



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

RAPPORT SOMMAIRE RENCONTRE RÉGIONALE

JANVIER 2020

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 JANVIER 2020

RÉDACTION

Emilie Grantham, CSSSPNQL
Natacha Hervieux, CSSSPNQL

COLLABORATION

Waseskon Awashish, CSSSPNQL
Jean-Denis Gill, CSSSPNQL
Patrice K. Lacasse, CSSSPNQL
Jonathan Leclerc, CSSSPNQL
Jean Levasseur-Moreau, CSSSPNQL
Suzie Nepton, CSSSPNQL
Marjolaine Sioui, CSSSPNQL

RÉVISION

Edgar

GRAPHISME

Mireille Gagnon, CSSSPNQL
Patricia Carignan

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

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être téléchargé à partir du site Web du processus de gouvernance, à 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

Crédit photo: CSSSPNQL et Thinkstock

ISBN: 978-1-77315-287-5

Dépôt légal – 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

© CSSSPNQL 2020

TABLE DES MATIÈRES

1	Accueil et prière d'ouverture	2
2	Mot de bienvenue	3
3	Allocutions d'ouverture	4
4	Mise en contexte	5
5	Présentation du nouveau modèle de gouvernance en santé et en mieux-être	8
6	Atelier – Compréhension du modèle	14
7	Allocution de l'honorable	14
8	Retour sur des éléments de clarification du modèle	16
9	Atelier – Bonification du modèle	17
10	Accueil et retour sur la première journée	18
11	Retour sur l'atelier de bonification	18
12	Présentation des analyses financières	21
13	Mise en œuvre du protocole d'entente tripartite	25
14	Prochaines étapes	27
15	Prière de fermeture	27

ANNEXES

A	Ordre du jour	28
B	Biographie de l'honorable Jane Philpott MD, CMFC, MPH, CP	29
C	Cahier d'atelier sur les fonctions de l'instance régionale et de l'ébauche de la structure de gouvernance régionale	30
D	Résultat de l'atelier sur la bonification du modèle	39
E	Analyse du financement des services de santé et des services sociaux offerts aux Premières Nations du Québec (premier volet) (PowerPoint)	44
F	Analyse du financement des services de santé et des services sociaux offerts aux Premières Nations du Québec (deuxième volet : prévision des besoins) (PowerPoint)	67
G	Mise en œuvre du protocole d'entente tripartite – Liste des enjeux prioritaires	87

LISTE DES COMMUNAUTÉS PARTICIPANTES

AKWESASNE

BARRIERE LAKE

EKUANITSHIT

ESSIPIT

GESGAPEGIAG

GESPEG

KAHNAWAKE

KANESATAKE

KAWAWACHIKAMACH

KEBAOWEK

KITCISAKIK

KITIGAN ZIBI

LAC-SIMON

LISTUGUJ

MANAWAN

MASHTEUIATSH

MATIMEKUSH - LAC-JOHN

NUTASHKUAN

ODANAK

OPITCIWAN

PAKUA SHIPI

PESSAMIT

PIKOGAN

TIMISKAMING

UASHAT MAK MANI-UTENAM

UNAMEN SHIPU

VIGER

WEMOTACI

WOLF LAKE

WÔLINAK

LISTE DES ORGANISATIONS PARTICIPANTES

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS QUÉBEC-LABRADOR

**COMMISSION DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC**

**CENTRES DE TRAITEMENT : MAWIOMI, MIAM UAPUKUN, ONON'TO:KON,
WALGWAN, WANAKI, WAPAN**

ATIKAMEKW SIPI - CONSEIL DE LA NATION ATIKAMEKW

NISHNAWBE ASKI NATION

REGROUPEMENT MAMIT INNUAT

RÉSEAU JEUNESSE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

FAITS SAILLANTS DE LA RENCONTRE

- La rencontre régionale des 21 et 22 janvier 2020, à laquelle ont pris part plus de 100 participants, a été l'occasion de poursuivre le travail de co-construction d'un modèle concret de gouvernance effective en santé et en mieux-être.
- Une présentation suivie de deux ateliers ont permis aux participants de travailler sur la structure de gouvernance régionale et sur les fonctions d'une nouvelle instance régionale en santé et en mieux-être.
- Mme Jane Philpott, qui a occupé diverses fonctions de ministre au sein du gouvernement fédéral, s'est adressée aux participants et leur a offert des conseils tirés de son expérience.
- Deux présentations ont permis de faire le point sur les analyses financières dont le but était de brosser le portrait des coûts actuels et projetés des services de santé et des services sociaux offerts dans les communautés.
- Les participants ont discuté des enjeux qu'ils souhaitent voir prioriser dans un plan d'action soutenant la mise en œuvre du protocole d'entente tripartite signé entre les Premières Nations au Québec et les gouvernements provincial et fédéral.



21 JANVIER 2020

CETTE RENCONTRE RÉGIONALE, QUI MARQUE UN JALON IMPORTANT DU PROCESSUS DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC, S'EST OUVERTE PAR UNE PRESTATION DES BUFFALO HAT SINGERS, UN GROUPE DE TAMBOUR TRADITIONNEL.



1 ACCUEIL ET PRIÈRE D'OUVERTURE

MARJOLAINE SIOUÏ

Directrice générale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Mme Siouï souhaite la bienvenue à tous les participants présents et mentionne le grand nombre de personnes qui se sont déplacées. Elle remercie la nation mohawk pour l'accueil sur son territoire non cédé et présente Mme Jane Gray, qui animera les deux jours de rencontres.

Mme Deborah Delisle, aînée de la communauté de Kahnawake, offre la prière d'ouverture dans sa langue. Mme Delisle souhaite la bienvenue à tout le monde. Elle exprime qu'autrefois, Montréal était un lieu de rassemblement entre les nations. Elle fait le lien avec la présente rencontre, où plusieurs nations se sont rassemblées pour travailler et prendre des décisions sur la gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations. Mme Delisle demande à chacun des participants de réfléchir à l'histoire des Premières Nations et de s'y référer durant les deux jours de travail. Elle mentionne que plusieurs réponses sont présentes dans les cultures des Premières Nations et dans les langues. Par exemple, si nous prenons le mot *famille*, la définition sera différente d'une nation à une autre. En mohawk, le mot *famille* veut dire «le feu et la braise». Elle dit que

toutes les personnes présentes sont ici pour nourrir le feu. Mme Delisle demande aux participants de réfléchir également à la façon d'arriver à être tous dans un même état d'esprit. Elle conclut qu'en combinant un bon état d'esprit et une paix intérieure, les participants pourront continuer à travailler ensemble pour avancer les travaux sur la gouvernance.

2 MOT DE BIENVENUE

Mme Jane Gray souligne le nombre substantiel de participants, ce qui est une bonne indication de l'importance du processus de gouvernance en santé et en services sociaux. Elle revient sur les messages offerts par l'aînée et réitère que les Premières Nations doivent travailler à une meilleure gouvernance pour leurs populations. Mme Gray souligne la présence dans la salle de deux aînées, du chef régional, M. Ghislain Picard, de chefs et de conseillers, de nombreux directeurs de la santé et des services sociaux, de directeurs généraux, de représentants du Réseau jeunesse des Premières Nations du Québec et du Labrador, de directeurs de centres de traitement, de représentants de conseils tribaux et d'invités spéciaux de la Nishnawbe Aski Nation.

Mme Gray rappelle aux participants qu'ils ont l'expérience et les connaissances nécessaires pour contribuer à l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux. Elle mentionne que c'est un dossier complexe pour les personnes qui prennent part à une rencontre régionale pour une première fois, et rappelle que plusieurs documents et outils¹ ont été produits au cours des dernières années. Elle invite les participants à les consulter.

Cette rencontre régionale poursuit le travail amorcé visant l'élaboration d'un nouveau modèle de gouvernance effective en santé et en services sociaux qui permettra l'amélioration de la santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec. Mme Gray rappelle que ce nouveau modèle s'élabore tel un casse-tête : une nouvelle composante s'ajoute à chacune des rencontres régionales. Au cours de ces deux jours, les participants travailleront sur une structure plus détaillée du modèle ainsi que sur les fonctions d'une nouvelle instance régionale.

¹ Toute la documentation est disponible sur le site Internet du processus de gouvernance en santé et en services sociaux : <https://gouvernance.cssspnql.com/>

3 ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

DEREK MONTOUR

Directeur de la santé de la communauté de Kahnawake et président du conseil d'administration de la CSSSPNQL

M. Montour souhaite la bienvenue à tous. Il rappelle que depuis le début du processus de gouvernance, en 2014, les Premières Nations ont travaillé à co-construire un nouveau modèle de gouvernance. Il mentionne que les Premières Nations savent ce qui s'est passé lors de la colonisation et demande à tous de se concentrer sur la beauté de nos cultures. La motivation qui doit nous guider est la situation actuelle de nos communautés. D'un côté, il y a les nombreux défis que les communautés doivent surmonter, et de l'autre, nos forces telles que nos cultures et nos façons de faire. Il demande à tous de se rappeler l'importance du processus de gouvernance et d'être unis dans cette démarche.

M. Montour parle des différents jalons qui ont marqué le processus depuis 2014. Il réitère que cette rencontre régionale fait partie de ces jalons importants. Dans quelques mois, les chefs auront une importante décision à prendre et chacun des participants doit jouer un rôle d'ambassadeur du processus de gouvernance en diffusant de l'information dans leur communauté. Il invite les participants à écouter les autres et à apprendre d'eux.

GHISLAIN PICARD

Chef régional de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)

M. Picard remercie les Buffalo Hat Signers. Il raconte les avoir souvent entendus et dit que c'est toujours une bonne façon de commencer une rencontre. M. Picard demande aux gens présents de prendre un instant pour se rappeler tout ce qui a été fait jusqu'à maintenant dans le cadre de cette importante démarche. Il exprime avoir passé plus de la moitié de sa vie à travailler pour plus de justice. Il réitère lui aussi l'importance de la présence de nombreux chefs et conseillers à cette rencontre.

M. Picard explique que le travail doit être fait en prenant en compte la grande diversité de nos nations. Il y a en effet plusieurs façons de voir la gouvernance. M. Picard souligne que Montréal a été le lieu de la signature d'un important traité en 1701, la Grande Paix de Montréal. Ce sont 39 nations qui se sont présentées à ce moment pour signer un traité avec les Français. Cet exemple nous démontre qu'il est possible de travailler collectivement malgré nos diversités.

M. Picard explique que la grande majorité des rencontres auxquelles il assiste touchent la santé et les services sociaux. C'est un domaine qui nous interpelle tous et qui est prioritaire pour nos communautés. M. Picard parle de la rencontre à laquelle il a pris part la journée précédente et qui a porté sur l'enjeu de reconnaissance par le gouvernement du Québec de la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. Il reconnaît la volonté des chefs qui ont pris part en grand nombre à cette rencontre. Il évoque l'article 19 de la *Déclaration des Nations Unies sur les peuples autochtones*, qui reconnaît le droit des Autochtones à mettre en place leurs propres institutions.

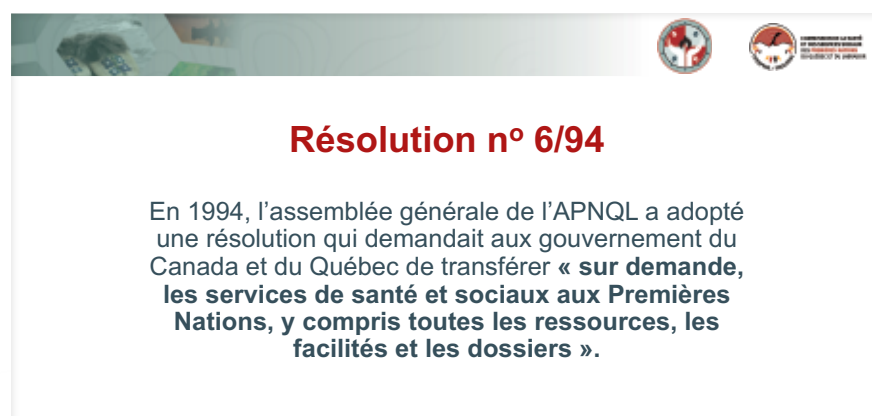
M. Picard explique que les services qui sont offerts à nos populations doivent refléter leurs attentes. Il encourage les Premières Nations à poursuivre leur travail dans cette démarche de gouvernance et il se dit confiant de la capacité des communautés et des organisations à parvenir à cet objectif. Il souligne la présence dans la salle d'une délégation de la Nishnawbe Aski Nation, une organisation politique représentant 49 communautés du Nord de l'Ontario. C'est un privilège de pouvoir partager avec eux nos expériences respectives.

4 – MISE EN CONTEXTE

MARJOLAINE SIOUÏ

Directrice générale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Mme Sioui présente l'origine et les différentes étapes du processus de gouvernance. Elle débute en rappelant que les Premières Nations ont depuis longtemps cet objectif de reprendre le contrôle de leur avenir. Au départ, la CSSSPNQL a été mandatée par les chefs de l'APNQL pour coordonner le processus de gouvernance. Dès le début de la démarche, les chefs ont affirmé que le statu quo n'est plus possible, que les Premières Nations doivent être au cœur des décisions, qu'il faut rapatrier des responsabilités et que tout ce travail doit refléter nos diversités. Elle souligne qu'en 1994, lors de la création de la CSSSPNQL, on parlait déjà de reprise de pouvoir.



Les enjeux d'accès aux services, de conflits de compétences et de juridictions et l'absence de financement pour le développement de capacités sont des éléments qui sont à l'origine de la mise en place du processus de gouvernance en santé et en services sociaux. Il était aussi devenu nécessaire de renouveler les relations avec les gouvernements. Dès le départ, il a été convenu de travailler dans une vision collective tout en favorisant l'autonomie locale. Mme Sioui mentionne que les gouvernements ont imposé des règles qui ne nous conviennent pas. Il y a un consensus entre les Premières Nations de s'affirmer et de se soutenir entre nations. Mme Sioui rappelle les objectifs du processus de gouvernance :



Objectifs

- **Renforcer la capacité de prise de décisions en matière de gouvernance en santé et en services sociaux**, aux niveaux local et régional, des communautés et des organisations des Premières Nations.
- **Renouveler les partenariats** entre les Premières Nations et les institutions gouvernementales selon un modèle de gouvernance effective adapté aux réalités et aux besoins des Premières Nations afin d'**améliorer l'offre et la qualité des services aux niveaux local et régional**.

Il a été convenu par tous que le nouveau modèle de gouvernance devait permettre de desservir la population des Premières Nations, peu importe leur lieu de résidence. De plus, la mise en place d'une nouvelle instance régionale devra soutenir le renforcement des capacités locales.

Mme Sioui évoque qu'en 2006, l'accord de Kelowna promettait aux Premières Nations une augmentation de leurs capacités. Ce souhait ne s'est pas réalisé. Les Premières Nations ont tout de même poursuivi leur réflexion qui a conduit, au Québec, à l'adoption du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*, dans lequel un chapitre porte sur la gouvernance.

En 2014, cette volonté de reprise de pouvoir a été réaffirmée par les chefs de l'APNQL. Ils ont défini la vision, les valeurs et les principes qui guident le processus de gouvernance. Elle explique que les chefs avaient alors demandé de travailler sur cette démarche sans laisser de côté les autres dossiers prioritaires en santé et en services sociaux. Mme Sioui rappelle que puisque le mot « gouvernance » n'est pas commun entre les langues des Premières Nations, une définition² a également été établie.

² La gouvernance a été définie comme « les traditions (normes, valeurs, culture, langue) et les institutions (structures formelles, organisations, pratiques) qu'une communauté ou une nation utilise pour prendre des décisions et atteindre ses objectifs. Au cœur de la notion de gouvernance est la création de systèmes et de processus efficaces, responsables et légitimes où les citoyens expriment leurs intérêts, exercent leurs droits et responsabilités et concilient leurs différences. »

Phase 1 (2014-2016)

RÉFLEXION

La première phase du processus a été un moment de réflexion pour réaliser un portrait de la situation actuelle et a permis l'acquisition de connaissances globales sur les gouvernements et les changements souhaités par les Premières Nations. C'est lors de cette première phase que le modèle de gouvernance tripartite basé sur l'approche de la gouvernance effective a été choisi.

Phase 2 (2016-2017)

APPROPRIATION

La deuxième phase a débuté par le renouvellement de l'appui des chefs. Un portrait des fonctions et des responsabilités de Services aux Autochtones Canada (SAC) a été réalisé. Mme Sioui explique que les représentants des communautés et des organisations ont travaillé à la création de lignes directrices³ qui guident l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance. La deuxième phase s'est conclue par la mise au point d'un modèle général de gouvernance qui met notamment en lumière la création d'une instance régionale et ses interactions avec les communautés et organisations des Premières Nations.

Phase 3 (2018-2020)

CONCRÉTISATION

La troisième phase du processus est celle de la concrétisation du modèle de gouvernance. Il s'agit de préciser chacune des composantes ainsi que les différentes structures à mettre en place, leurs rôles, leurs responsabilités, leur composition et leurs règles de fonctionnement. Un portrait des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés a été réalisé pour montrer ce qui existe et ce qui manque. Lors d'une rencontre régionale en avril 2019, les représentants des communautés et des organisations ont donné des orientations pour le développement du modèle concret. Mme Sioui explique également qu'un inventaire des besoins des communautés et des organisations a été réalisé, de même qu'un portrait du financement des services de santé et des services sociaux offerts dans les communautés. Cette phase se terminera par la présentation du modèle concret aux chefs de l'APNQL.

³ Ces lignes directrices peuvent être consultées ici : https://gouvernance.cssspnql.com/wp-content/uploads/2018/06/lignes-directrices_fev2018_fr_web.pdf.

5 PRÉSENTATION DU NOUVEAU MODÈLE DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

Mme Gray invite les participants à noter ce qu'ils apprécient du modèle présenté, les avantages qu'ils perçoivent, ce qu'ils ont besoin de mieux comprendre à propos du modèle ainsi que leurs préoccupations.



SUZIE NEPTON

Conseillère à la direction générale et à la gouvernance, CSSSPNQL

Mme Nepton revient sur les grands jalons qui ont mené à l'élaboration du modèle de gouvernance concret :

- **Modèle-cadre de gouvernance effective – phase 1:**
L'approche de gouvernance effective qui a été choisie met à l'avant-plan l'implication de tous les acteurs et l'importance de répondre aux besoins des communautés et organisations. Dès le début, il a été convenu que la culture doit être le fondement du nouveau modèle de gouvernance. De plus, les communautés doivent avant tout rendre des comptes à leurs populations.
- **Modèle général de gouvernance – phase 2:**
Ce modèle général a été élaboré en fonction des lignes directrices que les Premières Nations se sont dotées.

– **Exercice sur les fonctions de la CSSSPNQL:**

Un bilan des services offerts par la CSSSPNQL aux communautés et organisations a été dressé, ce qui a permis de constater son évolution depuis sa création.

– **Exercice sur les fonctions de SAC:**

Cet exercice a permis de mieux comprendre le travail du ministère et les fonctions mises en œuvre pour répondre à sa mission.

– Analyse des rapports et des mémoires de la CSSSPNQL.

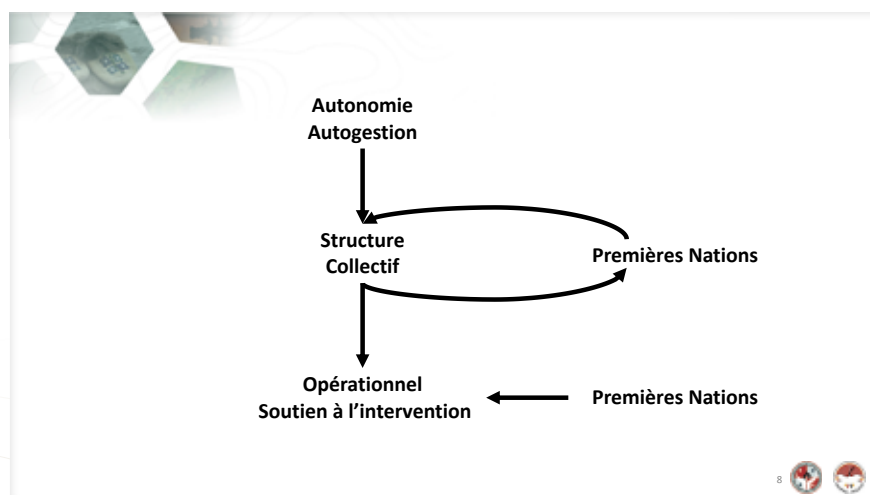
Mme Nepton explique que l'ensemble de ces travaux a permis de cerner les besoins des communautés et des organisations et de soulever des hypothèses de services à offrir par une nouvelle instance régionale en santé et en mieux-être. Afin de développer le modèle concret à partir de ces hypothèses, Mme Nepton rapporte qu'il y a eu un besoin de s'adjoindre une expertise en développement organisationnel, et on a fait appel à l'expertise interne de la CSSSPNQL pour y réfléchir.

JEAN-DENIS GILL

Coordonnateur de projets organisationnels, CSSSPNQL

M. Gill explique que l'autonomie et l'autogestion sont au cœur du fonctionnement de l'instance régionale. Cette instance régionale travaillera à deux niveaux:

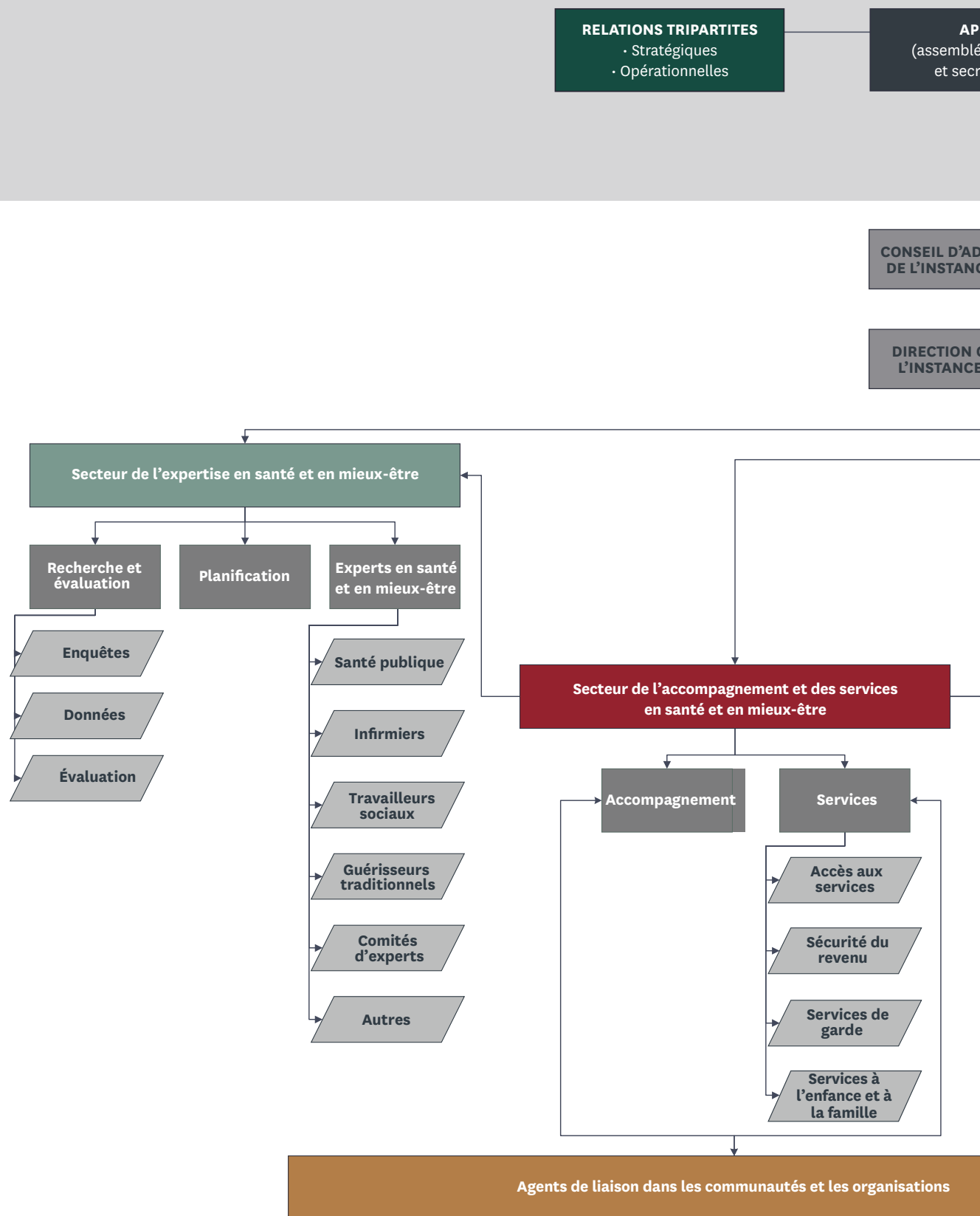
- 1 Niveau structurant: Élaborer de guides et de façons de faire qui bénéficieront à l'ensemble des communautés.
- 2 Niveau opérationnel: Soutenir l'intervention.

