



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

RAPPORT
SOMMAIRE
RENCONTRE
RÉGIONALE

10 MARS 2021

RAPPORT PRODUIT PAR



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

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

RAPPORT SOMMAIRE
RENCONTRE RÉGIONALE
10 MARS 2021

RÉDACTION

Emilie Grantham, CSSSPNQL

COLLABORATION

Waseskon Awashish, CSSSPNQL

Jean-Denis Gill, CSSSPNQL

Natacha Hervieux, CSSSPNQL

Patrice K. Lacasse, CSSSPNQL

Jonathan Leclerc, CSSSPNQL

Jean Levasseur-Moreau, CSSSPNQL

Suzie Nepton, CSSSPNQL

Marjolaine Sioui, CSSSPNQL

RÉVISION

Laurent Sioui

GRAPHISME

Karine Potvin

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 Web du processus de gouvernance, au gouvernance.cssspnql.com.

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

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

Photos : Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec, Richard Jock, Helen Leung, Jean-Charles Pietacho et Jean-Claude Therrien-Pinette

ISBN Web : 978-1-77315-342-1

ISBN imprimé : 978-1-77315-343-8

Dépôt légal – 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

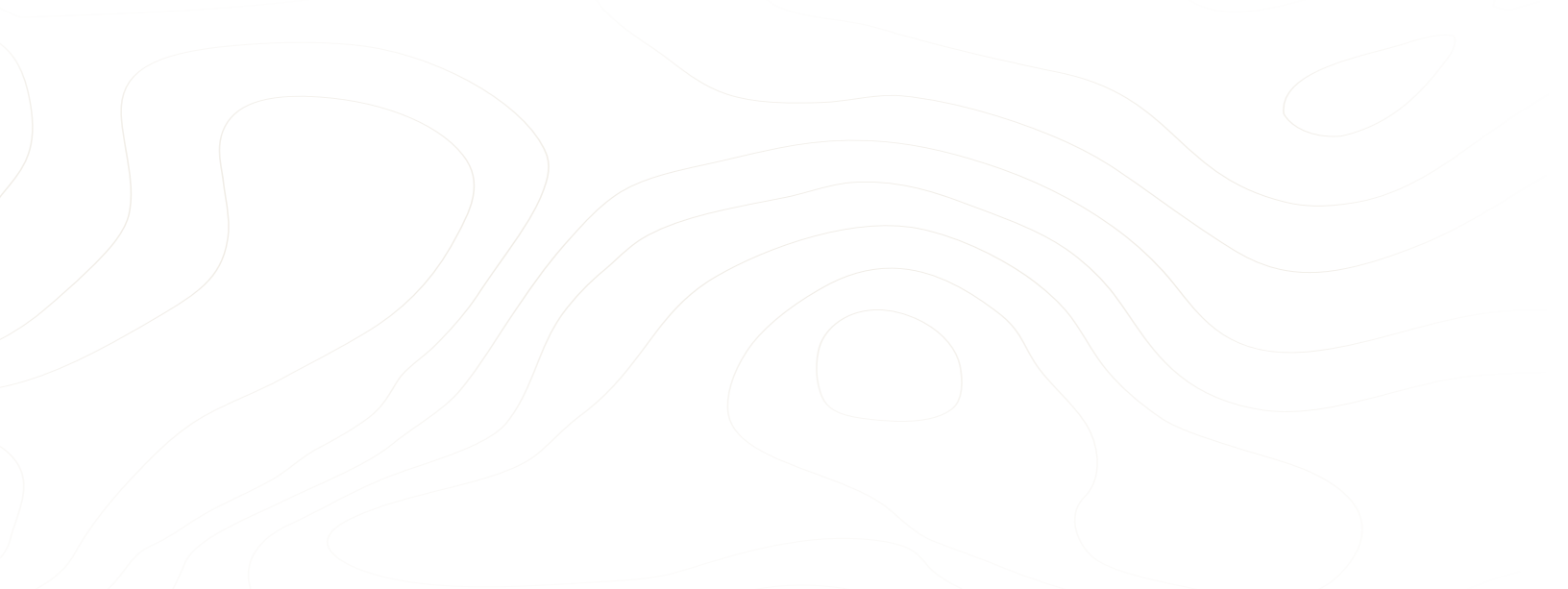
© CSSSPNQL 2021

TABLE DES MATIÈRES

1	Mot de bienvenue et prière d'ouverture	2
2	Allocutions d'ouverture	2
3	Expérience des nouveaux modèles de gouvernance des Premières Nations au Canada	3
4	Partage de l'expérience vécue au cours des sept dernières années par les Premières Nations de la Colombie-Britannique	7
5	Mobilisation collective en contexte de pandémie	11
6	Conclusion	14
7	Prière de fermeture	15

ANNEXES

A	Ordre du jour	18
B	Leçons tirées de la transformation du système de santé de la Colombie-Britannique (Présentation PowerPoint)	19
C	Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique - Le parcours (Présentation PowerPoint)	26
D	Gouvernance en gestion de crises sanitaires mondiales - cellule stratégique de la nation innue (Présentation PowerPoint)	52



LISTE DES COMMUNAUTÉS PARTICIPANTES

AKWESASNE

EKUANITSHIT

ESSIPIT

GESPEG

KAHNAWAKE

KANESATAKE

KEBAOWEK

KITIGAN ZIBI

LISTUGUJ

MASHTEUIATSH

ODANAK

PAKUA SHIPU

TIMISKAMING

UASHAT MAK MANI-UTENAM

WEMOTACI

WENDAKE

WINNEWAY

WOLF LAKE

WÔLINAK

ORGANISATIONS PARTICIPANTES

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS QUÉBEC-LABRADOR

CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE QUÉBEC

CENTRES DE TRAITEMENT : WALGWAN, WANAKI ET WAPAN

COALITION DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ANGLOPHONES DU QUÉBEC

CONSEIL EN ÉDUCATION DES PREMIÈRES NATIONS

**INSTITUT DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC
ET DU LABRADOR**

AUTRES PARTENAIRES (OBSERVATEURS)

**DIRECTION DES AFFAIRES AUTOCHTONES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX**

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS, SERVICES
AUX AUTOCHTONES CANADA, RÉGION DU QUÉBEC**

OPÉRATIONS RÉGIONALES, SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA, RÉGION DU QUÉBEC

FAITS SAILLANTS DE LA RENCONTRE

- Cette rencontre virtuelle avait pour objectif de renforcer la mobilisation des communautés et des organisations en vue d'une gouvernance renouvelée de la santé et du mieux-être. La rencontre s'est articulée autour de trois présentations permettant de mettre en lumière des leçons apprises et des facteurs de réussite relativement aux expériences d'autodétermination:
 - Helen Leung, directrice des relations tripartites de la Colombie-Britannique au sein de Services aux Autochtones Canada (SAC), a fait part de l'expérience de SAC quant à la planification et à l'opérationnalisation d'un modèle des Premières Nations en santé ainsi qu'à la transition vers celui-ci. Elle a notamment parlé des éléments qui, selon elle, sont incontournables pour établir des partenariats efficaces entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations.
 - Pour sa part, Richard Jock, directeur général de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la Colombie-Britannique, a présenté l'expérience des Premières Nations de la province depuis la création et la mise en œuvre de l'ASPN. Il a transmis aux participants de précieux conseils pouvant être utiles aux Premières Nations au Québec dans leur démarche de rapatriement de responsabilités actuellement assumées par le gouvernement fédéral.
 - Finalement, Jean-Charles Pietacho, chef de la communauté d'Ekuanitshit, et Jean-Claude Therrien-Pinette, directeur de cabinet pour le chef Mike McKenzie et responsable des communications pour le comité d'urgence d'Innu Takuaikan Uashat mak Mani-Utenam (ITUM), ont témoigné des effets positifs de la mise en œuvre d'un modèle de mobilisation collective dans le contexte de la pandémie au Québec, soit la cellule de crise mise en place par la nation innue.
- De ces trois expériences partagées avec les participants, de nombreuses leçons apprises et facteurs de réussite pourront être mis à profit dans l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec.

10 MARS 2021

1 MOT DE BIENVENUE ET PRIÈRE D'OUVERTURE

Jane Gray, animatrice de cette rencontre virtuelle, souhaite la bienvenue aux participants.

Elisabeth Ashini, aînée de la communauté de Matimekush-Lac-John, offre une prière, tout d'abord dans sa langue, l'innu-aimun. Elle est heureuse d'être présente et demande aux participants d'avoir une pensée pour les gens malades. Elle demande au Créateur de guider les participants pendant la rencontre.

M^{me} Gray présente les objectifs de cette rencontre régionale, qui sont de renforcer la mobilisation des communautés et des organisations autour du processus de gouvernance en santé et en services sociaux et de mieux comprendre les avantages et la valeur ajoutée d'autres modèles de gouvernance par et pour les Premières Nations.

2 ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

DEREK MONTOUR

Président du conseil d'administration de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et directeur de la santé de la communauté de Kahnawake

M. Montour offre ses salutations à tous et souhaite reconnaître les différents territoires traditionnels d'où proviennent les participants qui se joignent à la rencontre. Il remercie l'aînée pour ses mots.

Les Premières Nations font face à la pandémie depuis maintenant près d'un an et, jour après jour, elles doivent naviguer dans ce contexte. Elles ont démontré leur capacité à en diminuer l'impact sur notre population. M. Montour reconnaît tout le dévouement et les efforts qui ont été investis à cet effet. La crise n'est pas encore terminée, et il est nécessaire de poursuivre ces efforts, notamment à l'aide de la vaccination.

La volonté d'autodétermination est exprimée depuis longtemps et est plus importante que jamais. Il remercie les participants d'avoir pris de leur précieux temps pour assister à cette rencontre et participer à l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance. Il rappelle que ces efforts collectifs permettront d'atteindre notre but. La CSSSPNQL poursuit son mandat de coordonner le processus de gouvernance, et la co-construction d'un modèle qui répond à nos besoins, à nos réalités, à nos valeurs et à nos façons de faire demeure une priorité.

M. Montour explique que les risques liés à cette démarche d'autodétermination peuvent en inquiéter certains. Toutefois, la dernière année a démontré que nous sommes en mesure de surmonter ces défis. Les retombées de cette démarche seront bénéfiques pour toutes les communautés, les organisations et les sept prochaines générations.

La présente rencontre permettra d'apprécier des exemples concrets d'autodétermination. Il faut tirer des leçons de ces expériences et réfléchir aux changements que nous souhaitons mettre en œuvre. Nous devons créer un modèle qui met en valeur notre diversité, nos expériences et notre force collective.

3 — EXPÉRIENCE DES NOUVEAUX MODÈLES DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA¹

HELEN LEUNG

Directrice des relations tripartites de la Colombie-Britannique, SAC



Helen Leung est la directrice des relations tripartites de la Colombie-Britannique et de la transformation de la santé à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de SAC. En poste à Ottawa, elle est responsable de l'élaboration de la politique nationale et de la coordination des initiatives de transformation de la santé au pays en partenariat avec les Premières Nations et les gouvernements provinciaux.

Au cours des quinze dernières années, elle a été responsable de soutenir l'élaboration et les travaux collaboratifs qui ont mené à la création de la nouvelle structure de gouvernance de la santé en Colombie-Britannique et de l'ASPN de la Colombie-Britannique.

M^{me} Leung tient à reconnaître le territoire algonquin d'où elle assiste à la rencontre. Elle remercie l'aînée pour sa prière ainsi que M. Montour et l'équipe de la CSSSPNQL pour l'invitation. Elle souhaite partager avec les participants quelques réflexions émanant de la perspective du gouvernement fédéral face à la démarche entreprise par les Premières Nations de la Colombie-Britannique et à d'autres démarches en cours.

Elle rappelle que le gouvernement du Canada s'est engagé à travailler avec les Premières Nations au Québec pour faire avancer le processus de gouvernance en santé et en services sociaux. M^{me} Leung affirme que des barrières inacceptables contraignent l'accès aux services et qu'il faut faire tomber. Elle explique que la démarche de transformation de la santé entreprise par SAC signifie qu'il faut changer de paradigme. Les communautés doivent être au cœur des décisions, et elles doivent réfléchir à l'avenir sans répéter le passé.

M^{me} Leung explique qu'une transformation de la santé est nécessaire puisque les Premières Nations doivent composer avec un système de santé parallèle et que les deux systèmes ne communiquent pas. Les programmes et services rendus à la population ne sont pas cohérents. Elle fait également référence aux écarts dans les résultats en matière de santé qui se sont encore plus creusés avec la pandémie. La situation sanitaire actuelle démontre

¹ La présentation PowerPoint utilisée par Mme Leung se trouve à l'annexe B.

bien la nécessité d'avoir des partenariats solides entre les Premières Nations et le fédéral, les provinces et les territoires afin d'assurer que les communautés et les organisations reçoivent tout le soutien dont elles ont besoin. Il faut donc repenser aux façons de créer de nouvelles structures et mécanismes plus adéquats. L'expérience des Premières Nations de la Colombie-Britannique est un exemple de succès en la matière.

Les Premières Nations font face à plusieurs défis. Le statu quo ne fonctionne plus depuis longtemps. Plusieurs éléments sont à revoir : les services sont fragmentés et ne sont pas innovants ; il n'y a pas d'économie d'échelle ; les programmes sont élaborés à l'échelle nationale, alors que les Premières Nations sont diversifiées et que leurs besoins divergent ; les services sont peu adaptés sur le plan culturel, etc. Selon M^{me} Leung, l'approche adoptée par les Premières Nations au Québec est unique quant à la vision d'intégration de la santé et des services sociaux et à l'inclusion des déterminants sociaux de la santé.

Par rapport à la transformation de la santé en Colombie-Britannique, M^{me} Leung explique l'accord tripartite qui a permis de décentraliser les opérations régionales de la DGSPNI² ainsi que de créer l'ASPN. Ces mesures ont également permis aux Premières Nations de prendre en charge les programmes, les services et le personnel de santé. L'ASPN est ainsi devenu le partenaire de la santé et du mieux-être de plus de 200 communautés, en plus d'être responsable de la planification, de la gestion et de la prestation des programmes qui étaient offerts auparavant par la DGSPNI de SAC. L'ASPN collabore avec les autorités provinciales pour coordonner et intégrer ses programmes ainsi que ses services de santé avec ceux de la province afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les Premières Nations.

Après la signature de l'accord en 2011, le transfert des responsabilités vers les Premières Nations de la Colombie-Britannique s'est fait de manière progressive, ce qui s'est traduit par le transfert des fonctions de l'administration centrale en juillet 2013 et des fonctions régionales en octobre 2013. Afin de le faciliter, SAC a mis du financement à la disposition de l'ASPN. SAC et l'ASPN ont défini et respecté quatre facteurs de réussite pour le transfert : payer les communautés, réduire au minimum les interruptions de services, payer le personnel et améliorer les services dans la mesure du possible. M^{me} Leung affirme que le processus de transfert n'a occasionné aucune rupture de services au sein des communautés. L'entente signée entre SAC et l'ASPN est d'une durée de dix ans et expirera ainsi en 2023. Un renouvellement sera alors négocié.

