide pour de menus travaux ménagers et l'aide pour l'entretien domestique sont les deux types de services les plus fréquemment mentionnés; viennent ensuite les soins infirmiers, les services de préparation ou de livraison de repas et l'aide avec les courses<sup>5</sup>.

Les besoins en services de santé et des services sociaux sont bel et bien présents, et le manque de ressources pour y répondre crée des pressions continues sur les communautés des Premières Nations. Dans les années à venir, ces pressions augmenteront considérablement, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, dont les comorbidités peuvent limiter le niveau d'autonomie<sup>6</sup> des personnes concernées.

#### Personnes au cœur de la politique-cadre



<sup>4</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015, État de santé et problème de santé chroniques*. Wendake.

<sup>5</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015, Soins à domicile*. Wendake.

<sup>6</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Wendake.



## 4. Enjeux



Les Premières Nations ont été consultées à plusieurs reprises afin de déterminer les enjeux et les engagements entourant le continuum de soins pour les personnes en perte d'autonomie<sup>7</sup>. Ces enjeux et ces engagements ont été validés par les intervenants lors de rencontres régionales, par les directeurs santé des Premières Nations, ainsi que par le comité d'experts et le comité de pilotage du projet d'élaboration d'une politique-cadre en soins continus. Les enjeux sont présentés dans la présente section, suivis des engagements et des mesures permettant d'y remédier. Ces engagements relèvent du gouvernement fédéral (Services aux Autochtones Canada), du gouvernement provincial (ministère de la Santé et des Services sociaux et Secrétariat aux affaires autochtones) et des Premières Nations (voir Annexe C : Tableau synthèse des engagements).

### 4.1 REDDITION DE COMPTES, RÔLES ET RESPONSABILITÉS

La mise en œuvre d'un continuum complet de soins pose un défi de taille pour les Premières Nations, compte tenu notamment de l'ambiguïté des rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans l'offre de services : « (...) les Premières Nations disposent de soins de santé et de services sociaux prodigués par diverses organisations relevant de plusieurs niveaux de juridiction et de compétences extérieures aux Premières Nations. Les programmes, les initiatives et les services issus du gouvernement fédéral, qui sont le plus souvent dispensés localement, se juxtaposent à ceux gérés par le gouvernement provincial<sup>8</sup>. » Cela engendre la multiplication des procédures et la superposition des mécanismes décisionnels qui altèrent l'efficacité de nombreux programmes et engendrent des services peu intégrés et inadaptés<sup>9</sup> (voir Annexe D : Description des services de santé et services sociaux).

<sup>7</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Wendake.  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2013). *Portrait – Besoins des Premières Nations du Québec vivant avec un handicap ou ayant des besoins spéciaux*. Wendake.  
Travaux de recherche et d'analyse de situation dirigés par la TFN.

<sup>8</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. (2007). *Plan directeur 2007-2017*, Wendake.

<sup>9</sup> Ibid.

### ENGAGEMENTS :

1. Renforcer la communication, la concertation et le partenariat entre les gouvernements locaux des Premières Nations, le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral.
  - Mettre en œuvre d'un comité mixte pour la mise en place de soins continus.
  - Instaurer des mécanismes de collaboration entre les Premières Nations et les partenaires, tant sur le plan politique qu'organisationnel.
  - Rendre les outils de consultation destinés à la population accessibles en temps opportun, en français et en anglais.
2. Soutenir l'harmonisation et la complémentarité des programmes fédéraux, provinciaux et locaux.
  - Clarifier l'offre de services provinciale, complémentaire à l'offre des programmes fédéraux, qui s'applique aux Premières Nations.
  - Créer des modèles d'harmonisation adaptés aux différentes réalités des communautés et organisations des Premières Nations.
  - Clarifier les autorités des programmes de services à domicile et communautaires.
3. Définir l'organisation administrative du développement du continuum de soins.
  - Clarifier les rôles et responsabilités de chacun des partenaires, ainsi que leur obligation de rendre des comptes concernant la prestation des services.
  - Favoriser l'autonomie de gestion des différents programmes de services.
4. Favoriser une reddition de comptes efficiente et réciproque.
  - Simplifier les exigences fédérales en matière de reddition de comptes afin de répondre aux besoins des Premières Nations.
  - Harmoniser la reddition de comptes entre les programmes offerts par les différents bailleurs de fonds.

## 4.2 PARTAGE DE L'INFORMATION

Le partage de l'information au sujet d'un usager entre les communautés et le RSSS n'est pas toujours efficace, ce qui peut entraîner des retards dans la prestation des services. Le parcours des personnes en perte d'autonomie peut être complexe et il peut comprendre, entre autres, des soins à domicile, des séjours en milieu hospitalier, des périodes nécessitant le soutien de proches aidants. On constate que le problème du partage de l'information concernant les besoins des personnes engendre des lacunes dans le continuum de soins et services offerts, mais aussi le doublement de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle par les professionnels des communautés et du RSSS<sup>10</sup>. Le soutien des partenaires est primordial pour assurer la pérennité des mécanismes de communication et des ententes de services.

### ENGAGEMENTS :

5. Faciliter l'échange d'information entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois (RSSS) et ceux des communautés et des organisations des Premières Nations.
  - Mettre en place les ressources matérielles, humaines et financières facilitant l'implantation d'un réseau de services intégrés pour les personnes adultes.
  - Permettre aux communautés et aux organisations d'accéder ou de s'arrimer aux systèmes d'information intégrés utilisés par le RSSS.
6. Mettre en place une action concertée entre tous les acteurs impliqués dans le cheminement de l'individu.
  - Mettre en place une procédure permettant le partage de l'information au sujet de l'usager tout en respectant les principes de confidentialité des données et de protection des renseignements personnels (p. ex. : demandes de services inter-établissements).

## 4.3 ACCÈS À DES SOINS ET À DES SERVICES DE QUALITÉ

Lorsqu'elles veulent recevoir des services dans leurs communautés, les Premières Nations rencontrent de multiples obstacles. Ces obstacles sont liés à un mauvais arrimage entre les différentes ressources, à un nombre insuffisant de professionnels de la santé et à un manque de services sociaux.

### ENGAGEMENT :

7. Soutenir la mise au point d'ententes de services et de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux québécois (RSSS) et les communautés et les organisations des Premières Nations, et en assurer la pérennité.
  - Établir des ententes de services avec les CISSS et les CIUSSS pour favoriser l'accès aux services.
  - Établir des ententes de services permettant aux professionnels des CISSS et des CIUSSS d'offrir des services dans les communautés et les organisations des Premières Nations.
  - Favoriser le renforcement des capacités des professionnels de la santé, des intervenants et des proches aidants en soins palliatifs et de fin de vie dans les communautés et les organisations des Premières Nations.

Plusieurs mesures mises en place dans le RSSS ne sont pas applicables aux Premières Nations non conventionnées, soit parce que les critères d'admissibilité limitent l'accès des Premières Nations (en raison de leur lieu de résidence), soit pour des raisons de compétence juridictionnelle. Cette situation augmente les disparités en matière de services entre les Premières Nations et les allochtones au Québec.

### ENGAGEMENT :

8. Assurer l'équité des services de santé et des services sociaux.
  - Élaborer, conjointement avec les Premières Nations et le RSSS, une stratégie visant un accès équitable aux services.
  - Assurer aux Premières Nations un accès équitable et comparable aux mesures décrites dans les différents plans d'action gouvernementaux pouvant toucher les personnes en perte d'autonomie.

<sup>10</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2013). *Portrait – Besoins des Premières Nations du Québec vivant avec un handicap ou ayant des besoins spéciaux*. Wendake.



Chez les Premières Nations, les soins palliatifs et de fin de vie sont peu ou pas développés, car, jusqu'à tout récemment, aucun financement n'y était consacré. Pour élaborer ces soins, il est nécessaire de mettre en place de ressources, d'obtenir la collaboration du RSSS et de développer les compétences et les capacités du personnel des Premières Nations.

### ENGAGEMENT :

9. Appuyer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie culturellement adaptés et requis dans les communautés et les organisations des Premières Nations.
  - Obtenir des fonds pour assurer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie dans les communautés et les organisations des Premières Nations.
  - Soutenir l'adoption de modèles d'organisation des soins palliatifs et de fin de vie adaptés à la réalité et aux besoins de chacune des communautés.
  - Faciliter l'accès à des médecins et à d'autres ressources humaines, matérielles et financières afin de soutenir les soins palliatifs et de fin de vie au sein des communautés et des organisations des Premières Nations.

Les besoins en matière de soins et de soutien à domicile sont de plus en plus importants. Cependant, un écart persiste entre ces besoins et les services obtenus, malgré l'apport considérable des proches aidants et la contribution des programmes fédéraux. Les aidants se retrouvent souvent face à des défis liés au manque de soutien financier, à l'absence de formation pour soutenir leur proche, à la conciliation de leur vie personnelle avec leur rôle de proche aidant et au peu de répit.

### ENGAGEMENT :

10. Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants.
  - Mettre en place des ressources et des initiatives visant à répondre aux besoins d'accompagnement, de reconnaissance et de soutien des proches aidants.
  - Rendre accessibles les services de répit de longue durée.
  - Mettre à disposition des formations et des outils pour les proches aidants et les adapter aux besoins culturels et linguistiques.

L'un des enjeux d'accessibilité concerne les services et les soins d'hébergement dans les communautés et découle des limites des programmes fédéraux. De plus, compte tenu des effets négatifs potentiels (p. ex. : éloignement de leur famille et de leurs proches, services peu adaptés à leur valeur et culture, enjeux de communication [langue d'usage]), certains usagers refuseront d'être transférés dans le RSSS ou décideront de demeurer dans leur communauté le plus longtemps possible même si les services reçus ne sont pas à la hauteur de leurs besoins et que leur santé et leur sécurité sont compromises<sup>11</sup>. Diverses initiatives en matière de logement et d'hébergement doivent être accessibles aux Premières Nations afin de répondre aux besoins grandissants des personnes en perte d'autonomie, notamment des ressources intermédiaires, des logements avec assistance, des centres de soins de longue durée, des centres de jour et des ressources de type familial pour les adultes aux prises avec des déficiences physiques ou intellectuelles et des problèmes de santé mentale.

### ENGAGEMENT :

11. Augmenter le nombre de ressources d'hébergement pour tous les niveaux de soins.
  - Permettre la création d'initiatives de logement et d'hébergement au sein des communautés et des organisations.
  - Appuyer les Premières Nations dans le processus de certification ou d'agrément des établissements d'hébergement pour adultes.
  - Favoriser l'accessibilité à des soins culturellement adaptés dans tous les milieux, y compris les différentes ressources d'hébergement.
  - Réviser l'indemnité quotidienne accordée aux établissements de soins pour adultes en fonction des besoins des usagers, des normes et des allocations financières provinciales.
  - Réviser la définition de « famille » afin de l'adapter à la réalité des Premières Nations.

<sup>11</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Wendake.





La télésanté fait partie des mesures qui doivent être mises en place pour que les Premières Nations puissent avoir accès aux services auxquels elles ont droit.

#### ENGAGEMENT :

12. Favoriser et appuyer l'utilisation de la télésanté afin de maintenir les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu de vie.
- Mettre en place des services de télésanté adaptés aux besoins des Premières Nations.

## 4.4 DÉVELOPPEMENT ET RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES ET DES CAPACITÉS

Le développement des compétences du personnel est essentiel à la mise en œuvre et à la prestation de soins continus complets et de qualité.

Dans les communautés des Premières Nations, de nombreux défis perdurent quant au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé et des services sociaux, les plus importants étant l'accès à de la formation, le développement des compétences et le recrutement et la rétention du personnel. Il est à noter que le personnel travaillant dans les communautés et les organisations des Premières Nations a accès à la formation continue offerte dans le RSSS ; cependant, il ne reçoit jamais – ou rarement – d'information sur le moment où cette formation est offerte.

La pénurie récurrente de personnel de la santé et des services sociaux est omniprésente dans les communautés des Premières Nations, et elle pose un défi de taille. Les postes vacants et le roulement élevé de personnel sont des conséquences structurelles du manque de ressources humaines suffisamment qualifiées dans les communautés. Ces facteurs peuvent assurément avoir des répercussions sur la qualité des soins de santé et des services sociaux offerts à la population<sup>12</sup>.

#### ENGAGEMENT :

13. Soutenir le développement et le renforcement des compétences du personnel travaillant dans les communautés et les organisations des Premières Nations ainsi que des proches aidants.
- Offrir de la formation au personnel travaillant dans les communautés et les organisations des Premières Nations et l'adapter à la réalité culturelle, au besoin.
  - Favoriser la reconnaissance des formations culturellement adaptées auprès des organismes d'accréditation.
  - Partager les formations disponibles dans le RSSS, en français et en anglais.

## 4.5 SERVICES ÉQUITABLES ET CULTURELLEMENT ADAPTÉS

Irrémédiablement, la plupart des adultes en perte d'autonomie des Premières Nations devront se rendre à l'extérieur de leur communauté pour obtenir des services offerts par le RSSS. Ces services sont rarement adaptés à leur culture, et les Premières Nations font face à de nombreux défis, dont l'éloignement de leur famille et de leurs proches, l'absence d'aliments traditionnels, la perte d'occasions de participer à des activités culturelles et la perte de leur rôle dans la communauté. De plus, les services sont habituellement offerts en français, et parfois (selon les ressources de chaque établissement) en anglais, des langues qui ne sont pas toujours familières aux personnes âgées des Premières Nations.

Compte tenu des effets négatifs potentiels, certains usagers refuseront d'être transférés dans le RSSS ou décideront de demeurer dans leur communauté le plus longtemps possible, même si les services reçus ne sont pas à la hauteur de leurs besoins et que leur santé et leur sécurité sont compromises<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Wendake.

<sup>13</sup> Ibid.