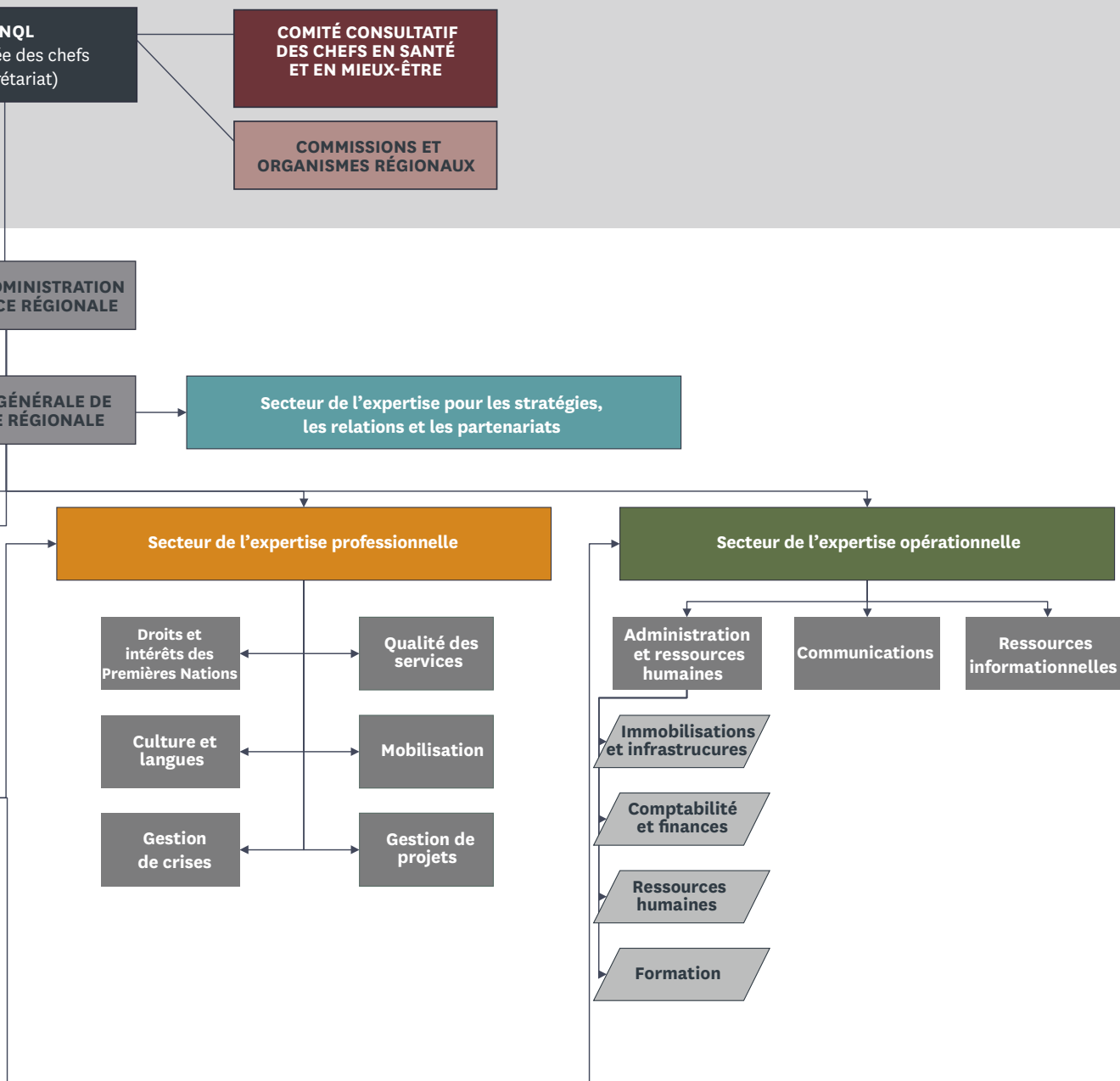


M. Gill mentionne que le schéma de l'instance régionale qui est présenté ne doit pas être perçu comme un organigramme, mais plutôt comme une illustration des grandes fonctions de l'instance régionale.

STRUCTURE

INSTANCE RÉGIONALE EN SANTÉ ET EN BIEN-ÊTRE





Comme convenu par les représentants des communautés et des organisations qui ont contribué à son élaboration, la nouvelle instance régionale sera au service des communautés et des organisations des Premières Nations. Elle soutiendra la prise de décisions en fonction des priorités et des besoins locaux. Au même titre que l'ensemble des parties prenantes du modèle de gouvernance effective en santé et en mieux-être, son objectif sera l'amélioration de la santé et du mieux-être des Premières Nations. Elle sera constituée autour de cinq grandes fonctions nommées, pour le moment, comme des secteurs d'expertises.

La description des fonctions et des services offerts par chacun des secteurs se trouve dans le cahier remis aux participants, lequel est disponible à l'annexe C.

1 *Secteur des expertises en santé et en mieux-être*

Ce premier secteur regroupera des expertises en recherche et évaluation, en planification ainsi qu'en santé et en mieux-être. Il offrira aux communautés et aux organisations des cadres de références, des guides et des processus en santé et en mieux-être. Il les soutiendra en élaboration de portraits de santé et mieux-être, accompagnera la planification intégrée en santé et en mieux-être et mettra à leur disposition un ensemble d'expertise dans différents domaines.

2 *Secteur de l'accompagnement et des services en santé et en mieux-être*

Ce secteur coordonnera l'accompagnement et les services offerts aux communautés et organisations selon les besoins exprimés dans les planifications intégrées en santé et en mieux-être des communautés et organisations. Une équipe d'accompagnement déterminera ainsi les meilleures stratégies à employer et travaillera en collaboration avec l'ensemble des expertises de l'instance régionale. Un « agent de liaison » dans chacune des communautés et des organisations joue le rôle de liaison entre l'instance régionale et sa communauté ou son organisation. Il appartiendra à la gouvernance locale de chacune des communautés et des organisations de convenir de la forme que prendra cette liaison.

3 *Secteur de l'expertise professionnelle*

Ce secteur couvrira différents champs d'expertise au service des communautés et des organisations. La composante Droits et intérêts des Premières Nations permettra l'analyse des politiques, la veille des projets de loi et des modifications réglementaires, et permettra également d'offrir des services-conseils et de la formation pour des enjeux juridiques spécifiques qui bénéficiera à l'ensemble des Premières Nations. La composante Culture et langues soutiendra notamment le développement d'un réseau des porteurs de la culture et de la langue dans chacune des communautés et des organisations. Une équipe de gestion de crises coordonnera les interventions lors de ce type de situations. Une autre composante de ce secteur appuiera l'amélioration de la qualité des services offerts à la population, par exemple en soutenant les démarches d'agrément. Ce secteur comprendra également une équipe spécialisée dans la mobilisation communautaire et une autre en gestion de projets.

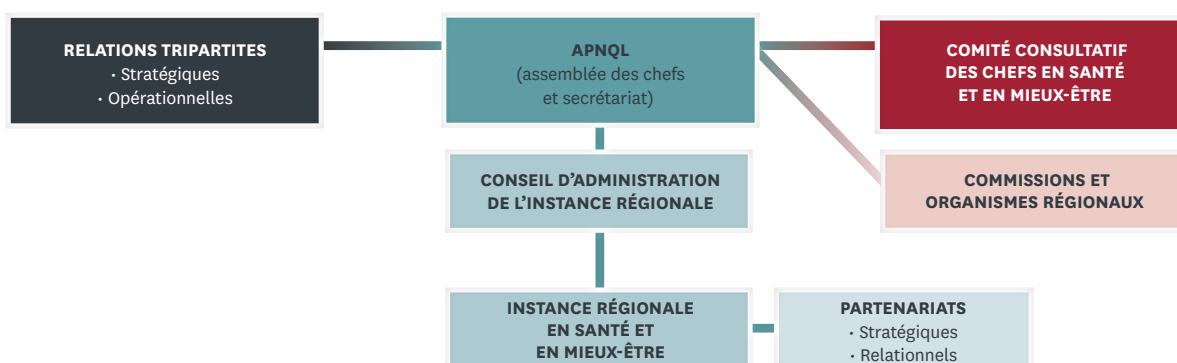
4 Secteur de l'expertise opérationnelle

Cette grande fonction réfère essentiellement au soutien opérationnel nécessaire au bon fonctionnement de l'instance régionale. Elle comprend les équipes de l'administration et des ressources humaines, des communications et des ressources informationnelles. Ces équipes mettront également à contribution leurs expertises pour les communautés et les organisations, telles que la gestion financière, la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources informationnelles et dans la formation.

5 Secteur de l'expertise pour les stratégies, les relations et les partenariats

Le secteur de l'expertise pour les stratégies, les relations et les partenariats mettra à la disposition de la direction générale des spécialistes pouvant soutenir notamment le règlement de conflits de compétence et les ententes et partenariats avec des organismes privés, publics et communautaires.

Mme Sioui présente la nouvelle structure de gouvernance régionale qui est proposée.



Mme Sioui explique la mise en place d'un comité consultatif des chefs en santé et en mieux-être et les liens que ce comité pourra développer avec le comité national de l'Assemblée des Premières Nations qui regroupe également des chefs travaillant sur des dossiers liés la santé. Pour ce qui est des relations tripartites, la mise en place d'un comité composé des Premières Nations, du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral assurera une veille sur le bon fonctionnement de l'entente tripartite qui soutient le nouveau modèle de gouvernance. Sur le plan de l'instance régionale, Mme Sioui mentionne qu'une charte devra être adoptée par les chefs et que la façon dont l'instance sera administrée y sera inscrite et détaillera, entre autres, la composition du conseil d'administration.

6 ATELIER

COMPRÉHENSION DU MODÈLE

À la suite de la présentation des fonctions de l'instance régionale et de la nouvelle structure de gouvernance régionale, les participants sont invités à discuter en petits groupes des éléments qu'ils ont notés sur leur grille d'écoute active.

Un retour en grand groupe est réalisé et des participants partagent les éléments sur lesquels ils souhaiteraient obtenir plus de clarifications. Quelques exemples d'éléments nommés par les participants :

- Les liens qui pourraient être développés avec l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations pour le développement des capacités;
- L'allocation des financements;
- Le devoir de reddition de comptes des communautés et des organisations face à l'instance régionale et aux gouvernements;
- La responsabilité de l'instance régionale;
- La relation entre les communautés et les gouvernements;
- La relation entre l'instance régionale et les centres de traitement;
- Les responsabilités qui seront conservées par le gouvernement fédéral;
- Les retombées du nouveau modèle de gouvernance sur les démarches d'autonomie gouvernementale de certaines communautés.

7 ALLOCUTION DE L'HONORABLE

JANE PHILPOTT, C.P., M.D., CMFC, M. Sc.⁴

Dre Philpott remercie la CSSSPNQL pour l'invitation à cette rencontre. Elle explique que son allocution lui permettra d'offrir quelques conseils tirés de son expérience au sein du gouvernement fédéral. Elle se dit très impressionnée par tout le travail qui a été accompli dans les dernières années par les Premières Nations au Québec. Elle croit que tout le Canada peut apprendre de cette démarche.

Dre Philpott mentionne qu'on perçoit présentement une transformation de la santé dans tout le pays et que le gouvernement reconnaît qu'il y a des différences notables dans les résultats de santé entre les Premières Nations et les allochtones. La Commission de vérité et réconciliation a notamment lancé plusieurs appels à l'action en lien avec la santé des autochtones. Dre Philpott croit qu'il faut y travailler collectivement et garder en tête que les problèmes de santé auxquels sont confrontés les Autochtones prennent racine dans l'absence de reconnaissance des droits inhérents de ces peuples.

⁴ La biographie de Dre Jane Philpott se trouve à l'annexe B.

Dre Philpott parle de sa collaboration avec la Nishnawbe Aski Nation. Elle explique que ces communautés font face à plusieurs problématiques de santé sérieuses et à des difficultés de recrutement de professionnels de la santé. À court terme, il y a une volonté de faciliter le recrutement des ressources humaines et de veiller à une meilleure distribution de ces ressources au sein des communautés. À long terme, le souhait est de développer une main-d'œuvre issue des nations pour pallier cette problématique. Dre Philpott souligne l'importance de travailler avec les institutions d'enseignement pour revoir les curriculums et s'assurer qu'elles comprennent leur rôle pour diminuer le racisme qui persiste.

Dre Philpott mentionne que, en concordance avec la démarche entreprise au Québec, la Nishnawbe Aski Nation travaille également selon une approche qui part de la base et qui vise à ne pas reproduire les ministères actuels. Elle invite les Premières Nations au Québec à s'informer sur les expériences vécues par d'autres Premières Nations au Canada, comme celles de la Colombie-Britannique. Elle parle aussi de Premières Nations en Alberta qui ont pris en charge leur système d'éducation.

Elle considère que les Premières Nations au Québec sont dans une très bonne position et reconnaît l'engagement du leadership des communautés. Elle évoque le fait que le gouvernement du Québec doit reconnaître le droit des Premières Nations, entre autres en ce qui a trait à la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.

Dre Philpott apprécie le fait que la santé et les services sociaux soient considérés de façon intégrée. Elle croit que ce sera une clé pour le succès de la démarche. Elle recommande que des efforts soient consentis pour s'assurer de l'implantation de systèmes de gestion de l'information qui soutiendront les services offerts. Elle conseille également d'utiliser tous les financements disponibles, par exemple ceux dédiés à l'application du principe de Jordan.

Dre Philpott termine son allocution en réitérant sa confiance envers le processus de gouvernance. Elle croit fortement que cette expérience doit être partagée le plus possible partout au Canada.

8 – RETOUR SUR DES ÉLÉMENTS DE CLARIFICATION DU MODÈLE

Avant d'inviter les participants à prendre part à un atelier où ils pourront travailler sur la bonification du modèle qui leur a été présenté, Suzie Nepton et Marjolaine Sioui reviennent sur des éléments de clarification qui ont été demandés par les participants.

Mme Nepton explique que plusieurs de ces éléments devront faire l'objet de discussions entre les représentants des communautés et des organisations. Quelques éléments de réponses peuvent toutefois être déjà offerts :

- Pour ce qui est des communautés présentement en démarche de négociation territoriale, l'instance régionale proposée est une instance de services. Elle offrira des services pour soutenir les communautés, et ce, à la demande des communautés et organisations qu'elle dessert.
- Au sujet de l'élaboration de politiques, il n'a jamais été prévu que l'instance régionale impose des façons de faire.
- La distribution du financement est une préoccupation soulevée depuis le début du processus de gouvernance. Aucune décision n'a encore été prise sur la façon dont le financement sera distribué dans le futur. Toutefois, la nouvelle relation financière et les subventions pouvant s'échelonner sur une période de 10 ans viendront probablement influencer la gestion du financement.
- Pour ce qui est de la responsabilité de l'instance régionale, il est question pour l'instant d'une reddition de comptes aux chefs de l'APNQL et à son conseil d'administration. Puisqu'il s'agira d'une approche tripartite, la responsabilité envers les gouvernements du Québec et du Canada devra être établie dans l'entente qui sera signée.
- Des mécanismes de traitement des différents (conflits) devront être élaborés dans le cas de litiges qui pourraient survenir entre l'instance régionale et une communauté ou organisation.
- Au sujet du rôle de liaison entre l'instance régionale et chacune des communautés et des organisations, cette fonction a été proposée dans les lignes directrices sur l'accompagnement élaborées par des représentants des Premières Nations. La forme que prendra cette liaison devra être convenue par chacune des communautés et des organisations.
- Dans le cadre de la structure de gouvernance régionale qui est proposée, le souhait n'est pas d'ajouter une nouvelle organisation, mais bien de rapatrier des fonctions de SAC-DGSPNI, de SAC-OR et de la CSSSPNQL sous une même instance, sous le contrôle des Premières Nations.

9 ATELIER

BONIFICATION DU MODÈLE

Au cours de cet atelier, les participants, réunis en petits groupes dirigés par des hôtes de table, ont discuté des fonctions de l'instance régionale et de la structure de gouvernance régionale qui leur ont été présentées. Il leur a été demandé de préciser les éléments pour lesquels ils sont en accord, ceux qui demandent des ajustements ou des clarifications et ceux qu'ils ne souhaitent pas voir apparaître. Ils étaient aussi invités à proposer des ajouts si des éléments étaient manquants.



À la fin de l'atelier, chacun des hôtes de table a rapporté brièvement les discussions tenues lors d'un retour en plénière :

- Les participants reconnaissent qu'on est sur la bonne voie avec le modèle qui a été présenté;
- Quelques zones grises restent à clarifier;
- Il faut s'assurer de ne pas reproduire le gouvernement actuel;
- L'importance de l'équité entre les communautés et de maintenir la solidarité entre les nations a été soulignée;
- Il y a eu des questionnements sur la représentativité des Premières Nations au sein de l'instance régionale, sur la gestion du financement et sur les liens entre l'instance régionale et les organisations indépendantes des Premières Nations;
- L'importance d'entretenir de bonnes communications entre tous les partenaires locaux et régionaux est une priorité;
- Il faut s'assurer d'avoir un nombre suffisant d'agents de liaison;
- Les aînés, les jeunes et les Premières Nations vivant à l'extérieur des communautés doivent être consultés et on doit s'assurer de leur offrir des services de qualité;
- Il faut s'assurer d'une bonne compréhension du modèle pour que les chefs puissent prendre une décision éclairée.

L'ensemble des éléments discutés lors de l'atelier se trouvent à l'annexe D.

10 ACCUEIL ET RETOUR SUR LA PREMIÈRE JOURNÉE

Jane Gray accueille les participants et offre un bref retour sur la première journée de la rencontre. Elle demande aux deux aînées présentes d'offrir leurs constats sur cette journée.

Mme Deborah Delisle explique que trois mots résument ce qu'elle a entendu la veille : autonomie, changement et confiance. Autonomie, puisqu'il y a une volonté de créer nos propres politiques. Pour ce qui est du changement, Mme Delisle parle de la façon dont les gens acceptent les changements et que cela dépend de leur personnalité. Finalement, elle sait que d'avoir confiance peut être difficile pour plusieurs. Elle invite tous les participants à être ouverts et à penser de manière collective.

Mme Elizabeth Ashini, aînée de la communauté de Matimekosh, raconte qu'elle vit hors de sa communauté depuis plusieurs années. Elle se dit fière de voir la nation innue si bien représentée à cette rencontre. Elle voit que la démarche va amener beaucoup de changements et que le moment est venu de se gouverner. Il faut avoir confiance.

11 RETOUR SUR L'ATELIER DE BONIFICATION

Mme Sioui et Mme Nepton expliquent que l'équipe de gouvernance ainsi que les hôtes de table de l'atelier sur la bonification du modèle se sont réunis pour mettre en commun les éléments discutés lors de l'atelier. Les éléments de consensus ont été rassemblés, de même que les préoccupations et les points à préciser. Voici quelques-uns de ces éléments :

STRUCTURE DE GOUVERNANCE RÉGIONALE

- Lien entre l'APNQL et l'Assemblée des Premières Nations (APN) : L'APN a mis en place différents comités nationaux en lien avec la santé et les services sociaux sur lesquels l'APNQL est représentée.
- Comité consultatif des chefs : présentement, des chefs de l'APNQL sont nommés en tant que chefs porteurs de différents dossiers. Lorsque ces chefs doivent siéger à des comités nationaux, on s'assure qu'ils sont bien informés des enjeux par les organisations régionales. Des mécanismes similaires pourraient être mis en place pour s'assurer que les chefs du comité consultatif détiendront les connaissances nécessaires. Les comités d'experts de l'instance régionale pourront également être mis à profit.

- Engagement du fédéral et du provincial : Plusieurs ont exprimé des préoccupations quant à l'engagement des gouvernements dans le cadre d'un nouveau modèle de gouvernance. On rappelle que lorsque les Premières Nations auront repris des responsabilités et des pouvoirs, elles deviendront l'interlocuteur principal des gouvernements.
- Culture et langues : Il a été mentionné que la culture et les langues des Premières Nations doivent être une priorité de même que les jeunes et les aînés. Il a été proposé de mettre en place un comité-conseil qui serait près de la direction générale et du conseil d'administration de l'instance régionale.
- Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux (RDSSS) : Le mandat du RDSSS pourrait être revu et les directeurs des centres de traitement pourraient y être inclus. Le RDSSS pourrait être directement en lien avec le conseil d'administration afin d'éclairer la prise de décisions.
- Conseil d'administration de l'instance régionale : Beaucoup de questionnements ont été soulevés par rapport au conseil d'administration et de la représentativité des nations. Ces questions devront être abordées lors de l'élaboration de la charte de l'instance régionale. Il a aussi été proposé que les jeunes et les aînés soient représentés au sein du conseil d'administration.