M^{me} Leung présente quinze leçons tirées de ce transfert de responsabilités selon la perspective du fédéral :

- 1** L'approche doit être véritablement tripartite et non doublement bilatérale. Cette approche tripartite doit être appliquée sur tous les plans.
- 2** Afin de faire avancer les travaux et de ne pas perdre l'impulsion du moment entre les rencontres, il faut pouvoir s'appuyer sur une structure tripartite et un secrétariat solides.
- 3** Il est préférable d'adopter une approche progressive reposant sur une suite d'accords et de plans pour lesquels tous les partenaires partagent une vision commune.

² Il est à noter qu'au début de la démarche, la DGSPNI était affiliée à Santé Canada.

- 4 Un nouveau modèle de gouvernance ne peut pas être élaboré par un seul partenaire. Il faut partager les apprentissages entre tous puisque l'objectif est d'améliorer la coordination des services.
- 5 Étant donné que le processus demande du temps ainsi qu'un engagement soutenu, la Colombie-Britannique a adopté l'approche du transfert, puis celle de la transition et finalement celle de la transformation des programmes et des services.
- 6 La conception du modèle doit tenir compte de la vision et des objectifs opérationnels (par exemple, s'aligner sur la structure provinciale).
- 7 Il est grandement pertinent de s'unir afin d'être plus efficaces et de réaliser des économies d'échelle.
- 8 Tout en s'appuyant sur les pratiques et les principes de la bonne gouvernance, il faut viser une structure organisationnelle reposant sur une séparation des fonctions politiques et administratives.
- 9 Le modèle de gouvernance doit reposer sur un partenariat permanent qui se reflète dans ses structures, comme la mise en place d'un comité tripartite de haut niveau chargé de coordonner le processus.
- 10 SAC a conservé un rôle résiduel après le transfert qui est plus grand qu'anticipé et qui permet notamment d'assurer aux Premières Nations qu'elles sont bien au fait des initiatives en cours dans l'ensemble du pays.
- 11 Il est préférable de viser la mise en œuvre du transfert au début d'un exercice financier plutôt qu'au courant de celui-ci.
- 12 La gestion du changement est un élément clé auquel il faut réfléchir dès le début du processus.
- 13 Il faut aussi réfléchir à une stratégie de transition à long terme en ce qui concerne la gestion de l'information, les technologies de l'information et le programme des Services de santé non assurés (SSNA).
- 14 La mobilisation de certaines nations peut exiger une approche différente, notamment avec les nations qui sont en processus de négociation.
- 15 Les nouveaux programmes fédéraux doivent être pensés dans l'optique du transfert éventuel.

L'accord entre SAC et les Premières Nations de la Colombie-Britannique est évalué de façon conjointe. Il existe également un rapport d'évaluation qui fait état des cinq premières années. Les résultats de cette évaluation confirment que nous avons réalisé d'importants progrès, mais qu'il nous reste encore beaucoup à faire pour observer le rendement du système de santé ainsi que les résultats en matière de santé.

M^{me} Leung conclut sa présentation en mentionnant les autres processus de transformation en cours au Canada (en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Saskatchewan et au Québec), et explique que chacun de ces projets est unique.

À LA FIN DE LA PRÉSENTATION, LES PARTICIPANTS POSENT TROIS QUESTIONS.

Question: Pendant la présentation, le terme permmissible a été employé. Comment déterminer ce qui est permmissible ?

Réponse: Dans l'entente signée en 2011, le gouvernement a précisé certaines conditions qui devaient être respectées, comme l'élaboration de politiques et de règlements ainsi qu'une coupure entre le politique et l'opérationnel.

Question: Le transfert des responsabilités vers les Premières Nations s'est-il accompagné de l'injection de nouveaux fonds pour faciliter sa mise à niveau ainsi que le rattrapage des retards accumulés depuis longtemps ?

Réponse: Oui, nous avons reçu de nouveaux fonds. Lors de la négociation, nous avons fait des demandes en ce sens. Le financement est indexé chaque année, et nous avons signé une clause prévoyant un ajout de financement lorsque le fédéral crée de nouveaux programmes.

Question: Y a-t-il une version en français du rapport d'évaluation qui a été produit en 2020 ?

Réponse: Il n'existe qu'en anglais³, mais pourrait être traduit sur demande.

³ Le rapport d'évaluation en anglais peut être consulté sur le site Web de l'ASPN : www.fnha.ca/about/governance-and-accountability/audits-and-evaluations.

4 PARTAGE DE L'EXPÉRIENCE VÉCUE AU COURS DES SEPT DERNIÈRES ANNÉES PAR LES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE⁴

RICHARD JOCK

Directeur général, ASPN de la Colombie-Britannique



Richard Jock est membre de la communauté mohawk d'Akwesasne et il est le directeur général de l'ASPN.

Dans le cadre de ses fonctions, il s'occupe des dossiers suivants : services de santé, politiques, planification, mobilisation, amélioration et intégration des services, stratégies d'investissement et mise en œuvre de partenariats régionaux. Il exerce également le leadership pour l'établissement, le fonctionnement et la mise en œuvre de partenariats solides au sein de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations et au sein du système de santé de façon plus générale.

Il travaille pour des organisations des Premières Nations et le gouvernement fédéral depuis 25 ans et a occupé diverses fonctions dans le domaine de la santé. Tout juste avant de se joindre à l'ASPN, il était le directeur général de l'Assemblée des Premières Nations (APN). Parmi ses autres rôles professionnels, il a occupé des postes de cadre supérieur à Norway House Health Services Incorporated, à Santé Canada, à l'Organisation nationale de la santé autochtone et au Mohawk Council of Akwesasne.

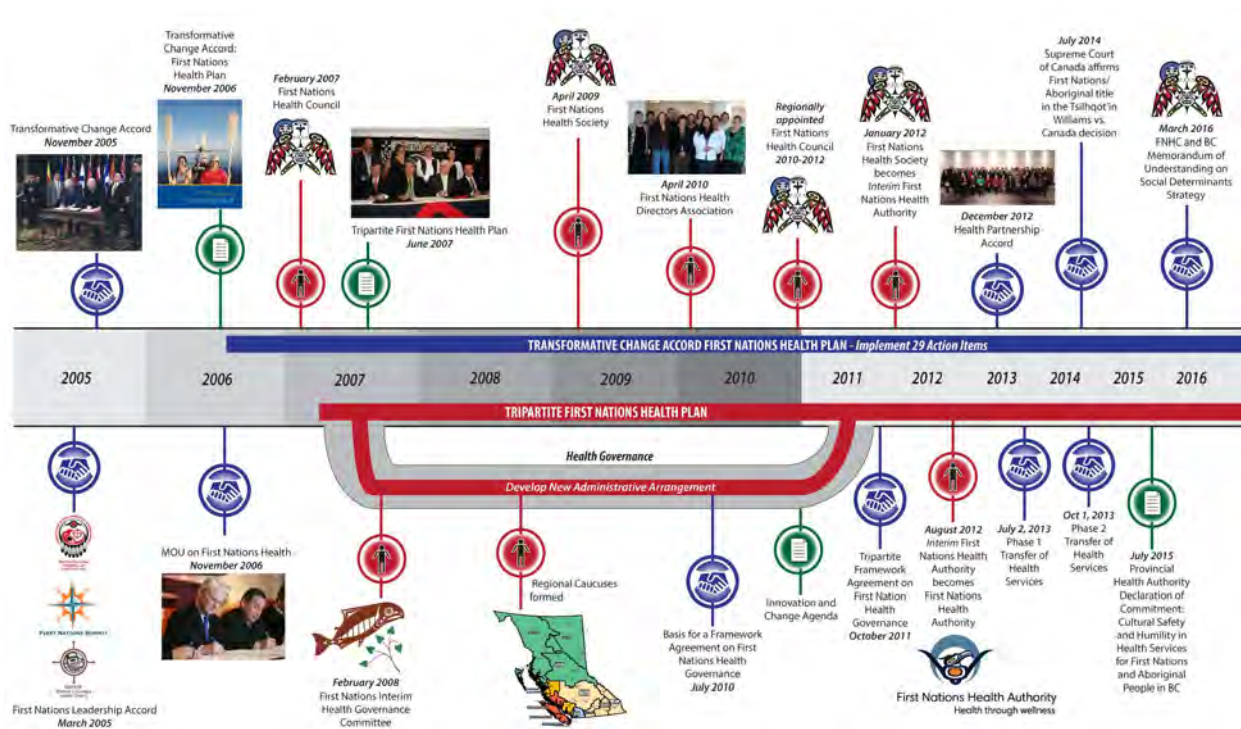
Ayant son mieux-être à cœur, Richard est un homme actif qui aime passer du temps à l'extérieur. Il porte sa Fitbit tous les jours et fait rarement moins de 10 000 pas. Il aime bien jouer au racquetball dans ses temps libres.

M. Jock commence par reconnaître le territoire squamish où il se trouve. Il présente brièvement la diversité des Premières Nations de la Colombie-Britannique et les trois organisations régionales : l'Assemblée des Premières Nations de la Colombie-Britannique, le Sommet des Premières Nations et l'Union des chefs indiens de la Colombie-Britannique. Il mentionne que les communautés sont nombreuses (201 bandes) et que la population de plusieurs d'entre elles est très petite. La prestation de services y est donc complexe, et l'unité politique constituait un facteur crucial pour le transfert des programmes et services.

M. Jock parle des relations passées entre les Premières Nations et les gouvernements, et revient sur certains éléments déterminants de la réconciliation comme la Commission de vérité et réconciliation du Canada et la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. Du côté des relations entre les nations, la collaboration entre celles-ci s'est également renforcée tout au long du processus menant à la création de l'ASPN, qui est une structure de gouvernance collective de la santé. M. Jock présente les

⁴ La présentation PowerPoint figure à l'annexe C.

différents événements qui ont caractérisé ce parcours depuis 2005, dont tous les accords signés au fil des ans ainsi que les organisations créées. La démarche s'est déroulée à l'aide d'ententes progressives, et le tout reposait sur la mobilisation des communautés. L'Accord de Kelowna a été la première occasion de s'asseoir avec le gouvernement provincial et de discuter de la santé⁵. Les discussions avec le fédéral se sont entamées plus tard.



Les participants ont signé une entente-cadre et des ententes auxiliaires afin de préciser le transfert des différentes fonctions et de s'entendre sur les mécanismes juridiques et logistiques, notamment sur les ressources humaines, les services de santé, les dossiers, les actifs et les logiciels, l'hébergement, la planification des immobilisations et la novation. Une stratégie de transition à long terme a permis une continuité des services en matière de technologies de l'information et des SSNA. M. Jock porte à l'attention des participants que les coûts liés aux technologies de l'information avaient été sous-estimés au départ. Il mentionne le fonds de mise en œuvre de 17 millions de dollars qui a été octroyé pour la phase de démarrage. Par rapport aux employés de la DGSPNI de SAC qui ont été engagés par l'ASPNI, M. Jock explique que si c'était à refaire, il mettrait ce transfert en place différemment puisque plusieurs d'entre eux ont quitté l'organisation dans les années qui ont suivies. Selon lui, il faut s'assurer que les employés sont vraiment dédiés à la mission de l'organisation.

Les Premières Nations de la Colombie-Britannique se sont dotées de leur vision de la santé et du mieux-être et ont mis au point leurs propres indicateurs. Ces indicateurs sont différents de ceux habituellement utilisés, qui mettent davantage l'accent sur les maladies.

⁵ L'Accord de Kelowna a été conclu après 18 mois d'échanges par la Réunion des premiers ministres réunissant des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des cinq organisations nationales autochtones : l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, le Congrès des peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada.

Le transfert a ainsi été organisé en trois grands blocs d'activités : 1) créer des systèmes (systèmes informatiques, financiers et liés aux ressources humaines) ainsi qu'une structure solides ; 2) prendre en charge les actifs et 3) prendre la relève des programmes et des services. M. Jock explique que les Premières Nations ont repris les programmes de la DGSPNI de SAC tels quels. Par contre, il suggère de réfléchir à la transformation des programmes dès le début.

L'établissement de partenariats est un des éléments clés de la démarche et beaucoup de temps y a été consacré. M. Jock insiste également sur la notion d'imputabilité mutuelle entre les partenaires, soit avec la province et SAC. Il évoque par la suite quatre grands facteurs de réussite :

- 1 Prôner et cimenter l'union des Premières Nations, ce qui demande de faire preuve de leadership politique et de rechercher le consensus.
- 2 Établir des relations ainsi qu'un lien de confiance entre les partenaires, ce qui a été rendu possible grâce à la signature d'une série d'ententes au fil du temps et la volonté affichée de fournir un financement à long terme.
- 3 Rester concentrés sur l'administration des services de santé, et donc mettre l'accent sur l'approche collective et non, par exemple, sur la négociation de traités.
- 4 Reconnaître la responsabilité de la province en matière de santé des membres des Premières Nations résidant dans les communautés ou à l'extérieur de celles-ci.

M. Jock expose la vision, les valeurs et les sept directives que les Premières Nations ont élaborées. Il explique par la suite l'idée de l'écosystème de la santé et du mieux-être, et donc de l'importance de travailler sur tous les déterminants de la santé comme la santé mentale.

First Nations Health Authority www.fnha.ca

Notre base commune

Notre vision

Des enfants, des familles et des communautés des Premières Nations de la C.-B. en bonne santé et dynamiques qui font preuve d'autodétermination

Nos valeurs

Respect, discipline, relations, culture, excellence et équité

Nos directives

1. Être axé sur la communauté et la nation
2. Accroître la prise de décisions des Premières Nations
3. Améliorer les services
4. Favoriser des collaborations et des partenariats significatifs
5. Développer les capacités humaines et économiques
6. Ne pas porter préjudice aux intérêts des Premières Nations
7. Fonctionner selon des normes opérationnelles élevées

15

Pour ce qui est de l'approche de planification de l'ASPN, un premier plan de santé a été élaboré; il reflète les plans et les priorités des communautés, des nations et des sous-régions. On a également créé une trousse d'outils pour soutenir les nations dans la réalisation de leur planification.

M. Jock aborde ensuite la question de la lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle qui est considérée comme un déterminant important de la santé. Certaines personnes vont éviter le système de santé en raison du racisme. À propos des responsabilités de chacun, l'ASPN est proactive face aux plaintes envers le système de santé. Il mentionne avoir pris connaissance du Principe de Joyce qu'il estime très intéressant.

En ce qui concerne la pandémie de COVID-19, l'ASPN a été en mesure de réagir rapidement et a mis en place plusieurs initiatives liées à la gestion de crise, comme des appels téléphoniques quotidiens, le partage d'information à la population par l'entremise de différents médias, une offre de soutien aux professionnels de la santé des communautés, le déploiement d'appareils de dépistage mobiles, etc.

M. Jock conclut sa présentation en exposant brièvement d'autres initiatives en cours au sein de l'ASPN qui touchent différents domaines, comme la santé mentale et la transformation des SSNA.