## ENGAGEMENTS :

### 14. Améliorer les compétences et les connaissances culturelles des professionnels et des intervenants du RSSS.

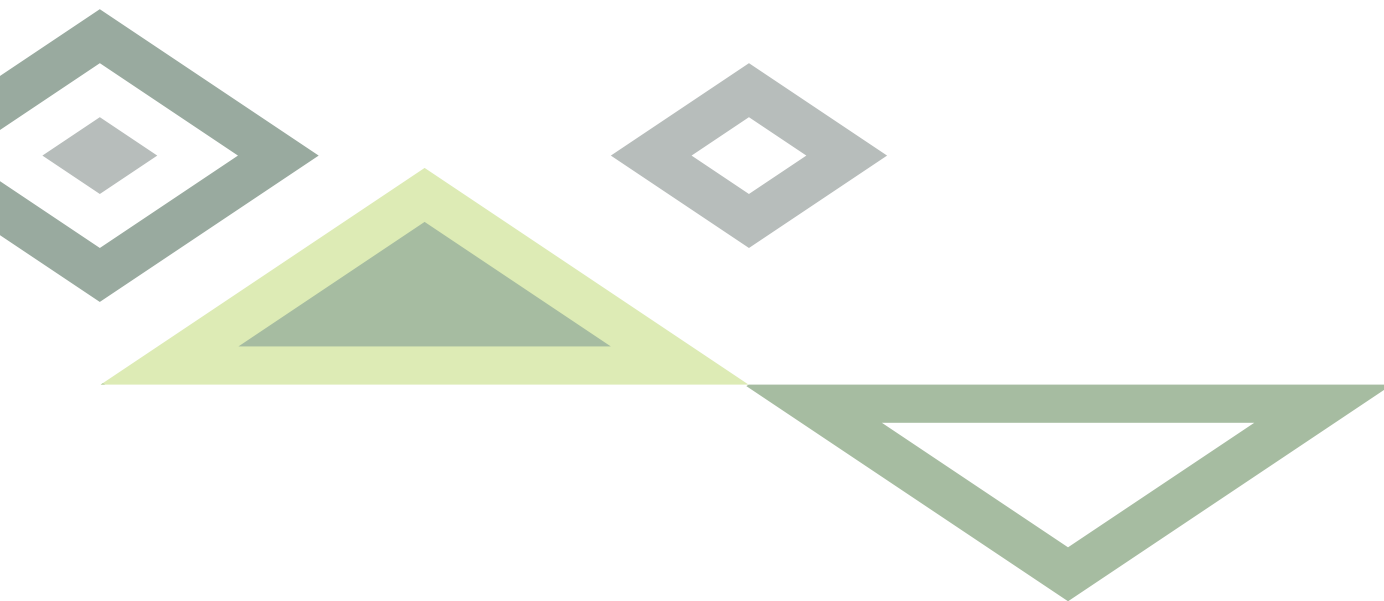
- Déployer des stratégies de sécurisation culturelle afin d'améliorer la prestation des services du RSSS.
- Mettre en place une formation générale accessible en ligne sur les réalités autochtones.
- Produire un répertoire des formations offertes sur les réalités autochtones et la sécurisation culturelle.

### 15. Appuyer l'intégration de pratiques culturelles dans l'offre de services des communautés et des organisations des Premières Nations ainsi que dans les établissements du RSSS.

- Reconnaître et soutenir la participation de guérisseurs traditionnels aux services des communautés et organisations des Premières Nations.
- Favoriser l'accès à des soins spirituels et culturels dans les établissements du RSSS.
- S'appuyer sur des pratiques de sécurisation culturelle novatrices et probantes pour concevoir la prestation de soins de santé aux Premières Nations.

### 16. Favoriser l'accès à des services en langue anglaise et dans les langues des Premières Nations.

- Déterminer les mécanismes d'accès aux services de santé et aux services sociaux dans la langue des Premières Nations.
- Faciliter l'accès aux services en anglais.





## 5. Principes directeurs

Six principes directeurs guideront la mise en œuvre de la politique.

1. Les Premières Nations au Québec et au Labrador ont le droit à l'autonomie gouvernementale et à l'autodétermination.

Ce principe signifie que les Premières Nations ont le droit de gérer elles-mêmes les services et les soins au sein de leurs établissements.

2. Une approche centrée sur la santé, le mieux-être, la bientraitance, le développement, la sécurité et les droits des personnes en perte d'autonomie doit être privilégiée.

Ce principe suppose que la planification, la prestation et l'évaluation des soins de santé et des services sociaux sont centrées sur les besoins de l'utilisateur et ses proches. Ainsi les soins et les services doivent être fondés sur des partenariats avantageux tant pour les usagers que pour les proches et les professionnels de la santé et des services sociaux. Ils doivent viser le mieux-être, la santé et la bientraitance de l'utilisateur dans le respect de sa culture, de son environnement et de sa réalité.

3. La prestation de services continus, intégrés et culturellement adaptés doit permettre de répondre aux besoins des Premières Nations.

Ce principe suppose le respect et la reconnaissance des diverses cultures et langues des Premières Nations, et plus particulièrement de leurs coutumes, de leurs approches et de leurs solutions tout au long du continuum de soins. Il comprend notamment la souplesse et l'appui continu de tous les partenaires afin de permettre la mise en œuvre des approches communautaires les plus susceptibles de répondre aux besoins des Premières Nations.

### **Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones**

Les principes directeurs réfèrent également à plusieurs dispositions de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, dont :

- *L'article 19. Les États se concertent et coopèrent de bonne foi avec les peuples autochtones intéressés – par l'intermédiaire de leurs propres institutions représentatives – avant d'adopter et d'appliquer des mesures législatives ou administratives susceptibles de concerner les peuples autochtones, afin d'obtenir leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause.*
- *L'article 23. Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions.*
- *L'article 24-2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.*

4. Le renforcement des capacités doit se faire sur tous les plans et dans le respect de la réalité culturelle des Premières Nations.

Ce principe suppose le recrutement et le maintien en poste d'un personnel compétent et stable, plus particulièrement à l'échelle locale. Il comprend aussi le développement des compétences et le transfert d'expertise basé sur des partenariats mutuellement avantageux pour les Premières Nations et les partenaires.

5. La reddition de comptes et la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires sont des conditions préalables à la mise en place de soins continus.

Le continuum de soins doit passer par la reddition de comptes des gouvernements envers les Premières Nations, et des Premières Nations envers leurs populations. Les rôles et les responsabilités des partenaires impliqués dans le continuum de soins doivent être clairement établis et compris de tous.

6. Les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du continuum de soins doivent adhérer au but, aux objectifs, aux principes, aux thèmes, aux engagements et aux processus de la politique-cadre sur les soins continus.

Ce principe suppose que les partenaires s'engagent à mettre en œuvre la politique-cadre, et qu'ils se doteront d'indicateurs de suivi qui leur permettront d'ajuster les actions en fonction des résultats.







## 6. Partenaires engagés

En août 2019, les parties se sont formellement engagées en signant le *Protocole d'entente tripartite dans le cadre du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec*<sup>14</sup>.

Les objectifs de ce protocole sont les suivants :

- Consolider et préciser un partenariat tripartite de collaboration et de coordination afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec.
- Participer à l'élaboration d'un modèle de gouvernance en santé et en services sociaux qui confère aux Premières Nations au Québec plus d'autonomie et de contrôle sur les programmes fédéraux en matière de santé et de services sociaux afin de réduire les écarts et d'améliorer leurs conditions de vie par rapport à celles des populations québécoise et canadienne.
- Travailler de concert afin que les problématiques liées aux enjeux de compétence soient analysées selon les rôles et responsabilités de chacune des parties, et que des changements soient apportés au besoin, afin de mieux répondre aux réalités des Premières Nations au Québec.
- En fonction de ses responsabilités et en partenariat avec toutes les parties, le gouvernement du Québec déterminera les collaborations possibles dans le cadre du nouveau modèle de gouvernance.

### 6.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec<sup>15</sup>.

À l'égard des communautés non conventionnées, le MSSS instaure des mécanismes d'orientation appropriés entre les établissements du réseau québécois et les instances responsables de la prestation des services de santé et des services sociaux. Il souhaite ainsi assurer une meilleure continuité des services reçus dans le réseau québécois par un membre des Premières Nations<sup>16</sup>. Dans le *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022*, le gouvernement du Québec s'engage à « consolider les services existants et favoriser, par la complémentarité des interventions, la création de continuums de services »<sup>17</sup>.

### 6.2 SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES

Le Secrétariat aux affaires autochtones (SAA) est l'organisme qui a la responsabilité première d'assurer le lien entre les Autochtones et le gouvernement du Québec. Il travaille avec les organismes des Premières Nations et des Inuits afin de leur faciliter l'accès aux divers programmes gouvernementaux et, dans certains cas, d'adapter les activités gouvernementales à leurs besoins<sup>18</sup>.

<sup>14</sup> Le processus de gouvernance en santé et en services sociaux s'appuie sur des principes qui ont été entérinés en assemblée des chefs en février 2014 : <https://gouvernance.cssspnql.com>

<sup>15</sup> <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats>

<sup>16</sup> <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones>

<sup>17</sup> SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2017). *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2018*.

<sup>18</sup> <https://www.autochtones.gouv.qc.ca>

### 6.3 SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA

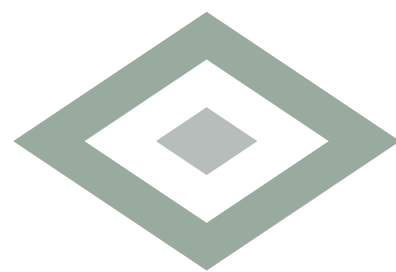
Services aux Autochtones Canada (SAC) réunit les services de santé aux Premières Nations et aux Inuit, les services d'éducation, les services sociaux essentiels, les services à l'enfance et à la famille ainsi que les services de logement et d'infrastructure. Il travaille en collaboration avec des partenaires en vue d'améliorer l'accès à des services de haute qualité pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis. La vision de SAC est d'appuyer et d'habilitier les Autochtones afin qu'ils puissent offrir de façon indépendante des services et aborder les différentes conditions socio-économiques au sein de leurs collectivités<sup>19</sup>.

### 6.4 ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS QUÉBEC-LABRADOR

L'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) est le lieu de rencontre périodique des chefs de 43 communautés de dix Premières Nations au Québec et au Labrador. Elle traite de nombreuses questions telles que la défense des titres des Premières Nations ainsi que de leurs droits, ancestraux et issus de traités, des politiques des gouvernements fédéral et provincial qui portent atteinte à leurs coutumes et à leur mode de vie, des lois gouvernementales et des relations avec les deux ordres de gouvernement, du développement économique et de toutes les questions sociales, économiques et culturelles ainsi que de toutes les questions touchant l'autonomie gouvernementale, les relations nationales avec le gouvernement et les relations internationales. Le secrétariat de l'APNQL, en collaboration avec ses commissions et ses organismes régionaux, coordonne les dossiers qu'il juge prioritaires et les activités de représentation du chef régional, en plus de mettre en application les décisions prises par les chefs en assemblée<sup>20</sup>.

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

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) est l'une des commissions régionales de l'APNQL. Elle est un organisme à but non lucratif responsable d'appuyer les efforts des Premières Nations au Québec et au Labrador pour, entre autres, planifier et offrir des programmes de santé et de services sociaux culturellement adaptés et préventifs. Elle vise à ce que les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations soient en santé, aient un accès équitable à des soins et à des services de qualité, et exercent leur autodétermination et leur autonomie culturelle. Elle a pour mission d'accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination.



<sup>19</sup> <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada>

<sup>20</sup> <http://apnql.com/fr/#>



## 7. Mise en œuvre de la politique-cadre

### 7.1 FORMALISATION DES ENGAGEMENTS

La mise en œuvre de la politique-cadre doit passer par la formalisation des engagements. SAC, le MSSS et le SAA doivent entreprendre les actions requises dans leurs ministères respectifs pour la reconnaissance et la portée de la politique-cadre. Celle-ci est approuvée par les chefs de l'APNQL par voie de résolution.

Ainsi, une stratégie sera élaborée afin que la politique-cadre soit connue des représentants des Premières Nations au Québec et des instances gouvernementales. La politique-cadre demeure un document de référence lors de pourparlers et de négociations entre les partenaires impliqués dans la mise en place de soins continus. Cette stratégie pourra prendre la forme d'une entente, tripartite ou autre.

### 7.2 PLAN D'ACTION DE LA POLITIQUE-CADRE

Un plan d'action sera élaboré en collaboration avec les partenaires afin de favoriser une appropriation de la politique-cadre et de préciser les actions nécessaires à la mise en œuvre des mesures déterminées. La complexité de la réalisation de ces mesures émane principalement de l'implication de plusieurs partenaires avec des intérêts et des compétences diverses en matière de santé et services sociaux. Pour surmonter ce défi, un comité conjoint sera constitué.

#### OBJECTIF DU COMITÉ CONJOINT

Faciliter et maintenir la mobilisation et la concertation des partenaires notamment pour :

1. déterminer les leviers disponibles dans chacune des organisations et les utiliser pour soutenir la mise en œuvre de soins continus ;
2. favoriser la circulation optimale de l'information et l'échange d'expertise entre les partenaires et au sein de leur organisation respective ;
3. soutenir la mise en place de mécanismes favorisant l'élaboration du continuum de soins ;
4. favoriser le renforcement des capacités des Premières Nations.

#### RÔLE DU COMITÉ CONJOINT

1. Élaborer les éléments de contenu du plan d'action :
  - déterminer les actions permettant d'appliquer les mesures visant la mise en œuvre de soins continus ;
  - établir l'ordre de priorité des actions ;
  - déterminer un échéancier précis pour chacune des actions.
2. Réaliser le plan d'action.
3. Élaborer une stratégie de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre de la politique-cadre.