SECTEURS DE L'INSTANCE RÉGIONALE

Secteur de l'expertise en santé et en mieux-être :

- Pour ce qui est de la composante de la recherche et de l'évaluation, il est important qu'il y ait un arrimage entre les données et la qualité des services.
- Planification : Il est primordial que le travail soit réalisé en fonction des besoins des communautés et des organisations. On rappelle que le financement ne doit pas être en lien avec la planification.
- L'instance régionale devra poursuivre le travail amorcé pour la surveillance de l'état de santé ce qui va permettre de mesurer les progrès et soutiendra la prise de décisions.
- Experts en santé et en mieux-être : Le terme « experts » sera revu afin de refléter que l'on parle davantage de gens détenant une expertise. De plus, il est souhaité de voir apparaître dans le modèle des domaines d'intervention plutôt que des titres d'emploi.
- Guérisseurs traditionnels : Il n'y aura pas de guérisseurs traditionnels qui travailleront au sein de l'instance régionale. Ce qui est visé est la création d'un réseau pour soutenir les guérisseurs traditionnels œuvrant dans les communautés et les organisations.

Secteur de l'accompagnement :

- Il faut s'assurer que l'équipe d'accompagnateurs est stable, qu'ils sont accessibles et qu'ils ont une bonne connaissance des communautés et des organisations.
- Pour ce qui est du volet des services, des questionnements ont été soulevés par rapport à la sécurité du revenu et à la possibilité de transférer ce dossier à une autre organisation régionale. La liste des services qui seront offerts par l'instance régionale pourra être revue.

- La question des agents de liaison a suscité de nombreux commentaires. Le terme « agents de liaison » sera modifié. Les personnes qui occuperont cette fonction seront au sein des communautés et des organisations, et il appartiendra à la gouvernance locale de définir sa propre structure.

Secteur des expertises professionnelles:

- Culture et langues: Cette composante devra être rapprochée des lieux décisionnels de l'instance régionale (direction générale et conseil d'administration). Il n'est pas question ici que cette expertise soit détenue au sein de l'instance régionale, mais plutôt d'assurer la création d'un réseau des ressources existantes.
- Droits et intérêts des Premières Nations: Ce volet pourrait se retrouver au niveau politique. Cependant, il peut y avoir une délégation de la part des chefs et des mandats octroyés pour l'analyse de politiques et l'émission de recommandations stratégiques.

Secteur de l'expertise opérationnelle:

- Ressources humaines: L'instance régionale ne pourrait pas intervenir dans des cas de litiges en matière de gestion des ressources humaines au sein des communautés et des organisations. Toutefois, l'instance régionale pourrait soutenir le recrutement et l'embauche de ressources humaines. De plus, une banque d'outils pourrait être développée.

Mme Sioui précise que les fonctions de l'instance régionale ainsi que la structure de gouvernance régionale seront retravaillées à la lumière de tous les commentaires partagés au cours de l'atelier. Des mécanismes seront aussi mis en place afin de s'assurer que les communautés et les organisations vont poursuivre la co-construction du modèle dans les prochaines semaines.

Des questions et des commentaires sont soulevés à la suite de la présentation:

Question: Est-ce que les spécificités des communautés éloignées seront prises en compte?

Réponse: Oui toutes les spécificités seront prises en compte, notamment par l'équipe qui travaillera sur la question de l'accès aux services.

Question: Mme Philpott a mentionné l'importance de la communication. Comment cela se reflète-t-il?

Réponse: Un accent sera en effet mis sur les communications internes à l'instance régionale, mais aussi externes, que ce soit avec les communautés et les organisations ou avec le politique.

Commentaire: Il faut s'assurer de ne laisser personne derrière. Il faut aussi s'assurer que le gouvernement fédéral ne va pas laisser tomber sa responsabilité fiduciaire. Il est encore difficile de voir la place des centres de traitement dans le nouveau modèle de gouvernance.

Réponse: Personne ne sera laissé derrière dans cette démarche collective. La valeur ajoutée de l'instance régionale doit être bien démontrée. Les relations avec les gouvernements devront être renouvelées et le financement devra être basé sur les besoins.

12 PRÉSENTATION DES ANALYSES FINANCIÈRES⁵

PATRICE K. LACASSE

Conseiller à la gouvernance, CSSSPNQL

M. Lacasse explique que des travaux ont été entrepris afin de réaliser un portrait du financement en santé et en services sociaux. Ce premier exercice permet de mieux comprendre comment sont gérés les financements du côté du gouvernement fédéral et aussi du côté des communautés et des organisations. Ces travaux offrent un meilleur portrait dans une optique de prise en charge et permettront de déterminer quelles sont les ressources nécessaires pour mieux répondre aux besoins en santé et en mieux-être.

Les travaux se sont déroulés en deux volets. Le premier volet a été réalisé par l'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFPD) et a porté sur l'analyse du financement fédéral à l'échelle nationale et régionale ainsi que sur l'analyse des frais d'exploitation d'un centre de santé ou d'un poste de soins. Le deuxième volet a été réalisé par la firme MNP et avait pour mandat de faire une projection des coûts en fonction de l'évolution démographique.

HELAINA GASPARD

Directrice Gouvernance et Institution, IFPD

Dès le début de son interlocution, Mme Gaspard tient à remercier la CSSSPNQL pour son appui à la démarche. De plus, elle remercie l'ensemble des communautés consultées et leurs membres pour leur précieuse aide. Ils ont généreusement ouvert les portes de leur centre de santé et de services sociaux et collaboré étroitement avec l'équipe de chercheurs ce qui a favorisé la bonne conduite du projet.

Elle mentionne que sa présentation vise à mettre en lumière le portrait général de leur travail. Leur mandat consistait à :

- 1 analyser les dépenses et les allocations issues des programmes fédéraux;
- 2 déterminer un modèle général de référence relatif aux dépenses actuelles des centres de santé et de services sociaux des communautés au Québec;
- 3 établir une estimation des coûts selon les différentes sphères d'activités en tenant compte des changements structurels des établissements.

Afin de réaliser cette étude, l'équipe de l'IFPD s'est basée sur les principes de recherche PCAP®. Elle a également respecté le protocole de recherche de l'APNQL. Ces mesures avaient pour but d'assurer la validité des renseignements recueillis tout en assurant une confidentialité des données. Ces données sont protégées et privées. Toutefois, les résultats et le processus de recherche sont accessibles pour les communautés – en fait, ils leur appartiennent. Ils ont aussi récolté des données de la part de SAC-DGSPNI et de

⁵ Les présentations PowerPoint utilisées sont aux annexes E et F.

SAC-OR concernant la démographie. Enfin, pour bien comprendre le contexte et les coûts d'exploitation, il faut considérer la démographie des communautés, mais également les aspects liés à la géographie et au territoire.

Mme Gaspard présente certaines limites concernant l'étude. Il était ardu de broser un portrait exact des dépenses; il s'agit plutôt de fourchettes de prix. Cette estimation est due à la complexité de l'analyse des données ainsi qu'à leur disponibilité. Les différences et disparités entre les communautés rendent les données difficilement généralisables, mais elles représentent le plus fidèlement possible le portrait des communautés des Premières Nations non conventionnées au Québec.

Pour le premier mandat, Mme Gaspard présente les sphères majeures de dépenses, soit les salaires et les bénéficiaires, les dépenses opérationnelles, les capitaux et la gouvernance. Elle mentionne l'importance d'avoir des fonds qui sont flexibles pour faire face aux événements impondérables, mais aussi pour assurer les opérations offertes n'ayant pas de coûts de fonctionnement directs, telles que les politiques et certains services et activités organisées.

Pour le deuxième mandat, les chercheurs ont pu conclure que les dépenses sont organisées en trois catégories. En 2018-2019, plus de 60 % des sommes fédérales ont été allouées aux soins de santé primaire, environ 20 % au maintien des infrastructures et environ 20 % aux bénéfices des soins de santé additionnels.

Dans un autre ordre d'idées, il est important de saisir l'importance d'avoir des ressources financières flexibles afin de répondre aux besoins de chaque communauté. Ces besoins sont différents d'une nation à l'autre, et cette flexibilité permet d'optimiser les dépenses en plus d'assurer un suivi constant du déplacement des capitaux. Enfin, la principale dépense des centres est associée aux salaires des employés.

Pour le troisième mandat, l'équipe de chercheurs conclut une corrélation positive entre le nombre de membres d'une communauté et les ressources financières disponibles. Mme Gaspard mentionne que plus le nombre d'habitants d'une communauté est grand, moins les frais d'exploitation par personne sont élevés. De plus, elle souligne qu'en fonction des études de cas réalisées, plus les communautés sont éloignées des grands centres, moins il serait dispendieux pour les communautés d'exploiter leur centre de services. L'estimation des frais d'exploitation de l'ensemble des centres de santé et de services sociaux oscille entre 202 et 239 millions de dollars. Cette évaluation est fondée sur l'étude de cas de sept communautés ainsi que les réponses offertes par quatre autres communautés.

Mme Gaspard conclut que dans le but d'assurer la pérennité du travail de la CSSSPNQL et des communautés, il serait primordial de poursuivre la collecte de données liées aux dépenses des centres de santé et de services sociaux des communautés.

SYGNY FRANKLIN

Directrice générale, Conseil en gestion, MNP

Tout d'abord, Mme Franklin tient à remercier la CSSSPNQL pour l'invitation à présenter. Elle tient à remercier Mme Gaspard pour le travail de son équipe qui a pu permettre la réalisation du deuxième volet des analyses financières. Enfin, elle remercie l'ensemble des communautés et leurs membres participants au projet, car sans eux, le travail n'aurait pas été possible.

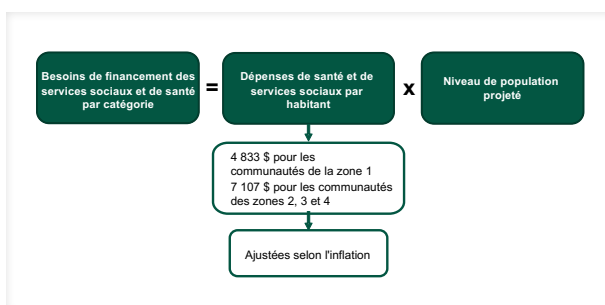
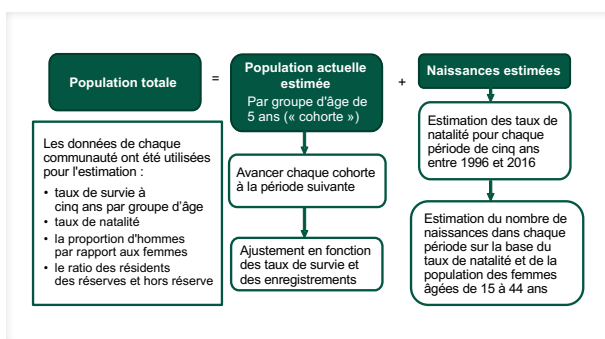
L'objectif général du deuxième volet était d'élaborer un modèle pouvant projeter les coûts en fonction des besoins des populations soit de développer un modèle de projection de l'évolution des coûts pour les communautés non conventionnées de 2020 à 2040. De plus, en fonction des travaux présentés par Mme Gaspard et de la projection de l'évolution de la population, il pourra être possible d'estimer les frais d'exploitation futurs des centres de santé et de services sociaux.

Mme Franklin explique que les données des populations de 1972 à 2017 ont été analysées. De plus, ils se sont appuyés sur des données du premier volet concernant la population, les données géographiques, les ressources financières et les dépenses des centres de santé et de services sociaux des 11 communautés sondées. Afin de valider leur modèle de recherche, les chercheurs ont fait des études de cas individuelles pour analyser et projeter le fruit de leur travail de manière adéquate pour les communautés participantes.

Le modèle de projection de la population comporte deux phases :

- 1 Classification des individus selon des groupes d'âge de 5 ans (ex. : 25 à 29 ans) et en concomitance avec le taux de survie de chaque catégorie d'âge.
- 2 Projeter le nombre d'individus des différents groupes d'âge par tranche de 5 ans (ex. : de 2020 à 2025).

Fait important, Mme Franklin évoque qu'ils ont pris en compte la population habitant à l'intérieur et à l'extérieur des communautés.



Afin de réaliser une projection économique des besoins futurs des centres de santé et de services sociaux des communautés, les chercheurs ont élaboré le modèle suivant.

Concrètement, pour les communautés, l'estimation des populations futures et des effets sur leurs dépenses permet d'avoir une meilleure compréhension de l'évolution des coûts. En outre, une meilleure compréhension de l'évolution future des membres de leur population permettrait de guider efficacement le placement ou le déplacement des ressources financières disponibles afin d'être en adéquation avec les besoins.

Mme Franklin présente les limites de la projection démographique de la population, à savoir que les données utilisées sont issues du *Registre des Indiens*⁶ et que les projections sont basées sur des tendances historiques.

Mme Gray demande aux deux représentants du Réseau jeunesse d'offrir leur point de vue sur la rencontre.

M. Jean-Sébastien (Shikuan) Vollant, de la communauté de Uashat mak Mani-Utenam, souligne qu'il participe à sa deuxième rencontre régionale du processus de gouvernance en santé et en services sociaux. Il se demande comment les jeunes du RJPNQL pourraient s'impliquer davantage dans la démarche. Il évoque le fait que beaucoup de jeunes des communautés ont des compétences qui pourront être mises à profit dans le cadre de l'instance régionale. M. Vollant souligne également qu'il aimerait mieux voir le principe des sept générations à venir dans le nouveau modèle.

Mme Jemmy Echaquan Dubé de la communauté de Manawan, abonde dans le même sens que M. Vollant. Elle rappelle que les diversités des communautés doivent se refléter dans la manière de se gouverner. Les jeunes doivent être impliqués, puisque ce nouveau modèle deviendra leur vécu.

6 Le registre des Indiens est le registre officiel qui identifie les personnes inscrites comme Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Voici le lien pour en savoir plus : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1100100032463/1572459644986#chp3>.

13 — MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE D'ENTENTE TRIPARTITE

M. Lacasse explique aux participants qu'un protocole d'entente tripartite a été signé en août 2019. Dès le début du processus de gouvernance, des discussions avec le gouvernement provincial et fédéral ont débuté sans qu'une entente formelle soit signée. Les chefs ont appuyé le processus de gouvernance et ont aussi demandé que l'on continue à travailler sur les enjeux actuels vécus par les communautés et les organisations. En 2016, une première ébauche de protocole a été présentée aux chefs, et des modifications ont été demandées. En 2017, les chefs ont donné leur accord sur le protocole d'entente qui a finalement été signé en 2019 par le gouvernement du Québec, le gouvernement fédéral et l'APNQL.

Les quatre objectifs du protocole d'entente sont les suivants :

- Consolider et préciser un partenariat tripartite de collaboration et de coordination afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec.
- Participer à l'élaboration d'un modèle de gouvernance qui confère plus d'autonomie et de contrôle aux Premières Nations au Québec relativement aux programmes fédéraux en matière de santé et de services sociaux afin d'améliorer les conditions de vie des Premières Nations.
- Travailler en collaboration afin que les enjeux de compétence soient analysés selon les rôles et les responsabilités de chaque partie et que des changements soient apportés, au besoin, pour mieux répondre aux réalités vécues par les Premières Nations au Québec.
- En respectant ses responsabilités et en partenariat avec toutes les parties, le gouvernement du Québec cernera les collaborations possibles dans le cadre du nouveau modèle de gouvernance.

Mme Sioui explique que ce protocole d'entente est un outil pour l'ensemble des communautés. En vue de la mise en œuvre du protocole, une démarche consultative a été mise en branle avec le conseil d'administration de la CSSSPNQL et le comité des partenaires du processus de gouvernance formé de représentants de SAC, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Secrétariat aux affaires autochtones. Il a été convenu d'élaborer un plan d'action selon les priorités des Premières Nations. Mme Sioui présente une liste d'enjeux⁷ d'ordre stratégique ou opérationnel qui pourraient faire l'objet du plan d'action.

Les participants sont invités à discuter en petits groupes des enjeux qu'ils souhaitent voir prioriser dans le plan d'action découlant de la signature du protocole d'entente tripartite.

⁷ La liste des enjeux est à l'annexe G.

À la lumière de cet atelier, les cinq enjeux qui sont perçus comme étant les plus prioritaires sont les suivants :

- La concrétisation du modèle de gouvernance en santé et en mieux-être;
- La *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis* (C-92);
- L'accès aux services;
- La Commission de vérité et réconciliation : mise en œuvre et suivi des appels à l'action;
- Le nouveau plan d'action en santé mentale du Québec.

Le chef Darcy Gray de la communauté de Listuguj est invité à partager ses impressions sur la rencontre.

Le chef Gray souligne qu'il est bien de voir la collaboration qui règne dans le cadre de ce processus. Il a constaté que tous travaillent ensemble à trouver des solutions et à mettre à profit leurs expertises, qui bénéficieront à l'ensemble des communautés. Il a trouvé l'atelier de la veille intéressant et a observé que tous peuvent contribuer que ce soit à un niveau politique ou sur le plan de l'intervention.

14 PROCHAINES ÉTAPES

M. Lacasse explique que beaucoup de matériel a été amassé au cours de la rencontre et que des efforts seront consentis afin que le rapport de la rencontre puisse être disponible rapidement. Sur le plan des analyses financières, les sept communautés qui ont participé aux études de cas recevront sous peu un rapport communautaire. L'ensemble des communautés recevra également des données communautaires tirées des travaux réalisés par la firme MNP. La deuxième phase des analyses financières sera prochainement l'objet de discussions avec le comité d'experts qui chapeaute ce projet. Cette phase inclura notamment l'analyse des frais d'exploitation de différentes organisations, telles que les centres de traitement et les centres de soins de longue durée.

Mme Sioui souligne l'importance d'intensifier les efforts afin de continuer sur cette lancée. Il importe en ce sens de continuer de diffuser de l'information et de garder impliquées les communautés et les organisations. Une autre rencontre régionale est prévue pour le printemps 2020 afin de poursuivre la co-construction du modèle. Pour ce qui est de la présentation du nouveau modèle aux chefs de l'APNQL, des réflexions auront lieu afin de déterminer le meilleur moment pour procéder. Il faut en effet s'assurer que l'ensemble des communautés sera prêt pour prendre une décision éclairée. Mme Sioui remercie les participants pour leur engagement dans le processus de gouvernance.

15 PRIÈRE DE FERMETURE

Mme Elizabeth Ashini offre ses réflexions sur la rencontre. Elle souligne l'énorme travail qui a été réalisé durant les deux jours et elle est convaincue que tous retourneront dans leur communauté avec beaucoup de richesse. Elle souligne également que le travail accompli est pour le mieux-être des communautés. Elle remercie les personnes présentes et impliquées dans ce projet. Elle remercie aussi le Créateur pour sa lumière et pour nous avoir permis d'être ensemble. Mme Ashini clôt avec une prière et un chant en innu.

ORDRE DU JOUR

HÔTEL ALT MONTRÉAL, SALLE FUCHSIA-ROSE
120, RUE PEEL, MONTRÉAL

21 JANVIER 2020

8 h 30	Accueil et prière d'ouverture	
8 h 45	Mot de bienvenue	
8 h 55	Allocutions d'ouverture	Derek Montour Président du conseil d'administration de la CSSSPNQL Ghislain Picard Chef de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
9 h 15	Mise en contexte	Marjolaine Sioui Directrice générale de la CSSSPNQL
9 h 40	Pause	
10 h	Présentation du nouveau modèle de gouvernance en santé et en mieux-être	
10 h 35	Atelier – compréhension du modèle	
11 h 15	Allocution de l'honorable Jane Philpott, C.P., M.D., CMFC, M. Sc.	
12 h	Dîner libre	
13 h 15	Atelier – bonification du modèle	
15 h	Pause	
15 h 20	Atelier – bonification du modèle (suite)	
16 h	Fin de la première journée	

22 JANVIER 2020

8 h 30	Accueil et retour sur la première journée	
8 h 45	Séance plénière	
10 h	Pause	
10 h 15	Présentation des analyses financières	
12 h	Dîner libre	
13 h 15	Mise en œuvre du protocole d'entente tripartite	
15 h	Prochaines étapes	
15 h 30	Prière de fermeture et fin de la rencontre	

BIOGRAPHIE DE L'HONORABLE JANE PHILPOTT MD, CMFC, MPH, CP

Médecin et ancienne députée, Jane Philpott a occupé de nombreux postes au sein du Cabinet de 2015 à 2019, dont ceux de ministre de la Santé, de ministre des Services aux Autochtones, de présidente du Conseil du Trésor et de ministre du Gouvernement numérique.

Jane a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration des politiques qui ont façonné le Canada : accueil de réfugiés syriens; adoption d'un projet de loi mettant en œuvre une approche équilibrée de l'aide médicale à mourir; négociation d'un accord sur la santé prévoyant de nouvelles ressources pour la santé mentale et les soins à domicile; amélioration des infrastructures d'approvisionnement en eau potable des communautés des Premières Nations; et réforme de la protection de l'enfance afin de réduire le nombre de placements d'enfants autochtones.

Avant de faire le saut en politique, Jane a été médecin de famille pendant 30 ans, dont les 10 premières années au Niger, en Afrique de l'Ouest. En 1998, elle s'est installée avec sa famille à Stouffville, en Ontario, pour y exercer la médecine familiale pendant 17 ans. Elle a été chef du service de médecine familiale à l'hôpital de Markham Stouffville. En 2004, elle a créé la fondation Give a Day to World AIDS, qui a permis de recueillir plus de 4 millions de dollars pour aider les personnes touchées par le VIH/sida en Afrique. Jane a également participé au lancement, à l'université d'Addis-Abeba, du premier programme de formation en médecine familiale en Éthiopie.

Jane est professeure agrégée à la faculté de médecine de l'université de Toronto. Elle travaille actuellement comme conseillère spéciale en matière de santé auprès de la Nation Nishnawbe Aski, une organisation qui représente 49 communautés des Premières Nations des traités numéros 9 et 5, dans le nord de l'Ontario.

Jane et son mari ont quatre enfants : Bethany, Jacob, David et Lydia. Leur première fille, Emily, est décédée au Niger, en 1991.