5 – MOBILISATION COLLECTIVE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE⁶

CHEF JEAN-CHARLES PIETACHO

Communauté d'Ekuanitshit



Jean-Charles Pietacho est chef de la communauté innue d'Ekuanitshit depuis 1991. Tout au long de ces années au service de sa communauté, M. Pietacho a développé de fortes habiletés en communication ainsi qu'en gestion et a démontré ses qualités de modérateur. Auparavant, il a occupé le poste de directeur général de la communauté de 1979 à 1991. M. Pietacho aime la chasse, la pêche et les voyages et porte un grand intérêt à l'actualité.

M. Pietacho explique qu'il faut se tourner vers le passé pour mieux avancer vers l'avenir. Notre vision a toujours été différente de celle des gouvernements. Notre hôpital, notre pharmacie, c'est le territoire. Dans les années 1980, M. Pietacho a siégé au comité sur la santé de l'APN avec qui il a entrepris une tournée des Premières Nations au Canada. Il a constaté que les Premières Nations de l'ensemble du pays partageaient une vision similaire et qu'elles considéraient toutes la santé comme un droit.

Les Premières Nations sont depuis longtemps aux prises avec un enjeu de sous-financement dans tous les domaines. M. Pietacho souligne également le manque de sensibilité des gouvernements et les barrières juridiques toujours présentes. Il donne en exemple un service qui a été refusé à un enfant de sa communauté dans le cadre du principe de Jordan. Il termine en affirmant que tant que les Premières Nations ne prendront pas leurs propres décisions, ces situations se répéteront.

⁶ La présentation PowerPoint se trouve à l'annexe D.

JEAN-CLAUDE THERRIEN-PINETTE

Directeur de cabinet pour le chef Mike McKenzie et responsable des communications pour le comité d'urgence d'ITUM



Membre de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam, M. Therrien-Pinette a occupé différents postes stratégiques pour défendre les intérêts de Premières Nations au sein d'organisations nationales et régionales ainsi que de sa communauté. Conscient des défis et des enjeux liés à la mise au point de nos structures de gouvernance, il poursuit son implication auprès de la nation innue comme facilitateur pour accompagner les décideurs, les communautés et les organisations. Membre actif de la cellule stratégique de la nation innue, il a collaboré à la mise en place des conditions nécessaires pour éviter et limiter la propagation de la COVID-19 dans les communautés innues au sein de la cellule.

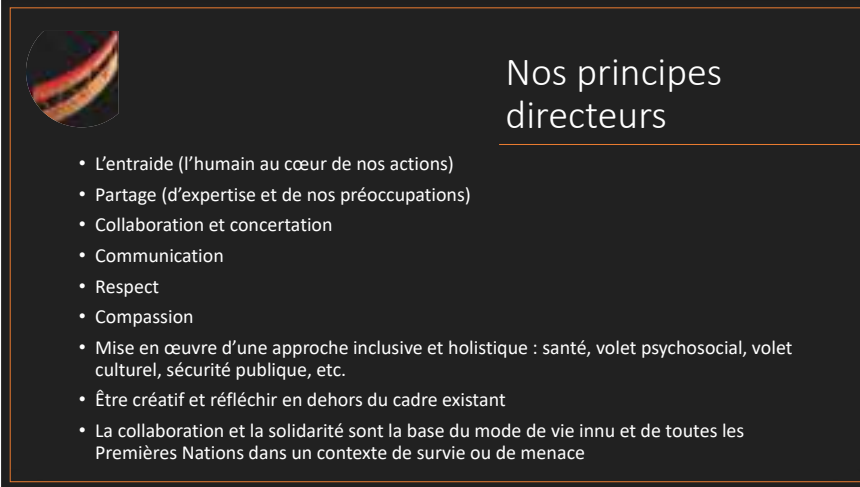
M. Therrien Pinette présente la nation innue et les communautés qui la composent. La nation innue compte neuf communautés au Québec et deux au Labrador. Au Québec, elle représente près de 19 000 personnes. Les réalités des communautés innues sont diversifiées au point de vue de leur situation géographique et de leur éloignement des centres urbains; elles sont aussi différentes du point de vue de leurs relations et des partenariats qu'elles entretiennent. Elles partagent toutefois des enjeux et des projets communs, notamment la préservation du territoire, la protection du caribou, le plan Nord et des projets de développement économique, comme le projet éolien Apuiat. L'intention de cette nation est de poursuivre sa mobilisation au-delà de la pandémie.

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que le monde faisait face à une pandémie. Tout le monde a dû agir face à cet ennemi commun invisible et mortel. Les connaissances sur le sujet se sont développées graduellement; cependant, il était clair dès le début que les autorités ne maîtrisaient pas la situation. La nation innue a donc eu l'obligation de tout mettre en œuvre pour assurer la protection de ses membres.

La cellule de crise est ainsi issue d'une mobilisation politique. Elle a été créée le 13 mars 2020, et les premiers échanges ont eu lieu dès le 16 mars 2020. Les membres de la cellule ont adopté une approche de travail soutenue par la science. La cellule a bénéficié de l'expertise du Dr Stanley Vollant et du Dr Amir Kadhira ainsi que d'un financement obtenu pour assurer la coordination. La première éclosion a eu lieu à Uashat, le 27 mars 2020. C'est à ce moment que la collaboration qui s'était amorcée s'est réellement concrétisée et que les gens se sont mobilisés davantage pour contenir la propagation du virus.



M. Therrien-Pinette présente les neuf principes directeurs qui sont au cœur des efforts de la cellule de crise.



Nos principes directeurs

- L'entraide (l'humain au cœur de nos actions)
- Partage (d'expertise et de nos préoccupations)
- Collaboration et concertation
- Communication
- Respect
- Compassion
- Mise en œuvre d'une approche inclusive et holistique : santé, volet psychosocial, volet culturel, sécurité publique, etc.
- Être créatif et réfléchir en dehors du cadre existant
- La collaboration et la solidarité sont la base du mode de vie innu et de toutes les Premières Nations dans un contexte de survie ou de menace

Concrètement, les travaux de la cellule de crise se sont articulés autour de rencontres dont la fréquence a varié en fonction de l'intensité de la pandémie, soit des rencontres d'abord quotidiennes, puis bihebdomadaires. La cellule a pris en charge certaines responsabilités, soit le plan d'intervention durant la pandémie, les enquêtes épidémiologiques, le dépistage et les analyses en laboratoire. Le partage des pratiques exemplaires et l'établissement de partenariats ont également été au cœur des actions de la cellule de crise. Les interventions de la cellule de crise se sont faites sur trois axes : 1) intervention politique à l'échelle fédérale, provinciale et municipale ; 2) intervention technique, notamment auprès de SAC, du CISSS de la Côte-Nord et de l'Institut national de santé publique ; 3) intervention auprès d'organisations comme les centres de traitement, la CSSSPNQL, le centre d'amitié autochtone, les établissements d'enseignement, le milieu économique, etc.

La cellule a retenu plusieurs leçons de la démarche :

- Assurer une gouvernance efficace de la gestion de la pandémie par la volonté politique des communautés innues (y compris pour ceux et celles vivant en milieu urbain).
- Faire valoir la survie du groupe par rapport à celle de l'individu.
- Utiliser nos valeurs millénaires pour guider nos actions et nos réflexions.
- Nous organiser avant de se faire organiser ; faire preuve de leadership.
- Gouverner dans l'intérêt collectif.
- Lorsqu'on parle de gouvernance, on parle aussi de concurrence ; si l'intérêt premier est le mieux-être des plus vulnérables, il n'y a plus de concurrence.
- Être compétents et en mesure d'assumer les responsabilités pour nous protéger adéquatement de la COVID-19.

M. Therrien-Pinette conclut en affirmant que le plus grand apprentissage a été de nouer un lien de confiance et de renforcer la conviction que nous pouvons y arriver. En établissant des partenariats, la confiance envers les autres s'est également bâtie.

6 CONCLUSION

MARJOLAINE SIOUÏ

Directrice générale, CSSSPNQL

M^{me} Siouï commence par remercier l'aînée ainsi que les chefs et les conseillers présents. Elle offre un survol de ce qu'elle a entendu au cours de cette demi-journée, et rappelle que l'objectif était de permettre aux participants d'avoir une connaissance approfondie sur d'autres démarches en cours. Elle explique que le processus de gouvernance en est à sa huitième année de consultation et de dialogue avec les Premières Nations, et qu'il y a encore beaucoup de travail à faire. On peut déjà voir des retombées de la démarche, comme le renforcement de certains partenariats ainsi qu'une gouvernance accrue des Premières Nations, qui se fait déjà sentir par exemple dans la gestion du contexte de la pandémie de COVID-19. Elle retient des présentations précédentes qu'on en est à une étape critique du processus, et qu'on doit continuer de bâtir un modèle qui reflète le plus possible les besoins des Premières Nations et les manières souhaitées d'y répondre. Pour ce faire, il faut poursuivre la création de nos partenariats.

Comme plusieurs l'ont demandé, les prochaines rencontres régionales seront plus courtes que celles par le passé, et des sujets précis seront ciblés lors de chacune d'elles. Ces rencontres permettront d'alimenter l'élaboration du nouveau modèle. M^{me} Siouï invite les participants à ne pas hésiter à transmettre leurs commentaires et suggestions sur cette formule.

Elle mentionne que la tournée virtuelle des communautés commencera dès le lendemain avec la communauté d'Essipit. Plusieurs rencontres auront lieu au cours de la prochaine année, tandis qu'on tiendra à jour un calendrier. Toutes les questions et tous les commentaires formulés durant la tournée seront consignés.

Pour ce qui est des autres étapes à venir, l'équipe travaille sur le renouvellement du financement pour les trois prochaines années ainsi que sur la planification des activités et des analyses à réaliser. M^{me} Siouï mentionne que, lors de l'engagement des chefs au début du processus de gouvernance, ceux-ci ont clairement demandé de continuer à travailler sur les priorités existantes. Le protocole d'entente tripartite signé en août 2019 permet d'y travailler. De plus, comme il a été annoncé, une table politique regroupant l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador et le gouvernement du Québec travaillera sur différents enjeux, dont ceux en matière de santé et de services sociaux. On prévoit également de mettre en place des tables techniques. Finalement, les réflexions au sujet du rôle des parties prenantes dans le cadre du nouveau modèle et de l'offre de services de la nouvelle instance régionale en santé et en mieux-être se poursuivront.

7 PRIÈRE DE FERMETURE

Deborah Delisle, aînée de la communauté de Kahnawake, clôt la rencontre. Elle a notamment retenu de la présentation de M. Jock l'importance du lien de confiance qui se bâtit entre les partenaires. Elle a aussi apprécié leur vision selon laquelle les outils qu'ils ont créés dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 seront réutilisés dans l'avenir. M^{me} Delisle explique que la pandémie a entraîné beaucoup de situations d'isolement dans les communautés, dans les familles et auprès des particuliers. Dans les enseignements mohawks, on reconnaît l'importance d'être en paix et d'être dans un bon état d'esprit. Elle souligne le pouvoir du sentiment de reconnaissance envers tout ce qui nous entoure au quotidien. Elle termine en lisant un poème qui exprime la gratitude envers tous les éléments de la Création.

ORDRE DU JOUR

DATE : LE 10 MARS 2021

LIEU : RENCONTRE VIRTUELLE

LIEN : GOUVERNANCE-SSS.ILLUXI.COM/AUTH/LOGIN

MERCREDI 10 MARS 2021

12 h 30	Accueil des participants
12 h 55	Instructions concernant le service d'interprétation simultanée et la logistique de la rencontre
13 h 05	Prière d'ouverture
13 h 10	Mot de bienvenue
13 h 15	Allocution d'ouverture Derek Montour, président du conseil d'administration de la CSSSPNQL
13 h 30	Services aux Autochtones Canada (SAC), Helen Leung, directrice des relations tripartites de la Colombie-Britannique • Expérience des nouveaux modèles de gouvernance des Premières Nations au Canada
14 h 20	Pause
14 h 35	Autorité en sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la Colombie-Britannique – Richard Jock, Directeur général • Partage de l'expérience vécue au cours des sept dernières années
15 h 30	Cellule de crise de la nation innue – chef Bryan Mark • Mobilisation collective en contexte de pandémie
15 h 50	Plénière et discussions
16 h 20	Conclusion – Marjolaine Sioui, directrice générale de la CSSSPNQL
16 h 30	Prière de fermeture

LEÇONS TIRÉES DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (PRÉSENTATION POWERPOINT)

The slide features the logos for 'Services aux Autochtones Canada' and 'Indigenous Services Canada' at the top left. The main title 'Transformation de la santé' is centered in a bold, dark red font. Below the title, the date 'Le 10 mars 2021' is displayed, followed by the text 'Rencontre régionale sur la gouvernance : Leçons tirées de la transformation du système de santé de la Colombie-Britannique'. To the right of the text are five circular photographs: a woman in a patterned scarf, a man in a yellow hard hat, a family with a baby, a young girl, and a person in a white lab coat. At the bottom left, there are five small icons representing different aspects of health and community. The bottom right corner features the 'Canada' logo. The slide has a light blue wavy graphic at the bottom.

Services aux Autochtones Canada Indigenous Services Canada

Transformation de la santé

Le 10 mars 2021

Rencontre régionale sur la gouvernance :
*Leçons tirées de la transformation du système
de santé de la Colombie-Britannique*

Canada



Pourquoi transformer le système de santé?

- La prestation de services de santé aux Autochtones est un domaine de compétence partagée entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones, ce qui est source d'ambiguïté et d'incertitudes.
- Les Autochtones accèdent aux services de santé par une multitude de programmes et de services qui ne sont pas suffisamment coordonnés entre les différents ordres de gouvernement. Cette situation exacerbe l'écart entre la situation des résidents des communautés et des gens qui vivent à l'extérieur de celles-ci, engendre des risques pour les patients et entraîne une utilisation inefficace des ressources.
- La pandémie de la COVID-19 met en évidence la nécessité d'établir des partenariats solides avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour s'assurer que les Autochtones disposent de l'aide nécessaire pour intervenir efficacement en cas d'urgence.
- La transformation du système de santé en Colombie-Britannique et la démarche qui l'accompagne constituent un exemple de ce qui a bien fonctionné et dont nous pouvons nous inspirer.