#### COMPOSITION DU COMITÉ CONJOINT

Le comité conjoint sera composé de :

- deux représentants de SAC – Opérations régionales et Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ;
- deux représentants du gouvernement du Québec – MSSS et SAA ;
- deux représentants de la CSSSPNQL – développement social et gouvernance ;
- trois représentants des communautés des Premières Nations<sup>21</sup>.

D'autres représentants pourront être invités, selon les besoins et les sujets abordés.

<sup>21</sup> Les réseaux existants seront consultés selon les sujets abordés (p. ex. : réseau des établissements de longue durée et directeurs de la santé et des services sociaux).

### 7.3 ÉLABORATION DE MÉCANISMES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE SOINS CONTINUS

Des mécanismes adéquats visant à soutenir l'action sur le terrain seront élaborés et un accompagnement adapté aux besoins sera offert aux communautés engagées dans la mise en œuvre des mesures de la politique-cadre. Ces mécanismes incluront des guides, des ressources et des modèles facilitant la mise en œuvre des soins continus dans les communautés et les organisations des Premières Nations (une présentation de modèles existants est fournie à l'annexe E).

De plus, le besoin d'accompagnement pour la mise en œuvre des soins continus dans les communautés sera évalué afin d'y répondre adéquatement, s'il y a lieu.







# ANNEXE A

## PROJET D'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE-CADRE SUR LES SOINS CONTINUS AUX ÂÎNÉS DES PREMIÈRES NATIONS – RAPPORT SOMMAIRE PRÉSENTÉ PAR LA TIMISKAMING FIRST NATION (2016)



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

Rapport sommaire

**PROJET D'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE-CADRE  
SUR LES SOINS CONTINUS AUX AÎNÉS  
DES PREMIÈRES NATIONS**

Présenté par la Timiskaming First Nation



**Rédaction**

Alain Léveillé, chargé de projet  
Timiskaming First Nation

**Collaboration**

Véronique Rankin  
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes. Ce document est aussi disponible en anglais et peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSSSPNQL au [www.cssspnql.com](http://www.cssspnql.com).

Toute reproduction, totale ou partielle, doit avoir reçu une autorisation préalable en adressant une demande à la CSSSPNQL, soit par courrier ou par courriel à [info@cssspnql.com](mailto:info@cssspnql.com).

*Ce document a été réalisé grâce au financement obtenu dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada dont la visée est de contribuer à l'amélioration et à l'intégration des services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuits.*



## REMERCIEMENTS

La Timiskaming First Nation tient à remercier les conseils de Kahnawake, de Kanesatake, de Kitigan Zibi, de Mashteuiatsh et de Wendake qui se sont joints à la Timiskaming First Nation pour l'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des communautés des Premières Nations et qui ont accepté de déléguer un représentant de leur communauté au comité de coordination mis en place à cet effet.

Les membres du comité de coordination qui se sont joints à M. Alain Léveillé, coordonnateur de projet, et qui ont étroitement collaboré à la rédaction d'une analyse de la situation des soins continus sont les suivants :

M. Mike Horne, Kahnawake  
Mme Marie-Josée Martin, Kanesatake  
Mme Charlotte Commonda, Kitigan Zibi  
Mesdames Natalie Dauphin et Mylène Tolley, Mashteuiatsh  
Mme Micheline Roy, Wendake  
Mme Carol McBride, Timiskaming First Nation  
Mesdames Kathleen Jourdain et Véronique Rankin de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Un grand merci également à M. Serge Awashish d'Opitciwan, à Mme Agathe Moar de Wemotaci et à M. Tim Dedam-Sorbey de Listuguj, qui ont contribué à l'analyse des besoins en matière de ressources d'hébergement requises dans leur communauté respective.

Aussi, merci également aux chefs des Premières Nations du Québec et aux directeurs de la santé qui ont grandement contribué à la mise au point des documents.





## Table des matières

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préambule .....                                                                                                    | 1  |
| Introduction.....                                                                                                  | 2  |
| Sources de données .....                                                                                           | 3  |
| Revue de la littérature.....                                                                                       | 3  |
| Enquête auprès des responsables des établissements de soins résidentiels des Premières Nations .....               | 4  |
| Activités de consultation .....                                                                                    | 4  |
| Comité de coordination.....                                                                                        | 4  |
| Consultations.....                                                                                                 | 4  |
| Transfert du dossier à la CSSSPNQL .....                                                                           | 7  |
| Principaux constats.....                                                                                           | 7  |
| Programme d'aide à la vie autonome d'AANC.....                                                                     | 7  |
| Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ..... | 7  |
| Intégration des programmes fédéraux .....                                                                          | 7  |
| Soins continus.....                                                                                                | 8  |
| Orientations du gouvernement du Québec .....                                                                       | 8  |
| Vision des Premières Nations.....                                                                                  | 10 |
| Recommandations.....                                                                                               | 10 |
| Annexe 1.....                                                                                                      | 17 |
| Annexe 2.....                                                                                                      | 24 |
| Bibliographie.....                                                                                                 | 19 |



## Préambule

La Timiskaming First Nation a présenté, dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada, le projet intitulé *Développement d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés dans les communautés des Premières Nations du Québec*. Ce projet, approuvé par Santé Canada, a débuté en juin 2012 pour se terminer en mars 2016.

Les deux objectifs du projet étaient les suivants :

1. élaborer une politique-cadre sur les soins continus aux aînés dans les communautés des Premières Nations au Québec;
2. mettre en place, conjointement avec les deux ordres de gouvernement, les conditions réglementaires et financières permettant aux communautés des Premières Nations qui le désirent d'assurer le continuum de soins aux aînés.

Pour y parvenir, la Timiskaming First Nation a travaillé en étroite collaboration avec cinq autres communautés des Premières Nations au Québec (Kahnawake, Kanesatake, Kitigan Zibi, Mashteuiatsh et Wendake) et avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Un comité de coordination, composé d'un représentant des communautés précitées et de la CSSSPNQL, a été créé pour participer à l'élaboration du présent document et d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des communautés des Premières Nations du Québec.

La première étape du projet d'élaboration d'une politique-cadre était d'effectuer un portrait de la situation actuelle des soins continus d'ici et d'ailleurs, autant en milieu autochtone qu'en milieu allochtone, et d'en dégager des constats et des recommandations qui permettront par la suite d'élaborer une politique-cadre sur les soins continus.



## Introduction

La distribution des pouvoirs législatifs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux a été établie selon la *Loi constitutionnelle de 1867*. Selon la loi précitée, les services de santé et les services sociaux relèvent de la compétence des provinces. Toutefois, le gouvernement du Canada fournit en permanence un soutien financier aux provinces et aux territoires pour les aider à dispenser des programmes et des services. Le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux assure une partie du financement par habitant (y compris les populations autochtones) des services de soins de santé et de services sociaux couverts par les provinces et les territoires. Cependant, la plupart des provinces et des territoires ne délivrent pas ces services dans les communautés des Premières Nations. Ainsi, Santé Canada finance donc les programmes de soins de santé non assumés par la province, et Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) finance les programmes sociaux dans les communautés des Premières Nations.

Les programmes offrant du financement pour la prestation des soins continus aux Autochtones vivant dans les communautés sont principalement le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) de Santé Canada appuyé par le Programme d'aide à la vie autonome (PAVA) d'AANC.

Malgré l'accessibilité des programmes précités, le continuum de services de santé dans les communautés des Premières Nations présente des lacunes importantes. Les communautés des Premières Nations au Québec n'ont pas les mêmes leviers pour instaurer des programmes équivalents à ceux instaurés par la province au bénéfice des aînés du Québec, comme les mesures d'hébergement pour les personnes âgées ou les nouvelles politiques concernant les soins palliatifs et de fin de vie. Malheureusement, les budgets fédéraux octroyés pour la santé et les services sociaux aux Autochtones ne prévoient pas de rajustements pour rendre accessible aux communautés des Premières



Nations la même gamme de programmes, de services et d'initiatives instaurés par chaque province. Les services et les soins disponibles dans les communautés des Premières Nations ne sont donc pas comparables, de façon générale, à ceux disponibles à l'extérieur des communautés.

Plusieurs études nationales et provinciales, auxquelles des représentants autochtones ont participé, ont été effectuées depuis les années 1990 sur les soins continus. Toutefois, malgré tous les écrits et les recommandations spécifiques pour améliorer le continuum de services et de soins aux aînés vivant en milieu autochtone, peu de résultats concrets ont été constatés jusqu'à ce jour.

Des différences dans la manière dont les Premières Nations et les divers ordres de gouvernement interprètent les droits et les responsabilités en matière de prestation de soins de santé ont eu des conséquences importantes sur le bien-être et la santé des Premières Nations. Le manque de clarté quant aux rôles et aux responsabilités des différents ordres de gouvernement en rapport aux soins de santé offerts aux Premières Nations rend difficile l'adoption d'une politique de soins continus qui place les aînés autochtones au premier plan. La Timiskaming First Nation a donc réalisé un examen des soins continus offerts dans les communautés des Premières Nations comme première étape à l'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus offerts aux aînés des Premières Nations. Le présent document rend compte des principaux constats découlant de cette démarche.

## Sources de données

### Revue de la littérature

En se fondant sur différents documents produits par des Premières Nations, des chercheurs ainsi que des ministères fédéraux et provinciaux, il a été possible de faire ressortir des positionnements qui rejoignent ou expriment les attentes et les besoins des Premières Nations du Québec en matière de soins continus.

La littérature grise existante portant précisément sur les soins continus offerts à une clientèle autochtone est abondante. Depuis les années 1990, on compte plusieurs rapports, examens, plans d'action, initiatives, mémoires et bulletins traitant du sujet.





De plus, quelques chercheurs se sont également intéressés au sujet et quelques articles et études ont également été consultés afin d'élaborer les différentes recommandations contenues dans ce rapport.

#### Enquête auprès des responsables des établissements de soins résidentiels des Premières Nations

Afin de documenter la situation des établissements de soins résidentiels des Premières Nations au Québec, un questionnaire a été transmis aux responsables de ces établissements. La démarche a permis d'établir un portrait général dont les principaux constats sont présentés à l'annexe 1 du présent document.

#### **Activités de consultation**

Afin de réaliser cet examen des soins continus offerts aux aînés dans les communautés des Premières Nations, différentes activités de consultation ont été effectuées dans le but de recueillir les commentaires des acteurs participant à la prestation de services. De plus, un comité de coordination a également été mis sur pied afin d'orienter les actions et de valider le contenu des documents produits.

#### Comité de coordination

Le tableau qui suit présente les personnes qui ont fait partie du comité de coordination.

| Nom                              | Communauté                             |
|----------------------------------|----------------------------------------|
| Mike Horne                       | Kahnawake                              |
| Marie-Josée Martin               | Kanesatake                             |
| Charlotte Commonda               | Kitigan Zibi                           |
| Natalie Dauphin<br>Mylène Tolley | Mashteuiatsh                           |
| Micheline Roy                    | Wendake                                |
| Carol McBride                    | Timiskaming First Nation               |
| Véronique Rankin                 | CSSSPNQL (la dernière année seulement) |

#### Consultations

Des présentations ont été faites tout au long du projet auprès de différentes tables afin de recueillir les commentaires ou de faire valider l'information auprès de différents acteurs participant à la gestion des services de soins aux aînés dans les communautés Premières Nations. Le tableau qui suit énumère les présentations réalisées.



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  
☎ 418-842-1540 📠 418-842-7045 [cssspnql.com](http://cssspnql.com)

| Date                   | Rencontre                                            | Auditoire                                                              | Contenu présenté                                               |
|------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>2013</b>            |                                                      |                                                                        |                                                                |
| 13 au 14 mars 2013     | Rencontre des responsables des résidences pour aînés | Responsables des résidences pour aînés et représentants de la CSSSPNQL | Présentation du projet du FISS approuvé par Santé Canada       |
| 19 au 21 novembre 2013 | Réseau des directeurs de la santé                    | Directeurs de la santé et représentants de la CSSSPNQL                 | Présentation du projet du FISS approuvé par Santé Canada       |
| 27 et 28 novembre 2013 | Rencontre nationale du FISS                          | Un coordonnateur par région et représentants de Santé Canada           | Objectifs du projet, réussites, défis et pratiques exemplaires |



| Date              | Rencontre                                            | Auditoire                                                              | Contenu présenté                                                                                                                                                                          |
|-------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2014</b>       |                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                           |
| 21 janvier 2014   | Conseil de bande de la Timiskaming First Nation      | Membres du Conseil de bande et directrice de la santé                  | Présentation de la première ébauche de l'analyse de la situation sur les soins continus incluant les constats et les recommandations                                                      |
| 26 mars 2014      | Rencontre des responsables des résidences pour aînés | Responsables des résidences pour aînés et représentants de la CSSSPNQL | Taux quotidien pour les soins continus et intégration des services à domicile et en milieu communautaire                                                                                  |
| 30 avril 2014     | Réseau des directeurs de la santé                    | Directeurs de la santé et représentants de la CSSSPNQL                 | Présentation des chapitres de l'analyse de la situation, des différentes composantes de la politique-cadre, du contenu éventuel d'un protocole d'entente et du calendrier de réalisations |
| 10 septembre 2014 | Réseau des directeurs de la santé                    | Directeurs de la santé et représentants de la CSSSPNQL                 | Présentation des différents chapitres qui seront inclus dans la politique-cadre proposée sur les soins continus                                                                           |
| 4 novembre 2014   | Conseil de bande de la Timiskaming First Nation      | Membres du conseil de bande et directrice de la santé                  | Présentation du contenu de la politique-cadre proposée                                                                                                                                    |
| <b>2015</b>       |                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                           |



| 21 et 22 janvier 2015 | Rencontre des responsables des résidences pour aînés | Responsables des résidences pour aînés et représentants de la CSSSPNQL                                                | Présentation des résultats des questionnaires remplis par les responsables des résidences ainsi que des constats et des recommandations qui en découlent                                   |
|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date                  | Rencontre                                            | Auditoire                                                                                                             | Contenu présenté                                                                                                                                                                           |
| <b>2015</b>           |                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |
| 27 au 29 janvier 2015 | Assemblée des chefs de l'APNQL                       | Chefs, directrice de la santé de la TFN et représentants de la CSSSPNQL                                               | Présentation du contenu de la politique-cadre sur les soins continus (y compris les recommandations formulées)                                                                             |
| 25 février 2015       | Forum sur la santé des Premières Nations             | Directeurs de la santé, représentants d'organismes autochtones, du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial | Atelier régional de transfert de connaissances du FISS (présentation du projet, objectifs, activités, réalisations et impact sur la livraison des services de santé aux Premières Nations) |
| 10 au 12 mars 2015    | Réseau des directeurs de la santé                    | Directeurs de la santé et représentants de la CSSSPNQL                                                                | Présentation de la dernière version de la politique-cadre sur les soins continus                                                                                                           |
| 9 juin 2015           | Assemblée des Chefs – APNQL                          | Chefs                                                                                                                 | Présentation de la démarche et demande d'appui par résolution                                                                                                                              |



### Transfert du dossier à la CSSSPNQL

En juin 2015, à la demande de la communauté de la Timiskaming First Nation, le dossier a été transféré à la CSSSPNQL par voie de résolution de l'Assemblée des Chefs des Premières Nations Québec-Labrador (voir résolution à l'annexe 2).