Source : <http://janephilpott.ca/bio/>

CAHIER D'ATELIER SUR LES FONCTIONS DE L'INSTANCE RÉGIONALE ET DE L'ÉBAUCHE DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE RÉGIONALE



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

Une gouvernance repensée et favorable à l'autodétermination

RENCONTRE RÉGIONALE Les 21 et 22 janvier 2020

Atelier



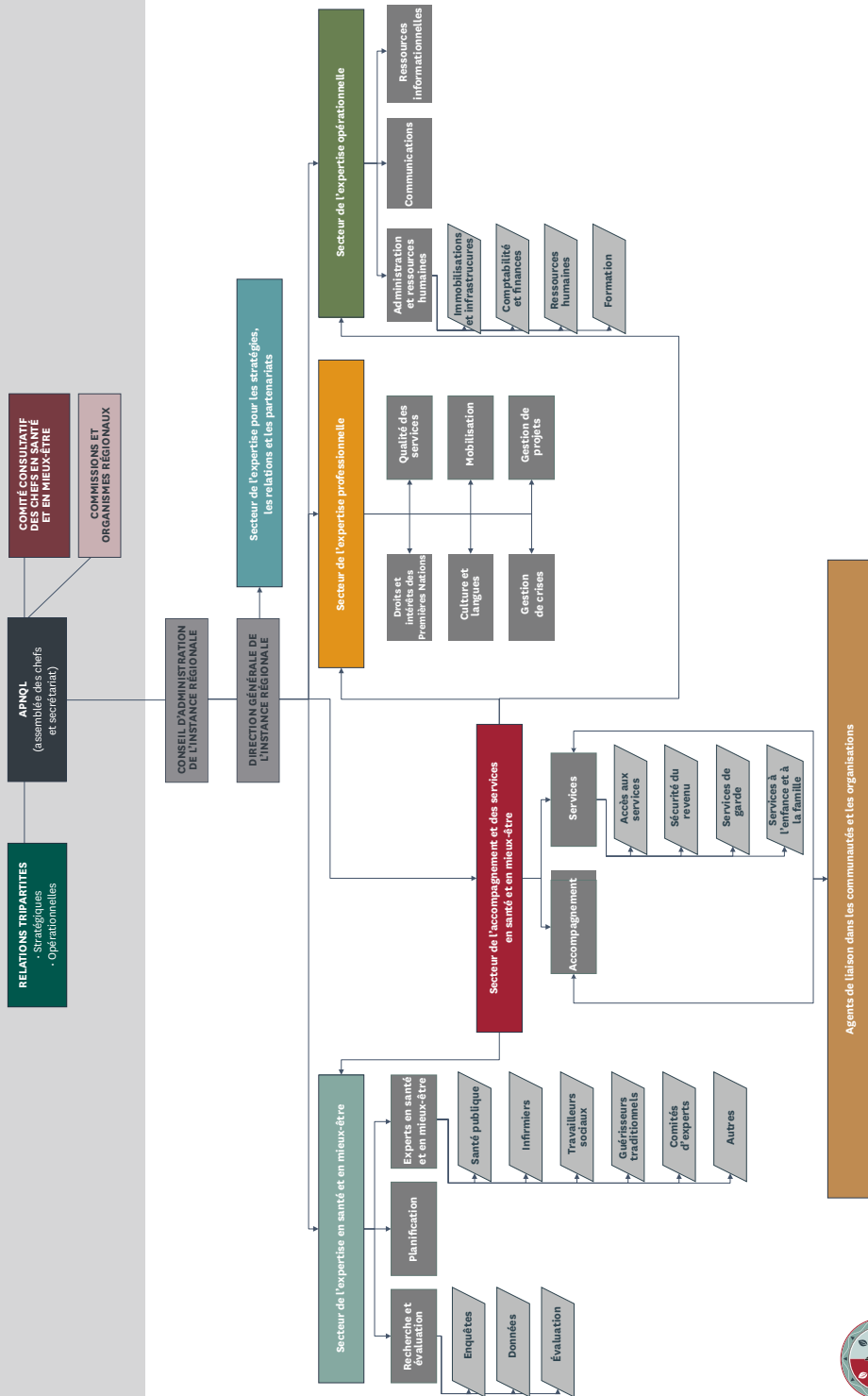
COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES **PREMIÈRES NATIONS**
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Instance régionale

COMMUNAUTÉS ET ORGANISATIONS DES PREMIÈRES NATIONS

STRUCTURE

INSTANCE RÉGIONALE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE



CONSEIL D'ADMINISTRATION : la composition et le processus de nomination des membres seront à déterminer à la création de l'instance régionale en santé et en mieux-être par l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador.

SECTEUR DES EXPERTISES EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

Est responsable d'élaborer et d'actualiser constamment un cadre de santé et de mieux-être des personnes et des familles selon une approche holistique; de mettre au point une approche de planification intégrée en santé et en mieux-être fondée sur l'évaluation de l'amélioration plutôt que de tenter de combler un déficit; et de mettre au point les approches d'intervention des Premières Nations en cas de crise ou de bris de services.

L'équipe de recherche et d'évaluation est responsable de créer des banques de données permettant à chaque communauté de collecter des données fiables brossant le portrait de la santé et du mieux-être de la communauté; et de tenir à jour les données sur la santé et le mieux-être qui permettent d'avoir une vision collective de la santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec. L'équipe collabore aussi avec différents chercheurs ou à divers projets de recherche pour soutenir le développement des connaissances en matière de santé et de mieux-être des Premières Nations.

Elle s'occupe, entre autres :

- D'établir des critères pour élaborer (et tenir à jour) le portrait de la santé et du mieux-être des Premières Nations.
- De créer une banque de données sur les meilleures pratiques pour la réalisation des activités en santé et de mieux-être.
- De simplifier les démarches d'évaluation des activités prévues dans le plan de santé des communautés.
- De réaliser des enquêtes populationnelles.
- De produire des rapports statistiques régionaux ou tout autre rapport permettant de brosser des portraits régionaux afin d'informer les chefs de la situation des Premières Nations et de soutenir les activités régionales de développement des capacités.
- De mener des études de satisfaction auprès des communautés et des organisations.
- De mettre au point et d'implanter des systèmes de gestion de l'information.

L'équipe de planification est responsable d'élaborer un cadre de santé et mieux-être des personnes et des familles selon une approche holistique; et de mettre au point une approche de planification intégrée en santé et en mieux-être fondée sur l'évaluation de l'amélioration plutôt que de tenter de combler un déficit.

Ce soutien administratif et technique comprend, entre autres :

- L'établissement du portrait de la communauté en santé et en mieux-être.
- L'établissement des besoins prioritaires selon le portrait de la communauté.
- La sélection des activités et des modalités pouvant le mieux répondre aux besoins.
- La sélection des modes d'évaluation des activités.
- La création d'outils, comme un guide de planification intégrée en santé et en mieux-être pour faciliter la démarche de soutien.
- L'accompagnement des communautés et des organisations dans l'élaboration de leur plan en fonction de leurs priorités en santé et en mieux-être.

L'équipe d'experts en santé et en mieux-être assure une supervision afin de s'assurer que les professionnels respectent l'ensemble des principes et des pratiques des ordres professionnels. Du soutien clinique sera également offert aux intervenants et, si nous le souhaitons, à divers types d'intervenants, comme les guérisseurs traditionnels. Elle élabore les stratégies entourant les différents champs de la santé et du mieux-être (p. ex. : infections transmissibles sexuellement et par le sang, saines habitudes de vie, maladies chroniques, mieux-être mental, santé maternelle, petite enfance, etc.). Elle coordonne des comités d'experts des communautés dans différents domaines afin de soutenir les besoins locaux et régionaux. De plus, elle collabore avec l'ensemble des secteurs de l'instance régionale afin de répondre aux besoins des communautés et des organisations des Premières Nations.

SECTEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SERVICES EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

Ce secteur coordonne l'accompagnement et les services offerts aux communautés et aux organisations.

Il élabore les plans d'accompagnement avec chaque communauté en fonction de leur planification en santé et en mieux-être et des demandes précises transmises par l'agent de liaison. Il aura une très bonne connaissance des communautés et des organisations en raison de sa relation étroite avec les agents de liaison dans les communautés et les organisations.

En collaboration avec les experts des autres secteurs (professionnel, opérationnel, santé et mieux-être), il coordonne la mise en œuvre des plans d'accompagnement des communautés qui doivent répondre aux besoins suivants :

- Besoin de soutien pour réaliser les activités prévues dans le plan de santé et de mieux-être.
- Besoin en matière de formation, de mobilisation ou de développement des capacités culturellement adapté aux communautés et aux organisations.
- Besoin d'assurer des ressources humaines qualifiées dans les communautés et les organisations, de les soutenir dans la recherche de personnel qualifié et d'élaborer une stratégie globale pour les Premières Nations afin d'assurer la pérennité des ressources humaines qualifiées.
- Besoin de soutien relativement à l'accès aux services ou à l'interprétation de la réglementation par des agents de programme, de liaison des Services de santé non assurés, de la sécurité du revenu, des services de garde, des services à l'enfance et à la famille, etc.

SECTEUR DE L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE

En collaboration avec les autres secteurs, le secteur de l'expertise professionnelle regroupe des experts de divers domaines afin de soutenir les communautés, les organisations et l'instance régionale dans les domaines suivants :

Gestion de projets

- Développement de l'expertise en gestion de projets pour les communautés, les organisations et l'instance régionale.
- Bassin de gestionnaires de projets pour les projets d'envergure de l'instance régionale.

Culture et langues

- Soutien d'un réseau de gardiens de la culture issus des Premières Nations pour guider les travaux de l'instance régionale et assurer l'harmonisation et l'adaptation culturelle des pratiques et des outils.

Qualité des services

- Approche d'amélioration continue des pratiques organisationnelles.
- Services-conseils aux responsables des organisations confrontées à divers enjeux organisationnels.
- Soutien aux communautés dans toute démarche d'agrément et d'accréditation.
- Soutien aux organismes communautaires dans toute démarche de structuration de l'organisme pour améliorer la qualité des services.
- Gestion de la conformité des organismes communautaires, comme la conformité des pharmacies, les produits contaminés, l'hygiène du milieu, etc.

Droits et intérêts des Premières Nations

- Veille des projets de loi, des modifications réglementaires, des plans d'action gouvernementaux, des processus de consultation, etc.
- Analyse des politiques.
- Services-conseils uniques relativement aux enjeux juridiques récurrents auxquels sont confrontées les Premières Nations.
- Formation de base sur des enjeux juridiques précis.
- Soutien-conseil concernant les divers recours possibles.

Gestion de crises

- L'équipe regroupe des spécialistes en gestion de crises qui font appel à l'expertise interne de l'instance régionale ou externe afin d'organiser une stratégie d'intervention rapide et efficace pour soutenir les communautés dans la gestion de crises (p. ex. : santé publique, catastrophes naturelles, crises financières).

Mobilisation

- Expertise en mobilisation des groupes et des personnes pour soutenir les efforts de mobilisation des acteurs dans les communautés et les organisations.
- Expertise pour le développement du pouvoir d'agir des personnes pour qu'elles prennent en charge leur état de santé.

SECTEUR DE L'EXPERTISE POUR LES STRATÉGIES, LES RELATIONS ET LES PARTENARIATS

Le secteur regroupe des experts qui soutiennent la direction régionale pour les stratégies, les relations et les partenariats.

- Règlement des conflits de compétence touchant l'exercice de l'autonomie des communautés.
- Harmonisation dans le domaine du mieux-être, notamment en ce qui concerne la protection de la jeunesse, la bientraitance des aînés.
- Harmonisation de la reconnaissance des personnes-ressources ayant des fonctions ou des responsabilités professionnelles relativement aux services offerts aux communautés et aux organisations.
- Ententes avec les organismes privés, publics et communautaires visant à améliorer la santé et le mieux-être.
- Conseiller stratégique à la gouvernance en santé et en mieux-être.
- Conclusion d'ententes et établissement de partenariats stratégiques (p. ex. : Cris, Inuit, gouvernement fédéral, gouvernement provincial), opérationnels (p. ex. : universités, ordres professionnels, organismes communautaires, réseau de la santé et des services sociaux du Québec) et relationnels (p. ex. : Protecteur du citoyen, CDPDJ).

SECTEUR DE L'EXPERTISE OPÉRATIONNELLE

Expertise financière et gestion d'ententes

- Ententes entre les communautés ou les organisations et l'instance régionale relativement à la prestation de services, conformément à la planification en santé et en mieux-être.
- Ententes entre les Premières Nations et les gouvernements relativement à différents domaines précis (p. ex. : services de garde, aide au revenu, etc.).

Expertise en gestion des ressources humaines

- Besoin d'avoir des ressources humaines qualifiées dans les communautés et les organisations, de les soutenir les communautés dans la recherche de personnel qualifié et d'élaborer une stratégie globale pour les Premières Nations afin d'assurer la pérennité des ressources humaines qualifiées.

Expertise en formation

- Mise au point de formations.

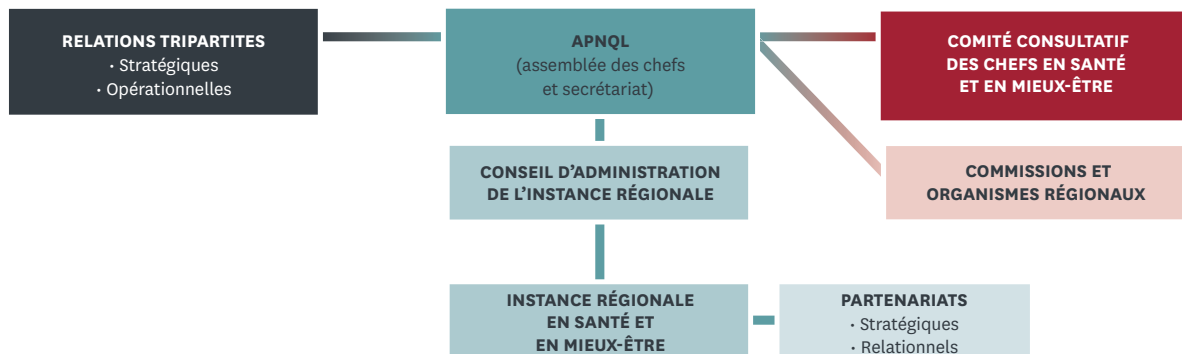
Expertise en ressources informationnelles

- L'équipe des ressources informationnelles soutient les communautés et les organisations des Premières Nations dans la mise au point et l'implantation de services de télésanté.
- Soutien à l'instance régionale, aux communautés et aux organisations relativement à la gestion des parcs informatiques et aux logiciels.

AGENTS DE LIAISON DANS LES COMMUNAUTÉS ET LES ORGANISATIONS

Les agents de liaison s'assurent de bien connaître les besoins de la communauté ou de l'organisation. Ils assurent les liens entre les besoins des intervenants des communautés et des organisations. Ils travaillent en collaboration avec le secteur de l'accompagnement et des services relativement à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'accompagnement. Ils collaborent également avec la communauté ou l'organisation en ce qui a trait au processus de planification (p. ex. : planification stratégique, planification globale communautaire, etc.). Ils participent aux tables de concertation locales. Ils dirigent les intervenants de la communauté et des organisations vers les services de l'instance régionale.

Parties prenantes de la structure – mandats, rôles et responsabilités



COMMUNAUTÉS ET ORGANISATIONS DES PREMIÈRES NATIONS (CONSEILS TRIBAUX ET ORGANISATIONS DANS LES COMMUNAUTÉS)

Les **communautés** sont au cœur du modèle de gouvernance en santé et en services sociaux. Elles sont les principales responsables de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services de santé et de mieux-être. Les conseils de bande prennent les décisions finales quant à leur planification intégrée en santé et en mieux-être et à sa mise-en-œuvre.

- Brosser un portrait de la santé et du mieux-être de la communauté en y intégrant une analyse des déterminants sociaux de la santé.
- Établir les grandes priorités en santé et en mieux-être.
- Élaborer le plan de santé et de mieux-être comprenant des objectifs et des indicateurs permettant d'évaluer les activités.
- Planifier les interventions en santé et en mieux-être à offrir en fonction des besoins locaux.
- Offrir les services de santé et de mieux-être découlant de la planification.
- Rendre compte de l'évaluation des services à la population et au conseil de bande et transmettre les résultats de l'évaluation à l'instance régionale.
- Recevoir le financement aux fins de la planification, la gestion, la prestation et l'évaluation des services de santé et de mieux-être.

Conseil tribal

Les **conseils tribaux** appuient, selon leur mandat, les communautés dans la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé et de mieux-être.

- Plusieurs communautés mandatent des conseils tribaux ou des tiers pour les appuyer dans des domaines variés. L'instance régionale reconnaît ces ententes et ces partenariats, collabore et apporte son expertise aux conseils tribaux ou aux tiers afin de participer à l'atteinte des objectifs et des buts des communautés.

COMITÉ TRIPARTITE (GESTION DE L'ENTENTE – APNQL, GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET GOUVERNEMENT PROVINCIAL)

Le **Comité tripartite** a pour mandat d'agir à titre de partenaire pour suivre l'implantation du modèle de gouvernance effective et pour travailler à aplanir les difficultés rencontrées dans l'implantation de la gouvernance communautaire et de la gouvernance régionale. Il prend toutes les décisions nécessaires pour atteindre les objectifs de l'entente.

Un **Comité tripartite** sera mis sur pied et sera coprésidé par les personnes suivantes : le chef de l'APNQL, le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le sous-ministre adjoint de Services aux Autochtones Canada. Ce comité inclura également les personnes suivantes ou leur délégué :

- Le président et le premier dirigeant de l'instance régionale;
- Le président du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux des Premières Nations;
- Le président du Comité consultatif des chefs en santé et en mieux-être de l'APNQL;
- Un représentant par nation.

APNQL

L'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

(APNQL) est une organisation régionale de défense des intérêts qui représente les citoyens des Premières Nations au Québec et au Labrador.

- Coprésider le comité tripartite.
- Adopter la charte de l'instance régionale en santé et en mieux-être qui déterminera la composition du conseil d'administration et la procédure pour nommer les membres du conseil d'administration les plus habilités pour guider l'instance régionale.
- Mettre sur pied un Comité consultatif des chefs en santé et en mieux-être des Premières Nations.

INSTANCE RÉGIONALE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INSTANCE RÉGIONALE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

- Le **conseil d'administration** doit veiller à la bonne gestion de l'instance régionale en s'assurant que la mission est respectée et réalisée. Il doit aussi soumettre des orientations stratégiques.

L'**instance régionale** prend les décisions quant à son offre de services aux communautés en santé et en services sociaux.

- Mettre au point une offre de services régionale en santé et en mieux-être ainsi qu'en gestion et en technologies de l'information qui intègre les connaissances, les croyances, les valeurs, les pratiques et la médecine des Premières Nations.
- Fournir diverses formes d'accompagnement et de services pour soutenir et renforcer les capacités des Premières Nations dans l'élaboration et la prestation de services de santé et de mieux-être de leur communauté.
- Donner accès aux ressources en termes d'expertise et de connaissances pour soutenir la prise de décisions.
- Rendre compte de ses activités à l'APNQL qui s'assure, avec les partenaires de l'entente (voir Comité tripartite), que l'instance régionale met tout en œuvre pour améliorer la santé et le mieux-être des Premières Nations.
- Accompagner les communautés dans la planification, la gestion, la prestation et l'évaluation de services de santé et de mieux-être.
- Incorporer et promouvoir les connaissances, les croyances, les valeurs, les pratiques et la médecine des Premières Nations à l'offre de services régionale, tout en reconnaissant que ces aspects peuvent avoir une représentation différente dans les communautés.

- Recevoir le financement fédéral à des fins de planification, de gestion, de prestation et d'évaluation de services de santé et de mieux-être et répartir le financement aux communautés en fonction des programmes et des modalités.
- Établir les normes de pratique et veiller à la qualité des services de santé et de mieux-être offerts dans les communautés.
- Collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de s'assurer de la complémentarité des services.

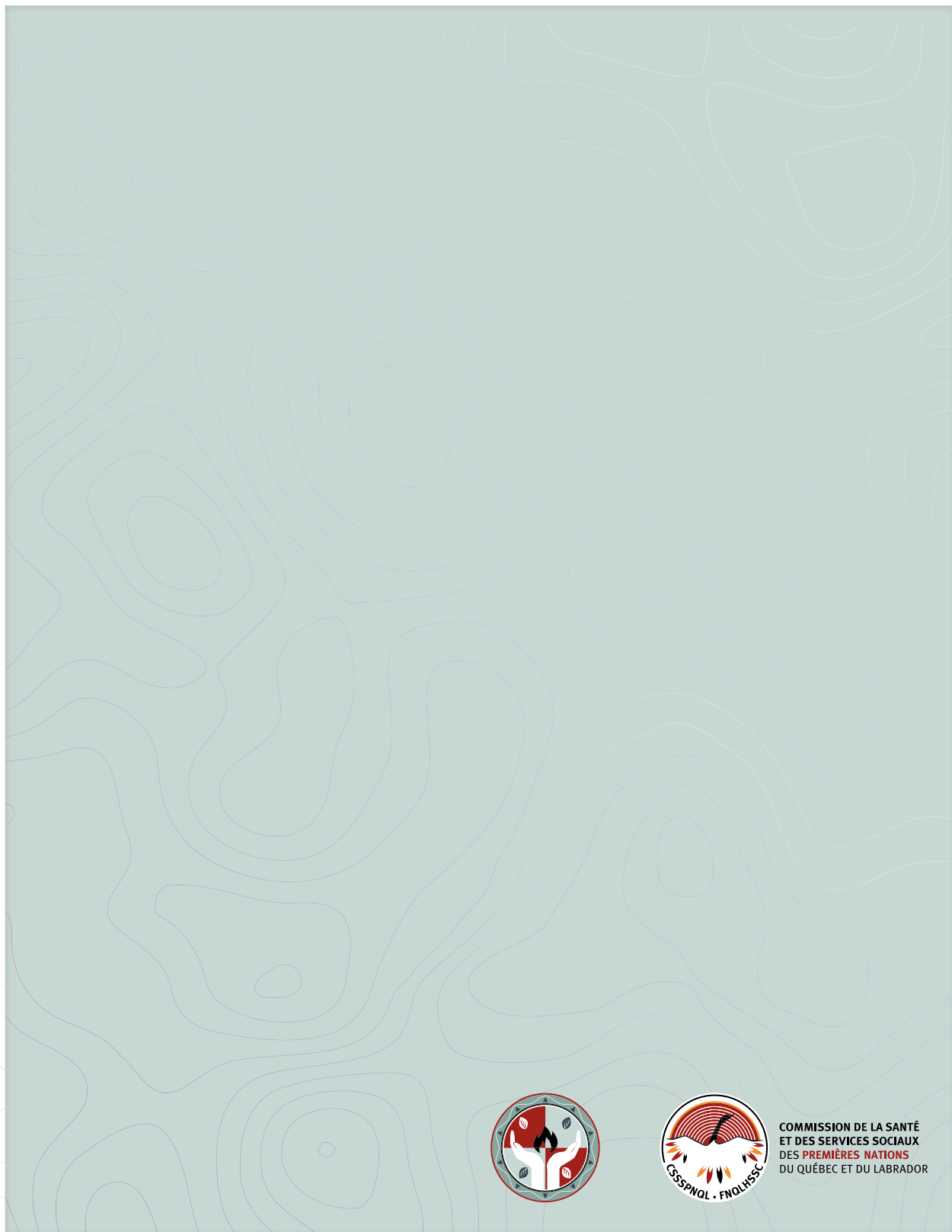
PARTENARIATS

Les communautés et les organisations des Premières Nations ont mis en place une multitude de **partenariats**. L'instance régionale doit aussi établir des relations de nature différente pour réaliser sa mission.

- Elles peuvent être de nature stratégique (p. ex. : partenariats avec les Cris, les Inuit et les Naskapis sur des enjeux précis, partenariats avec les gouvernements et leurs ministères).
- Elles peuvent être de nature relationnelle avec des institutions ou des organismes afin d'établir de meilleurs partenariats pour des services précis (p. ex. : Commission canadienne des droits de la personne).
- Elles peuvent être de nature opérationnelle afin de s'assurer que les besoins des communautés sont comblés de la bonne façon par les organismes et les institutions qui offrent des services (p. ex. : centres d'amitié, centres de traitement, commissions et organismes régionaux, réseau de la santé et des services sociaux du Québec, etc.).