2



Principaux obstacles auxquels se heurtent les systèmes de santé des Premières Nations

- De nombreuses décisions relatives aux programmes sont prises en dehors des communautés des Premières Nations
- La division des rôles et des responsabilités entre les gouvernements fédéral et provinciaux entraîne une fragmentation des services et des programmes de santé
- Les programmes et les services ne fonctionnent pas aussi efficacement que nous le souhaiterions, ce qui entraîne des lacunes dans les services et des problèmes d'accessibilité
- Insuffisance des données et des outils de production de rapports, de surveillance et de gestion
- Services peu adaptés sur le plan culturel
- Difficulté de collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, et absence de plan pour s'attaquer aux déterminants de la santé

3



Transformation du système de santé en Colombie-Britannique

- Le modèle de transformation de la santé le plus évolué se trouve en Colombie-Britannique, où un accord-cadre tripartite a permis la décentralisation complète des opérations régionales du fédéral et la création d'une nouvelle autorité sanitaire santé des Premières Nations (ASPN) à l'échelon provincial pour prendre en charge les programmes, les services et le personnel de santé des Premières Nations en Colombie-Britannique.
- L'ASPN :
 - est le partenaire de la santé et du mieux-être de plus de 200 communautés des Premières Nations et de leurs membres;
 - est responsable de la planification, de la gestion et de la prestation des programmes de santé offerts auparavant par SAC;
 - est régie par les Premières Nations;
 - collabore avec la province pour coordonner les services de santé.
- Bien que SAC demeure un bailleur de fonds et un partenaire en matière de gouvernance, ce ministère n'assure plus la prestation de programmes depuis octobre 2013.
- Le rôle de l'ASPN ne se substitue pas à pas celui du ministère de la santé et des autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique. L'ASPN collabore avec les autorités provinciales pour coordonner et intégrer ses programmes et ses services de santé avec ceux de la province afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les Premières Nations de la Colombie-Britannique.
- L'ASPN joue un rôle privilégié dans le système provincial, car elle met l'accent sur l'amélioration des services communautaires, l'amélioration de l'accessibilité et l'intégration de ses services avec le système provincial, tout en s'attaquant aux déterminants sous-jacents de la santé.



Cadre de transfert

- L'accord-cadre prévoyait une approche progressive du transfert des responsabilités, ce qui s'est traduit par le transfert des fonctions de l'administration centrale en juillet 2013 et des fonctions régionales en octobre 2013.
- Les sous-accords de l'accord-cadre décrivent les mécanismes juridiques et logistiques du transfert dans les domaines des ressources humaines, des services de santé, des dossiers, des actifs et des logiciels, des locaux, de la planification des immobilisations et de l'innovation.
- SC a apporté une contribution de 17 millions de dollars au titre du Fonds de mise en œuvre pour alléger les pressions financières liées à la phase de démarrage.
- 75 % du personnel de la DGSPNI a accepté des offres d'emploi raisonnables.
- La DGSPNI et l'ASPN ont défini et respecté quatre facteurs de réussite pour le transfert : payer les communautés, minimiser les interruptions de service, payer le personnel et améliorer les services dans la mesure du possible.
- Le transfert n'a occasionné aucune perturbation majeure des services aux communautés et aux clients ou pour les employés dans le cadre de leurs tâches habituelles.
- Stratégie de transition à plus long terme permettant la continuité des services informatiques et le rachat des services de santé non assurés.



Leçons tirées - processus

- **Une approche véritablement tripartite** – L'accent est mis d'une part sur la mise en œuvre d'une approche tripartite plutôt que d'une approche doublement bilatérale dans le cadre des discussions et, d'autre part, sur l'application d'une méthode de travail de type tripartite à tous les niveaux.
- **Une structure tripartite et un secrétariat solide** pour que le travail et la dynamique se poursuivent entre les rencontres et pour prendre des mesures, exercer des fonctions politiques, et rechercher et appliquer des orientations visant l'atteinte de priorités communes.
- **Approche progressive**, échelonnée dans le temps, reposant sur la réalisation de plans et d'accords successifs en matière de santé pour que tout le monde soit sur la même longueur d'onde et que chaque partenaire puisse obtenir la rétroaction de son organisation et l'approbation des documents.
- **Apprentissage partagé et approches communes**, sachant que le nouveau modèle de gouvernance de la santé ne peut être conçu en vase clos par un seul partenaire, étant donné le partage des rôles et des responsabilités en matière de santé et l'objectif général d'une meilleure coordination des services dans l'ensemble des systèmes de santé.
- **Transfert, transition, transformation** tenant compte du fait qu'il s'agit d'une entreprise commune qui prendra du temps, mais que le nouveau partenariat et l'engagement soutenu des partenaires permettront de progresser.



Leçons tirées - gouvernance

- **Conception du modèle** en tenant compte de la vision et des objectifs opérationnels (par exemple, les limites géographiques régionales de l'ASPN qui coïncident avec les limites des autorités sanitaires régionales provinciales).
- **L'union fait la force** lorsque l'on cherche à réaliser des gains d'efficacité et des économies d'échelle pour la prestation de services de santé.
- **Pratiques et principes de bonne gouvernance** qui mettent l'accent sur la séparation des fonctions politiques d'une part et opérationnelles et administratives d'autre part, dans le cadre d'une structure organisationnelle qui permet aux Premières Nations d'avoir leur mot à dire sur son fonctionnement, qui est gérée de façon professionnelle et qui est transparente envers ses membres, les Premières Nations.
- **Un partenariat permanent** qui se reflète dans des structures telles que le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations, organe de haut niveau chargé de coordonner et d'harmoniser la planification, la programmation et les services entre SAC, le ministère de la santé de la Colombie-Britannique, les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, l'agent provincial de soins de santé, l'ASPN, le conseil de la santé des Premières Nations (CSPN), l'association des directeurs de la santé des Premières Nations (ADSPN) et les Premières Nations de la Colombie-Britannique.
- **Le rôle résiduel du fédéral** a été plus important que prévu étant donné la nature du partenariat en cours et en évolution, ce qui a permis de s'assurer que les Premières Nations de la Colombie-Britannique restent au fait des initiatives politiques plus larges entreprises à l'échelon national (par exemple, en ce qui a trait à la COVID-19) et au transfert de la DGSPNI de Santé Canada à Services aux Autochtones Canada.



Leçons tirées - mise en œuvre

- **Un transfert de fin d'exercice** au 1^{er} avril est beaucoup plus simple à réaliser qu'un transfert en milieu d'exercice au 1^{er} octobre pour ce qui est des finances, de la vérification et du rapprochement des comptes.
- **Les processus de gestion du changement** doivent être entamés plus tôt, en accordant une attention particulière aux moyens et aux communications nécessaires pour informer le personnel et les partenaires de la progression des discussions relatives à la gouvernance, du calendrier et des répercussions sur l'organisation et le personnel.
- **Stratégie innovante de transition à long terme pour la gestion de l'information (GI), les TI et les SSNA** au moyen d'un accord de continuité des services de GI/TI (qui a pris fin en 2015) et d'une Entente de services de prestations de santé (qui a pris fin en 2019).
- **La mobilisation des Premières Nations autonomes et les relations avec celles-ci** prendront plus de temps pour évaluer les répercussions et les implications éventuelles de la démarche, y compris pour les Premières Nations qui sont en train ou sur le point de conclure un accord d'autonomie gouvernementale au moment du transfert.
- **Les nouveaux programmes et services fédéraux** doivent être conçus et mis en place dans l'optique d'un transfert. Leur intégration dans les structures et les systèmes fédéraux pourrait entraîner des complications supplémentaires au moment du transfert.



Évaluation de l'accord-cadre

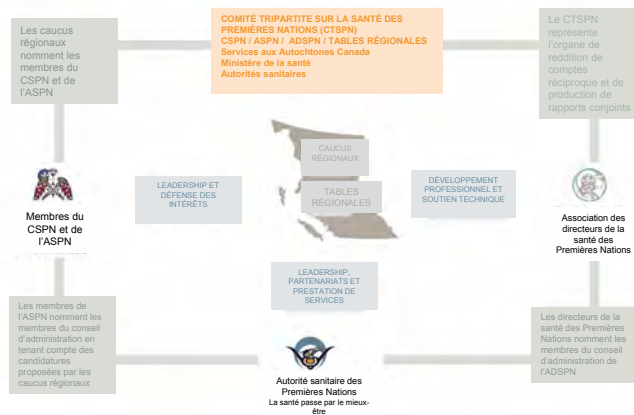
- L'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* (2011) prévoit un engagement à réaliser une évaluation conjointe de l'initiative tous les cinq ans.
- La première évaluation (2013-2018) a été publiée en même temps que le forum provincial annuel sur la santé des Premières Nations, intitulé « Gathering Wisdom for a Shared Journey ».
- Le rapport d'évaluation et les études de cas qui l'accompagnent permettent de réfléchir aux résultats obtenus et aux enseignements tirés jusqu'à présent, et contribueront à définir les prochaines orientations de l'initiative.
- Les résultats de l'évaluation confirment que d'importants progrès ont été réalisés, mais qu'il reste encore beaucoup à faire pour observer des résultats sur le plan du rendement du système de santé et des résultats.
- Le rapport se trouve à l'adresse suivante : <https://www.fnha.ca/Documents/Evaluation-of-the-BC-Tripartite-Framework-Agreement-on-First-Nations-Health-Governance.pdf>
- La première évaluation organisationnelle indépendante quinquennale de l'ASPN se trouve à l'adresse suivante : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Evaluation-Report.pdf>



Merci!



Annexe A - Structure de gouvernance de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique



Reddition de comptes réciproque :

Travailler à différents niveaux pour définir des objectifs communs et pour que chacun puisse déployer efficacement sa part du système de santé en vue d'atteindre ces objectifs, tout en reconnaissant le fait que nos travaux sont interdépendants et liés les uns aux autres.

Chaque partenaire doit rendre des comptes aux autres pour ce qui est de la mise en œuvre et de la gestion effective de ses responsabilités et de ses systèmes en vue d'atteindre les objectifs communs.



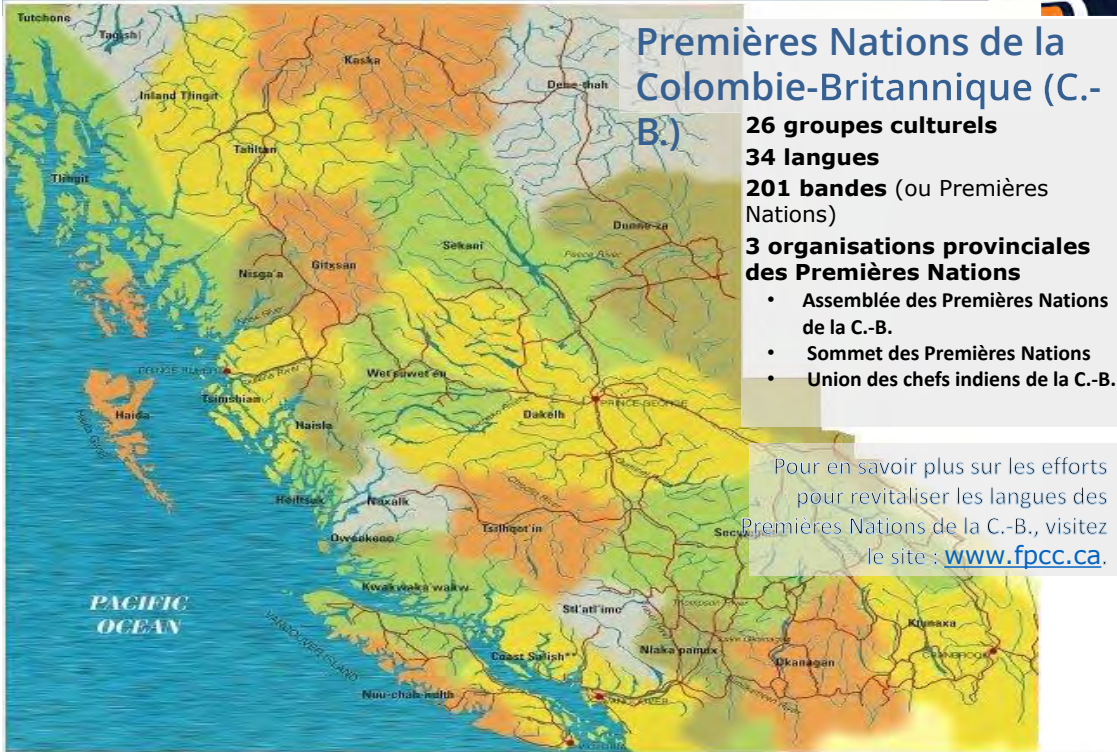
Annexe B - aperçu de la transformation du système de santé

- Au pays, la transformation du système de santé prend différentes formes et de l'ampleur.
- Voici quelques exemples de modèles de gouvernance de la santé qui visent un transfert de la conception et la prestation des services de santé aux établissements autochtones :
 - Au Manitoba, SAC aide Keewaytinook Okimakanak à prendre en charge ses services de soins primaires communautaires en ayant recours à un nouveau modèle de prestation de services.
 - Protocole d'entente avec Wicekaskosiw Sakahikan Nehiyaw Askiy (nation crie d'Onion Lake, en Saskatchewan) visant à créer un nouveau type d'accord de financement qui renforcera le contrôle de la nation crie sur les services de santé dans le cadre d'une relation respectueuse du traité.
 - Un protocole d'entente tripartite a été conclu avec l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador et le gouvernement du Québec en vue de mettre sur pied une nouvelle organisation dirigée par les Autochtones qui sera responsable de la prestation des services sociaux et des services de santé.
 - La Nation Nishnawbe Aski travaille sur un accord tripartite de transformation du système de santé pour 49 communautés des Premières Nations du Nord de l'Ontario. Une table d'action conjointe a été créée pour guider ce processus.



AUTORITÉ SANITAIRE DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE – LE PARCOURS (PRÉSENTATION POWERPOINT)





Premières Nations de la Colombie-Britannique (C.-B.)

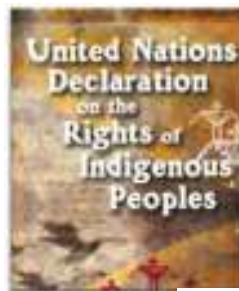
- 26 groupes culturels**
- 34 langues**
- 201 bandes** (ou Premières Nations Nations)
- 3 organisations provinciales des Premières Nations**
 - Assemblée des Premières Nations de la C.-B.
 - Sommet des Premières Nations
 - Union des chefs indiens de la C.-B.

Pour en savoir plus sur les efforts pour revitaliser les langues des Premières Nations de la C.-B., visitez le site : www.fpcc.ca.