### **Principaux constats**

#### Programme d'aide à la vie autonome d'AANC

L'examen du PAVA d'AANC de 2007 a mis en lumière la pénurie de fonds dans l'ensemble du PAVA. Les allocations budgétaires courantes d'AANC pour le PAVA se fondent sur une formule de financement historique qui alloue environ 2 p. 100 d'augmentation par année. Cette formule ne tient pas compte des besoins actuels et futurs de la clientèle desservie par ce programme. Selon l'examen précité, les taux annuels de croissance n'ont pas atteint la moitié de ceux des provinces ou des territoires pour des services similaires. Le financement de base pour le PAVA est toujours le même en 2015 et les écarts entre le financement des soins continus dans les communautés et à l'extérieur de celles-ci demeurent élevés.

#### Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits de Santé Canada

Concernant le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) de Santé Canada, bien qu'il réponde à plusieurs besoins, il ne permet pas d'offrir une offre de services et de soins répondant aux besoins actuels de la clientèle. Le financement actuel n'est pas suffisant pour offrir tous les services requis en matière de soins palliatifs, de soins de réhabilitation, de services de répit et de services en santé mentale. L'absence de financement pour la prise en charge des membres des Premières Nations qui ont besoin de soins en soirée et la fin de semaine constitue une lacune importante.

#### Intégration des programmes fédéraux

Santé Canada, AANC et l'Assemblée des Premières Nations ont reconnu l'importance de créer un guichet unique pour la gestion des soins à domicile en milieu autochtone. Toutefois, malgré les discussions entamées à cet effet depuis plusieurs années, ce guichet unique n'est toujours pas en place.





Différents auteurs se sont prononcés sur l'importance de l'intégration des services de santé et des services sociaux pour mieux répondre aux besoins des patients et certains se sont également attardés sur ce qui manque dans les systèmes de santé actuels pour répondre davantage aux besoins des communautés autochtones du Canada.

Les auteurs et les acteurs consultés soutiennent qu'un rendement accru des organisations de santé ne peut se faire sans une intégration des systèmes de santé pour mieux répondre aux attentes et aux besoins changeants des patients. L'intégration des soins est particulièrement efficace pour des patients ayant des problèmes de santé multiples.

#### Soins continus

Les soins à long terme, tels qu'ils sont pratiqués au Canada, ne tiennent pas compte des besoins des soins de santé propres aux peuples autochtones. La planification et le développement des services de soins à long terme pour les Canadiens ou les Québécois doivent impérativement considérer les peuples autochtones dans sa programmation. Les services de soins continus doivent être culturellement adaptés aux valeurs et aux pratiques autochtones ainsi qu'aux réalités organisationnelles des communautés. La fragmentation des services est un enjeu majeur négligé par les différents ordres de gouvernement qui instaurent des politiques et des programmes en ne tenant pas compte des particularités, des capacités et des obligations des communautés autochtones.

#### Orientations du gouvernement du Québec

De manière générale, le gouvernement du Québec offre des soins et des services aux Autochtones qui fréquentent les établissements du réseau québécois, mais n'offre pas de services sur le territoire des communautés non conventionnées. Il existe toutefois des exceptions appuyées par la conclusion d'ententes avec des instances locales ou le gouvernement fédéral pour la prestation de soins et de services au sein des communautés non conventionnées.

Pour les communautés conventionnées, le Québec assume la responsabilité des services de santé et des services sociaux offerts en vertu de la convention. Les territoires des communautés conventionnées sont ainsi considérés comme des régions sociosanitaires distinctes au Québec et les communautés de ces territoires sont intégrées au réseau de santé québécois.



Il existe des règles générales en matière de financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones qui donnent ainsi accès aux Autochtones à la couverture par la *Loi sur l'assurance-maladie* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* ainsi qu'un accès égal aux services de santé et de services sociaux offerts par un établissement du réseau québécois. Toutefois, comme la responsabilité des services de santé et de services sociaux aux Autochtones résidant dans les communautés est partagée avec le gouvernement fédéral, la province doit également s'assurer « [...] de l'existence de mécanismes d'orientation appropriés entre les établissements du réseau québécois et les instances responsables de la prestation des services de santé et des services sociaux dans les communautés autochtones non conventionnées » (MSSS, 2007, p. 16). La province peut également offrir des formations au personnel travaillant dans les communautés autochtones non conventionnées dans une optique de transfert de connaissances et d'expertise.

Dans un mémoire présenté par la CSSSPNQL sur le projet de loi 10 du gouvernement du Québec, il est notamment mentionné ce qui suit :

« Des efforts constants doivent être déployés de part et d'autre pour établir et maintenir un véritable continuum de services dont peuvent bénéficier les Premières Nations. Une fois établis, les corridors de services et les mécanismes de liaison qui les encadrent demeurent très vulnérables aux changements apportés aux structures du réseau québécois. » (CSSSPNQL, 2014, p.3).

Même si le Québec se reconnaît une responsabilité dans la continuité et la complémentarité des services avec les communautés non conventionnées, les communautés des Premières Nations ont cependant fait état de facteurs limitant l'accessibilité aux services de santé et sociaux du réseau québécois, notamment la méconnaissance et l'organisation complexe des services. Des barrières existantes entre les services du réseau québécois et les communautés, en raison d'un manque de collaboration et d'un manque de sensibilité aux différences culturelles, limitent l'établissement d'un continuum de services efficaces pour chacune des communautés. La marginalisation des enjeux de santé des Premières Nations et la remise en question des organisations locales de soins de santé sont également des facteurs limitant la collaboration des instances autochtones avec le réseau québécois. Il s'avère ainsi souvent



difficile pour les Premières Nations de mettre au point des projets cliniques ou organisationnels avec les établissements existants du réseau québécois.

#### *Vision des Premières Nations*

Pour atteindre la vision d'un continuum de soins de santé fondée sur une approche holistique, trois recommandations majeures ont été adressées par les Premières Nations aux différentes instances gouvernementales. Les facteurs clés cernés pour permettre une amélioration du continuum de soins sont les suivants :

1. **un financement approprié** fondé sur la croissance de la population, les besoins en santé et les indicateurs de coûts réels ainsi que des mesures efficaces pour gérer et compiler les dépenses;
2. **une flexibilité** pour le développement d'un programme des soins continus fondé sur les besoins différents des communautés des Premières Nations et permettant une meilleure intégration des soins et des services culturellement adaptés;
3. **une coordination** plus efficiente et efficace des programmes et des services de santé aux Premières Nations qui favorise une plus grande participation des Premières Nations dans l'élaboration des politiques, des programmes et des services leur étant destinés.

L'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus est un moyen préconisé pour favoriser l'établissement d'un système efficace, efficient, durable, responsable et culturellement adapté, sous lequel un continuum de soins pourrait s'opérer.

Pour se faire, il est nécessaire de déterminer, de préciser et de formuler clairement les responsabilités des Premières Nations ainsi que du gouvernement fédéral et provincial en ce qui concerne la prestation de services de santé afin d'éliminer les obstacles juridictionnels et d'explorer de nouveaux arrangements qui appuient un système de soins de santé équitable tout en favorisant une prise de contrôle par les Premières Nations.

#### **Recommandations**

À la suite de la revue de la littérature existante et des consultations réalisées, des constats ont été émis et ont permis d'émettre des recommandations proposant des pistes d'orientation pour l'élaboration d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des Premières Nations. Il est à préciser que la plupart des recommandations formulées ici ont



déjà été mentionnées par l'Assemblée des Premières Nations, l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et la CSSSPNQL ainsi que dans le cadre des évaluations des programmes d'AANC et de Santé Canada ou encore, par des chercheurs. Toutefois, plusieurs n'ont jamais été mises en place.

La mise en place d'une politique-cadre sur les soins continus aux aînés des communautés des Premières Nations du Québec devrait ainsi répondre aux recommandations suivantes.

1. Assurer le contrôle des soins continus par les communautés des Premières Nations du Québec.
2. Promouvoir l'intégration, la coordination et la continuité des services aux personnes âgées et à leurs proches en permettant, entre autres, aux communautés des Premières Nations du Québec d'élaborer leur propre plan d'action sur les soins continus basés, sur des consultations publiques ou d'autres moyens privilégiés qui permettront, entre autres, à la clientèle ciblée, de s'exprimer sur leurs besoins et les services requis.
3. Améliorer la coordination ainsi que l'efficacité de la collaboration et du partenariat intergouvernemental par la mise en place d'une structure de coordination tripartite du projet.
4. Traiter des problèmes de juridictions et de compétences (fédéral, provincial) qui empêchent les communautés des Premières Nations au Québec d'avoir accès à des services comparables aux autres citoyens du Québec et qui nuisent à l'intégration et au continuum de services et de soins.
5. Assurer la participation active des Premières Nations dans l'élaboration des programmes et des politiques en soins continus et de questions connexes (comme la formation et le perfectionnement des intervenants en milieu autochtone, la formation et le soutien auprès des aidants naturels, le service de répit et les services d'accompagnement). Cette participation permettrait, entre autres, de tenir compte des aspects culturels, des traditions et des approches adaptées qui en découlent ainsi que des besoins spécifiques des communautés des Premières Nations du Québec.



6. Pour améliorer l'efficacité des services, un haut degré de coordination entre les bailleurs de fonds est nécessaire afin qu'il n'y ait qu'une seule enveloppe budgétaire globale pour les services de soins continus dans les communautés des Premières Nations du Québec.
7. De nouveaux transferts financiers sont nécessaires et doivent être fondés sur une allocation de fonds stable qui tient compte de la croissance démographique, de l'inflation, du vieillissement de la population, des besoins des aînés, de l'état de santé général des Premières Nations, ainsi que de l'esprit et de l'intention des traités et des principes contenus dans la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. Un financement juste et durable est requis pour édifier une véritable capacité institutionnelle et de gouvernance des Premières Nations. De plus, le financement doit tenir compte des besoins actuels et des besoins futurs des communautés des Premières Nations.

Étant donné la formule actuelle de financement par personne et la grande variabilité des besoins, l'allocation des ressources doit être adaptée aux besoins de chacune des communautés et tenir compte de la réalité des petites communautés et des communautés isolées en vue d'assurer l'équité entre toutes les communautés.

8. Étant donné l'absence de plusieurs services dans les communautés, le financement de certains services doit être revu, notamment en ce qui concerne les services en santé mentale et en soins palliatifs et les services aux personnes handicapées.
9. D'autres mesures incitatives spéciales devraient être établies entre AANC et la Société canadienne d'hypothèques et de logement pour créer un Fonds d'initiatives de logement pour les aînés qui offrirait davantage d'options et de soutien aux collectivités des Premières Nations, comme :
  - des subventions pour les adaptations mineures aux maisons pour aînés;
  - des subventions pour les réparations et les adaptations majeures aux logements des aînés;
  - des incitatifs pour des hypothèques et des subventions aux communautés pour la construction d'appartements pour aînés à faible revenu (accompagnés d'adaptations spécifiques pour les aînés);





- un programme pour la construction et l'entretien de résidences pour aînés (pour des clients autonomes, semi-autonomes ou encore pour ceux requérant des soins de longue durée).
- 10. Faire une révision des programmes fédéraux existants relativement à l'habitation tels que le Programme d'aide à la remise en état des logements ou le Programme de logements adaptés aux aînés autonomes afin d'élaborer des critères d'admissibilité plus adaptés pour les aînés des communautés des Premières Nations. Il faut rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les aînés autochtones d'aujourd'hui et de demain qui souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible.
- 11. Des stratégies locales à l'échelle des soins continus doivent être élaborées pour s'assurer que les membres de la famille participent au soutien et aux services à rendre aux aînés.
- 12. Permettre aux aînés qui le souhaitent de rester chez eux le plus longtemps possible et faire en sorte que leur sécurité ne soit pas compromise. Étant donné l'importance de la famille et le rôle des aînés au sein des communautés et pour respecter l'approche holistique de la santé autochtone, les services et les ressources doivent permettre aux clients de demeurer dans leur communauté pour y recevoir des soins et des services jusqu'à la fin de leur vie et de continuer à participer à la vie communautaire.
- 13. Soutenir l'aîné autochtone, les familles et les proches aidants par une offre de services clarifiée et connue de la population.
- 14. Mettre en place des conditions favorables (soutien, reconnaissance et accompagnement) et un financement approprié pour les proches qui acceptent d'exercer le rôle d'aidants auprès de la clientèle bénéficiant de soins continus.
- 15. Consolider le réseau actuel des résidences pour aînés situées en milieu autochtone. Des rajustements financiers octroyant un financement de base et des budgets complémentaires, permettant d'offrir des salaires comparables à ceux de la province, de la formation et du perfectionnement pour le personnel ainsi que des budgets



spécifiques pour l'entretien de l'infrastructure et l'achat d'équipement et de fournitures médicales, sont nécessaires.