COMITÉ CONSULTATIF DES CHEFS EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

Conseiller le comité tripartite, l'APNQL et l'instance régionale en santé et en mieux-être relativement aux aspects politiques à prendre en compte afin de respecter les besoins des communautés et des organisations. Émettre des orientations stratégiques et des préoccupations politiques.



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

RÉSULTAT DE L'ATELIER SUR LA BONIFICATION DU MODÈLE

COMPILATION DES RÉSULTATS SUR LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE RÉGIONALE

COMPOSANTES DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE	COMMENTAIRES
APNQL	— L'APNQL doit être incluse dans la structure; — L'APNQL doit améliorer et développer ses mandats; — L'APNQL doit maintenir un équilibre entre le politique et les besoins des communautés.
Relations tripartites	— Savoir jusqu'à quel niveau le gouvernement provincial doit s'impliquer; — Avoir un processus dans lequel les deux gouvernements s'impliquent; — Préserver l'autonomie des communautés; — Le Secteur de l'expertise pour les stratégies, les relations et les partenariats doit travailler avec les gouvernements.
Comité consultatif des chefs en santé et en mieux-être	— Définir les critères de sélection, le mandat et les rôles; — Définir son niveau d'implication; — Définir si ce sont seulement des chefs qui devraient y siéger; — Avoir un représentant par nation; — Avoir une bonne connaissance des dossiers en santé et services sociaux; — Faire un lien avec le Secteur de l'expertise pour les stratégies, les relations et les partenariats; — Cerner les enjeux tels que le roulement des chefs et voir comment y remédier (développement de capacités).
Commissions et organismes régionaux	— Instaurer un système de communication efficace; — Préciser si la CSSSPNQL existera encore; — Préciser si les centres de traitement se situeront à ce niveau ou à celui des services; même questionnement pour les autres organismes des PN; — Améliorer les liens entre les commissions/organismes régionaux et l'instance régionale (IR).

COMPOSANTES DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE	COMMENTAIRES
Commentaires généraux sur la structure	— Avoir un bureau des plaintes; — Définir quels sont les grands avantages d'une instance régionale; — La clé est l'équité et la solidarité; — La proposition de cette structure est bonne; — Les centres de traitement ont encore beaucoup de questionnements: financement, relation avec l'IR, reddition de comptes, dossiers collectifs; — Faire participer davantage les aînés; — Préciser les liens et les relations entre les composantes de la structure.

COMPILATION DES COMMENTAIRES SUR LES FONCTIONS DE L'INSTANCE RÉGIONALE

COMPOSANTES DE L'INSTANCE RÉGIONALE	COMMENTAIRES
Conseil d'administration	— Il doit être représentatif des nations et être nommé lors d'une assemblée générale annuelle; — Les aînés, les femmes, les jeunes et les différents « types d'usagers » doivent être représentés; — Ajouter un conseil des sages.
Direction générale	— Avoir une bonne représentation des Premières Nations dans les postes de gestion de l'instance régionale.
Secteur de l'expertise pour les stratégies, les relations et les partenariats	— Ne pas oublier les partenariats avec les autres provinces et avec les régions administratives du Québec; — Utiliser nos forces dans les plaidoyers auprès des groupes non autochtones; — Avoir plus de précisions sur les rôles et les mandats de ce secteur.
Secteur de l'expertise en santé et en mieux-être	<i>Aucun commentaire.</i>
Recherche et évaluation	— Enquêtes: • Valoriser l'expertise importante qu'il faut continuer de développer; — Données: • Se doter d'un protocole pour l'accès et le partage des informations; • Avoir des données comparables entre les communautés; • Avoir un portrait local de chacune des communautés; — Évaluation: • Changer le nom de cette composante pour « Amélioration de la qualité ».

**COMPOSANTES DE
L'INSTANCE RÉGIONALE****COMMENTAIRES**

Planification

- Cette composante doit être mieux définie;
- Y aura-t-il un modèle de planification qui devra être utilisé par tous?
- L'approche fondée sur les besoins demandera beaucoup de planification;
- L'instance régionale devra soutenir adéquatement les communautés;
- La planification et les rapports (imputabilité) devront être harmonisés.

Experts en santé et en mieux-être

- Utiliser le terme «porteur de savoirs (ou de connaissances)»;
- Privilégier une combinaison de gens possédant des expertises et des porteurs de savoirs;
- Changer le nom des professions par des domaines (ex.: toxicomanie, santé mentale);
- Santé publique:
 - Ce volet comprend-il une expertise en prévention et promotion de la santé?
- Travailleurs sociaux:
 - D'autres professionnels sont aussi nécessaires pour assurer la supervision clinique des intervenants en communauté et pour offrir des services directs dans les communautés;
- Guérisseurs traditionnels:
 - L'aspect spirituel pourrait être détaillé davantage;
 - Comment l'instance régionale s'assurera qu'un guérisseur traditionnel offre des soins de qualité ou non et comment les standards seront établis?
 - Le terme de «porteur de savoirs traditionnels» pourrait être privilégié;
- Comités d'experts:
 - Ne pas oublier les aînés et les aidants naturels;
 - Ces comités devraient être en lien direct avec le conseil d'administration et avoir un rôle de conseillers;
- Autres:
 - Ne pas oublier les domaines des dépendances, de la santé mentale et des services de guérison offerts en territoire;
 - Prendre en compte les spécificités des aînés et des populations hors réserve;
 - Réfléchir à la place des centres de traitement, de Femmes Autochtones du Québec et des centres de la petite enfance;
 - Inclure les domaines des dépendances, de la santé mentale, des pratiques traditionnelles et des soins prodigués sur le territoire;

**Secteur de l'accompagnement et
des services en santé et en mieux-être**

- Ne pas oublier les enjeux du logement et de l'itinérance;
- L'offre de services devra être bien connue des communautés;
- La notion de continuum de services est importante pour l'accompagnement;
- La localisation géographique est une préoccupation, l'instance régionale doit être plus près des communautés (ex.: sites satellites);
- La liste des services offerts par l'instance régionale devrait être plus exhaustive.

Accompagnement

- Garder en tête les besoins particuliers des régions plus isolées;
 - Mieux définir qui seront les agents d'accompagnement.
-

COMPOSANTES DE L'INSTANCE RÉGIONALE

COMMENTAIRES

Services

- Accès aux services :
 - Volet à préciser puisque plusieurs éléments peuvent être inclus dans cette composante;
 - Développer les capacités des communautés dans ce domaine;
 - L'autorité du Programme des services de santé non assurés (SSNA) sera-t-elle rapatriée par l'instance régionale?
- Sécurité du revenu :
 - Ce volet pourrait-il être repris par une autre commission régionale?
- Services à l'enfance et à la famille :
 - Préciser si l'on parle des services de première ligne et de la protection de la jeunesse;
 - Inclure aussi les aînés;
- Un volet « santé » pourrait être ajouté.

Services de l'expertise professionnelle

- Revoir le titre de cette composante.

Droits et intérêts des Premières Nations

- Cela doit inclure les droits des usagers;
- Avoir une expertise qui peut offrir des conseils juridiques à la population.

Cultures et langues

- Ce volet devrait être plus haut dans la structure, plus près de la direction générale;
- Favoriser l'acquisition des langues des Premières Nations dès la petite enfance.

Gestion de crises

Aucun commentaire.

Qualité des services

- Il est important d'assurer un niveau élevé de qualité des services.

Mobilisation

Aucun commentaire.

Gestion de projets

Aucun commentaire.

Secteur de l'expertise opérationnelle

- Revoir le titre de cette composante;
- Soutenir les communautés dans leur gestion.

Administration et ressources humaines

- Immobilisations et infrastructures :
 - Y aura-t-il des inspections des infrastructures?
- Comptabilité et finances :
 - Offrir du soutien pour la qualité de la gestion locale et gérer les conflits;
- Ressources humaines :
 - Prévoir du soutien en matière de droit du travail, de rétention et de recrutement des ressources humaines;
- Formation :
 - Offrir des formations en sécurité culturelle aux intervenants du réseau provincial.

Communication

Aucun commentaire.

**COMPOSANTES DE
L'INSTANCE RÉGIONALE****COMMENTAIRES**

Ressources informationnelles

- L'accès au Dossier santé Québec (DSQ) sera-t-il géré sur le plan régional?

**Agents de liaison dans les
communautés et les organisations**

- Cette fonction doit être occupée par des personnes employées par les communautés;
- Prévoir le nombre d'agents nécessaires;
- Comment seront désignés ces agents et quelles seront leurs responsabilités?
- L'agent de liaison devra être responsable du lien avec l'ensemble des secteurs et bien connaître les services de l'instance régionale;
- L'instance régionale devra bien encadrer ces personnes;
- Souligner l'importance d'une communication bidirectionnelle entre les communautés et l'instance régionale;
- Miser sur la stabilité de ces ressources.

**Commentaires généraux sur l'instance
régionale en santé et en mieux-être**

- Le modèle fait beaucoup de sens et est de plus en plus concret;
 - Porter une appréciation sur la façon dont les services sociaux et la santé sont intégrés;
 - Financement : adopter une approche qui prône l'équité entre les communautés et distribuer le financement en fonction des besoins;
 - La culture doit davantage transparaître dans le modèle;
 - Chacun des secteurs devrait développer des politiques;
 - L'instance régionale doit être présente au sein des communautés;
 - Revoir le schéma pour que ça ne ressemble pas à un organigramme;
 - Développer des ententes de collaboration pour que les Premières Nations reçoivent des services, peu importe leur lieu de résidence et leur communauté d'appartenance;
 - S'assurer de la compréhension de tous du nouveau modèle;
 - Quelle est la place de l'instance par rapport aux autres organisations ayant des conseils d'administration indépendants, et quels sont ses liens avec elles?
 - Où sera localisée l'instance? Y aura-t-il des points de services en région?
 - Tenir compte des ressources existantes telles que les conseils tribaux;
 - Où se situe le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux dans cette structure?
 - Tenir compte de la gestion du changement et du risque;
 - Quel sera l'impact sur les ententes financières existantes?
 - Il reste beaucoup de travail à accomplir pour mettre en œuvre le modèle;
 - L'expertise des centres de traitement doit être considérée;
 - Il est difficile de s'écarter des silos actuels (programmes);
 - Combien d'employés seront nécessaires?
 - Un risque que les gouvernements se déchargent de leurs responsabilités est perçu.
-

ANALYSE DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC (PREMIER VOLET) (POWERPOINT)



Compte rendu aux intervenants

22 janvier 2019

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

Sujet : Analyse du financement des services de santé et des services sociaux offerts aux Premières Nations au Québec (premier volet)



Mandat de l'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFPD)

- Les Premières Nations au Québec examinent des modèles de gouvernance qui s'appliqueraient à la prestation de services de santé et de services sociaux dans leurs communautés. Avant d'accroître la portée du cadre de gouvernance, la CSSSPNQL veut approfondir sa connaissance des contraintes liées à la prestation des services d'origine financière et humaine et liées aux infrastructures.
- Pour son analyse du financement des services de santé et des services sociaux offerts aux Premières Nations au Québec (premier volet), l'IFPD s'est vu confier trois mandats :
 - 1) évaluer les allocations et les dépenses des programmes fédéraux;
 - 2) définir un modèle de référence des dépenses communautaires actuelles en santé et en services sociaux;
 - 3) établir le portrait des coûts (ressources humaines, finances et infrastructures et matériel) engendrés par la création, la mise en œuvre, l'exploitation et le maintien dans les réserves des organisations de santé et de services sociaux des Premières Nations, en particulier en lien avec le nouveau modèle de gouvernance.



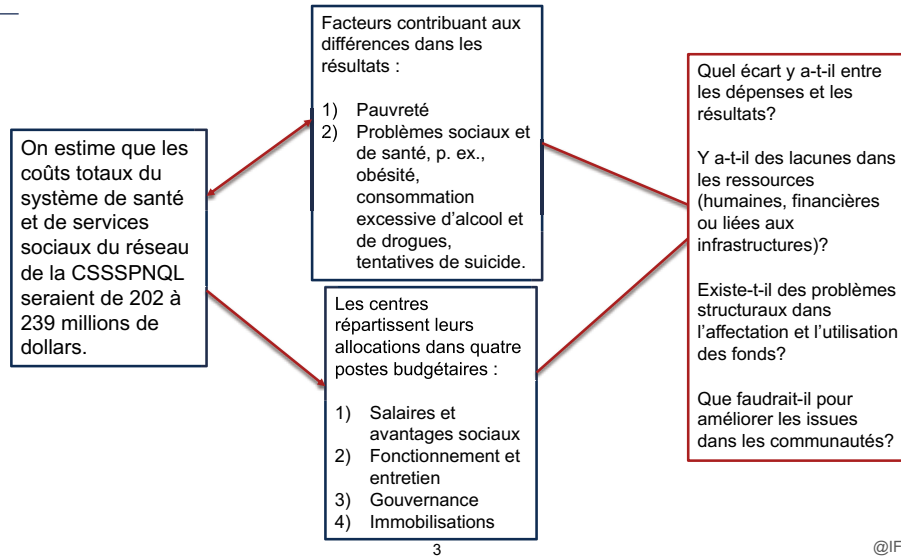
Protection des données

L'IFPD est reconnaissant envers les communautés pour leur participation et les connaissances partagées.

- L'IFPD travaille conformément au Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (APNQL, 2014) et aux principes de PCAP®. Affilié à l'Université d'Ottawa, il suit le code d'éthique de la recherche avec les peuples autochtones et respecte l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* dans l'ensemble de ses activités.
- Les données que les communautés ont transmises à l'IFPD par voie électronique sont stockées dans un système infonuagique protégé par mot de passe (OneDrive), auquel seul le personnel autorisé de l'Institut a accès.
- Les données conservées sur place par l'Institut sont stockées dans ses ordinateurs portables servant à la recherche, et nulle part ailleurs.
- Les clés USB et autres supports physiques contenant des données sont conservés dans un meuble verrouillé, dans une pièce fermée à clé des locaux de l'IFPD.



Analyse des coûts – Principaux résultats



Analyse des dépenses du gouvernement fédéral

Méthodologie – Analyse des dépenses de Services aux Autochtones Canada (SAC)

- Le financement de SAC (à moins d'indication contraire) ne tient compte que des quatre types de programmes suivants :
 - Aide à la vie autonome
 - Prévention de la violence familiale
 - Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations (SEFPN)
 - Aide au revenu
- Les données de SAC de 2017 sur le nombre de personnes inscrites, qui comprennent les personnes vivant dans une réserve et sur les terres de la Couronne, ont servi aux calculs par habitant.



5

@IFSD_IFPD

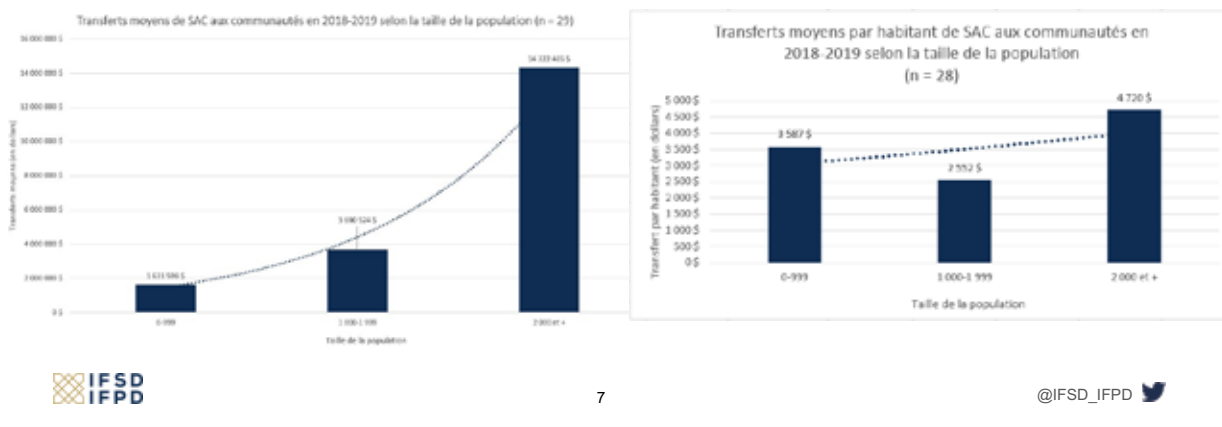


Analyse des dépenses de SAC pour l'exercice 2018-2019



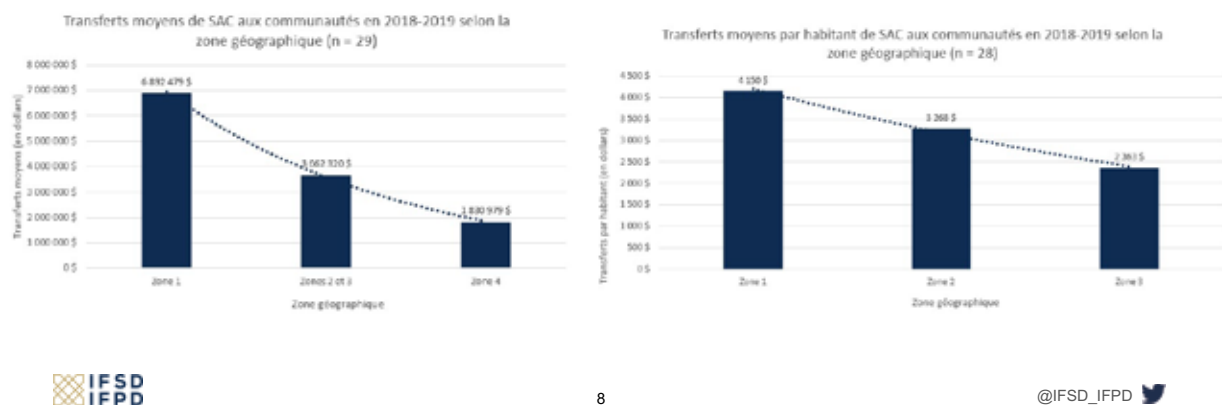
Profil des dépenses de SAC, par catégories de population

- Plus une population du réseau de la CSSSPNQL augmente, plus la moyenne des transferts qu'elle reçoit de SAC est élevée; une tendance à la hausse a également été révélée par l'analyse par habitant.



Profil des dépenses de SAC, par zones géographiques

- Plus une communauté est éloignée d'un centre de services, plus les transferts totaux et par habitant de SAC pour 2018-2019 diminuent (ainsi, plus une communauté est située près d'un centre de services et plus sa population est élevée, plus elle reçoit d'argent).



Conclusion – Profil des dépenses de SAC

- Dans l'ensemble, l'analyse du financement de SAC pour l'exercice 2018-2019 montre seulement une **corrélation positive entre la taille de la population et le financement** (une population plus élevée reçoit plus de financement) pour les programmes d'aide au revenu, de prévention de la violence familiale, des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations et d'aide à la vie autonome.
- Bien que ce lien soit évident pour la période étudiée, l'étude des données des exercices précédents sera nécessaire pour déterminer si cette tendance se maintient.
- L'estimation des coûts futurs devrait être accompagnée de la prise en compte des particularités des services sociaux des Premières Nations afin que ces dernières obtiennent les ressources convenant à leur mandat et à leurs particularités.



9

@IFSD_IFPD



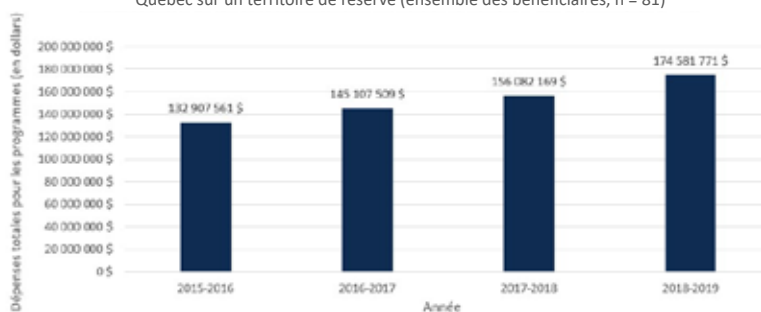
Analyse des dépenses de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) pour les exercices 2015-2016 à 2018-2019



Dépenses fédérales liées à la santé

- Le total des allocations fédérales pour les programmes de santé des Premières Nations au Québec est en hausse depuis 2015-2016.

Dépenses fédérales totales en santé pour les Premières Nations au Québec sur un territoire de réserve (ensemble des bénéficiaires, n = 81)



Note : Les communautés et organisations incluses changent d'une année à l'autre. En 2015-2016, Viger, Akwesasne et Kahnawake n'ont pas reçu de financement de Santé Canada. En 2016-2017, Viger, Akwesasne, Kahnawake et Kanasatake n'ont pas reçu de financement de Santé Canada. En 2017-2018 et en 2018-2019, Viger a commencé à recevoir du financement (mais pas les trois autres communautés mohawks).



11

@IFSD_IFPD

Dépenses fédérales liées à la santé (suite)

- En ce qui a trait aux grandes catégories de programmes, les allocations fédérales versées aux bénéficiaires québécois sont restées assez constantes entre 2015 et 2019.
- La majeure partie (plus de 60 %) est consacrée aux soins primaires, environ 20 % au soutien de l'infrastructure sanitaire, et un peu moins de 20 % aux prestations de santé supplémentaires à l'intention des membres des Premières Nations.
- Bien que dans l'ensemble les allocations versées aux Premières Nations au Québec augmentent, leur distribution ne change pas.

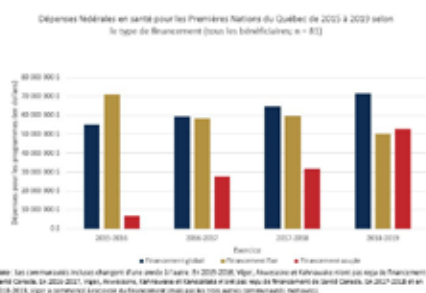


12

@IFSD_IFPD

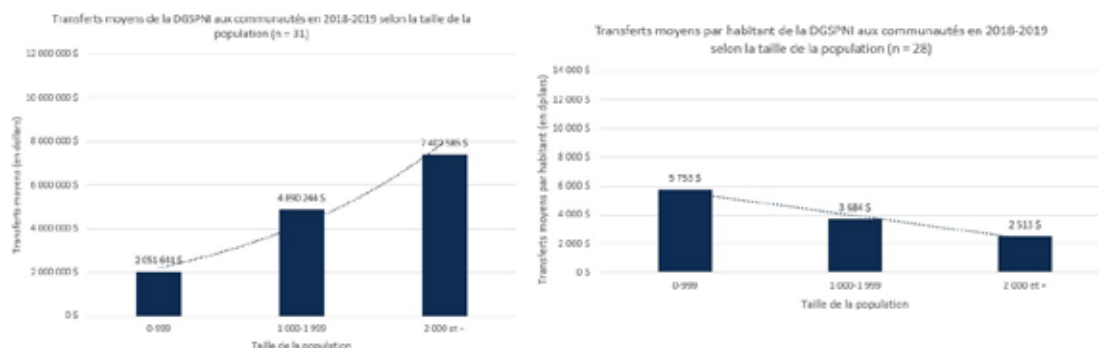
Dépenses fédérales liées à la santé pour l'ensemble des bénéficiaires québécois

- Les pourcentages de financement variable et de financement global versés aux bénéficiaires québécois sont restés essentiellement stables au fil du temps, tandis que le pourcentage des dépenses fixes est en baisse depuis 2015-2016 (la plus importante baisse est survenue de 2015-2016 à 2016-2017). Le financement souple a quant à lui augmenté. Le contrôle des Premières Nations sur les dépenses tend à augmenter.
- Le montant (en dollars) alloué au financement global a augmenté depuis 2015-2016, tandis que celui alloué au financement fixe est en baisse.