La relation du gouvernement avec les peuples autochtones

« Avant de rejoindre les grands chefs qui sont partis avant nous, oh Canada, je verrai ces choses se réaliser. Je verrai nos jeunes braves et nos chefs siéger dans les tribunaux et au gouvernement, dirigeant et dirigés à la lumière de la connaissance et des libertés de notre grand pays. »

- Chef Dan George, « Lamentation sur la Confédération »



Truth and Reconciliation Commission of Canada
Calls to Action



Relations – entre nos communautés et avec nos partenaires

Série d'ententes politiques, juridiques et opérationnelles progressistes qui permettent de nouer progressivement un véritable partenariat en matière de santé



Prise de décisions collective des Premières Nations **fondée sur le consensus.**
Processus de reconstruction des nations par la **gouvernance collective.**

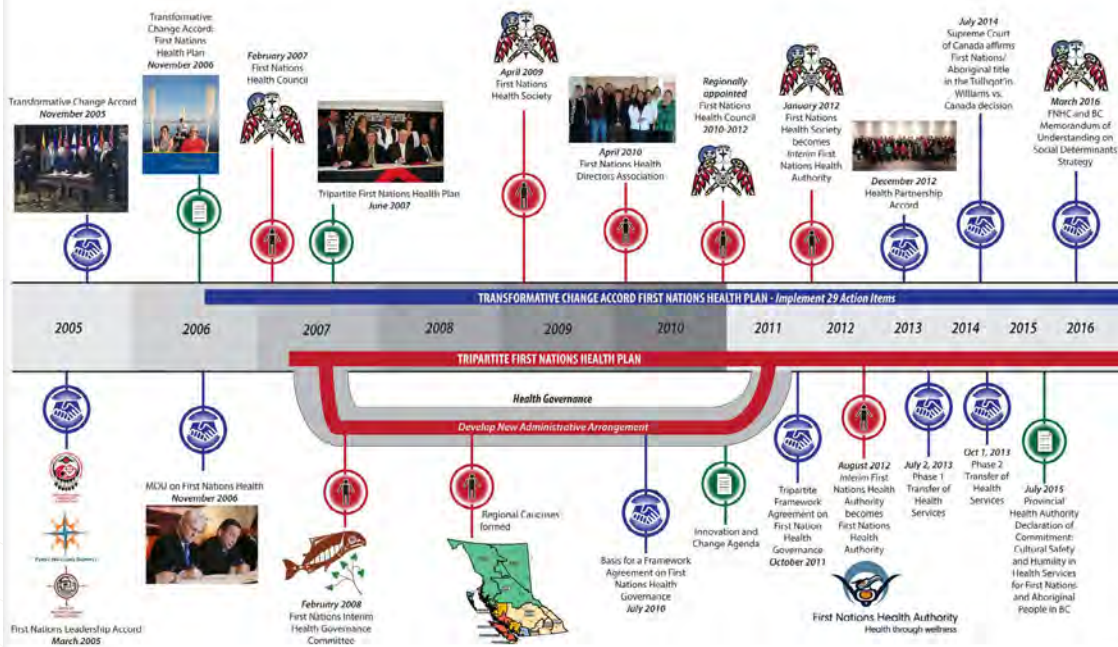


« La santé et le bien-être de mon peuple dépendent de ma capacité à travailler avec chacune des personnes dans cette salle. »

- Chef Douglas White III
Kwulusuitun



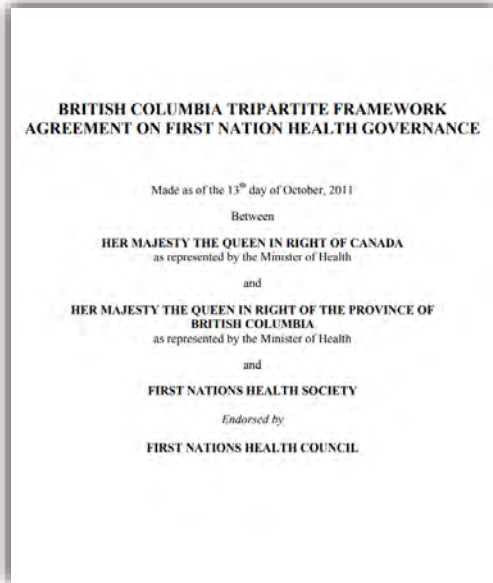
Notre parcours





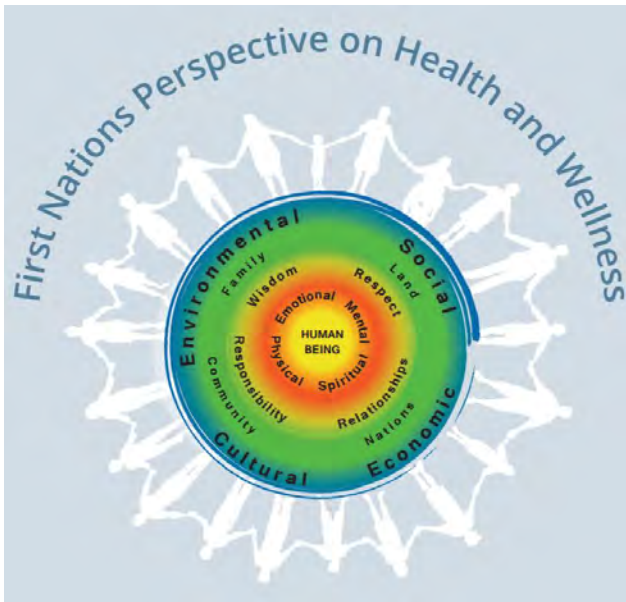
Cadre de transfert

- Entente-cadre fournie pour un transfert graduel qui a donné lieu au transfert des **fonctions du siège social** en **juillet 2013** et des **fonctions régionales** en **octobre 2013**.
- Ententes auxiliaires décrivant les mécanismes légaux et logistiques du transfert dans les domaines **des ressources humaines, des services de santé, des dossiers, des actifs et logiciels, de l'hébergement, de la planification des immobilisations et de la novation**.
- Stratégie de transition à long terme** permettant une continuité des services de TI et un rachat des Services de santé non assurés.
- Fonds de mise en œuvre de 17 millions de dollars** pour la phase de démarrage.



Structure de gouvernance en santé des Premières Nations



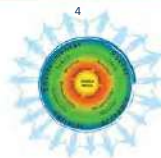


Reconnaît que la santé des êtres humains est inextricablement liée aux contextes internes et externes (dimensions du mieux-être, valeurs, grands déterminants du mieux-être, relations avec les personnes et le territoire).



FIRST NATIONS POPULATION HEALTH & WELLNESS INDICATORS (2017-2027)

SOCIAL CULTURAL ECONOMIC ENVIRONMENTAL	HEALTH SYSTEMS	LAND FAMILY NATIONS COMMUNITY	MENTAL PHYSICAL SPIRITUAL EMOTIONAL	HEALTH & WELLNESS OUTCOMES	TRANSFORMATIVE CHANGE ACCORD FN HEALTH PLAN
Education: graduation rates Food security Adequacy of housing Cultural Wellness <ul style="list-style-type: none"> Traditional language Traditional foods Traditional medicine/healing Sense of belonging to one's community 	Experience of cultural safety & humility in receiving health services Avoidable hospitalizations (ambulatory care sensitive conditions)	Decision-making, human and economic capacity Ecological health: <ul style="list-style-type: none"> % of undisturbed habitat Abundance of culturally important species (salmon, moose, elk) # of animals that can be harvested in a season 	Level of physical activity Number of children with healthy teeth (no cavities) Smoking commercial tobacco	Healthy infant birth weights Alcohol-related deaths Serious injuries requiring hospitalization Self-reported mental/emotional well-being	Infant mortality Children with healthy Body Mass Index (BMI) Youth suicide Diabetes prevalence Age-standardized mortality rate Life expectancy Number of practicing, certified FN HCPs



Principales activités de transfert



Construire des systèmes et une structure solides

Construire l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) (développement organisationnel)

Systèmes de messagerie instantanée et de TI
Systèmes financiers
Systèmes de RH

Prendre en charge les actifs

Immobilier et hébergement

Ressources financières et humaines

Prendre la relève des programmes et des services

Services de santé des Premières Nations (SSNA)

Tous les programmes et services actuels de la DGSPNI

Ententes de cotisations

Créer une culture organisationnelle commune

Partenariats pour la gouvernance en santé et le système de santé

Partenariats pour la gouvernance en santé

Premières Nations :

- Engagement continu et processus de prise de décisions – échelle des communautés, des nations ou sous-régions, des régions et des provinces
- Plans en santé et en mieux-être à l'échelle des communautés, des nations et des régions

Gouvernement provincial :

- Lettre annuelle de responsabilisation mutuelle avec le ministère de la Santé
- Lettre annuelle d'entente avec le ministère de la Santé mentale et des Toxicomanies
- Conseil de projet conjoint
- Accords de partenariat avec les autorités sanitaires
- Programmes entre chefs de la direction
- Ordres de réglementation

Gouvernement fédéral :

- Vision partagée et entente commune annuelles
- Forum entre vice-présidents et directeurs généraux

Partenariat tripartite :

- Comité tripartite sur la santé des Premières Nations

Partenariats pour le système de santé

Partenariats nationaux :

- Institut canadien d'information sur la santé
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
- Instituts de recherche en santé du Canada
- Commission de la santé mentale du Canada
- Partenariat canadien contre le cancer
- Agence de la santé publique
- Collège canadien des leaders en santé

Partenariats provinciaux :

- BC Cancer Agency
- Providence Health Care
- BC Patient Safety & Quality Council
- Université Simon-Fraser (Chaire de recherche)
- Université de la Colombie-Britannique (Chaire de recherche)



Accord de partenariat en santé

Éléments de notre vision commune :

- Les Premières Nations de la C.-B. font partie de celles qui ont la meilleure santé dans le monde.
- Les Premières Nations de la C.-B. jouent un rôle actif dans la prise de décisions concernant leur mieux-être personnel et collectif et tirent parti de la richesse de leurs traditions.
- Elles ont accès à des services de santé de haute qualité qui font partie d'un système de mieux-être global.

Notre engagement envers la gouvernance :

- Soutenir une nouvelle structure de gouvernance en santé des Premières Nations
- Reconnaître les décisions prises par les Premières Nations
- Entretenir les partenariats visant une meilleure intégration du système de santé

Responsabilisation réciproque :

- Nous travaillerons ensemble à toutes les échelles, d'une manière collaborative, en vue d'atteindre nos objectifs communs et de respecter nos engagements individuels et collectifs.
- Chaque partenaire doit rendre compte de ses actions et déployer la partie du système dont il a la charge en vue d'atteindre les objectifs communs.

Partners See Possibilities

The Partners are committed to implementing ongoing innovations, and envision a number of possibilities for health systems transformation, including:

- *Wellness System* – the incorporation of indigenous models of wellness into the health system and a shift in focus from sickness to wellness.
- *Health Planning* – better coordination in health planning and resources from community, sub-regional, regional, and provincial levels, to create better linkages between all levels.
- *Health Services* – the implementation of a high quality, integrated system of community-based public health, primary care, home and community care that is accessible to all and linked to culturally-competent secondary and tertiary care.
- *E-health* – a province-wide e-health system in First Nations communities is fully integrated with the provincial e-health network, and data sharing and health outcome monitoring is more accurate and effective than ever before.
- *Economic Innovation* – opportunities for entrepreneurial ventures, including shared services, are supported. Revenue-generating opportunities are pursued for reinvestment into services. Procurement systems are improved, services and facilities shared and aligned, and joint purchasing power maximized.
- *Cultural Competency* – the workforce that serves First Nations peoples is culturally competent, through an increased number of First Nations health professionals, cultural competency training, the availability of Aboriginal Patient Navigators, and the delivery of culturally-appropriate programs and services by all providers.

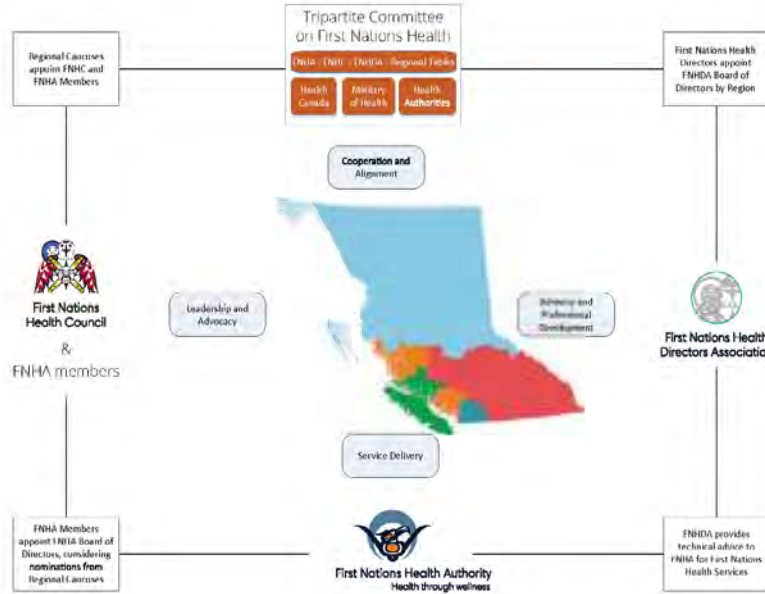
12



Facteurs essentiels à la réussite

- **Rester unis en tant que Premières Nations de la C.-B.**
 - Leadership politique
 - Concertation
- **Établir des relations et de la confiance entre les partenaires**
 - Série d'ententes évoluant au fil du temps
 - Volonté de fournir un financement à long terme pour favoriser l'engagement
- **Se concentrer sur l'administration des services de santé,** et non la compétence, les traités ou les droits autochtones.
- **Reconnaître la responsabilité provinciale** de fournir tous les aspects des Services de santé aux membres des Premières Nations vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.

Structure de gouvernance en santé des Premières Nations



Responsabilisation réciproque : travailler à tous les niveaux pour atteindre nos objectifs communs et respecter nos engagements individuels et collectifs.

Chaque partenaire doit rendre compte de ses actions; il est responsable de la mise en œuvre et du fonctionnement efficaces des systèmes et des éléments dont il a la responsabilité, et il a conscience que le travail des partenaires est interdépendant et interrelié.

Nous nous efforçons non seulement de répondre à nos attentes mutuelles, mais de les dépasser.

14

Notre base commune

Notre vision

Des enfants, des familles et des communautés des Premières Nations de la C.-B. en bonne santé et dynamiques qui font preuve d'autodétermination

Nos valeurs

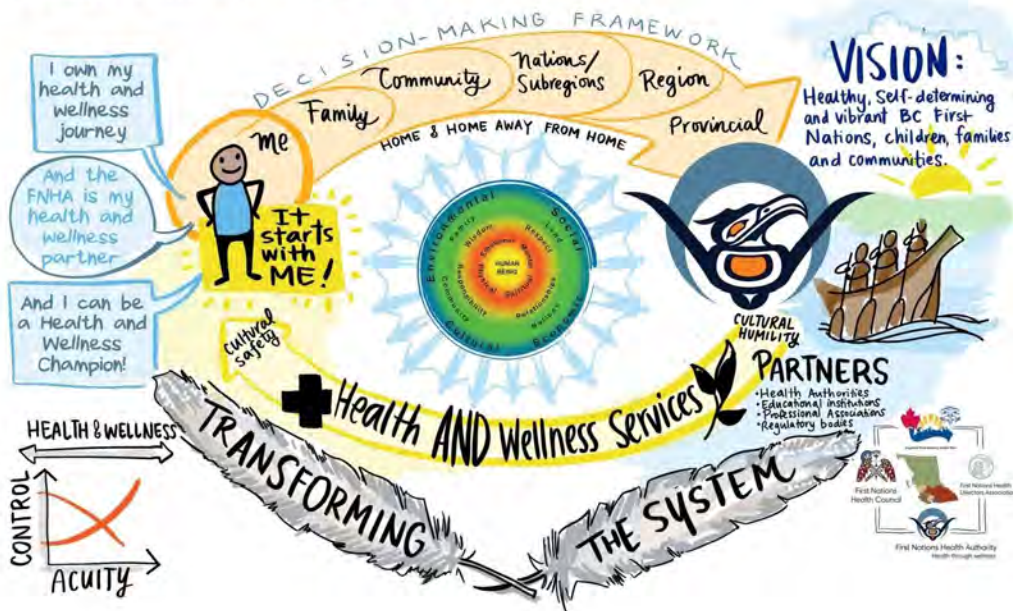
Respect, discipline, relations, culture, excellence et équité

Nos directives

1. Être axé sur la communauté et la nation
2. Accroître la prise de décisions des Premières Nations
3. Améliorer les services
4. Favoriser des collaborations et des partenariats significatifs
5. Développer les capacités humaines et économiques
6. Ne pas porter préjudice aux intérêts des Premières Nations
7. Fonctionner selon des normes opérationnelles élevées

15

Ecosystem of Health and Wellness



10

L'ASPN occupe une place unique dans le système de santé

- D'une certaine manière, l'ASPN est l'équivalent du **ministère de la Santé et de Santé Canada**, puisqu'elle s'occupe du développement des politiques et de la planification stratégiques pour l'ensemble du système de santé des Premières Nations.
- Par certains aspects, l'ASPN ressemble à l'**autorité provinciale de santé**, puisqu'elle fournit certains services à toute la population des Premières Nations de la province ainsi que certains services partagés dans tous les centres de santé des Premières Nations de la C.-B.
- L'ASPN a également des points communs avec les **autorités régionales de la santé**, car elle prend en charge la planification et la prestation de services de santé à l'échelle locale et régionale.
- L'ASPN agit simultanément à tous les niveaux du système de santé afin de faire avancer les priorités à l'échelle du système dans un esprit de responsabilisation réciproque, qui comprend la sécurisation et l'humilité culturelles.