16. Définir le statut des résidences pour aînés situées dans les communautés et assurer un financement équivalent à la province en fonction du statut de l'établissement.
17. Diverses initiatives résidentielles et d'hébergement doivent être disponibles en milieu autochtone pour répondre aux besoins grandissants des aînés des communautés des Premières Nations du Québec, y compris des ressources intermédiaires, des logements avec assistance, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres de jour ou des foyers pour les adultes aux prises avec des difficultés physiques ou des problèmes de santé mentale. Des centres composant avec différentes clientèles partageant des aires communes pourraient également être considérés par certaines communautés.

Puisque les communautés des Premières Nations désirent voir un continuum de services dans leur communauté, les soins en établissements de type 1, 2, 3, 4 et 5 devraient être accessibles. Si de telles ressources ne peuvent être implantées dans toutes les communautés des Premières Nations, l'option de créer des centres régionaux pour certaines communautés autochtones ou des centres en partenariat allochtones-autochtones devrait être envisagée.

18. Établir des partenariats avec le gouvernement provincial pour acheter des places (par la conclusion de conventions) dans les résidences situées dans les communautés pour des Autochtones vivant à l'extérieur des communautés.
19. Assurer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie requis dans les communautés des Premières Nations au Québec. Les soins palliatifs et les soins de fin de vie devraient être reconnus comme une partie essentielle des soins continus.

Les soins palliatifs et de fin de vie devraient être assurés par les programmes fédéraux de soins à domicile, les résidences pour aînés localisées dans les communautés ou des unités spécialisées en soins palliatifs.



20. Augmenter le niveau de prestation des services de soutien à domicile et de soins à domicile pour mieux répondre aux besoins des aînés (entre autres pour celles qui présentent des incapacités modérées à sévères et principalement pour les personnes âgées de 75 ans et plus) afin d'éviter ou de retarder le placement d'aînés en ressources d'hébergement.
21. Améliorer l'accès à des services de deuxième ligne (gériatrie, psychogériatrie, réadaptation fonctionnelle intensive) et en assurer la complémentarité et la continuité avec les services à domicile et les services externes.
22. Une stratégie régionale en milieu autochtone sur la maltraitance devrait être élaborée. Cette stratégie devrait proposer différents outils visant une prise de conscience quant à la situation des aînés des Premières Nations ainsi qu'à l'importance d'adopter des comportements appropriés envers les aînés autochtones. Cette stratégie devrait s'arrimer à la stratégie du Québec en rendant visibles, à l'aide de divers médias, les signes et les symptômes de la maltraitance des personnes âgées. Un financement approprié provenant du gouvernement fédéral est nécessaire pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle stratégie. Chaque communauté pourrait élaborer également une stratégie locale sur la maltraitance envers les aînés.
23. Mettre en place un programme de défense des droits des aînés des Premières Nations qui permettrait d'assurer du financement pour des ressources et de la formation ainsi que pour la constitution d'instances de défense chargées de conseiller et de soutenir les aînés, de défendre leurs intérêts, de même que de favoriser la transmission de la culture et des traditions.
24. Faciliter l'accès des aînés des Premières Nations aux différents groupes de discussion existants à l'échelon provincial, régional et local afin qu'ils puissent contribuer à la création d'actions tenant compte de leurs besoins et réalités ainsi que des particularités culturelles de cette clientèle dans la prestation de services provinciaux.
25. Favoriser la participation de guérisseurs traditionnels aux services de soutien et aux activités communautaires destinés aux aînés.



26. Compte tenu de la complexité des soins requis et des besoins évolutifs des aînés, l'accès à la formation continue est essentiel pour développer l'expertise de tous les employés.
27. Quant à la prestation des services de soins continus, il faut :
- privilégier une approche centrée sur le client;
  - appuyer des systèmes d'information intégrés;
  - appuyer un système d'entrée ou de coordination unique;
  - réaliser une évaluation normalisée des besoins et des soins à offrir (outil d'évaluation multi-clientèle);
  - promouvoir un seul système de classification des clients;
  - promouvoir un système de gestion continue de cas;
  - assurer la participation des patients et des familles.
28. Appuyer l'utilisation de la télémédecine et des visioconférences pour réduire les transports médicaux et favoriser le maintien des aînés autochtones dans leur milieu de vie.

Concernant le projet de loi 10, les recommandations suivantes ont été formulées.

29. Le ministre provincial de la santé et des services sociaux doit s'engager à accroître les mesures de protection des droits linguistiques de la clientèle des Premières Nations afin qu'elle puisse recevoir des services comparables à ceux reçus par l'ensemble de la population dans chacune des régions sociosanitaires du Québec.
30. Le ministre doit s'engager à transférer aux CISSS tous les postes d'agents de liaison pour les communautés des Premières Nations qui existent actuellement dans les agences de la santé et des services sociaux dotées des ressources et des pouvoirs équivalents.
31. Un article doit être ajouté dans les dispositions générales d'interprétation du projet de loi, assurant que l'organisation des services au sein du réseau régional des services et la conclusion d'ententes avec les Premières Nations respectent leurs spécificités culturelles, linguistiques et géographiques et favorisent l'exercice de leur droit à l'autonomie.



## Annexe 1

### Portrait condensé des établissements de soins résidentiels situés dans les communautés des Premières Nations au Québec

| Catégories                 | Compilations des réponses obtenues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre total de résidences | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Année de construction      | Première résidence construite en 1989. Les autres résidences ont ouvert leurs portes dans les années 1990.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nombre de lits             | Une résidence d'hébergement a 24 chambres (27 lits), une autre a 22 chambres (25 lits) et une autre a 20 chambres (20 lits). Les autres résidences ont entre 8 et 12 chambres (14 lits). <b>Nombre total de lits : 117.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Taux d'occupation          | Au total, 5 résidences ont un taux d'occupation de plus de 97 p. 100, une résidence a un taux d'occupation d'environ 58 p. 100 et une autre résidence a un taux d'occupation de 50 p. 100. Certaines résidences ont également une liste d'attente de personnes désirant être hébergées.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Âge moyen des résidents    | La majorité des bénéficiaires ont <b>75 ans et plus.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Financement                | Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC<br>Cinq communautés sont en situation de financement global et deux ont un budget établi en fonction de l'allocation quotidienne et du nombre de lits occupés.<br>Certains ont bénéficié également de budgets additionnels pour répondre à des besoins spécifiques (postes additionnels ou encore pour des réparations jugées nécessaires à la suite d'examen de conformité relativement à la certification du ministère de la Santé et des Services sociaux).<br><br><b>La majorité des résidences considèrent que les budgets octroyés par AANC ne suffisent pas pour le fonctionnement de leur résidence. Trois résidences ont des déficits importants qui doivent être assumés principalement par le conseil de bande.</b> |
| Enjeux liés au personnel   | <b>Embauche et recrutement</b><br>- Difficulté d'embaucher suffisamment de personnel pour répondre aux besoins de la clientèle desservie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |





|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les salaires versés aux employés ne sont pas toujours équivalents aux salaires versés par le gouvernement fédéral ou provincial pour les types d'emplois occupés (infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés, etc.).</li> <li>- Difficile de recruter et de retenir le personnel</li> </ul> <p><b>Formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de formation et de perfectionnement limitées, voire inexistantes, au sein de la résidence même.</li> <li>- Peuvent, à l'occasion, bénéficier des programmes de formation offerts par les centres de santé dans les communautés (diabète, soins de plaies et autres) ou le réseau provincial de la santé (principalement les CSSS).</li> </ul> <p><b>Personnel de relève</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficile d'assurer les services requis lorsque le personnel s'absente pour suivre une formation ou d'autres raisons.</li> </ul> |
| Rénovations et réparations | <p>Aucun budget d'infrastructure n'est alloué et les résidences doivent utiliser leur budget d'exploitation pour couvrir de telles dépenses ou parfois même amputer le budget d'immobilisation du conseil de bande lorsque la réparation est majeure.</p> <p><b>Comme la majorité des résidences ont été construites dans les années 1990, plusieurs réparations sont maintenant nécessaires : toiture, fenêtres, revêtement extérieur, plancher et rénovations découlant de l'application des normes maintenant en vigueur pour obtenir la certification provinciale de résidences pour aînés.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Gestion des résidences     | <p>De façon générale, les centres d'hébergement sont autonomes (gestion du centre, services et activités), mais un lien existe avec les services de santé et les services sociaux locaux ou le conseil de bande. Pour certaines résidences, les services administratifs et financiers, ainsi que la gestion des ressources humaines, relèvent des services de santé et des services sociaux.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Services offerts           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</li> <li>- Habituellement, les <b>soins infirmiers</b> sont disponibles sur place. Toutefois, si des résidents ont besoin de soins infirmiers ou médicaux urgents et que ces soins ne sont pas disponibles à la résidence en soirée, pendant la nuit ou la fin de semaine, les services sont alors assurés par les centres de santé, les CSSS ou les hôpitaux avoisinants.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains <b>médecins</b> vont à l'occasion rencontrer des bénéficiaires au centre (trois résidences), mais habituellement, les bénéficiaires doivent se déplacer pour les rencontrer.</li> <li>- Les <b>pharmacies</b> du territoire préparent les médicaments et la résidence les distribue. Le pharmacien est normalement en communication avec le personnel infirmier de la résidence et le docteur attitré aux résidences ou aux bénéficiaires concernés.</li> <li>- <b>Pour les soins palliatifs</b>, la situation varie grandement d'une communauté à l'autre. Certaines communautés offrent ce type de soins, d'autres non, et d'autres le font d'une façon limitée. Pour celles qui n'offrent pas ces soins, ceux-ci sont offerts à l'extérieur des communautés (hôpital ou CHSLD). Pour certaines communautés qui offrent ces soins, des CLSC peuvent assister, au besoin, les équipes locales.</li> <li>- <b>Services connexes</b> : Services de cafétéria, de buanderie, de conciergerie, service d'aide au bain, services courants aux usagers, salles disponibles pour des activités de loisirs et des rencontres familiales (à l'exception d'un centre).</li> </ul> |
| Services offerts par le programme des services de santé et des services sociaux de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les services psychosociaux sont habituellement offerts aux bénéficiaires de la résidence par le biais du programme des services de santé et des services sociaux de la communauté.</li> <li>- Les soins de pieds sont offerts habituellement dans les résidences par un infirmier spécialisé ou un infirmier auxiliaire certifié, ou au centre de santé de la communauté</li> <li>- Le transport médical est normalement assuré par le centre de santé de la communauté.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Équipement                                                                                       | <p>Toutes les résidences ont des services d'aide à la mobilisation et au transfert (fauteuils roulants, marchettes, lits d'hôpitaux ou électriques et lève-patients), un système d'appel à l'aide et un système d'alarme pour les urgences.</p> <p>Toutefois, peu de résidences ont des bains thérapeutiques, un bain central et des douches individuelles pour personnes handicapées. Certaines résidences n'ont pas de système d'oxygène, de système de contrôle de la température de l'eau pour la douche et le bain, d'alèses et de système Smart Pad (système d'appel pour les patients confus à risque de chutes).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | Les responsables des résidences déplorent que certains programmes et services de Santé Canada (principalement les soins à domicile et en milieu communautaire, les fournitures médicales et spécialisées et les équipements médicaux) ne soient pas disponibles dans les résidences pour aînés situées dans les communautés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Permis et certification                  | Deux résidences n'ont pas de permis d'exploitation délivré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou une certification provinciale. Puisque le gouvernement fédéral demande à ce que l'autorité provinciale en matière de santé et de services sociaux soit respectée, les résidences pour aînés situées en milieu autochtone doivent, au minimum, obtenir un certificat de conformité. Toutefois, comme le statut des résidences situées dans des communautés n'est pas déterminé, le type de certification à obtenir n'est pas non plus déterminé.                                                                                                                                                                                             |
| Assurance                                | Toutes les résidences ont une assurance responsabilité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Enjeux liés au niveau de soins autorisés | <p>Toutes les résidences pour aînés situées dans des communautés considèrent que les <b>niveaux de soins défrayés par AANC (niveaux 1 et 2)</b> ne sont pas suffisants. Minimalement, celles-ci désireraient obtenir un financement jusqu'à 3,5 heures de services par jour (contrairement à 2,5 heures actuellement).</p> <p>Certains services sont actuellement manquants, comme en matière de santé mentale, de soins palliatifs et des mesures de répit.</p> <p>Plusieurs aînés sont donc transférés dans des établissements à l'extérieur des communautés, car les résidences n'ont pas les ressources financières requises ni le nombre de lits suffisant pour offrir de l'hébergement et des services à des personnes ayant une perte d'autonomie importante.</p> |
| Sécurité des lieux                       | L'ensemble des résidences a un plan d'évacuation en prévention des incendies et des exercices sont effectués pendant l'année. Elles ont un système d'alarme, un accès limité à la résidence, soir et nuit, et des sorties de secours. Des préposés aux bénéficiaires assurent une surveillance des résidents 24 heures sur 24, toute l'année. Certaines ont des caméras de sécurité dans toutes les pièces communes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



### *Satisfaction générale de la clientèle*

Les répondants aux questionnaires devaient également soumettre une évaluation de satisfaction. Ainsi, concernant le degré de satisfaction général de la clientèle, il est dit principalement que les résidents sont très satisfaits. Ils apprécient grandement que leur résidence soit située dans leur communauté et que leurs familles puissent participer à des activités offertes à la résidence. De façon générale, les résidences sont perçues comme ayant un environnement aux dimensions humaines, où l'écoute et la communication sont privilégiées, et tenant compte des besoins spécifiques de la clientèle desservie. Les résidents se sentent également en sécurité. Les points à améliorer dans certaines résidences seraient principalement les suivants : l'offre de soins des pieds (disponibilité et fréquence), les services de repas, l'animation du milieu de vie (principalement les fins de semaine), les installations extérieures (balançoires, tables, etc.), la sécurité (éclairage à l'extérieur de la résidence, portes codées, mise en place d'un registre des rondes) et la communication aux résidents des nouvelles de la communauté. De façon générale, les résidents sont satisfaits de la propreté des lieux puisque la majorité des résidents apprécient leur chambre et l'entretien de celle-ci. Toutefois, certains rajustements doivent être effectués dans certaines chambres notamment pour faciliter l'accès des personnes en fauteuil roulant.