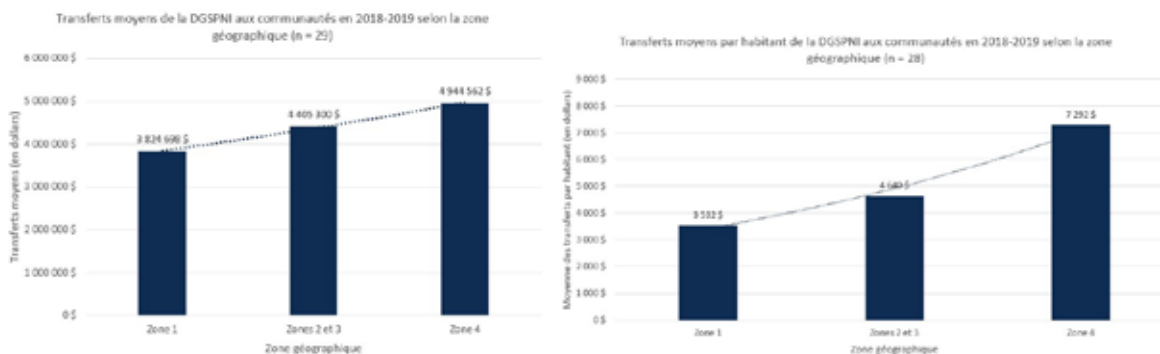
Profil des dépenses de la DGSPNI, par catégories de population

- Plus les populations sont élevées, plus les transferts totaux moyens vers les Premières Nations augmentent. Toutefois, si l'on calcule par habitant, l'accroissement de la population s'accompagne plutôt d'une diminution des transferts.



Profil des dépenses de la DGSPNI, par zones géographiques

- Plus une population est éloignée d'un centre de services, plus la moyenne des transferts totaux qu'elle reçoit augmente; c'est également le cas pour les transferts par habitant.



15

@IFSD_IFPD

Dépenses fédérales – Résumé

- Les dépenses en santé (DGSPNI) sont inversement proportionnelles à la densité de la population.** Les petites communautés, les communautés éloignées (aussi petites) et les communautés aux établissements limités ont tendance à avoir besoin d'un financement plus important. *On peut donc en conclure que le fonctionnement des établissements s'accompagne de coûts fixes et que la population et l'emplacement géographique sont des facteurs faisant potentiellement augmenter les coûts de prestation des services de santé.*
- Les dépenses en services sociaux (SAC, à l'exclusion de la DGSPNI) sont corrélatives à la taille de la population.** En effet, les communautés peuplées et les communautés à proximité de centres de services reçoivent un financement plus important, *ce qui laisse croire que les populations élevées présentent des besoins plus complexes quant aux ressources de prestation de services sociaux.* Toutefois, d'autres facteurs pourraient entrer en jeu et influencer les coûts, comme la délégation des services de protection complets (p. ex., financement des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations).
- L'analyse des dépenses fédérales affectées aux Premières Nations au Québec, plus précisément au réseau de la CSSSPNQL, montre qu'il faudrait budgéter et analyser les services de santé et les services sociaux séparément. Les ressources nécessaires et les dépenses de fonctionnement variant entre les secteurs, elles doivent être évaluées en conséquence.



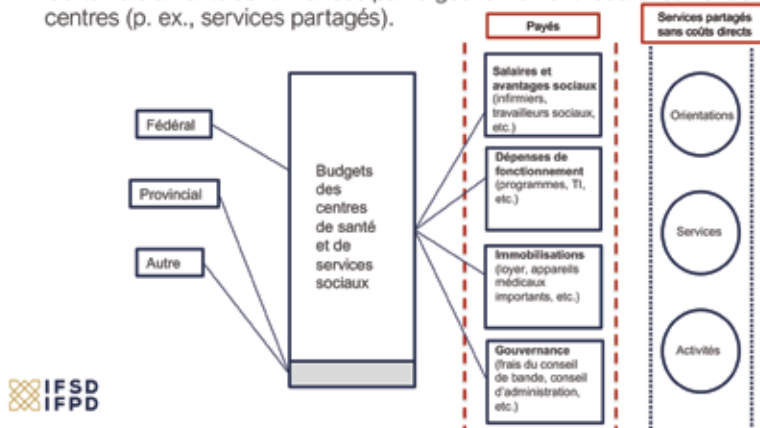
16

@IFSD_IFPD

Modèle de référence des dépenses actuelles

Aperçu des services des centres de santé et de services sociaux

- En moyenne, plus de 90 % du financement des centres de santé et de services sociaux des Premières Nations vient du gouvernement fédéral. Les coûts directs associés aux salaires et aux avantages sociaux représentent la majorité des dépenses d'un centre.
- Certains éléments sont financés par le gouvernement fédéral et n'entraînent pas de coûts directs pour les centres (p. ex., services partagés).

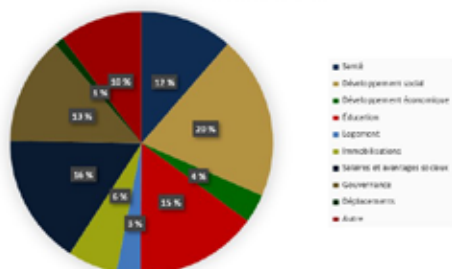


Analyse des états financiers pour l'exercice 2017-2018

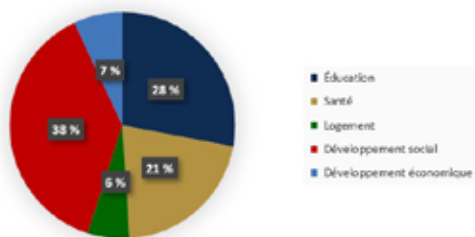
Répartition du budget des Premières Nations

- En moyenne, plus de la moitié (53 %) du budget des Premières Nations est allouée à diverses orientations (éducation, développement social, etc.), dont 16 % aux salaires et aux avantages sociaux. Si on considère uniquement les dépenses sociales (qui peuvent comprendre les salaires, les avantages sociaux et les autres dépenses de fonctionnement), on constate qu'en moyenne, plus du tiers d'entre elles sont consacrées au développement social (aide au revenu, services à l'enfance et à la famille des Premières Nations, etc.); elles sont suivies de celles destinées à l'éducation (28 %) et à la santé.

Pourcentage moyen du budget total des communautés des Premières Nations consacré aux divers postes de dépenses (n = 31)



Pourcentage moyen du budget des Premières Nations pour les secteurs sociaux consacré aux dépenses sociales (n = 31)



Répartition du budget des Premières Nations (suite)

- Les services de santé et les services sociaux comptent pour plus de 50 % des dépenses totales, ce qui signifie qu'un accroissement des responsabilités dans ces secteurs aura des conséquences sur une bonne part du budget d'une Première Nation.
- Il sera important de déterminer quels sont les changements et les ressources touchées (financières, humaines, infrastructurelles) pour veiller à ce que la transition soit harmonieuse et assurer la pérennité des services.



21

@IFSD_IFPD

Analyse des dépenses – États financiers

- Dans cette section, l'analyse porte seulement sur les données tirées des états financiers des Premières Nations pour l'exercice 2017-2018.
- Principales observations :
 - Les petites populations, soit les communautés comptant de 0 à 999 membres, ont des coûts de fonctionnement par habitant plus élevés que les autres (les coûts fixes comptent pour beaucoup dans le calcul), ce qui se traduit par des revenus totaux et fédéraux plus importants ainsi que des dépenses plus grandes.
 - En général, plus la population augmente, plus les revenus totaux et les revenus fédéraux par habitant ont tendance à diminuer, ce qui laisse penser que les modèles de financement ne sont pas basés sur un montant par habitant.
 - Les revenus totaux moyens et les dépenses moyennes par habitant des zones 1 et 4 sont souvent semblables. On aurait pu s'attendre à ce que les structures de coûts varient en raison des différences géographiques; d'autres analyses seront donc nécessaires pour comprendre pourquoi les coûts par habitant sont les mêmes dans les deux groupes.

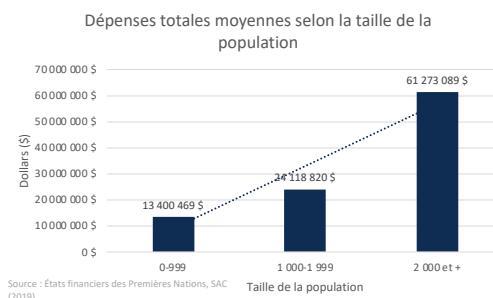
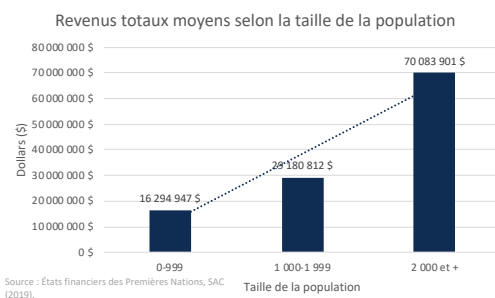


22

@IFSD_IFPD

Analyses des dépenses en fonction de la population – États financiers (suite)

- Les revenus totaux et les dépenses totales augmentent avec la population.

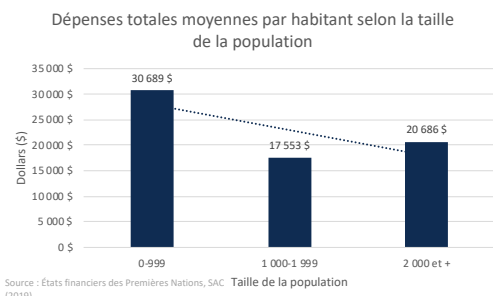
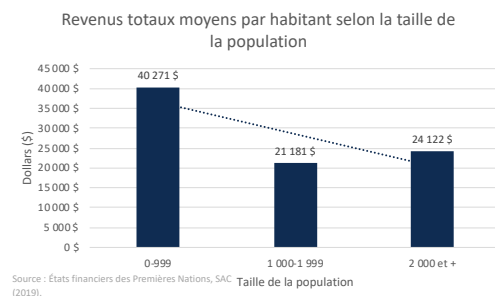


23

@IFSD_IFPD

Analyses des dépenses en fonction de la population – États financiers (suite)

- Les revenus et les dépenses par habitant diminuent avec l'augmentation de la population.

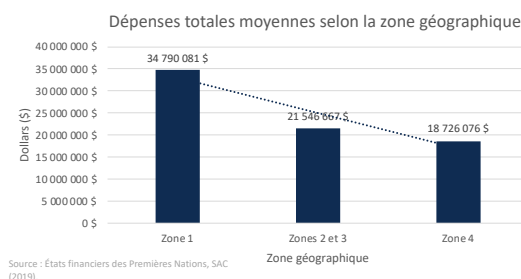
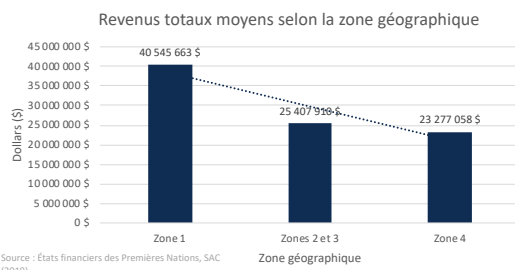


24

@IFSD_IFPD

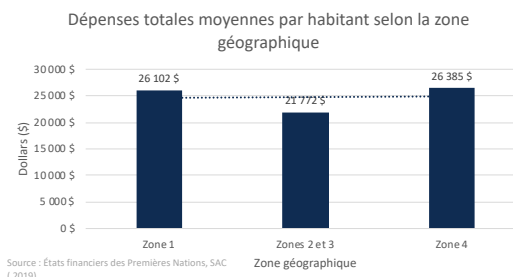
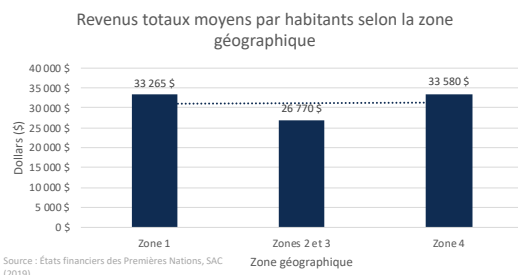
Analyse des dépenses par zone géographique – États financiers (suite)

- Les revenus totaux moyens et les dépenses totales moyennes diminuent avec l'augmentation de la distance entre les communautés des Premières Nations et les centres de services.



Analyse des dépenses par zone géographique – États financiers (suite)

- Les communautés des zones 1 et 4 présentent les dépenses et les revenus moyens par habitant les plus élevés. Il importe toutefois de préciser que les dépenses moyennes par habitant pour les services de santé et les services sociaux sont les plus basses dans les communautés de la zone 4. Cependant, la petite taille de l'échantillon ($n = 3$) peut facilement nuire à la précision des résultats.



Conclusion – Analyse des états financiers

- La taille de la population et l'emplacement géographique semblent influencer les habitudes de dépenses des Premières Nations.
 - La croissance d'une population s'accompagne d'une diminution des dépenses et des revenus par habitant. On peut donc conclure qu'il y a des économies d'échelle associées à la prestation de services communautaires.
 - Les similitudes entre les dépenses et les revenus moyens par habitant des Premières Nations des zones 1 et 4 peuvent être dues à la combinaison variable des revenus organisationnels, des revenus des Premières Nations elles-mêmes et des revenus d'autres sources.
- Les données d'états financiers sont utiles à grande échelle pour comprendre les habitudes générales des Premières Nations en matière de revenus et de dépenses. Il est toutefois difficile de faire plus que dresser un portrait général à partir de l'analyse des données financières, étant donné la période d'étude limitée à un an, les variations dans les méthodes de rapport et le manque d'uniformité dans la catégorisation des dépenses et par rapport à certains autres éléments.



27

@IFSD_IFPD 



Dépenses actuelles – Études de cas



À propos des études de cas

- Les études de cas peuvent servir à créer un profil détaillé d'une organisation donnée et à comprendre les facteurs opérationnels en jeu.
- Les sept communautés sélectionnées sont représentatives, sur le plan de la taille de la population et de l'emplacement géographique, des 32 qui forment le réseau de la CSSSPNQL.
- Des membres de l'IFPD, accompagnés d'une personne représentant la CSSSPNQL, ont visité les sept centres et leur communauté en juin et juillet 2019.
- Comme toute approche méthodologique, l'étude de cas a ses limites :
 - L'échantillon est représentatif, mais petit; les particularités des communautés et des centres non inclus risquent donc d'être mal représentées ou carrément ignorées. L'échantillon est globalement représentatif, mais il ne reflète pas 100 % de la population.
 - Comme les résultats sont issus de cas particuliers et non de la population générale, leur réplicabilité et le potentiel d'extension de leur application pourraient être réduits, un problème que le degré élevé de similitude des mandats et des services des différents centres vient atténuer.



29

@IFSD_IFPD

Résumé des dépenses moyennes

- Les dépenses moyennes par habitant sont d'environ 6 000 \$, quel que soit l'échantillon utilisé pour le calcul ($n = 7$ ou $n = 11$). Ce résultat montre que les dépenses totales élevées sont dues à la taille des populations et ne sont pas influencées par d'autres facteurs (p. ex., facteurs organisationnels), et laisse supposer que les dépenses ne dépendent pas des résultats. Divers centres au degré de perfectionnement variable présentent des structures de dépenses selon la population semblables.

Moyennes pour sept centres (arrondies)		Moyennes pour onze centres (arrondies)	
Dépenses totales moyennes	5 M\$	Dépenses totales moyennes	6 M\$
Nombre moyen d'équivalents temps plein	39	Nombre moyen d'équivalents temps plein ($n = 7$)	39
Dépenses moyennes par habitant	6 000 \$	Dépenses moyennes par habitant	6 000 \$
Taille moyenne de la population	800	Taille moyenne de la population	1 000

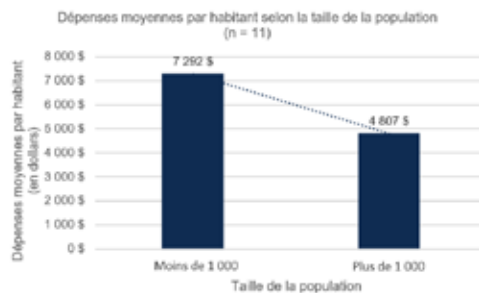


30

@IFSD_IFPD

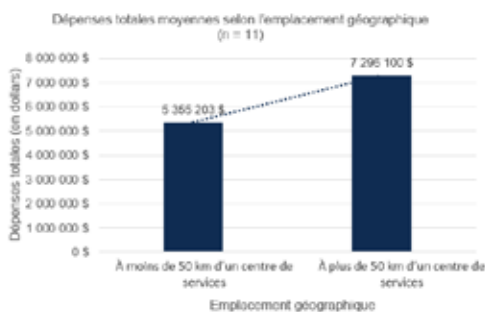
Résumé des dépenses moyennes (suite)

- Lorsque les centres (n = 11) sont classés selon la taille de leur population, on constate que les dépenses moyennes par habitant des centres peu peuplés (moins de 1 000 personnes; n = 6) sont supérieures à celles des centres très peuplés (plus de 1 000 personnes; n = 5).



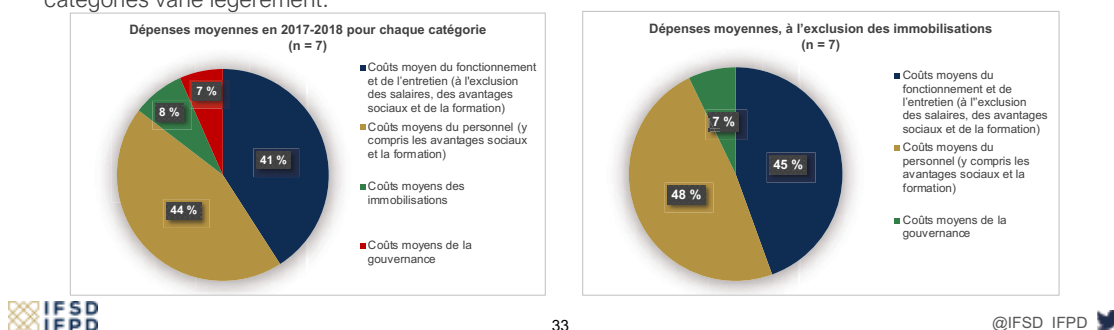
Résumé des dépenses moyennes (suite)

- Lorsque les centres (n = 11) sont classés selon leur zone géographique, on constate que les dépenses par habitant des centres de la zone 1 (situés à moins de 50 km d'un centre de services; n = 8) sont inférieures à celles des centres des zones 2, 3 et 4 (situés à plus de 50 km d'un centre de services; n = 3), ce qui semble indiquer que la prestation de services coûte plus cher aux communautés éloignées des centres de services.



Résumé des dépenses moyennes (suite)

- La plupart des dépenses d'un centre sont associées aux salaires et aux avantages sociaux.
- Les immobilisations sont une catégorie de dépenses qui peut changer considérablement d'année en année (p. ex., construction d'un nouveau bâtiment ou paiement d'un loyer). À titre d'exemple, les dépenses moyennes sont présentées ci-dessous en incluant ou en excluant les immobilisations. Comme les immobilisations représentaient moins de 10 % des dépenses en 2017-2018, la pondération des autres catégories varie légèrement.



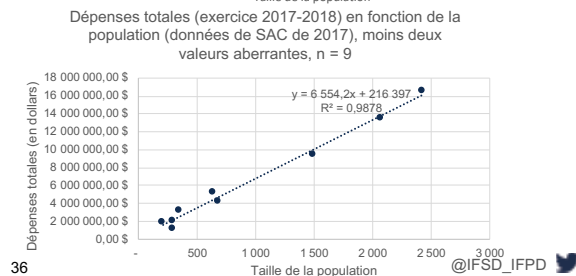
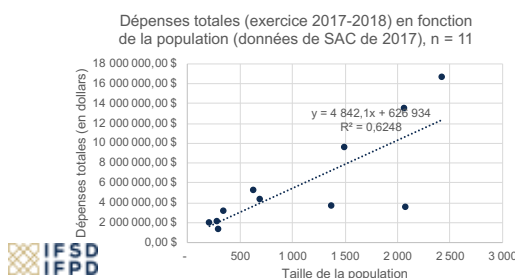
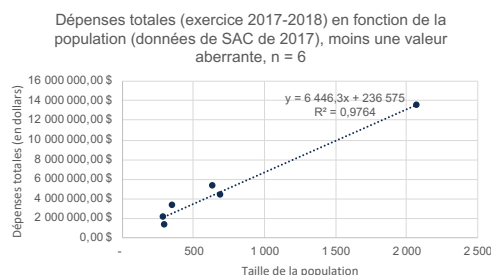
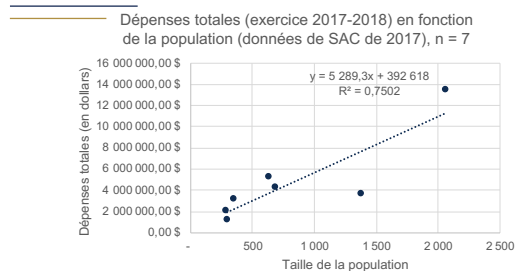
Estimation et analyse des coûts



Liens influençant les coûts

- Afin de déterminer quels éléments font grimper les coûts de la prestation de services de santé et de services sociaux dans les réserves, les dépenses totales et les catégories de coûts ont été analysées en fonction de variables indépendantes (p. ex., taille de la population, emplacement géographique) pour savoir si elles influencent les dépenses et, le cas échéant, de quelle manière elles le font.
- La seule corrélation significative observée était une corrélation positive entre les dépenses totales d'un centre et la taille de sa population.
 - Cette corrélation positive significative (dépassant 0,9 après le retrait des valeurs aberrantes) semble indiquer que la taille de la population serait le principal facteur influençant les dépenses des centres de santé et de services sociaux.
 - Fait intéressant : les deux groupes étudiés avaient des dépenses moyennes par habitant semblables – quels que soient la taille de la population, l'emplacement géographique et les services offerts –, soit environ 6 000 \$ par personne.