Ministère de la Santé/
Santé Canada

Ministère de la Santé
mentale et des
Toxicomanies

Autorité sanitaire
provinciale

Autorités sanitaires
régionales

ASPN

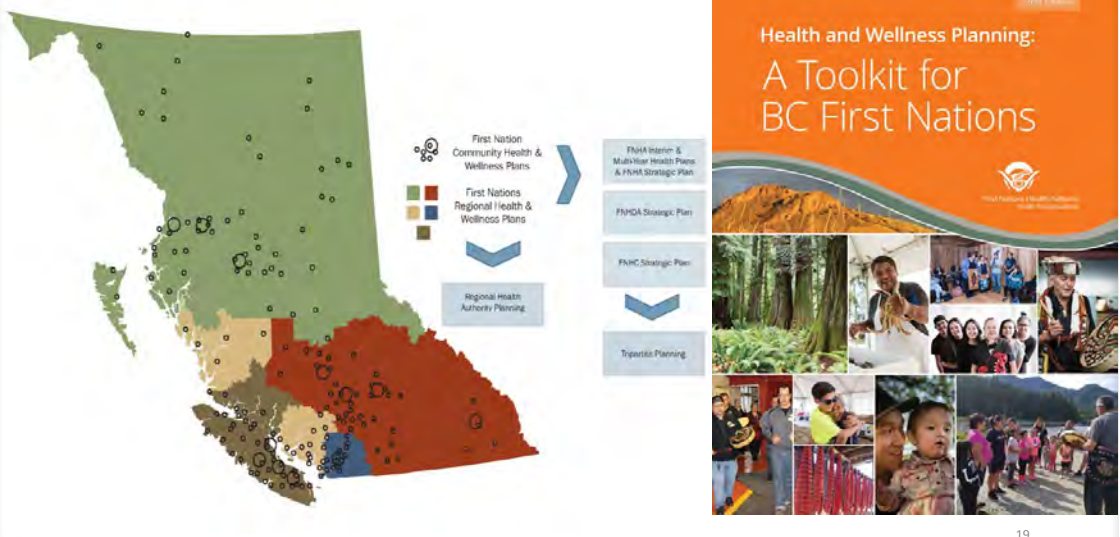
Approche de l'ASPN : prise de décisions des Premières Nations

- « Rien pour nous sans nous »
- ASPN créée par les Premières Nations pour les Premières Nations afin de proposer une perspective globale des Premières Nations sur la santé et le mieux-être
- Donne les moyens aux personnes, aux familles et aux communautés de faire preuve d'autodétermination
- 7^e autorité sanitaire de la C.-B. Société à but non lucratif en vertu de la *Society Act* de la C.-B. L'autorité de l'ASPN découle du **droit inhérent** des Premières Nations à l'autodétermination.
- Agit simultanément à tous les niveaux du système de santé
- Exprime la vision des Premières Nations sur la santé et le mieux-être, et établit des politiques qui répondent aux besoins des Premières Nations



Approche de planification des Premières Nations

Un modèle de planification complet fondé sur les plans et les priorités communautaires et régionales





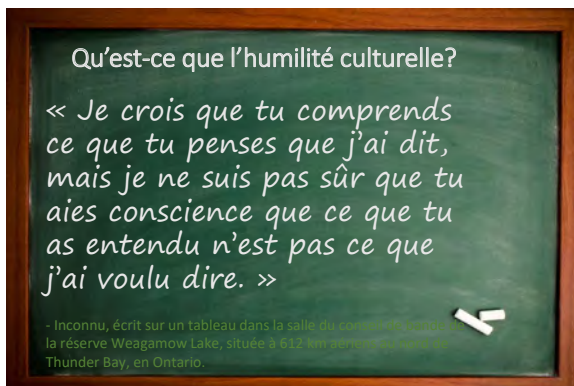
Lutte contre le racisme, sécurisation et humilité culturelles

- En collaboration avec ses partenaires, l'ASPN a fait progresser la sécurisation et l'humilité culturelles en C.-B. sur un certain nombre d'années.
- Son travail évolue et porte maintenant sur la lutte contre le racisme, en plus de la sécurisation et de l'humilité culturelles.
- L'ASPN collabore avec nos partenaires pour la gouvernance en santé sur un plan d'action préliminaire qui met l'accent sur l'innovation et les priorités régionales, les réponses des Premières Nations et l'excellence des services.
- L'ASPN est en négociation avec le ministère de la Santé de la C.-B. sur le rapport *In Plain Sight* et participe aux discussions nationales sur le racisme envers les Autochtones.







Déclaration d'engagement : la sécurisation et l'humilité culturelles dans les services de santé pour les Premières Nations et les Autochtones en C.-B.

- **Compétence culturelle** : ce que nous nous efforçons d'obtenir
- **Sécurisation culturelle** : l'espace créé par un cœur et un esprit ouverts
- **Humilité culturelle** : la seule façon de s'y prendre
- **Composante clé** : l'appui apporté à la lutte contre le racisme, qui est une priorité



FNHA's vision for Cultural Safety & Humility

The FNHA envisions a future where First Nations people have a new relationship with their care providers.

-  One which is based on mutual respect, understanding and reciprocal accountability.
-  One that provides an understanding of what Health & Wellness means to the First Nations people that are seeking care that we are responsible to provide.
-  One that resets the balance of power between a care provider and the client we are here to serve, clients who deserve respect and have a right to access the best service we are able to deliver.
-  One that provides for a health system that has mechanisms that proactively and effectively addresses appropriate actions and behaviours within the operations of the various health institutions.

And we will know that we've achieved cultural safety when the voice of the people receiving our services tells us we have.



Cultural Safety and Humility Resource Booklet (livret de ressources sur la sécurisation et l'humilité culturelles – en anglais) : www.fnha.ca/culturalhumility

Établir un ancrage profond dans le système de santé

Ancrer en profondeur la sécurisation et l'humilité culturelles dans les services de santé de la C.-B. dans le cadre du programme de qualité et de sécurité de l'ASPN

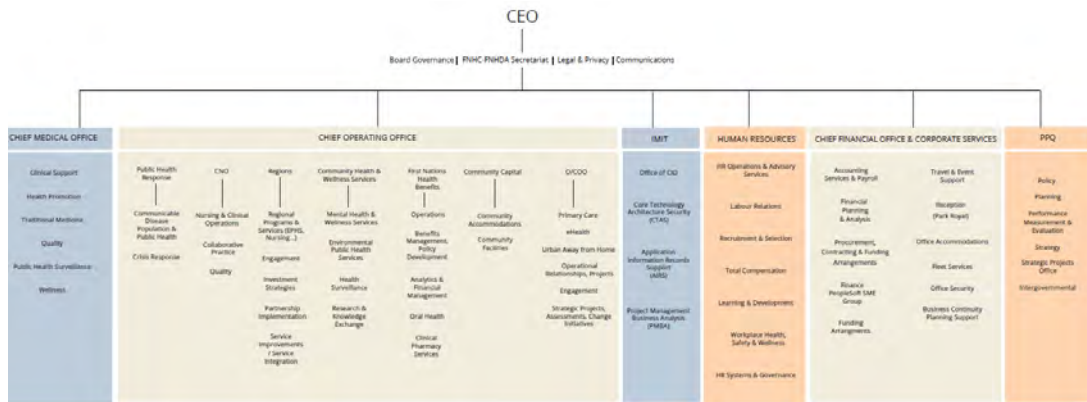
Institutions et organismes ayant des responsabilités envers les Premières Nations

- ✓ Ministère de la Santé
- ✓ ASPN
- ✓ 5 autorités sanitaires régionales
- ✓ 1 autorité sanitaire provinciale
- ✓ Organismes et ordres réglementaires
- ✓ Partenaires du système de santé
- ☐ Associations du système de santé
- ☐ Établissements d'enseignement





Structure de l'ASPAN – mars 2021



GOAL 1
ENHANCE FIRST NATIONS HEALTH GOVERNANCE



GOAL 2
CHAMPION THE BC FIRST NATIONS PERSPECTIVE ON HEALTH AND WELLNESS



GOAL 3
ADVANCE EXCELLENCE IN PROGRAM AND SERVICES

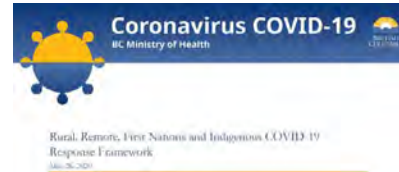


GOAL 4
OPERATE AS AN EFFICIENT, EFFECTIVE, AND EXCELLENT FIRST NATIONS HEALTH ORGANIZATION



Fait saillant : appuyer la réponse du système au moyen de partenariats

- Publication du cadre d'intervention provincial en réponse à la COVID-19 pour les régions rurales, isolées et autochtones.
- Agents de liaison de Emergency Management BC et de l'ASPN intégrés au centre provincial de coordination des urgences et aux centres provinciaux des opérations d'urgence régionales.
- Trajectoires régionales sur les notifications de cas positifs établies avec les autorités sanitaires régionales et les communautés.
- Communication régulière avec le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales sur la planification liée à la pandémie, p. ex. la capacité d'intensification, la vaccination, les tests de dépistage, l'auto-isolement.
- Partenariat continu avec le bureau régional et national de Services aux Autochtones Canada afin de déterminer le soutien, les services et les ressources nécessaires.



26

Réponse à la COVID-19

Opérations de soins infirmiers :

- Cliniques de vaccination
- Comité provincial sur les opérations stratégiques de transfert des patients
- Planification en vue de la poursuite des activités

Pratiques de collaboration :

- Élaboration de directives cliniques et d'outils d'aide à la prise de décision
- Acquisition d'équipement spécialisé et déploiement de formations pour soutenir les clients
- Mise en œuvre de changements dans les pratiques réglementaires provinciales ou nationales afin d'améliorer l'accès aux soins

Maladie transmissible, population et santé publique :

- Processus mis en place pour soutenir les communautés et les régions et leur donner accès à des équipements de protection individuelle (EPI)
- Soutien pour les cas actifs de COVID-19 dans les communautés
- Collaboration avec les partenaires provinciaux et fédéraux pour la planification et la distribution du vaccin contre la COVID-19
- Collaboration avec les communautés, le ministère de la Santé et les partenaires régionaux pour une recherche de contacts culturellement sécuritaire

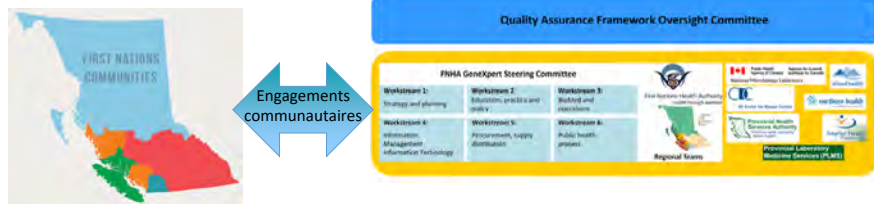


27



Phase I – tests à l'échelle communautaire (avril 2020 à janvier 2021)

- ✓ Accent sur le déploiement de trois systèmes GeneXpert^{MD}
- ✓ Établissement du comité directeur sur les tests à l'échelle communautaire de l'ASPN afin de soutenir le placement des systèmes GeneXpert dans les communautés
- ✓ Établissement du cadre d'assurance de la qualité dirigé par un comité de suivi composé de représentants de l'ASPN et des équipes fédérales, provinciales et régionales



28



Phase I – tests à l'échelle communautaire – réalisations

Mise en œuvre réussie de trois systèmes GeneXpert :


- Île de Vancouver : **conseil tribal Nuu-chah-nulth**, bureau de Tofino (mise en œuvre le 28 octobre 2020)
- Régions du Nord: poste de soins **Kwadacha** (mise en œuvre le 11 décembre 2020)
- Régions intérieures : poste de soins **Ulkatcho** (mise en œuvre le 30 janvier 2021)



29



Phase II – tests à l'échelle communautaire (janvier 2021 à juin 2021)

- Systèmes GeneXperts supplémentaires
 - Quatre reçus de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
 - 1 pour le Conseil de district Kwakiutl 
- ID NOW d'Abbott
 - 10 reçus du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
 - 30 reçus de l'ASPC
 - 20 appareils distribués aux régions
- Panbio d'Abbott
 - 10 100 bandelettes réactives reçues du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
 - 8 800 bandelettes réactives distribuées aux régions

30



Soutien à la communauté

- Publication d'un guide de soutien à la communauté complet détaillant les ressources pour :
 - l'élaboration ou la révision des plans de préparation en cas de maladies transmissibles;
 - la capacité d'intensification des ressources humaines en santé;
 - la prévention et le contrôle des infections, p. ex. commande d'ÉPI, de fournitures de protection contre la COVID-19 pour les services communautaires liés à la santé, d'écrans de plexiglas, de pancartes;
 - le soutien lié au confinement;
 - les aides supplémentaires.
- Élaboration d'un guide de planification en vue de la reprise des services
- Communication régulière avec les chefs et les directeurs de la santé sur des sujets présentant un intérêt particulier
- Financement pour les points de contrôle en santé publique, les suppléments de salaire, la santé mentale et le mieux-être, la recherche de contacts culturellement sécuritaire, et les infrastructures d'auto-isolément