Concernant le degré de satisfaction de la clientèle sur le personnel, il est souligné que les clients ont la possibilité de se prononcer sur leur appréciation du personnel et qu'ils se sentent respectés. Les aînés s'attachent très rapidement au personnel et vice versa. Le professionnalisme, la politesse, la gentillesse et le dévouement du personnel sont souvent cités.

### *Situation particulière pour les communautés anglophones*

Les barrières linguistiques obligent quelquefois des aînés anglophones à se rendre dans des grandes villes ou en dehors de la province pour recevoir les services requis. Pour les résidences anglophones, il peut même être difficile de communiquer avec le réseau provincial de la santé et des services sociaux, car les employés sont anglophones et unilingues. Il est mentionné aussi que les services en santé mentale en langue anglaise sont difficiles d'accès à l'extérieur des communautés.



### *Commentaires généraux*

Actuellement, le nombre de résidences en exploitation dans les communautés des Premières Nations du Québec est très limité (sept) et ces résidences ne sont financées que pour les soins de types 1 et 2. Ces résidences, selon les représentants des communautés partenaires au présent projet, subissent une pression énorme de leurs communautés et des personnes âgées pour dispenser des soins de type plus élevé (3, 4 et 5). Les personnes hébergées dans ces résidences ne comprennent pas et surtout n'acceptent pas qu'elles soient obligées de quitter un établissement situé dans leur communauté pour être placées en dehors de la communauté lorsque leur santé se détériore. Elles veulent recevoir les services appropriés dans leur communauté et pouvoir mourir près de leurs proches et dans leur milieu.

Il y a également une disparité dans le financement des résidences situées en milieu autochtone. Deux communautés n'ayant pas encore pris en charge leurs services sociaux reçoivent un financement quotidien (taux journalier par place occupée) fondé sur une formule de financement historique (non rajusté annuellement). Les 5 autres communautés, ayant une résidence pour aînés sur leur territoire, sont en financement global pour le programme d'aide à la vie autonome. Ce financement global est indexé annuellement d'environ 2 p. 100 et lesdites communautés ont une flexibilité budgétaire entre les services inclus dans le programme d'aide à la vie autonome. Il est à noter qu'il n'y a aucun budget spécifique dans le programme précité d'AANC et dans les programmes de Santé Canada pour la construction, la rénovation, l'entretien des résidences ainsi que pour l'achat de matériel et d'équipement nécessaire aux soins du patient. Les conseils de bande doivent prendre leur propre budget d'immobilisation s'ils désirent investir dans ces résidences (construction et entretien), ce qui cause un sérieux problème affectant toutes les infrastructures publiques locales.

Tous les responsables des résidences pour aînés localisées dans des communautés considèrent que le budget actuel alloué par AANC pour leur résidence n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins des aînés placés et tous les autres frais liés au fonctionnement (salaires des employés, formation et perfectionnement, achat d'équipement, construction et entretien de l'établissement).





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  
☎ 418-842-1540 📠 418-842-7045 [cssspnql.com](http://cssspnql.com)

Des ressources d'hébergement complémentaires pourraient également être une solution pour répondre à la demande d'hébergement des aînés. Les ressources d'hébergement manquantes les plus citées sont des appartements supervisés, des logements ayant des services de soutien pour aînés et adultes en perte d'autonomie, des centres de jour, des unités spécialisées en soins palliatifs et des CHSLD.

## Annexe 2 – Rapport Sommaire

### Résolution de l'APNQL



#### Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

250, Place Chef Michel Laveau, bureau 201  
Wendake (Québec) G0A 4V0  
Tél. : 418-842-5020 • Téléc. : 418-842-2660  
www.apnql-afnql.com

#### Assembly of First Nations Quebec-Labrador

250, Place Chef Michel Laveau, Suite 201  
Wendake, Quebec G0A 4V0  
Tel.: 418-842-5020 • Fax: 418-842-2660  
www.apnql-afnql.com

### RÉSOLUTION N° 11/2015

#### POLITIQUE CADRE SUR LES SOINS CONTINUS OFFERTS DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

**ATTENDU QUE** la communauté de Timiskaming a obtenu un financement dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) et travaille depuis juin 2012 à l'élaboration d'une politique cadre sur les soins continus aux aînés des communautés des Premières Nations au Québec;

**ATTENDU QUE** la mission de la CSSSPNQL est, entre autres, de favoriser l'accès à des programmes globaux de santé et de services sociaux adaptés aux cultures des Premières Nations et conçus par des organisations des Premières Nations reconnues et sanctionnées par les autorités locales, le tout dans le respect des cultures et de l'autonomie locale;

**ATTENDU QUE** la communauté de Timiskaming souhaite confier le mandat à la CSSSPNQL et poursuivre les démarches et activités de développement de ladite politique;

**ATTENDU QUE** le projet de politique cadre a été développé sur la base d'un processus de collaboration entre les communautés de Timiskaming, Kitigan Zibi, Kanesatake, Kahnawake, Mashteuiatsh et Wendake;

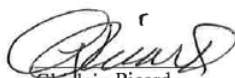
**ATTENDU QUE** l'Assemblée des Chefs a pris connaissance de la démarche proposée par la communauté de Timiskaming et la CSSSPNQL,

**QU'IL SOIT RÉSOLU QUE** les Chefs en assemblée appuient la continuité des activités liées à ce projet et acceptent que le mandat soit confié à la CSSSPNQL jusqu'au 31 mars 2016 et que les résultats soient présentés aux Chefs avant cette date, au cours de l'hiver 2016, en vue de définir les orientations futures.

**PROPOSÉE PAR :** Chef Claude Jeannotte, Gespeg

**APPUYÉE PAR :** Grand chef Serge Simon, Kanesatake

**ADOPTÉE PAR CONSENSUS LE 9 JUIN 2015 DANS LA COMMUNAUTÉ INNUE D'ESSIPIT**

  
Ghislain Picard  
Chef de l'APNQL

LE GRAND CERCLE DE NOS PREMIÈRES NATIONS – THE GREAT CIRCLE OF OUR FIRST NATIONS



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  
☎ 418-842-1540 📠 418-842-7045 [cssspnql.com](http://cssspnql.com)

## Bibliographie

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2014). *Mémoire portant sur le projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*. Mémoire présenté conjointement par l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Consulté à l'adresse [https://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/m%C3%A9moirepl10\\_apnql-cssspnql-fr.pdf?sfvrsn=2](https://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/m%C3%A9moirepl10_apnql-cssspnql-fr.pdf?sfvrsn=2)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Consulté à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf>

# ANNEXE B



## DÉFINITION DE LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE

### PERSONNE ÂGÉE / ÂÎNÉ

Personne âgée de 55 ans et plus dont les incapacités physiques ou cognitives sont liées au vieillissement (p. ex. : personne âgée atteinte de diabète, d'une maladie cardiovasculaire ou de démence).

### ADULTE ATTEINT D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

Personne de 18 ans et plus dont l'équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel a été altéré par des problèmes de santé mentale et de toxicomanie<sup>22</sup>.

### ADULTE PRÉSENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE

Personne de 18 ans et plus dont les facultés physiques sont altérées de façon importante par une maladie ou un problème de santé chronique (p. ex. : le diabète, le cancer, une maladie cardiovasculaire ou respiratoire, les affections musculosquelettiques).

### ADULTE ATTEINT D'UNE DÉFICIENCE

Personne de 18 ans et plus présentant une incapacité physique ou intellectuelle importante et persistante ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). En déficience physique, il existe quatre types de déficience, soit la déficience motrice, la déficience visuelle, la déficience auditive, ainsi que la déficience reliée au langage et à la parole. La déficience intellectuelle se caractérise par des limitations importantes du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Le TSA est un trouble neurodéveloppemental qui entrave de façon importante les interactions sociales et la communication verbale et non verbale. Enfin, la personne présentant une déficience peut voir son niveau d'autonomie affecté par cette déficience, et être ainsi limitée dans la réalisation d'activités courantes ou dans l'exercice du rôle social.

<sup>22</sup> SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*.



# ANNEXE C

## TABLEAU SYNTHÈSE DES ENGAGEMENTS

### AXE PRIORITAIRE DU PLAN STRATÉGIQUE 2021-2024 DE LA CSSSPNQL

Gouvernance et autodétermination

| PRINCIPES                                                                                                                                                                                   | ENJEUX                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Les Premières Nations au Québec et au Labrador ont le droit à l'autonomie gouvernementale et à l'autodétermination                                                                          |                                                |
| La reddition de comptes et la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires sont des conditions préalables à la mise en place de soins continus.                 | Reddition de comptes, rôles et responsabilités |
| Les partenaires doivent adhérer aux buts, aux objectifs, aux principes, aux thèmes, aux engagements et aux processus de la politique-cadre sur les soins continus.                          | Partage de l'information                       |
| Une approche centrée sur la santé, le mieux-être, la bientraitance, la bienveillance, le développement, la sécurité et les droits des personnes en perte d'autonomie doit être privilégiée. | Accès à des soins et à des services de qualité |
| Le renforcement des capacités doit se faire sur tous les plans et dans le respect de la réalité culturelle des Premières Nations.                                                           | Développement et renforcement des compétences  |
| La prestation de services continus, intégrés et culturellement adaptés doit permettre de répondre aux besoins des Premières Nations.                                                        | Services équitables et culturellement adaptés  |





## ENGAGEMENTS

1. Renforcer la communication, la concertation et le partenariat entre les gouvernements locaux des Premières Nations, le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral.
2. Soutenir l'harmonisation et la complémentarité des programmes fédéraux, provinciaux et locaux.
3. Définir l'organisation administrative du développement du continuum de soins.
4. Favoriser une reddition de comptes efficiente et réciproque.
5. Faciliter l'échange d'information entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois (RSSS) et ceux des communautés et des organisations des Premières Nations.
6. Mettre en place une action concertée entre tous les acteurs impliqués dans le cheminement de l'individu.
7. Soutenir la mise au point d'ententes de services et de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux québécois (RSSS) et les communautés et les organisations des Premières Nations, et en assurer la pérennité.
8. Assurer l'équité des services de santé et des services sociaux.
9. Appuyer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie culturellement adaptés et requis dans les communautés et les organisations des Premières Nations.
10. Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants.
11. Augmenter le nombre de ressources d'hébergement pour tous les niveaux de soins.
12. Favoriser et appuyer l'utilisation de la télésanté afin de maintenir les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu de vie.
13. Soutenir le développement et le renforcement des compétences du personnel travaillant dans les communautés et les organisations des Premières Nations ainsi que des proches aidants.
14. Améliorer les compétences et les connaissances culturelles des professionnels et des intervenants du RSSS.
15. Appuyer l'intégration de pratiques culturelles dans l'offre de services des communautés et des organisations des Premières Nations ainsi que dans les établissements du RSSS.
16. Favoriser l'accès à des services en langue anglaise et dans les langues des Premières Nations.



# ANNEXE D

## DESCRIPTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

### ORGANISATION DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS

Les centres de santé des communautés offrent principalement, en fonction des fonds octroyés, des services préventifs en matière de santé communautaire encadrés par les lignes directrices des programmes des Services aux Autochtones Canada (SAC). Le financement des services à domicile offerts dans les communautés provient majoritairement de deux programmes de SAC : le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI) et le Programme d'aide à la vie autonome (AVA).

Des services médicaux (dispensés par des médecins) peuvent être offerts dans les communautés et sont couverts par la *Loi sur l'assurance maladie*. Dans cette situation, la fréquence et la durée des visites médicales varient en fonction de la disponibilité des ressources. Peu de communautés disposent d'un médecin à temps plein.

D'autres services peuvent être offerts par des professionnels (dentiste, ophtalmologiste, psychologue, nutritionniste, etc.) se déplaçant dans les communautés de façon ponctuelle et cyclique. Ils sont alors rémunérés par l'intermédiaire de programmes existants du gouvernement fédéral (p. ex. : services de santé non assurés), ou d'ententes avec les autorités de santé locales des communautés. Il faut noter qu'étant donné que les ressources des communautés en matière de santé et de services sociaux sont souvent insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins, ces dernières doivent établir l'ordre de priorités des services qui seront offerts au détriment d'autres professionnels dont pourrait bénéficier la population.

### ACCÈS AUX SERVICES OFFERTS DANS LE RSSS DU QUÉBEC

Les membres des Premières Nations qui se présentent dans les établissements du RSSS ont le droit d'accéder aux services, au même titre que l'ensemble des Québécois, qu'il s'agisse de services de première ligne ou de services spécialisés. Ces services sont couverts par la *Loi sur l'assurance maladie* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur<sup>23</sup>.

Le RSSS ne finance pas les services sociaux ni les soins de santé à l'intérieur des territoires des communautés non conventionnées, à l'exception des soins dispensés par un médecin qui sont financés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Par ailleurs, les services assurés par le Québec peuvent être offerts dans les communautés non conventionnées des Premières Nations si une entente particulière est signée entre le Québec et les instances locales (conseil de bande), ou encore avec le gouvernement fédéral. Ces ententes doivent toujours être validées et entérinées par le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné ou non visé par la Loi, de même que par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), afin d'assurer le respect des responsabilités partagées.