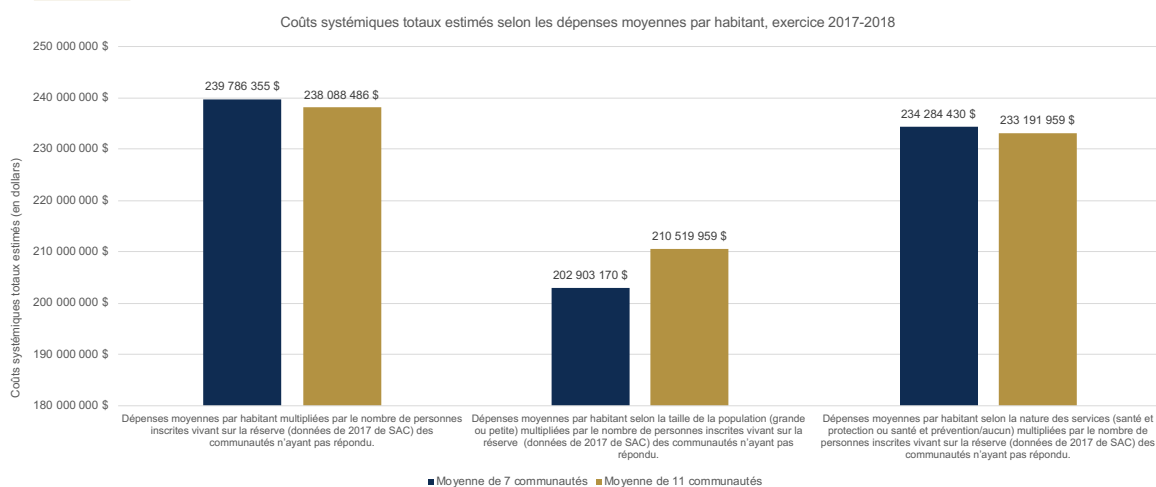
Liens influençant les coûts (suite)



Coûts systémiques totaux estimés

- La force de la corrélation positive entre les dépenses totales et la taille de la population laisse croire qu'il s'agit d'un modèle fiable des coûts systémiques totaux et des coûts futurs des centres de santé et de services sociaux, si on présume que les revenus et les structures de dépenses ne changeront pas de façon importante.
- Pour cette raison, les coûts systémiques totaux des centres de santé et de services sociaux du réseau de la CSSSPNQL sont estimés à partir des dépenses moyennes par habitant pour les trois catégories de centres :
 - Dépenses moyennes totales par habitant;
 - Dépenses moyennes par habitant des centres peu peuplés (moins de 1 000 personnes) contre celles des centres très peuplés (plus de 1 000 personnes);
 - Dépenses moyennes par habitant selon la nature des services (santé et protection ou santé et prévention/aucun autre service).
- D'après les paramètres de calcul utilisés, on estime que les coûts systémiques totaux associés au fonctionnement des 32 centres de santé et de services sociaux du réseau de la CSSSPNQL seraient de **202 à 239 millions de dollars**.

Coûts systémiques totaux estimés (suite)

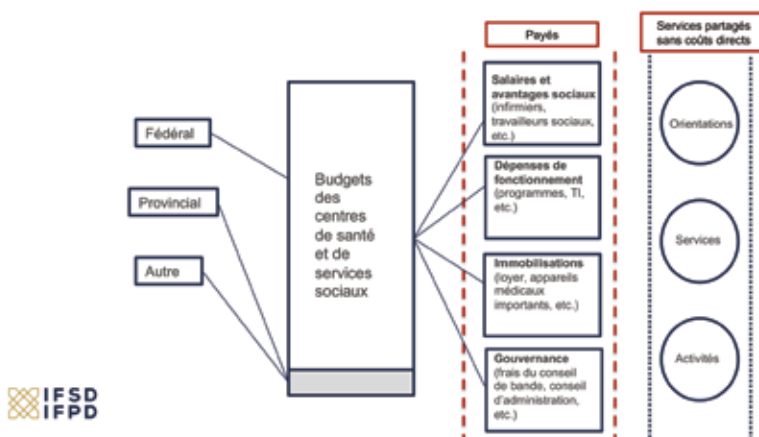


Analyse des coûts – Principaux résultats

- Les dépenses totales d'un centre sont fortement corrélatives à la taille de sa population (plus la population d'un centre augmente, plus ce dernier a besoin de ressources).
- Les dépenses ne dépendent pas des résultats; des centres au degré de perfectionnement et au mandat variables ont des dépenses par habitant très semblables.
- Sans surprise, ce sont les salaires et les avantages sociaux qui représentent l'essentiel des dépenses d'un centre. Une forte corrélation positive a été établie entre le nombre d'équivalents temps plein d'un centre de santé et de services sociaux et la taille de sa population et ses dépenses totales.

Services partagés : orientation, services, activités

- Certains éléments sont financés par le gouvernement fédéral et n'entraînent pas de coûts directs pour les centres (p. ex., services partagés).



Constats des études de cas

- 1) Constat : La volonté politique compte. La nature collective et durable de l'objectif de soutenir les Premières Nations (pour différentes raisons) a été essentielle à la création de la First Nations Health Authority.
- 2) Constat : L'existence d'une structure laissant place à la diversité locale malgré des objectifs centraux communs peut aider à gérer la présence de besoins divergents dans différentes communautés.
- 3) Constat : L'intégration d'une structure de gouvernance dans un réseau établi prend du temps, mais elle peut s'avérer productive en présence d'un climat de confiance et d'une capacité démontrée et maintenue.
- 4) Constat : Collecter ou obtenir les données appropriées rend possible la mise en parallèle des ressources utilisées et des résultats, ce qui est essentiel à la prise de décisions et à la planification éclairées.
- 5) Constat : Pour attirer du personnel compétent et qualifié et le retenir, il pourrait être nécessaire de nouer des relations avec des établissements d'enseignement locaux, surtout dans les milieux concurrentiels.
- 6) Constat : La communication ouverte et régulière entre le personnel des centres et la population locale est un bon moyen d'informer et d'engager la communauté en période de changement et de transition.



41

@IFSD_IFPD

Constats des études de cas (suite)

- 7) Constat : En prévision de la transition, les dirigeants des centres de santé et de services sociaux devraient préparer leur personnel à gérer le processus et les impondérables et élaborer des plans stratégiques en la matière.
- 8) Constat : Les centres de santé et de services sociaux peuvent exercer une influence cruciale sur le bien-être de la communauté. Leurs rôles et mandats – particulièrement dans les petites localités – peuvent aller au-delà des services médicaux et des services sociaux habituels. Il sera important de faire en sorte que les centres aient les ressources et les capacités nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté dans le cadre du transfert des responsabilités, qui verra celles des centres augmenter.
- 9) Constat : Lorsque nous prenons soin de notre personnel, il tend à nous le rendre par son engagement et son dévouement.
- 10) Constat : L'ingérence politique dans les activités et affaires internes peut briser le lien de confiance dans des dossiers personnels et confidentiels tels que la santé. Comme de nombreuses communautés se dirigent vers un modèle de subventions globales, les centres de santé et de services sociaux devraient en considérer les implications pour leur budget de fonctionnement ainsi que l'évolution de la situation politique.
- 11) Constat : Rattacher les enseignements de la communauté au contexte actuel peut apporter les bienfaits de l'intégration des structures dans les fonctions d'organisation, de surveillance et de gestion financière sûre. Lorsqu'elles sont adéquatement conçues et défendues, ces structures peuvent résister aux changements politiques et aux situations de crise.
- 12) Constat : Il est important que les gestionnaires puissent avoir un rôle d'orientation et non seulement d'exécution, ce qui leur donnera la latitude nécessaire pour définir les priorités, contribuer à l'élaboration des programmes et garantir la disponibilité des ressources essentielles à l'atteinte des objectifs.



42

@IFSD_IFPD

Leçons : conclusions et recommandations

- 1) Durant la période de transfert des responsabilités, il serait prudent d'allouer des ressources supplémentaires aux Premières Nations vivant dans des régions particulièrement éloignées et isolées.
- 2) La CSSSPNQL devrait continuer à recueillir les données sur les dépenses en services sociaux des exercices financiers précédents auprès de SAC. L'objectif serait d'augmenter l'exhaustivité et la comparabilité des données, et ainsi de brosser un portrait plus détaillé des tendances des dépenses.
- 3) La CSSSPNQL devrait, avec le secteur des opérations régionales de SAC, établir un cadre de production de rapports trimestriels ou semestriels sur les dépenses, de sorte qu'il y ait transmission régulière des données sur l'utilisation des fonds publics à l'organisation, sans retard ni incidence sur son travail.
- 4) Réserver de 1 % à 3 % du budget total aux dépenses imprévues associées à la transition, pour la période de transfert des responsabilités.
- 5) Se préparer à une différence dans les dépenses en immobilisations en vérifiant que les centres disposent des immobilisations nécessaires dans l'immédiat et qu'ils auraient accès à des ressources supplémentaires si de nouvelles dépenses en immobilisations devaient s'avérer nécessaires.
- 6) Allouer les ressources supplémentaires destinées au transfert des responsabilités en fonction des besoins.
- 7) Pour améliorer l'efficacité des allocations des centres de santé et de services sociaux en vue d'augmenter l'efficacité des centres pour la population, on recommande de comparer, pour chaque communauté, les données sur les dépenses aux données de rentabilité correspondantes, de façon à suivre les résultats et à adapter les démarches et les ressources selon les besoins locaux.
- 8) Toute future analyse comparative des CLSC et des centres de santé et de services sociaux des Premières Nations devrait être accompagnée d'une évaluation séparée des structures de services et de la structure de coûts de la province, ainsi que des différences dans les résultats, du point de vue social et de la santé, entre les membres et les non-membres des Premières Nations au Québec.



ANALYSE DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

(DEUXIÈME VOLET : PRÉVISION DES BESOINS)
(POWERPOINT)



Aperçu du projet

Contexte et objectifs

- Le but de ce projet est d'améliorer les connaissances de la CSSSPNQL quant aux problèmes de financement liés à la prise en charge des services de santé et des services sociaux pour aider les communautés et les organismes à les surmonter.
- Afin d'éclairer la planification et les négociations, la CSSSPNQL a entrepris une étude des ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins prévus en matière de santé et de services sociaux des communautés des Premières Nations au Québec servies par la CSSSPNQL. L'étude comportait deux volets :
 - **Partie 1** – Analyse du financement régional et local : ce volet de l'étude consistait à dresser un portrait du financement des services de santé et des services sociaux offerts dans les communautés des Premières Nations au Québec. Il comprenait l'évaluation du budget du gouvernement fédéral pour les services de santé et les services sociaux offerts aux communautés des Premières Nations et des éléments du financement administré aux échelles nationale et régionale, ainsi que l'estimation des dépenses actuelles en santé et en services sociaux dans les communautés.
 - **Partie 2** – Besoins prévus : ce volet de l'étude consistait à faire des projections démographiques sur une période de 20 ans et à estimer les besoins de financement en santé et en services sociaux sur la base des conclusions de la partie 1.
- Cette présentation décrit l'approche, les sources de données utilisées et les conclusions de la partie 2, ainsi que les travaux futurs recommandés.

Portée de l'étude

- Portée de la partie 2 : besoins prévus
 - Projections démographiques relativement à 28 communautés des Premières Nations servies par la CSSSPNQL pour la période de 2020 à 2040.
 - Estimation des besoins de financement pour la prestation des services de santé et des services sociaux pour la période de 2020 à 2040 en se basant sur les projections démographiques et les estimations de dépenses de la partie 1.

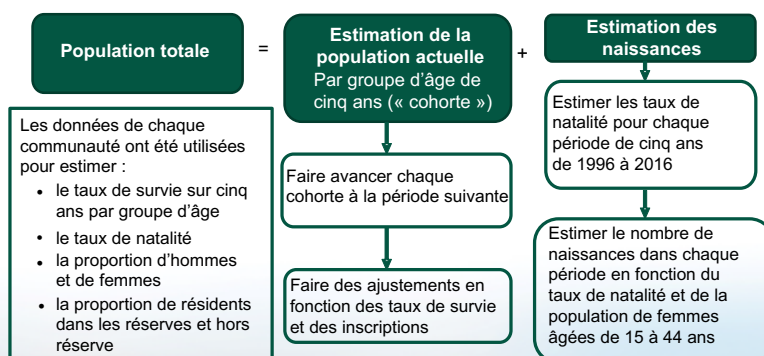
Sources de données

- Données démographiques de 1972 à 2017 de Services aux Autochtones Canada.
 - Les données portent sur la population totale, la population selon le sexe, et la population dans les réserves et hors réserve.
- Les données utilisées pour faire les projections des coûts des services de santé et des services sociaux ont été collectées par l'IFPD dans le cadre de la première partie du projet.
 - L'IFPD a mené une enquête sur les dépenses en santé et en services sociaux dans 11 des communautés des Premières Nations au Québec servies par la CSSSPNQL.
 - Les données recueillies portaient sur les dépenses et le financement en santé et en services sociaux pour 2017 dans les 11 communautés des Premières Nations.
 - Le **financement** en santé et en services sociaux a été ventilé par source de financement (fédéral, provincial, autre).
 - Les **dépenses** en santé et en services sociaux ont été ventilées par grande catégorie (capital, fonctionnement et entretien, personnel, programmation).

Projections démographiques

Approche relative aux projections démographiques

- Pour estimer la population entre 2020 et 2040, nous avons utilisé le modèle de projection par cohortes et composantes afin de faire des projections par groupes d'âge de cinq ans.



Estimation de la population actuelle – Étapes 1 et 2

MNP

1. Nous avons estimé la cohorte de 2020 pour chaque groupe d'âge de cinq ans à partir de l'âge de 10 ans en fonction de la population de chaque groupe d'âge en 2015 et du taux de survie correspondant (les âges de 9 ans et moins ont été estimés en fonction des taux de natalité).
2. Pour les périodes suivantes, nous avons fait avancer les cohortes en fonction des taux de survie correspondants.

	2020	2025	2030		Taux de survie
25-29 ans	96			25-29 ans	100 %
30-34 ans	100	96		30-34 ans	100 %
35-39 ans	90	100	96	35-39 ans	100 %
40-44 ans	85	88	98	40-44 ans	98 %

ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 8

MNP.ca

Estimation des naissances – Étape 1

MNP

1. Estimer le taux de natalité de la communauté en fonction du nombre d'enfants nés et du nombre de femmes en âge de procréer au cours de la période.
 - Le nombre d'enfants âgés de 5 à 9 ans est utilisé comme estimation du nombre d'enfants nés au cours d'une période.

	Population 1990	Population 1995	Population 2000
5-9 ans (les deux sexes)			390
15-19 ans (femmes)	117	124	
20-24 ans (femmes)	161		
25-29 ans (femmes)	128		
30-34 ans (femmes)	118		
35-39 ans (femmes)	83		
40-44 ans (femmes)	72		
TOTAL	803		390

Exemple

Pour estimer le taux de natalité de 1990 à 1995 :

- a) Population d'enfants âgés de 5 à 9 ans en 2000 = 390
- b) Nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans en 1990 et nombre de femmes âgées de 15 à 19 ans* en 1995 = 803 (femmes en âge de procréer)
- c) $390 / 803 = 0,49$ bébé par femme en âge de procréer (taux de natalité)

*Comme nous faisons des estimations pour une période de cinq ans, ce groupe de femmes est inclus, car celles-ci atteindraient l'âge de procréer pendant la période.

ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 9

MNP.ca

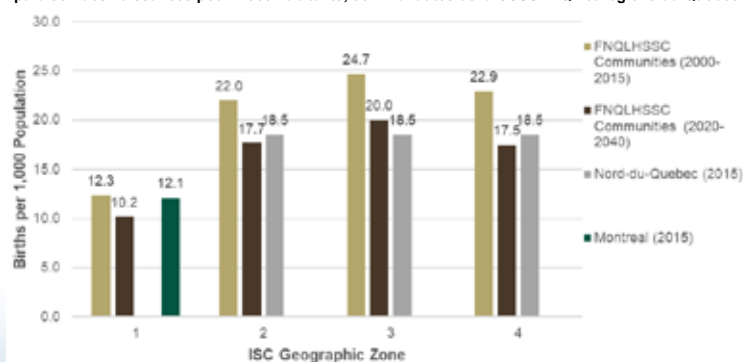
Estimation des naissances – Étapes 2 et 3

2. Élaborer des hypothèses sur les taux de natalité futurs en s'appuyant sur les tendances enregistrées antérieurement.
3. Estimer le nombre d'enfants de 0 à 4 ans dans chaque période à partir du taux de natalité calculé et de la population projetée de femmes en âge de procréer.

- De 2015 à 2018, le taux de natalité au Québec se situait entre 8,2 et 9,0 bébés pour 1 000 personnes.
- Dans les différentes régions administratives, le taux de natalité se situait entre 7,1 et 19,7 bébés pour 1 000 personnes.
- Le taux de natalité prévu pour les communautés de la CSSSPNQL se situe entre 12,4 et 32,5 bébés pour 1 000 personnes.

Estimation des naissances

Comparaison des naissances pour 1 000 habitants, communautés de la CSSSPNQL et régions du Québec



- Les naissances estimées dans les communautés de la zone 1 ont été comparées à celles de Montréal.
- Les naissances estimées dans les communautés des zones 2, 3 et 4 ont été comparées à celles du Nord-du-Québec, une région relativement éloignée.
- Les comparaisons suggèrent que les naissances estimées pour les communautés de la CSSSPNQL **concordaient avec les tendances au Québec.**

Sexe, lieu de résidence et changements relatifs à l'admissibilité



Sexe et lieu de résidence

- Nous avons estimé le nombre d'hommes et de femmes dans les réserves et hors réserve au moyen des données suivantes :
 - Les ratios historiques d'hommes et de femmes
 - Les ratios historiques de population dans les réserves et hors réserve

Admissibilité

- Les modifications apportées à la *Loi sur les Indiens* peuvent avoir une incidence sur la population.
- Le bureau du directeur parlementaire du budget (DPB) estime que le projet de loi S-3 permettra à environ 35 000 personnes de s'inscrire. Toutefois, la majorité des personnes concernées résideraient hors réserve.
- Le DPB estime que jusqu'à 2 % des personnes admissibles émigreraient vers les réserves.
- Nous nous sommes appuyés sur les estimations du DPB pour élaborer un scénario tenant compte de l'inscription d'un plus grand nombre de personnes.

ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 12

MNP.ca

Financement des besoins en santé et en services sociaux



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 13

MNP.ca

Financement des besoins en santé et en services sociaux



- Pour estimer les besoins de financement futurs de chaque communauté des Premières Nations au Québec, nous nous sommes appuyés sur les données suivantes :
 - les dépenses par habitant en santé et en services sociaux;
 - les projections démographiques.
- Les coûts des services de santé et des services sociaux au sein d'une communauté varient en fonction de certains facteurs, notamment :
 - les services offerts;
 - les infrastructures;
 - l'emplacement de la communauté. De façon générale, les communautés éloignées dépensent plus en santé et en services sociaux par habitant.
- Pour tenir compte de l'augmentation du coût de la prestation des services de santé et des services sociaux au fil du temps, les estimations du coût par habitant ont été ajustées en fonction de l'inflation pour chaque période de cinq ans, sur la base de l'évolution annuelle moyenne des dépenses en santé par habitant au Canada de 2013 à 2018.
- Nous avons calculé les dépenses en santé et en services sociaux par habitant pour les communautés éloignées et non éloignées, en nous basant sur :
 - leur zone géographique selon SAC;
 - les données sur les dépenses de la partie 1.

ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

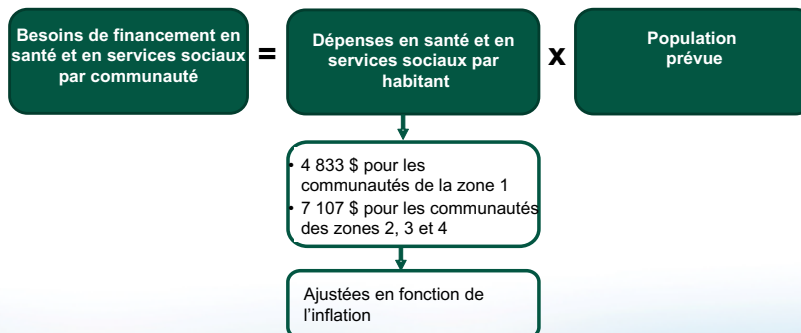
Diapositive 14

MNP.ca

Financement des besoins en santé et en services sociaux



Approche relative aux besoins de financement en santé et en services sociaux



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 15

MNP.ca

Ce que cela signifie pour les communautés

Tendance démographique et effet sur les coûts

Bonne compréhension des tendances démographiques

- Comprendre comment et de quelle manière la population a changé :
 - Évolution de la population à l'intérieur et à l'extérieur des réserves
 - Si la population a augmenté, a diminué ou est restée constante
 - Changements dans les tranches d'âge, si la population est proportionnellement plus âgée, plus jeune, jusqu'à une augmentation de cinq ans
 - Combien d'enfants naissent

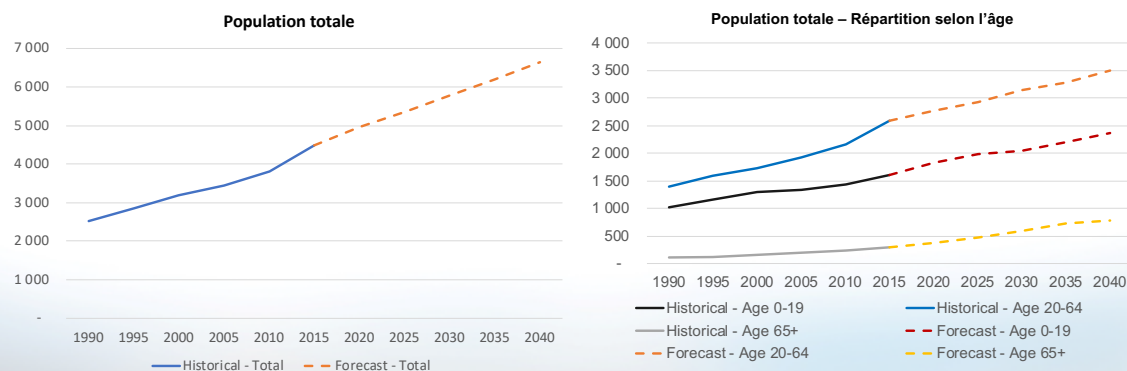
Hypothèses et projections sur la population

- Sur la base des tendances, des hypothèses ont été formulées pour l'avenir afin de permettre à chaque communauté de comprendre sa population
 - Taille et changements
 - Âge proportionnel
 - Taux de natalité prévu
- Effets de ces changements sur le coût des services de santé et des services sociaux par habitant et par communauté

Communauté A – Projections démographiques

MNP

La population augmente de façon constante.
Les taux de natalité restent stables, mais légèrement inférieurs à ceux de 2015.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

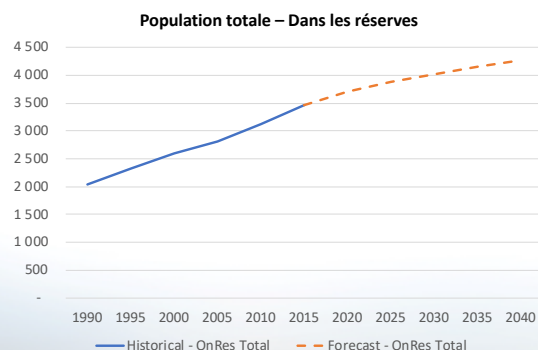
Diapositive 18

MNP.ca

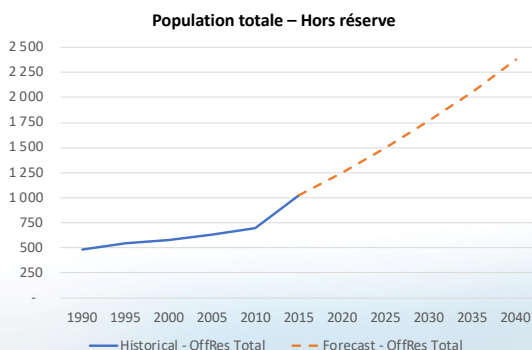
Communauté A – Projections démographiques

MNP

La population des réserves diminuera lentement.