31



Innovation pour des services rapides

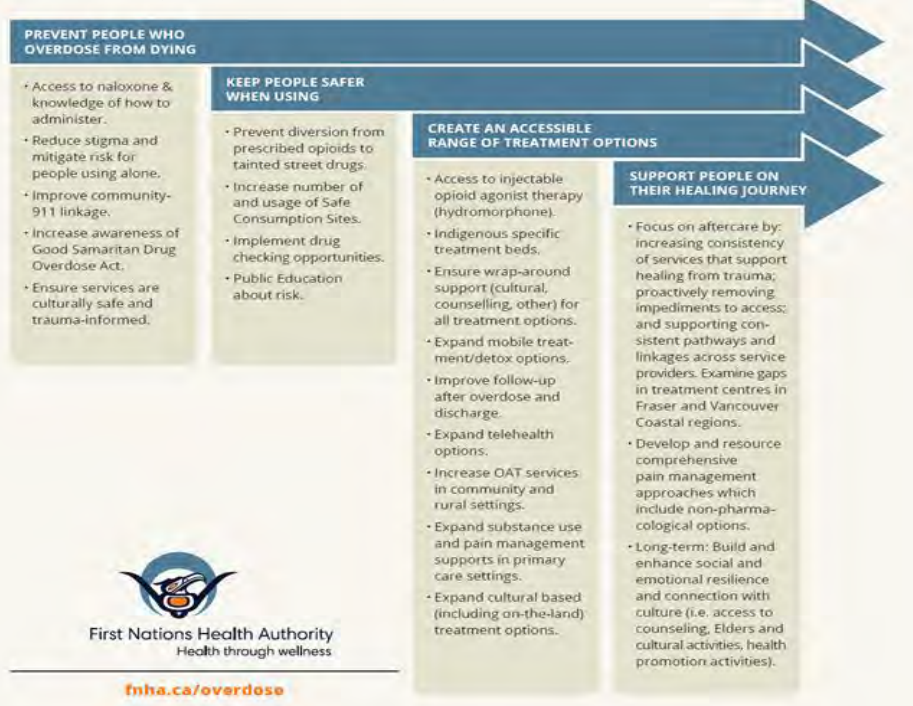
- First Nations Virtual Doctor of the Day (programme de consultations médicales en ligne pour les Premières Nations)
- First Nations Virtual Substance Use and Psychiatry Service (service en ligne lié à la consommation de substances et à la psychiatrie pour les Premières Nations)
- Application mobile de l'ASPN pour la transmission d'informations en temps réel
- Messages de la santé publique – fiches de ressources, webinaires, publicités à la télévision et à la radio, initiative Good Medicine
- Prestation virtuelle de traitements et de services de suivi, et Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens (PSS-RQPI)
- Ressources désignées mises en œuvre pour fournir des services de conseil et du soutien culturel aux équipes et à la direction des centres de soins de santé communautaires
- Tests aux points d'intervention avec les machines Genexpert



32



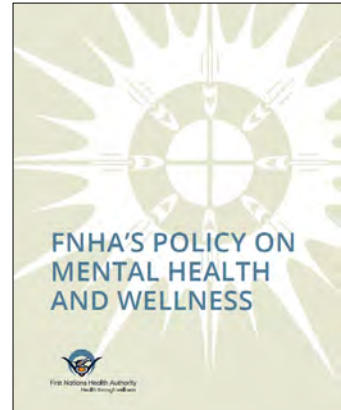
Cadre d'action pour la crise des opioïdes





Aller à la racine des urgences liées aux surdoses

- L'ASPN travaille avec les partenaires du système de santé afin de s'attaquer aux causes fondamentales des urgences liées aux surdoses – des effets continus du colonialisme, y compris les traumatismes et les inégalités en matière de santé, jusqu'à l'approvisionnement en drogues empoisonnées de la C.-B., en passant par la discrimination, le racisme et la stigmatisation.
- Notre réponse est orientée par la **politique sur la santé mentale et le mieux-être** de 2019 de l'ASPN, dans laquelle l'ASPN s'engage à adopter une approche collaborative visant à former un éventail complet de ressources en santé mentale et en mieux-être.



34



Cadre d'action de l'ASPN

MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉES AUX SURDOSES À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME
POUR LES PREMIÈRES NATIONS DE LA C.-B.

4

DOMAINES
D'ACTION

- Empêcher les décès par surdose
- Assurer la sécurité des personnes qui font usage de substances
- Créer un éventail d'options de traitement accessibles
- Apporter du soutien sur le chemin vers la guérison

35

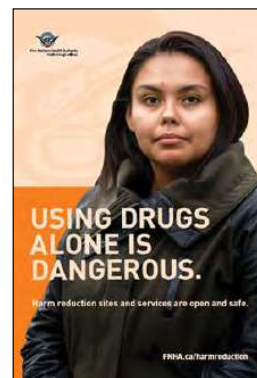
Campagne d'éducation publique pour la prévention des surdoses de l'ASPN

- Lancée le 31 août sur les médias sociaux et le site Web de l'ASPN
- Étendue aux abribus dans cinq villes de C.-B. le 14 septembre

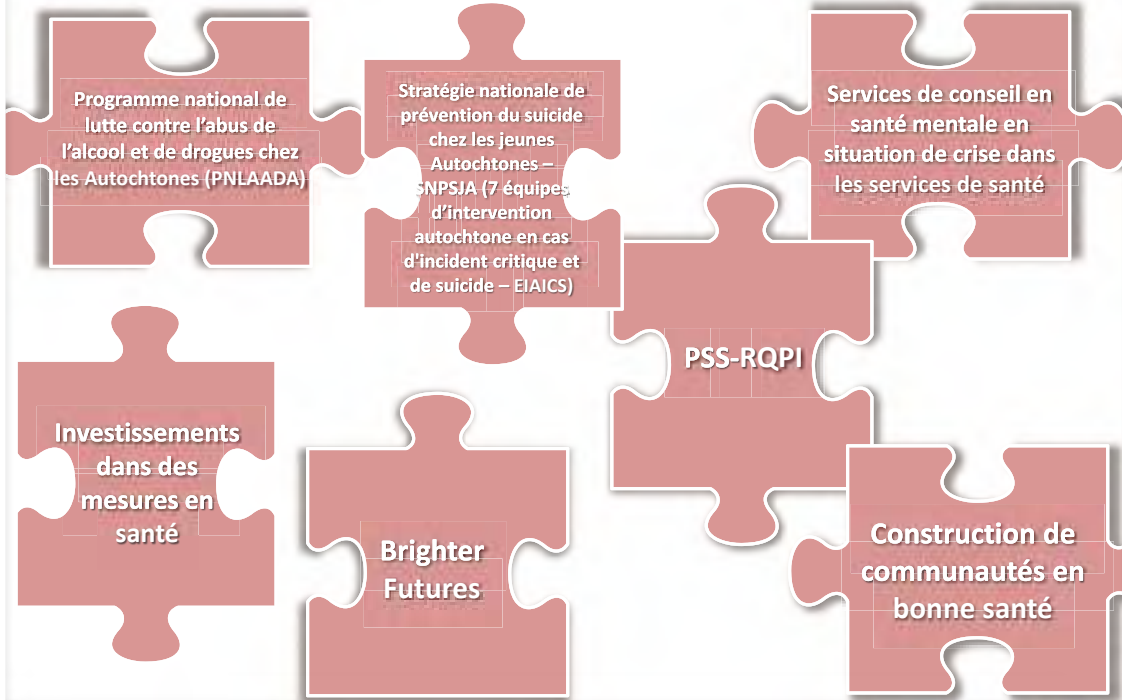


De nouvelles initiatives pour les doubles urgences de santé publique

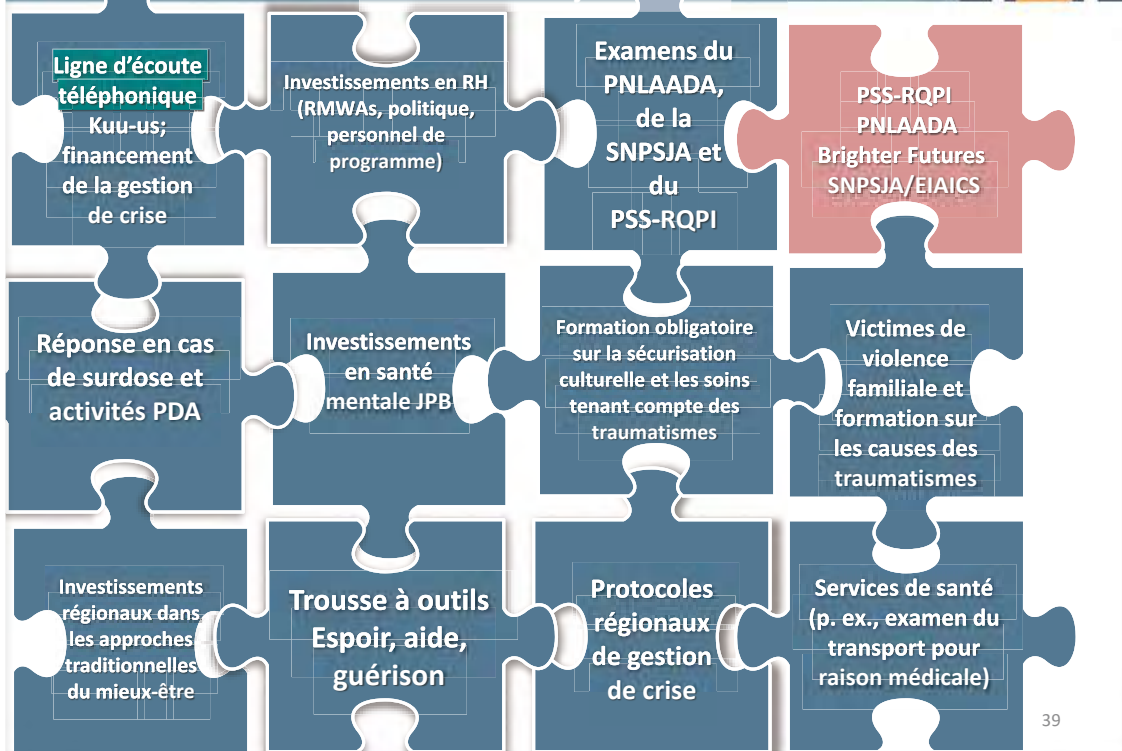
- First Nations Virtual Substance Use and Psychiatry Service (service en ligne lié à la consommation de substances et à la psychiatrie pour les Premières Nations)
- Communauté luttant pour la réduction des préjudices aux Autochtones qui permet de partager des pratiques efficaces de réduction des préjudices aux Autochtones et d'augmenter les capacités communautaires
- Accroître l'investissement dans les intervenants en services de soutien aux pairs en se concentrant sur les points chauds urbains
- Engagement communautaire sur la nécessité de fournir des traitements par agonistes opioïdes injectables dans les communautés
- Étendre la distribution de naloxone en vaporisateur nasal par l'intermédiaire d'une approche communautaire pour les centres de santé
- Campagne de communication diffusée par les médias numériques, dans la presse écrite et à la radio
- Plaidoyer continu pour obtenir des ressources supplémentaires dans le cadre de la crise des opioïdes

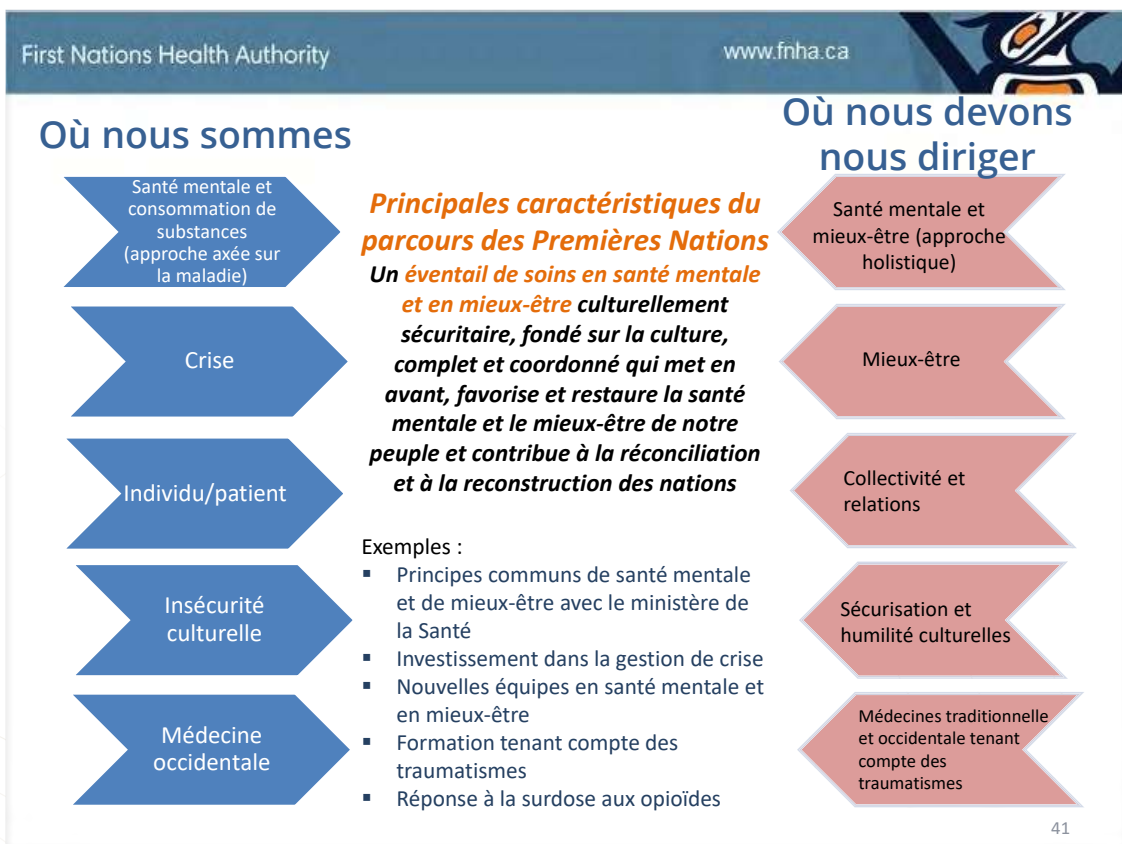
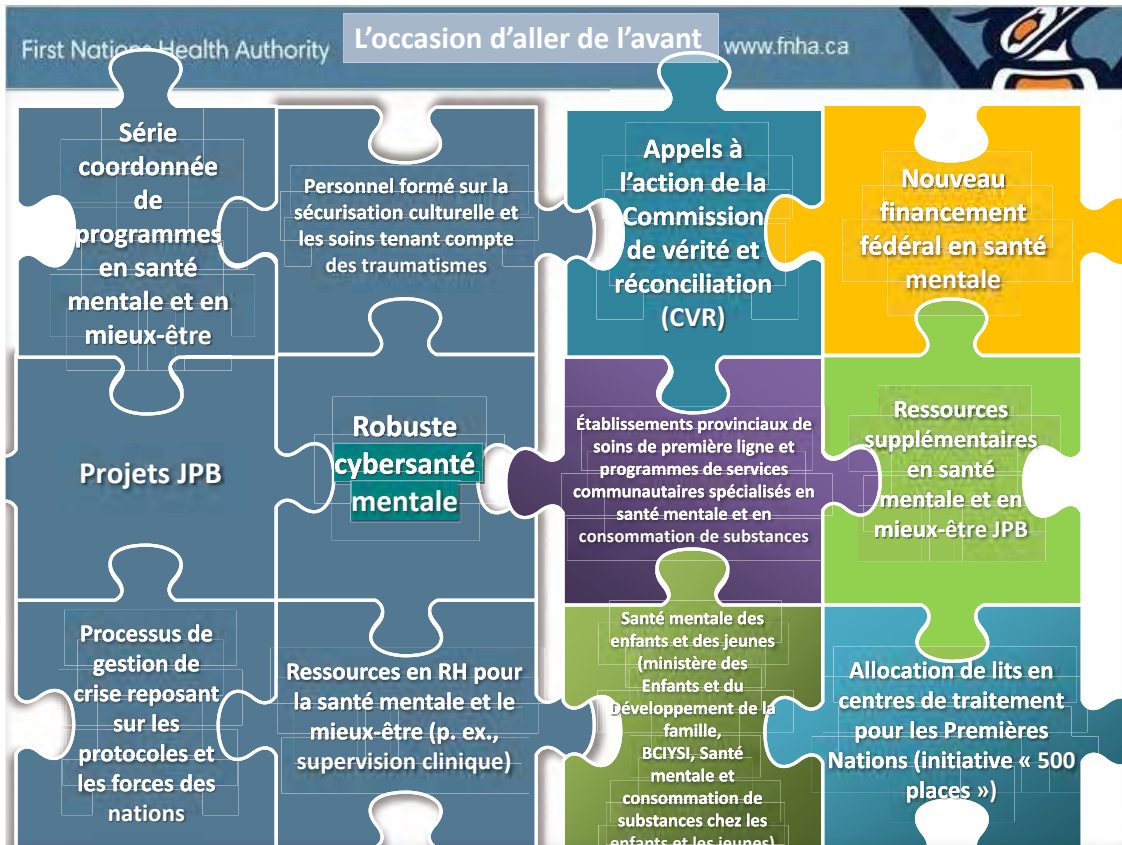