<sup>23</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007).  
*Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones.*

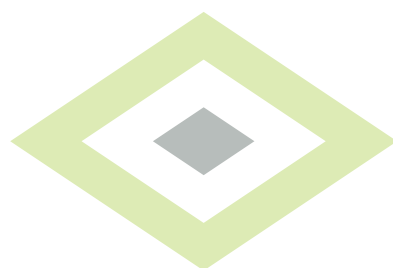
## FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE



Le PSDMCPNI fournit des fonds pour l'évaluation des besoins et, en fonction de ceux-ci, certains services tels que les soins infirmiers, les soins personnels, les soins palliatifs, la gestion des cas, le répit à domicile et le prêt d'équipement<sup>24</sup> peuvent être financés.

Le Programme d'aide à la vie autonome vise quant à lui à faire en sorte que les personnes à faible revenu admissibles maintiennent leur autonomie aussi longtemps que possible dans leur collectivité en leur fournissant des services de soutien social non médical grâce au financement du placement d'adultes et de la gestion de domicile. Ce programme prévoit également le financement de quatorze établissements de soins pour adultes en perte d'autonomie nécessitant moins de deux heures et demie de soins par jour (profil ISO-SMAF inférieur à 9, stable)<sup>25</sup>. La majorité des communautés sont responsables de la gestion de ces deux programmes dans les limites des directives de SAC. Chacun des programmes se veut complémentaire et offre des services spécifiques et distincts.

Les tableaux 1 et 2 présentent les services des programmes fédéraux<sup>26</sup> pour les adultes en perte d'autonomie des Premières Nations et les services du RSSS aux adultes en perte d'autonomie selon leurs besoins, leurs capacités et leur lieu de résidence.



<sup>24</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2013). *Portrait – Besoins des Premières Nations du Québec vivant avec un handicap ou ayant des besoins spéciaux*. Wendake.

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Wendake.



**TABEAU 1**

Programmes financés par SAC pour les adultes en perte d'autonomie des Premières Nations

**PSDMCPNI****Soins et services professionnels**

- Soins infirmiers
- Soins d'hygiène
- Soins palliatifs
- Service de nutrition, réadaptation et inhalothérapie, et les programmes de jour pour adultes sont des services complémentaires et dépendent du plan de prestation de services de chaque communauté

**Services de soutien à domicile**

- Services de soins personnels
- Services de gestion de domicile
- Service de répit à domicile

**Soins et services traditionnels** reconnus par le conseil de bande, le conseil tribal ou le professionnel de la santé (excluant le transport)

**Fournitures médicales**<sup>27</sup> et prêt d'équipements et d'aides techniques

**PROGRAMME D'AIDE À LA VIE AUTONOME****Soins à domicile**

- Programmes planification et de préparation des repas
- Programmes de jour
- Services auxiliaires
- Soins de relève à court terme
- Soins de groupe
- Lessive
- Repassage
- Racommodage
- Transport de l'eau
- Coupe et transport de bois
- Gestion du foyer
- Tâches mineures d'entretien de la maison
- Transport non médical

**Placement/hébergement**

- Soins en foyer d'accueil pour adultes (RI, RTF)
- Soins institutionnels de type 1 et 2 (profils ISO-SMAF de 1 à 8)

**TABEAU 2**

Services offerts par les établissements du RSSS pour la clientèle en perte d'autonomie

**SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE DISPENSÉS PAR LE RSSS****Services de soutien à domicile***Soins et services professionnels*

- Services psychosociaux
- Soins infirmiers
- Services de réadaptation de base (ergothérapie, physiothérapie)
- Inhalothérapie
- Services de nutrition, audiologie, orthophonie
- Services médicaux et pharmaceutiques
- Activités de promotion et de prévention

*Services d'aide à domicile*

- Aide à la vie quotidienne (AVQ)
- Aide à la vie domestique (AVD)
- Activités de soutien civique
- Assistance à l'apprentissage
- Appui aux tâches familiales
- Activités d'intégration sociale ou de lutte contre l'isolement social

**Services en réadaptation** pour les personnes présentant une déficience (déficience physique [DP] ou déficience intellectuelle [DI] ou TSA)

**Services d'hébergement**

- Ressources intermédiaires (RI) ou ressources de type familial (RTF) (profils ISO-SMAF de 4 à 9)
- CHSLD (profils ISO-SMAF de 10 à 14)
- Centre de réadaptation

<sup>27</sup> Jusqu'à ce que le matériel requis soit obtenu par l'entremise du programme des services de santé non assurés (SSNA).

**TABLEAU 3**

Types de ressources



| <b>Ressource de type familial (RTF) – résidence d'accueil (RA)<br/>Ressource intermédiaire (RI) – maison d'accueil (RIMA)<br/>(maximum neuf usagers)</b>            |                                        |                 |                             |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté                                                                                                            | Permis, certificat<br>ou accréditation | Profil ISO-SMAF | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
| À l'extérieur<br>de la communauté                                                                                                                                   | Entente RTF-RA<br>du CISSS/CIUSSS      | 9 et moins      | Soins de type I             | 1,5 et moins      |
| <b>Clientèle</b>                                                                                                                                                    |                                        |                 |                             |                   |
| Aînés en perte d'autonomie, adultes ayant DP ou DI, personnes avec problèmes de santé mentale, etc.                                                                 |                                        |                 |                             |                   |
| <b>Type de personnel sur place</b>                                                                                                                                  |                                        |                 |                             |                   |
| Responsable de la ressource et ses employés.<br>Soins et services professionnels assurés par les équipes des soins à domicile (SAD).                                |                                        |                 |                             |                   |
| <b>Services sur place</b>                                                                                                                                           |                                        |                 |                             |                   |
| Gîte, couvert, AVD et services d'assistance personnelle.<br>Les professionnels de SAD ne sont pas sur place en tout temps, mais s'y rendent pour offrir le service. |                                        |                 |                             |                   |

| <b>Foyer d'accueil des Premières Nations</b>                                                                                                                                      |                                                                                  |                 |                             |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté                                                                                                                          | Permis, certificat<br>ou accréditation                                           | Profil ISO-SMAF | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
| Dans<br>la communauté                                                                                                                                                             | Entente avec<br>le centre de santé<br>ou l'organisation des<br>Premières Nations | 1 à 8-9         | Soins<br>de types I et II   | 2,5 et moins      |
| <b>Clientèle</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                 |                             |                   |
| Adultes en perte d'autonomie en raison de DP, DI, maladie chronique, problèmes de santé mentale, maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes et personnes aînées |                                                                                  |                 |                             |                   |
| <b>Type de personnel sur place</b>                                                                                                                                                |                                                                                  |                 |                             |                   |
| Responsable de la ressource.<br>Soins et services professionnels assurés par les équipes du centre de santé.                                                                      |                                                                                  |                 |                             |                   |
| <b>Services sur place</b>                                                                                                                                                         |                                                                                  |                 |                             |                   |
| Gîte, couvert, AVD et services d'assistance personnelle.<br>Les professionnels du centre de santé ne sont pas sur place en tout temps, mais s'y rendent pour offrir le service.   |                                                                                  |                 |                             |                   |





### Ressources intermédiaires :

- RI de groupe
- Maison de chambres
- Appartement supervisé
- Autres (besoins spécifiques)

| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté | Permis, certificat<br>ou accréditation            | Profil ISO-SMAF                                        | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| À l'extérieur<br>de la communauté                        | Entente particulière<br>avec les CISSS/<br>CIUSSS | Entre 6 et 12<br>et, exceptionnelle-<br>ment, 13 et 14 | Soins<br>de types I et II   | 1 à 3             |

### Clientèle

Aînés en perte d'autonomie, adultes ayant une DP ou une DI, des problèmes de santé mentale, maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes, etc.

### Type de personnel sur place

Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien aux usagers.  
Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD.

### Services sur place

Gîte, couvert, AVD et services d'assistance personnelle.  
AVQ – uniquement pour appartement supervisé, maison de chambre et autres (besoins spécifiques).  
Les professionnels de SAD ne sont pas sur place en tout temps, mais s'y rendent pour offrir le service.



## Résidence privée pour âgés (RPA)

| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté | Permis, certificat<br>ou accréditation | Profil ISO-SMAF                                                                                                            | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| À l'extérieur<br>de la communauté                        | Certification RPA                      | Personnes auto-<br>nomes à semi-<br>autonomes.<br>Peut y avoir des<br>résidents avec pro-<br>fil ISO-SMAF<br>de 6 et plus. | Soins<br>de types I et II   | 1 à 3             |

### Clientèle

Majoritairement des personnes de 65 ans et plus.

Les résidents peuvent être autonomes ou semi-autonomes, ou présenter une perte d'autonomie plus importante (pas de critères).

### Type de personnel sur place

Catégorie 4 uniquement : infirmières auxiliaires, infirmière (rare),

Catégorie 3 uniquement : surveillant membre du personnel, infirmières auxiliaires (rare)

Catégories 3 et 4 : préposés; exploitant ou responsable de la RPA

Les professionnels de SAD sont sur place uniquement lorsqu'ils offrent des services propres à un usager (à la suite d'une entente avec un CISSS).

Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.

### Services sur place

Catégories 3 et 4 : RPA avec services de base et services d'assistance personnelle (dont l'administration des médicaments).

Catégorie 4 : soins infirmiers souvent limités à l'administration des médicaments et aux soins invasifs par des infirmières auxiliaires.



## Établissement de soins et d'hébergement aux adultes en perte d'autonomie (ESHA) des Premières Nations

| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté          | Permis, certificat<br>ou accréditation | Profil ISO-SMAF | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| Dans l'une des<br>11 communautés<br>possédant<br>au moins un ESHA | Certification RPA                      | 8 ou 9 et moins | Soins<br>de types I et II   | 2,5 et moins      |

### Clientèle

Personnes autonomes et semi-autonomes

### Type de personnel sur place

Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien aux usagers, infirmières auxiliaires.

Soins infirmiers assurés par les soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC), souvent au centre de santé.

### Services sur place

Gîte, couvert, AVD et services d'assistance personnelle (dont l'administration des médicaments).

Les professionnels de SDMC ne sont pas sur place en tout temps, mais s'y rendent pour offrir le service.

## CHSLD public ou privé Maison des aînés et maison alternative

| Dans la communauté<br>/à l'extérieur<br>de la communauté                                                            | Permis, certificat<br>ou accréditation | Profil ISO-SMAF | Classification -<br>fédéral | Heures-soins/jour |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| À l'extérieur<br>de la communauté<br>(Lits en CHSLD<br>privés non<br>conventionnés<br>dans quelques<br>communautés) | Permis de CHSLD                        | 10 à 14         | Soins<br>de types III à V   | 3 et plus         |

### Clientèle

Majoritairement des aînés ayant une perte d'autonomie importante et, en plus faible proportion, des adultes ayant une DP ou une DI.

### Type de personnel sur place

Infirmières, équipe de soins, professionnels et techniciens en réadaptation, services sociaux, loisirs, pastorale, etc., aides de service et bénévoles, possibilité d'une infirmière la nuit pour 100 ou 200 usagers, personnel des services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.), personnel des services de buanderie

### Services sur place

Gîte et couvert, AVD et services d'assistance personnelle (aide aux AVQ, à la mobilité, à la communication, etc.), soins et services infirmiers 24/7, autres services professionnels (nutrition, réadaptation, psychosociaux, loisirs, etc.)

# ANNEXE E



## MODÈLES EXISTANTS

### ALASKA : SYSTÈME DE SOINS NUKA<sup>28</sup>

Nuka est un mot autochtone de l'Alaska utilisé pour désigner des structures fortes et géantes et des êtres vivants. Le système de soins Nuka de la Southcentral Foundation (SCF) représente l'ensemble du système de soins de santé créé, géré et détenu par les autochtones d'Alaska pour atteindre le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel.

L'approche est basée sur les relations et la propriété du client pour transformer les soins de santé, améliorer les résultats et réduire les coûts.

#### PRINCIPES DE BASE

##### 1. PROPRIÉTÉ DES CLIENTS

Le SCF est un système de soins de santé détenu et géré par les communautés ou organisations autochtones. Les clients-propriétaires sont les véritables propriétaires du système de soins de santé. Ils sont également propriétaires de leur propre santé et prennent leurs propres décisions en matière de soins de santé, tant sur le plan individuel que systémique.

##### 2. DES SOINS RESPECTUEUX DE LA CULTURE

Tous les employés du SCF reçoivent une formation sur l'expérience client, qui met l'accent sur le respect de toutes les cultures. Il s'agit également d'une valeur que le SCF place au centre de toutes les décisions organisationnelles.

##### 3. SOINS DE COMPASSION

Tous les employés du SCF suivent également une formation visant à développer leurs compétences interpersonnelles, notamment en matière de communication, de compassion et de narration, afin de favoriser des relations de confiance et de responsabilité avec les clients-propriétaires et les collègues de travail.

##### 4. ACCÈS LE JOUR MÊME

Les clients-propriétaires mènent une vie très active, et l'accès pratique aux soins de santé devrait être le dernier de leurs soucis. Le SCF s'efforce de leur fournir cet accès.

##### 5. SOINS EN ÉQUIPE

Les clients-propriétaires ne se voient pas seulement désigner un prestataire de soins primaires, mais une équipe entière consacrée au bien-être des clients-propriétaires. Cela garantit une expérience pratique et l'accès à un groupe d'experts.

### ALBERTA : SEPT APPROCHES NOVATRICES<sup>29</sup>

Alberta Health Services a déterminé sept approches novatrices à prendre en considération lors de l'élaboration de soins continus.

- Un établissement de soins continus peut comprendre plusieurs niveaux de soins. Par exemple, il pourrait y avoir des lits de soins de soutien et de soins de longue durée situés dans le même établissement, ainsi que des lits pour les cas de santé mentale et de toxicomanie.

<sup>28</sup> <https://www.southcentralfoundation.com/nuka-system-of-care>

<sup>29</sup> ALBERTA HEALTH SERVICES (18 juillet 2019). *Continuing Care in Indigenous Communities: Guidebook*.