La population hors réserve continuera d'augmenter à un rythme croissant.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 19

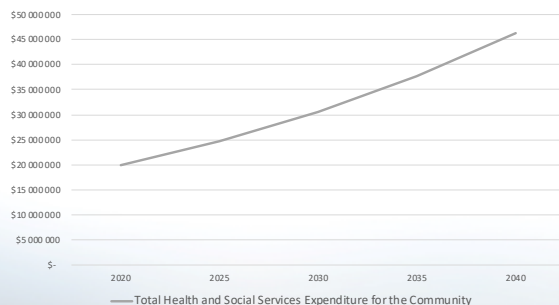
MNP.ca

Communauté A – Projections des coûts

MNP

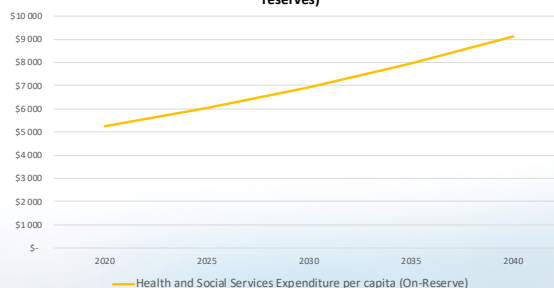
À l'échelle communautaire, les coûts augmenteront à un rythme légèrement accéléré.

Total des dépenses en santé et en services sociaux pour la communauté



Les coûts dans les réserves augmenteront de façon constante à un rythme plus régulier.

Dépenses en santé et en services sociaux par habitant (dans les réserves)



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 20

MNP.ca

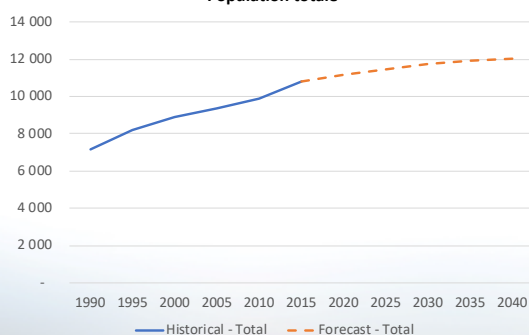
Communauté B – Projections démographiques

MNP

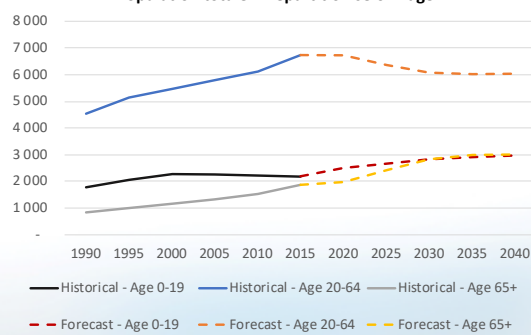
La population augmente lentement, puis commence à diminuer.

Il y a eu une augmentation de la population en raison des inscriptions qui fait augmenter la tranche d'âge des 65 ans et plus.

Population totale



Population totale – Répartition selon l'âge



- L'augmentation de la population des 65 ans et plus reflète l'augmentation des inscriptions chez les 20 à 64 ans de 2010 à 2015.

ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

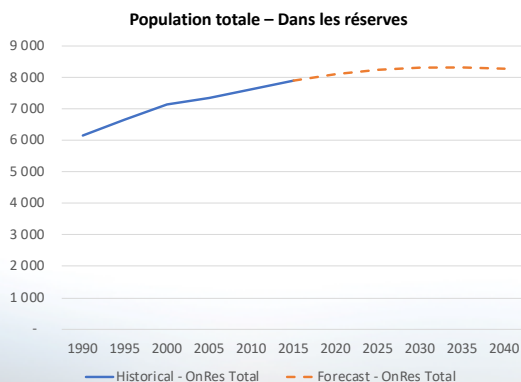
Diapositive 21

MNP.ca

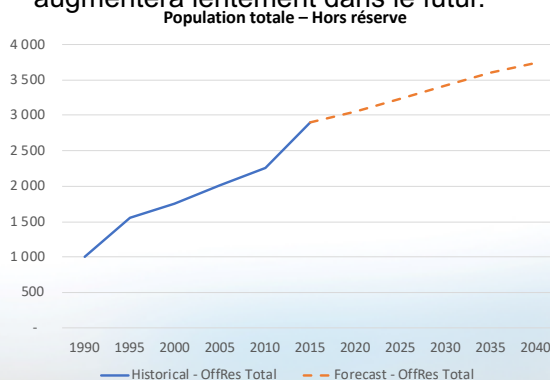
Communauté B – Projections démographiques

MNP

La population dans les réserves diminuera lentement.



La population hors réserve a augmenté en raison des inscriptions, mais elle augmentera lentement dans le futur.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

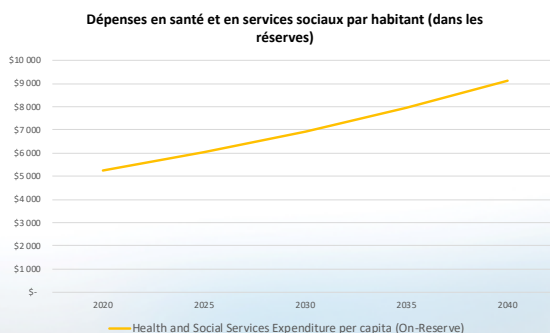
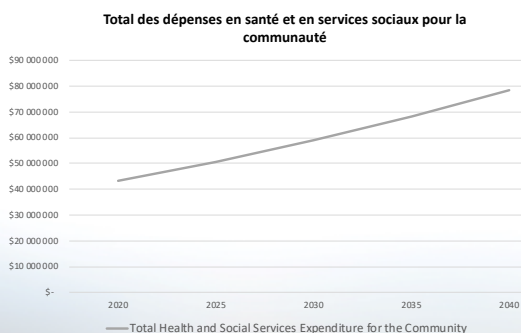
Diapositive 22

MNP.ca

Communauté B – Projections des coûts

MNP

Dans l'ensemble, on prévoit une augmentation progressive des coûts dans la communauté et dans les réserves.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

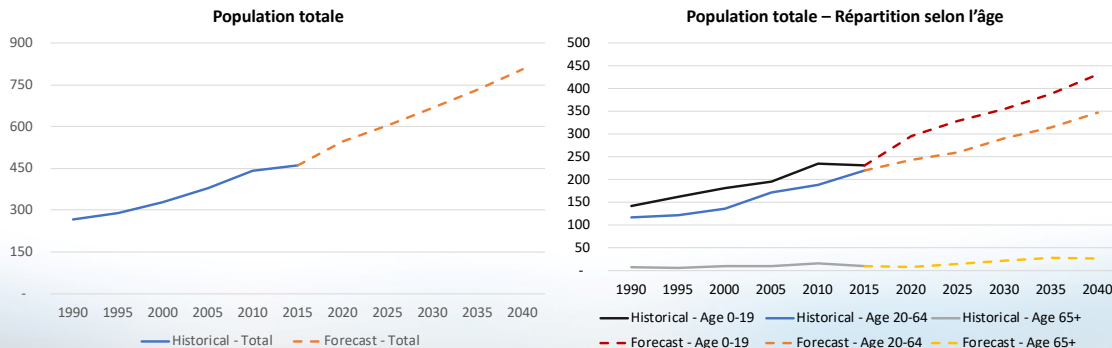
Diapositive 23

MNP.ca

Communauté C – Projections démographiques

MNP

La population augmente lentement, puis elle rajeunit et augmente plus rapidement.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

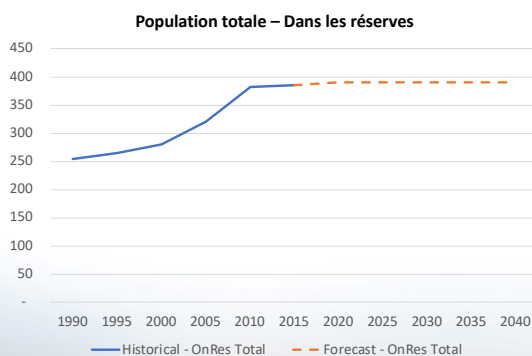
Diapositive 24

MNP.ca

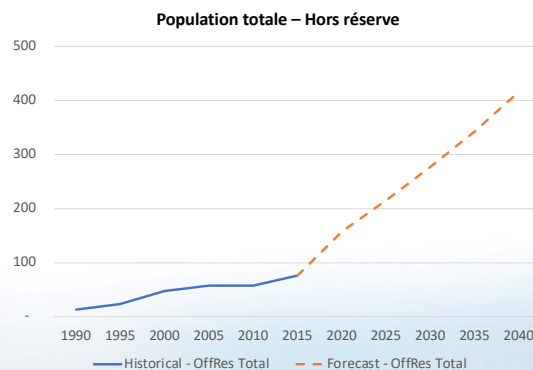
Communauté C – Projections démographiques

MNP

Les contraintes de logement freinent la croissance des réserves.



La population hors réserve augmente et continuera d'augmenter considérablement.



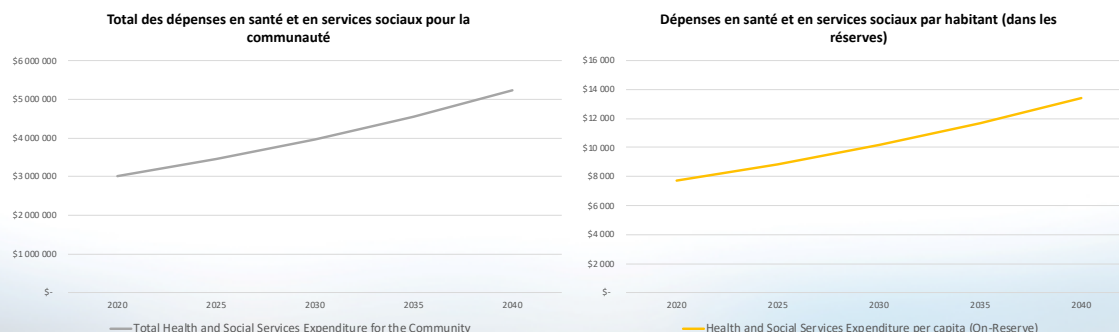
ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 25

MNP.ca

Communauté C – Projections des coûts

Les coûts en santé et en services sociaux continueront d'augmenter tant dans les réserves que dans l'ensemble de la communauté, mais l'augmentation sera plus importante dans la communauté.



Wôlinak

Tendances

- Le nombre d'habitants était relativement instable de 1995 à 2015.
- La population dans les réserves est restée stable de 2000 à 2015, tandis que la population hors réserve a augmenté de 2010 à 2015.

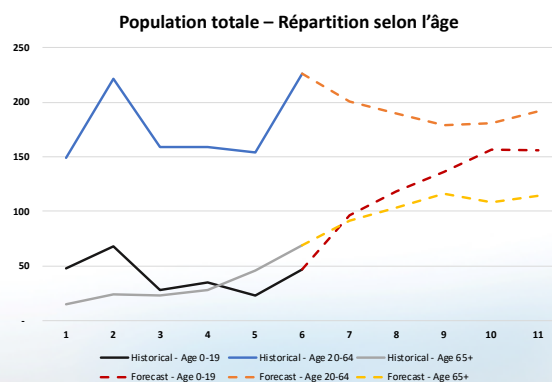
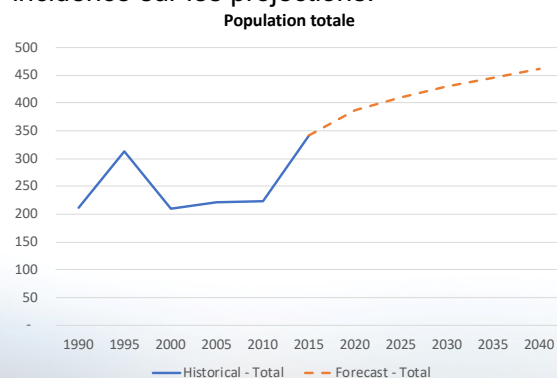
Hypothèses

- Le taux de natalité augmentera en 2020, puis restera stable de 2025 à 2040.
 - Le taux utilisé était de 0,50 bébé par femme en âge de procréer.
- Le pourcentage de la population vivant dans les réserves diminuera lentement, comme il a diminué de 1995 à 2015.

Communauté D – Projections démographiques

MNP

Le nombre d'habitants est instable, mais il a augmenté récemment, ce qui a une incidence sur les projections.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

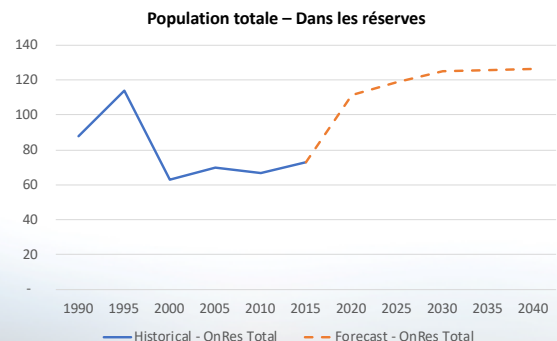
Diapositive 28

MNP.ca

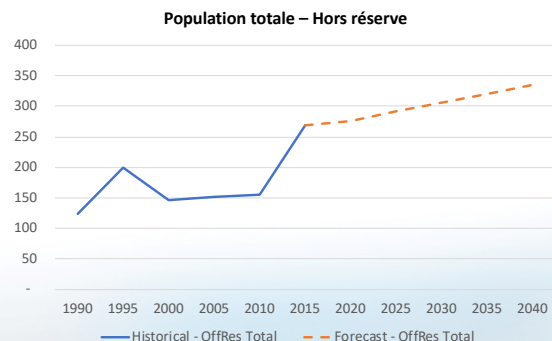
Communauté D – Projections démographiques

MNP

La population vivant dans les réserves continuera à diminuer lentement.



La population hors réserve augmentera progressivement.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

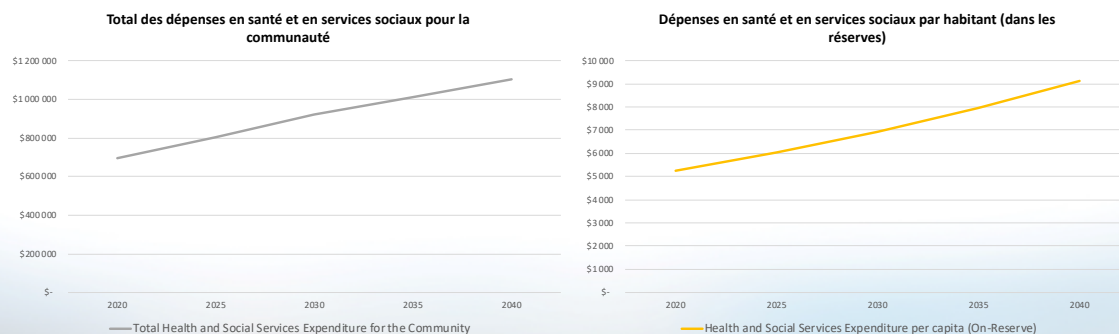
Diapositive 29

MNP.ca

Communauté D – Projections des coûts



Les coûts des services de santé et des services sociaux continueront à augmenter progressivement.



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 30

MNP.ca

Limites



ACCOUNTING > CONSULTING > TAX

Diapositive 31

MNP.ca

Limites – Projections démographiques

- **Les données démographiques sont basées sur les inscriptions**
 - Il est possible que des membres d'une communauté ne soient pas inscrits au cours d'une période donnée, et le statut des individus peut varier d'une période à l'autre.
 - Par conséquent, les projections peuvent sous-évaluer la population réelle d'une communauté.
- **Les inscriptions peuvent varier selon le sexe**
 - Le nombre d'inscriptions et la réponse aux changements relatifs à l'admissibilité peuvent varier selon le sexe.
 - Le cas échéant, il est possible que les ratios selon le sexe et les taux de natalité utilisés dans les projections ne reflètent pas les données démographiques sous-jacentes.
- **Les tendances historiques ont été projetées dans le futur**
 - Les projections sont basées sur l'anticipation d'une poursuite des tendances passées.
 - Mais il n'y a aucune garantie que les tendances futures suivront les schémas passés.
 - Par conséquent, la population et les besoins de financement en santé sur la période de projection peuvent différer substantiellement des estimations présentées ici.

Limites – Besoins de financement en santé et en services sociaux

- **Manque de données épidémiologiques**
 - Il y a un manque de données épidémiologiques disponibles dans les communautés qui est bien reconnu. Il est donc difficile de cibler les besoins des communautés en matière de santé et de services sociaux sur la base de preuves épidémiologiques.
- **Les lacunes en matière de financement n'ont pas été ciblées**
 - Il n'y avait aucune information sur l'adéquation du financement aux besoins de la population. Par conséquent, les communautés des Premières Nations interrogées peuvent avoir des besoins en santé et en services sociaux qui ne sont pas satisfaits compte tenu des niveaux de financement actuels. En cas de déficit de financement, les besoins de financement estimés ici ne refléteront pas les véritables besoins de financement.
- **Les besoins de financement sont basés sur un échantillon de communautés**
 - Les besoins de financement ont été estimés sur la base d'un échantillon de 11 communautés, et les niveaux de dépenses variaient beaucoup d'une communauté à l'autre. Si les communautés échantillonnées sont différentes d'une façon ou d'une autre des autres communautés de la CSSSPNQL (par exemple, les niveaux de services sont différents, les besoins de la population sont différents), il est possible que les besoins de financement estimés ne reflètent pas les besoins réels de financement des communautés.

Limites – Besoins de financement en santé et en services sociaux



- **Manque d'information sur les fournisseurs dans les communautés des Premières Nations**
 - Bien que la première partie du projet ait permis de recueillir des données sur les programmes de santé et de services sociaux offerts dans les communautés des Premières Nations au Québec, le nombre et les types de fournisseurs offrant ces services n'ont pas été rendus disponibles, ni pour la province ni pour les communautés échantillonnées.
 - Cela a limité la capacité à effectuer des analyses sur les fournisseurs recommandés dans les communautés ainsi que sur le nombre de ces fournisseurs pour répondre à la demande en fonction de la population.
- **Manque d'information sur les besoins des communautés des Premières Nations**
 - Un autre moyen de cerner les besoins en matière de santé et de services sociaux est la participation des membres de la communauté.
 - Ces besoins ciblés peuvent ensuite être mis en correspondance avec les fournisseurs qui y répondront, et le nombre approprié de fournisseurs peut alors être déterminé en utilisant les meilleures pratiques en fonction de la taille de la population.
 - Les besoins ciblés par la communauté n'étaient pas disponibles dans ce projet, ni pour l'échantillon ni pour la province, ce qui limite ce type d'analyse.

Prochaines étapes recommandées



Recommandation pour les travaux futurs

- Nous recommandons que les travaux futurs se concentrent sur la détermination des besoins de la population et sur l'adéquation des niveaux de financement.
- Nous recommandons une approche en trois parties qui permettra de déterminer le financement qui devrait être fourni en fonction des services actuellement offerts, des modifications recommandées pour répondre à la charge de travail des fournisseurs et de la détermination des fournisseurs appropriés pour répondre aux besoins des communautés des Premières Nations.

A

Déterminer les offres de services actuelles

- S'appuyer sur le travail entrepris par l'IFPD pour déterminer le panier de services actuellement offerts dans les communautés.
- Déterminer les ressources et les infrastructures actuelles.

B

Offre de service actuelle modifiée

- Panier de services actuel avec des dépenses à des taux compétitifs (p. ex., salaires compétitifs avec accès au logement, indemnité nordique, etc.).
- Comprend :
 - Soins infirmiers
 - Transport
 - Médicaments
 - Administration

C

Offre de services basée sur les besoins

- Déterminer le panier de services qui reflète les besoins épidémiologiques de la population.
- Comprend :
 - Équipe interdisciplinaire (p. ex., modèle de centre d'accès aux soins de santé pour les Autochtones)
 - Médecin
 - Infirmier
 - Diététicien
 - Conseiller en santé mentale
 - Médicaments
 - Transport

Questions

Merci

MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE D'ENTENTE TRIPARTITE — LISTE DES ENJEUX PRIORITAIRES



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

MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE D'ENTENTE TRIPARTITE

Sujet	Priorisation (de 1 à 5) (1 : plus prioritaire; 5 : moins prioritaire)
Concrétisation du modèle de gouvernance en santé et en mieux-être	① ② ③ ④ ⑤
Comité des partenaires	① ② ③ ④ ⑤
Commission de vérité et réconciliation : mise en œuvre et suivi des appels à l'action	① ② ③ ④ ⑤
Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées : mise en œuvre et suivi des appels à la justice	① ② ③ ④ ⑤
Rapports et mémoires déposés par les Premières Nations au Québec (APNQL-CSSSPNQL) : mise en œuvre et suivi des recommandations	① ② ③ ④ ⑤
<i>Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022</i>	① ② ③ ④ ⑤
Processus décisionnel : cycle de planification réciproque et conjoint	① ② ③ ④ ⑤
Planification intégrée en santé et en mieux-être	① ② ③ ④ ⑤
<i>Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (C-92)</i>	① ② ③ ④ ⑤
Plan d'action pour les personnes devant se relocaliser pour des raisons médicales	① ② ③ ④ ⑤
Accès aux services	① ② ③ ④ ⑤
Principe de Jordan	① ② ③ ④ ⑤
Établissement des occasions régionales de financement pour des projets ou des besoins précis	① ② ③ ④ ⑤
Relations avec le Québec	① ② ③ ④ ⑤
Le Québec est en voie d'établir un nouveau plan d'action en santé mentale	① ② ③ ④ ⑤

Ajouts :

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

En janvier 2020, des représentants des communautés et des organisations des Premières Nations ont poursuivi la coconstruction d'un modèle concret de gouvernance effective en santé et en services sociaux. Ils ont ainsi travaillé pour définir la structure de gouvernance régionale et les fonctions d'une nouvelle instance régionale en santé et en mieux-être. L'analyse du financement en santé et en services sociaux et la mise en œuvre du protocole d'entente tripartite signé en août 2019 ont également été abordées au cours de la rencontre.



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