Santé mentale et mieux-être lors du transfert



Santé mentale et mieux-être à l'ASPN aujourd'hui







Santé mentale et mieux-être

Protocole d'entente

- Approche flexible visant à augmenter l'investissement dans la santé mentale et le mieux-être et à faciliter la collaboration entre les agences pour améliorer les résultats en matière de santé parmi tous les déterminants sociaux de la santé
- Mise en œuvre du protocole d'entente qui orientera l'élaboration de l'approche sur dix ans des déterminants sociaux de la santé
- Financement toujours disponible, entente prolongée jusqu'au 31 mars 2022

Jeunes

- L'investissement de la province permet d'apporter des capacités accrues pour la coordination et le soutien des jeunes.
- Cela comprend la création de comités consultatifs régionaux sur la jeunesse, qui visent à s'assurer que les jeunes participent aux décisions concernant les ressources et les priorités en mieux-être.

42



Santé mentale et mieux-être

LBH

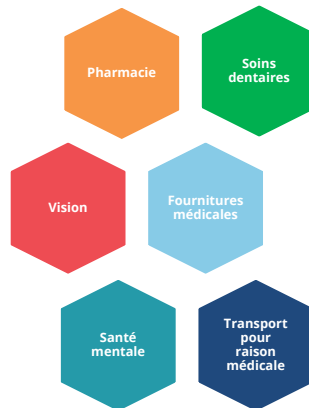
- Investissement de la province de 15 millions de dollars sur trois ans afin de fournir des services de traitement et de guérison culturellement sécuritaires et fondés sur la culture.
- Initiatives à l'échelle des familles, des sous-régions, des nations ou des régions afin d'honorer les forces et la culture locales et de renforcer les capacités sur place
- Fourniture de traitements, dans certains cas, et de services de guérison, dans tous les cas, aux peuples des Premières Nations de toute la C.-B., ces traitements et services étant culturellement sécuritaires et fondés sur la culture

Centres de traitement

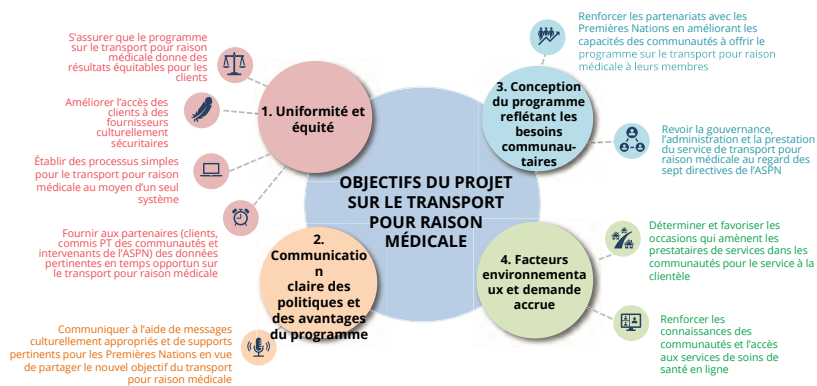
- Les centres de traitement gérés par les Premières Nations continuent de fournir des services pendant la COVID-19
- Capacité réduite pour assurer une distanciation physique et des conditions sécuritaires
- Les centres ont élaboré des approches innovantes afin de fournir des soins virtuels en plus des services sur place
P. ex., ligne de soutien culturel et en santé mentale de Tsow-Tun Le Lum, programme en ligne en matière de toxicomanie et de drogues du Carrier Sekani Family Services (CSFS)

43

Transformation des services de santé



Objectifs du projet de transformation du transport pour raison médicale



Rapport d'avancement pour les régions du Nord

Northern	North Central Interior (Fort St. James)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder engagement</p> <p>Next Milestone: Draft PAR submitted to FNHA and MoH (Nov 30, 2021)</p>
	Gitxsan - Wit'suwit'en	<p>Most recent milestone: PAR approvals</p> <p>Next Milestone: Draft Service Plan and budget submitted to FNHA and MoH (Feb 28, 2021)</p>
	North East / South Peace	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: Draft PAR submitted to FNHA and MoH (Feb 19, 2021)</p>

46

Rapport d'avancement pour les régions intérieures

Interior	Williams Lake First Nations Wellness Centre	<p>Most recent milestone: Service Plan submitted to FNHA and MoH</p> <p>Next Milestone: Service Plan approvals (July 1, 2021)</p>
	FNPC Site 2 (TBD)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: PAR submitted to FNHA and MoH (March 31, 2021)</p>
	FNPC Site 3 (TBD)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: PAR submitted to FNHA and MoH (Nov 30, 2021)</p>

47

Rapport d'avancement pour l'île de Vancouver

Vancouver Island	Nuu-chah-nulth	<p>Most recent milestone: Preliminary Analysis Report (PAR) completion and approvals</p> <p>Next Milestone: Draft Service Plan and budget submitted to FNHA and MoH (Feb 28, 2021)</p>
	North Island (Kwakwaka-wakw)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: Draft PAR submitted to MoH and FNHA (May 31, 2021)</p>
	South Island	<i>Planning for initiation next fiscal year</i>

48

Rapport d'avancement pour la région du Fraser

Fraser Salish	Sts'ailles	<p>Most recent milestone: Service Plan underway</p> <p>Next Milestone: Draft Service Plan and budget submitted to FNHA and MoH (Feb 1, 2021)</p>
	Fraser West	<p>Most recent milestone: Service Plan underway</p> <p>Next Milestone: Service Plan and budget submitted for FNHA and MoH (Feb 28, 2021)</p>
	Fraser South	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: Draft PAR completed (May 31, 2021)</p>

49

Rapport d'avancement pour le littoral de Vancouver

Vancouver Coastal	Nuxalk (Bella Coola)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement</p> <p>Next Milestone: Draft PAR submitted to FNHA and MoH (May 31, 2021)</p>
	Lil'wat/Stl'at'imc (Mt Currie)	<p>Most recent milestone: Preliminary Stakeholder Engagement (Note: Per direction from PM, timeline will need to shift due to COVID vaccine roll out. Updated timelines will be presented on the next summary table.)</p> <p>Next Milestone: Draft PAR submitted for FNHA and MoH (March 31, 2021)</p>

Questions et discussion

Merci

Gayaxsixa (Hailhzaqvla)	Kukwstum'clhkal'ap (St'atimc)
Huy tseep q'u (Stz'uminus)	Tooyksim niin (Nisga'a)
Haawa (Haida)	Kukwstsétsemc (Secwepemc)
Gila'kasla (Kwakwaka'wakw)	čěčəhaθěč (Ayajuthem)
Kleco Kleco (Nuu-Chah-Nulth)	Sechanalyagh (Tsilhqot'in)
k ^w uk ^w stéyp (Nlaka'pamux)	kw'as ho:y (Halqéméylem)
Snachailya (Carrier)	T'oyaxsim nisim (Gitxsan)

GOUVERNANCE EN GESTION DE CRISES SANITAIRES MONDIALES – CELLULE STRATÉGIQUE DE LA NATION INNUE (PRÉSENTATION POWERPOINT)

Gouvernance en gestion de crises sanitaires mondiales

CELLULE STRATÉGIQUE DE LA NATION INNUE

Chef Bryan Mark

Chef d'Unamen Shipu et porte-parole de la nation innue en matière de santé et de services sociaux

Jean-Claude Therrien Pinette

Membre de la cellule pour la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam

Qui sommes-nous?

9 communautés innues au Québec

- Mashteuiatsh
- Essipit
- Pessamit
- Uashat mak Mani-Utenam
- Ekuanitshit
- Nutashkuan
- Unamen Shipu
- Pakua Shipu
- Matimekush–Lac-John

Population totale : 19 000



Nation innue

Un point de rencontre des leaders des communautés

- Une intention politique : l'unité de la nation, tout en respectant nos diversités
- Des communautés isolées (3), semi-isolées (3) et près d'un centre urbain (3)
- Nous travaillons sur des enjeux communs : protection du territoire, protection du caribou, le Plan Nord, les hydrocarbures dans le golfe du Saint-Laurent, etc.
- Nous développons une économie commune : projet éolien Apuiat
- L'intention de poursuivre notre mobilisation au-delà de la pandémie

11 mars 2020

L'OMS déclare la pandémie mondiale de la COVID-19

Contexte :

- Un ennemi commun, invisible et mortel
- Une connaissance de nos vulnérabilités
- Peu ou très peu de connaissances scientifiques au début de la pandémie
- Les plus vulnérables sont les plus affectés (situation en Italie)
- Un virus rapide, sournois et sélectif
- Nous avons l'obligation de tout mettre en œuvre pour assurer notre survie



Cellule stratégique de la nation innue

- Mobilisation politique – 13 mars
- Création d'un espace de réflexion, de dialogue, de partage des connaissances et de développement de nos capacités – 16 mars
- Une approche de travail soutenue par la science avec l'inclusion de médecins spécialistes : D^r Amir Kahir et D^r Stanley Vollant – 18 mars
- Obtention du financement du fédéral – 23 mars
- Premier cas et première éclosion – 27 mars (ITUM)
- Concertation et collaboration avec le réseau de la santé de la Côte-Nord – 28 mars





Nos principes directeurs

- L'entraide (l'humain au cœur de nos actions)
- Partage (d'expertise et de nos préoccupations)
- Collaboration et concertation
- Communication
- Respect
- Compassion
- Mise en œuvre d'une approche inclusive et holistique : santé, volet psychosocial, volet culturel, sécurité publique, etc.
- Être créatif et réfléchir en dehors du cadre existant
- La collaboration et la solidarité sont la base du mode de vie innu et de toutes les Premières Nations dans un contexte de survie ou de menace

Comment?

- En tenant des rencontres en fonction de l'intensité de la pandémie et selon les besoins (première vague : quotidien – deuxième vague : deux fois par semaine)
- En créant des outils de communication communs et en tenant des cellules spécifiques sur les communications
- En prenant en charge les responsabilités de gestion : plan de pandémie adapté, enquêtes épidémiologiques, dépistage, analyses en laboratoire, etc.
- En appuyant et en accompagnant individuellement les communautés (implantation des appareils GeneXpert)
- En partageant nos meilleures pratiques (interdépendance)
- En incluant tous les acteurs concernés dans une approche inclusive : fédéral, provincial (D' Trépanier), municipal, CSSSPNQL, Tshakapesh, CÉGEP, centre d'amitié, représentants des communautés, Mamit Innuat, transport ferroviaire, etc.

Niveaux d'intervention

1- Intervention politique : fédéral, provincial et municipal

2- Intervention technique auprès de SAC (DGSPNI), du CISSS de la Côte-Nord, de la DSP, de l'INSPQ, du laboratoire de Chicoutimi

3- Intervention auprès des organisations : centres de traitement, CSSSPNQL, centre d'amitié, établissements d'enseignement, milieu économique, etc.

Nos apprentissages

- Une gouvernance effective dans la gestion de la pandémie par la volonté politique des communautés innues (y compris pour ceux et celles vivant en milieu urbain)
- La survie du groupe est plus importante que l'individu
- Utiliser nos valeurs millénaires pour guider nos actions et nos réflexions
- Il faut s'organiser avant de se faire organiser, faire preuve de leadership
- Gouverner dans l'intérêt collectif
- Lorsqu'on parle de gouvernance, on parle aussi de concurrence; si l'intérêt premier est le mieux-être des plus vulnérables, il n'y a plus de concurrence
- Nous sommes compétents et en mesure d'assumer les responsabilités pour nous protéger adéquatement contre la COVID-19

Communauté Uashat mak Mani-Utenam: une catastrophe évitée de peu



Avec huit cas confirmés de COVID-19, la communauté autochtone d'Uashat mak Mani-Utenam, sur la Côte-Nord, a bien frôlé la catastrophe en avril dernier.

(Mani-Utenam) Avec huit cas confirmés de COVID-19, la communauté autochtone d'Uashat mak Mani-Utenam, sur la Côte-Nord, a bien frôlé la catastrophe en avril dernier. Avec une population vulnérable et des ménages surpeuplés, les Innus ont pris les grands moyens pour éviter le pire, allant parfois plus loin – et plus vite – que les autorités québécoises. Récit d'une crise évitée.

RUBEN et FLORENCE, 2020 à 5h00

FANNY LÉVESQUE
LA PRESSE

« On est allés plus loin que le gouvernement »

Le plus grand apprentissage
de la gouvernance de la
dernière année :

*« Avoir confiance en soi et faire
confiance aux autres »*

Tshinishkumitinau / Merci



NATION INNUE

UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION

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

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

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

Pour plus d'information, veuillez consulter le site Web au gouvernance.cssspnql.com.

RÉSUMÉ

Les objectifs poursuivis lors de cette rencontre régionale étaient de renforcer la mobilisation des communautés et des organisations autour du processus de gouvernance en santé et en services sociaux ainsi que de mieux comprendre les avantages et la valeur ajoutée d'autres modèles de gouvernance par et pour les Premières Nations. Les participants en ont ainsi appris davantage sur l'expérience vécue en Colombie-Britannique et celle de la nation innue lors de la pandémie de la COVID-19.



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