- Un centre d'hébergement offrant des soins continus pourrait réserver un ou deux lits pour les soins de fin de vie. Les chambres pourraient être conçues avec un espace supplémentaire pour la famille et les visiteurs, avec un lit supplémentaire et une cuisinette.
- Évaluer la nécessité de créer des suites familiales plus grandes ou des suites adjacentes pour que les membres de la famille puissent rester ensemble.
- Si des adultes ayant une déficience (p. ex. : une lésion cérébrale ou une lésion de la moelle épinière) ont besoin de soins continus, on peut envisager de placer des appartements familiaux à proximité du centre de soins de longue durée afin que les adultes puissent recevoir les soins et services de santé appropriés tout en vivant avec leur famille.
- Un établissement de soins continus peut également servir de carrefour communautaire :
  - Les locaux pour les activités sociales peuvent également être utilisés par la communauté pour d'autres fonctions.
  - L'emplacement du centre de soins à proximité d'une école ou d'un centre communautaire permet une interaction entre les aînés et les jeunes de la communauté.
  - D'autres services de soutien et de santé communautaires peuvent être situés dans l'établissement de soins de longue durée, en particulier des services de traitement de la toxicomanie ou de la santé mentale.
  - Les installations de bain accessibles pourraient également être utilisées par les membres de la communauté qui ne disposent pas d'installations de bain appropriées ou accessibles à leur domicile.
- Établir un partenariat avec d'autres communautés, telles qu'une ville voisine, une autre Première Nation ou un établissement, afin de partager des ressources humaines et matérielles pour un centre de soins de longue durée.
- S'associer à un centre de soins continus déjà établi qui peut aider au démarrage et à l'exploitation du centre.

## ONTARIO : DEUX MODÈLES

### 1. WIKWEMIKONG<sup>30</sup>

Située à l'est de l'île Manitoulin, en Ontario, la Première Nation de Wikwemikong offre des programmes de soins aux aînés, notamment des programmes de soins à domicile et de soins de longue durée qui suivent une approche holistique de la santé fondée sur la roue de médecine et guidée par « les enseignements de notre grand-père ». La gamme complète de soins englobe les dimensions physique, mentale, sociale et émotionnelle ou spirituelle des soins. Les enseignements du grand-père Wikwemikong comprennent des valeurs comme le respect, l'humilité, la compassion, la bravoure, l'honnêteté, la confiance, la sagesse et l'amour inconditionnel.

Il convient de noter que la Première Nation de Wikwemikong a pour principe d'honorer les souhaits des aînés en leur offrant la possibilité de rester à la maison le plus longtemps possible. En plus d'offrir des services de soins à domicile, la communauté dispose d'un établissement local de soins de longue durée, ce qui permet aux aînés et aux personnes en perte d'autonomie de rester dans leur communauté même lorsque leurs besoins en matière de soins impliquent l'institutionnalisation.

Les principales caractéristiques des programmes de soins aux aînés de Wikwemikong sont les suivantes :

- La plupart des fournisseurs de soins à domicile et des travailleurs des établissements de soins de longue durée parlent la langue (la communication et le partage de l'information avec les personnes âgées sont donc optimaux).
- Les services de repas à domicile et les repas dans les établissements de soins de longue durée ont intégré des aliments traditionnels dans le plan de repas.
- La famille participe à la prestation des soins et aux activités sociales.
- Les programmes offrent des activités sociales qui comprennent souvent des jeunes.

<sup>30</sup> CORBIERE ET PITAWANAKWAT. *Creating a Culturally Appropriate and Integrated Model of Care for Aboriginal/First Nation/Metis Seniors*, présentation au Seniors' Health Summit tenu les 18 et 19 mars 2008.





- Le centre de santé assure le transport des aînés et des personnes en perte d'autonomie qui souhaitent consulter un guérisseur traditionnel sur place ou à l'extérieur de la ville.
- Les médecins et les fournisseurs de soins de santé locaux connaissent la médecine traditionnelle.
- Le centre de santé compte un pavillon de médecine traditionnelle qui organise des cérémonies au besoin.

L'établissement de soins de longue durée de Wikwemikong accueille des Autochtones et des allochtones. Il s'agit d'un établissement de 60 lits dont le personnel est principalement composé de membres de la communauté locale qui parlent la langue. La priorité est accordée aux clients des Premières Nations. L'établissement est adjacent au centre de santé.

## 2. KIRKLAND LAKE<sup>31</sup>

Le programme pour les aînés autochtones de Kirkland Lake, qui couvre la région de Kirkland Lake, en Ontario, offre des activités sociales aux personnes âgées (55 ans et plus) dans les établissements de soins à domicile ou de soins de longue durée. Dans le cadre du programme offert deux jours par semaine, le transport est organisé, des activités sociales sont proposées et une collation ou un déjeuner santé est fourni. Une journée, du thé et de la bannique sont offerts et une activité est organisée, alors que l'autre journée, le déjeuner est offert et une conférence ou une sortie est organisée. Les anniversaires et les traditions communautaires sont également célébrés dans le cadre du programme. L'un des principaux objectifs du programme est de réduire l'isolement social chez les personnes âgées. Pour les personnes vivant en soins de longue durée à l'extérieur des communautés, le programme offre l'occasion d'interagir avec les membres de la communauté, de parler leur langue traditionnelle et de participer aux traditions et aux célébrations de la communauté. Le programme compte quinze clients réguliers, dont deux provenant d'établissements de soins de longue durée. Le programme est financé par Santé Canada par l'entremise de l'Alliance des peuples autochtones du Nord de l'Ontario.

## MANITOBA : UN MODÈLE DE PARTENARIAT POUR UN FOYER DE SOINS PERSONNELS AUTOCHTONE<sup>32</sup>

Un partenariat entre la région sanitaire de Winnipeg et le Southeast Resource Development Council a permis de créer un établissement unique en son genre à Winnipeg. Le Southeast Personal Care Home est conçu pour répondre aux besoins à long terme des personnes âgées des Premières Nations, des Métis et des Inuit. L'établissement offre aux aînés autochtones un foyer accueillant et adapté à leur culture.

L'établissement de 80 lits est détenu et exploité par les Premières Nations, dans le respect des valeurs holistiques et des traditions culturelles. Le programme de soins de longue durée de l'Office régional de la santé de Winnipeg gère les services de santé fournis à l'établissement. Celui-ci honore le caractère unique et les traditions des membres des Premières Nations, des Métis et des Inuit qui y résident, tout en leur offrant les services de santé à long terme dont ils ont besoin.

L'établissement de 52 000 pieds carrés se compose de quatre unités, chacune dotée d'une aire polyvalente comprenant une salle à manger, un salon, une aire de loisirs et un coin cuisine. Chaque unité comprend 20 chambres privées.

L'emplacement du nouveau foyer de soins, sur un terrain adjacent au Southeast Collegiate, une école pour les jeunes des Premières Nations, offre d'importantes possibilités d'interaction et d'activités intergénérationnelles qui reflètent la diversité des cultures et du patrimoine des résidents et des élèves.

Le nouveau foyer de soins personnels comprend également de nombreux éléments de conception écologique qui soulignent l'importance de l'environnement dans les cultures autochtones et réduisent les coûts énergétiques pendant toute la durée de vie du bâtiment.

<sup>31</sup> GROSSINGER, DARLENE (2010). Communication personnelle avec le directeur du programme pour les aînés autochtones de Kirkland Lake.

<sup>32</sup> OFFICE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DE WINNIPEG ET GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Aboriginal Personal Care Home opens in Southeast Winnipeg: Partnership between Winnipeg Health Region and Southeast Resource Development Council results in unique one-of-a-kind facility in Winnipeg*, communiqué diffusé le 21 juin 2011.



## COLOMBIE-BRITANNIQUE

### INVESTISSEMENT DANS LES SOINS INFIRMIERS<sup>33</sup>

Interior Health (IH) et la First Nations Health Authority (FNHA) ont investi trois millions de dollars pour rapprocher les soins aux aînés de leur domicile. IH versera deux millions de dollars par an pour améliorer les soins infirmiers destinés aux aînés des Premières Nations et aux aînés atteints d'une maladie chronique. La FNHA versera un million de dollars pour soutenir les communautés dans leur organisation. Globalement, cet investissement conjoint profitera à environ 4 450 aînés de sept nations (Dākelh Dené, Ktunaxa, Nlaka'pamux, Secwepemc, St'át'imc, Syilx et Tsilhqot'in). IH a fait preuve de leadership en permettant aux sept nations de se réunir afin de définir la meilleure façon de répondre aux besoins de leurs communautés, en suivant un processus décisionnel qui leur convient.

La décision d'investir a été motivée par les données du projet de dépenses FNHA-IH. L'analyse de ces données a montré qu'en comparaison avec d'autres résidents en 2013-2014, les aînés des Premières Nations étaient moins susceptibles de consulter un médecin, mais affichaient des taux de prévalence plus élevés pour de nombreuses maladies chroniques. Par conséquent, les aînés des Premières Nations étaient plus susceptibles de se rendre à l'urgence. Ces résultats ainsi que d'autres suggèrent que des points clés d'intervention précoce dans le parcours de soins d'une personne peuvent être manqués en raison de l'inaccessibilité ou de l'indisponibilité des services de soins de santé primaires. Les fonds visent à garantir que les soins sont fournis là où vivent les aînés des Premières Nations, afin qu'ils puissent être partenaires de leurs propres soins avec leur famille et une équipe de soins interdisciplinaires.

### TROIS TYPES DE LOGEMENTS ABORDABLES POUR LES AÎNÉS<sup>34</sup>

Les aînés à faible revenu qui sont en mesure de vivre de façon autonome sans soutien, ou avec l'aide de soins à domicile, peuvent demander à vivre dans un logement abordable.

Il existe trois types de logements abordables en Colombie-Britannique :

- le logement social, géré par BC Housing;
- le logement sans but lucratif, géré par des sociétés sans but lucratif;
- l'habitation coopérative, gérée par les résidents.

## QUÉBEC: QUELQUES EXEMPLES

### ANISHNABE LONG TERM CARE CENTRE

L'Anishnabe Long Term Care Centre de Timiskaming First Nation compte 27 lits, dont deux pour les soins de répit. Il dessert également les communautés de Kebaowek et de Winneway. De plus, 20 lits sont financés par la province pour desservir les membres des Premières Nations à l'extérieur des communautés et les allochtones. Il offre à ses résidents les services suivants : entretien de la literie, entretien ménager, clinique médicale (sur place), entretien des vêtements, repas, aide à l'alimentation, soins infirmiers, aide au bain, aide à l'habillement, soins invasifs, assistance à la vie quotidienne, soins d'hygiène et administration et distribution des médicaments.

### WENDAKE

La résidence Marcel-Sioui est un centre d'hébergement réservé à une clientèle en perte d'autonomie. La résidence comprend douze chambres individuelles et offre des services tels que soins infirmiers, soins d'hygiène personnelle, suivi médical hebdomadaire, médication, soins de pieds, consultations psychosociales et nutritionnelles, activités d'animation et de loisir, service de repas et de collations, services de buanderie et d'entretien ménager et soins de fin de vie.

<sup>33</sup> FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY. *\$3 million Dollar Joint Investment Brings Enhanced Elder Care to Interior Nations. Elder care in the seven First Nations of the Interior to be delivered closer to home*, communiqué diffusé le 8 novembre 2017.

<sup>34</sup> SENIORS BC AND FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY (2014). *Elder's Guide*.

En juin 2018, le gouvernement du Québec a annoncé l'octroi d'un financement de 6,8 millions de dollars au Conseil de la Nation huronne-wendat (CNHW) pour financer la construction d'un CHSLD de 24 lits destinés aux membres de la communauté de Wendake.

### MASHTEUATSH

Le centre Tshishemishk est un centre d'hébergement de 20 chambres qui offre aux Pekuakamiulnuatsh des services de surveillance, d'aide aux activités de la vie quotidienne et de soins infirmiers, y compris la gestion des médicaments. Pour ce faire, le centre offre un service complet de repas, de buanderie et de conciergerie, ainsi que des activités de loisirs. Son personnel est composé d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposées aux bénéficiaires, ainsi que de personnel de soutien.

### UASHAT MAK MANI-UTENAM

En 2015, un centre d'hébergement régional pour les gens atteints de la maladie de Huntington a vu le jour à Uashat. Ce centre propose une variété de services à une clientèle présentant des problèmes multiples, ainsi qu'aux membres de leur famille. Actuellement, la maladie touche majoritairement des personnes demeurant à Uashat mak Mani-Utenam, mais elle s'étend également aux communautés avoisinantes : Pessamit, Matimekush, Kawawachikamach, Unamen Shipu, Nutashkuan et Ekuanitshit.

Services offerts et ententes en cours :

- entente de suivi des clients avec un neurologue spécialisé dans la maladie de Huntington (visites régulières dans la communauté) et coordination des rencontres;
- entente de services avec les généticiens (visites dans la communauté ou visioconférences avec les clients, au besoin) et coordination des rencontres;
- protocole de services avec le CSSS de Sept-Îles (entente écrite en cours) – comprend notamment le volet psychiatrique, une entente pour l'ergothérapie et le protocole à l'urgence;
- services de maintien à domicile;
- suivi psychosocial individuel et familial;

- soutien familial;
- suivi psychologique (clients, aidants);
- diverses évaluations (OEMC, domicile, dysphagie, mobilité);
- soutien aux démarches médicales et pharmacologiques;
- services de nutritionniste;
- services de kinésiologue;
- coordination, préparation et accompagnement dans le cadre du projet de recherche (les spécialistes se rendent à Mani-Utenam pour la recherche ENROLL);
- distribution de médicaments;
- transport, assistance et accompagnement divers.





## *Vision*

Les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations sont en santé, ont un accès équitable à des soins et à des services de qualité, et exercent leur autodétermination et autonomie culturelle.

## *Mission*

Accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination.



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