



PROJET DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

**RAPPORT SOMMAIRE
RENCONTRE CONJOINTE APNQL-CSSSPNQL
27 ET 28 JANVIER 2015**

Rapport produit par la Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador



Rédaction

Patrice Lacasse, CSSSPNQL

Collaboration

Marjolaine Siouï, CSSPNQL

Révision

Vicky Viens, CSSSPNQL

Graphisme

Patricia Carignan

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

Toute reproduction, totale ou partielle, doit avoir reçu une autorisation préalable, dont la demande doit être adressée à la CSSSPNQL, soit par courrier, soit par courriel à info@cssspnql.com.

Crédit photo : 123rf.com

ISBN : 978-1-926528-18-2

© CSSSPNQL 2015

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION	1
2 APERÇU DU PROJET	3
3 SOUTIEN EXTERNE ET LEÇONS RETENUES	5
4 RÉSULTATS DES DÉBATS ET ÉCHANGES	8
4.1 Les orientations transmises par les chefs	8
4.2 Les enjeux soulevés par les directeurs	9
5 RÉFLEXIONS DES DIRECTEURS	11
6 PROCHAINES ÉTAPES	16
7 CONCLUSION	17
8 ANNEXES	18
A Ordre du jour	19
B Description de l'événement	21
C Description du projet	25
D Énoncé de vision	27
E PowerPoint — Patrice Lacasse	29
F PowerPoint — CIRANO	35
G PowerPoint — Université de Sherbrooke	45
H PowerPoint — Angela Mashord-Pringle	51
I Atelier	61

1

INTRODUCTION

Dans le cadre du Projet de gouvernance en santé et services sociaux, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) ont invité tous les directeurs de la santé et des services sociaux et les chefs à une rencontre conjointe les 27 et 28 janvier 2015. Il s'agissait d'un moment rare et privilégié d'avoir dans la même salle ces personnes. Les directeurs de la santé et des services sociaux ont continué la réflexion le jour suivant.

La cérémonie d'ouverture a été effectuée par monsieur Marcel Godbout, aîné Wendat.

La chef de la Première Nation de Lac-Simon, madame Salomé McKenzie, explique que cette rencontre est une poursuite des travaux entamés. Il s'agit d'un moment pour rallier nos forces, échanger et partager afin d'apporter des modifications structurelles pour mieux répondre aux besoins des populations et aussi une occasion d'intégrer la culture dans le domaine de la santé et des services sociaux. Un appel est fait aux chefs : « Nous devons prendre nos responsabilités pour mieux servir nos membres, toutes les générations. Nous devons laisser un héritage ». En résumé, il est temps de s'approprier notre gouvernance.

Le président du conseil d'administration de la CSSSPNQL, monsieur Kistabish, prône les intérêts du collectif et invite les gens à imaginer les communautés en contrôle de la santé et des services sociaux. Il propose de faire une distinction entre la politique et les enjeux de santé, d'où l'importance d'accueillir les chefs et les directeurs dans une même salle pour assurer une complémentarité.

La directrice générale, madame Marjolaine Sioui, rappelle que ce projet ne se limite pas à la santé clinique, mais en déborde et reflète l'approche holistique où toutes les sphères des individus sont considérées. La rencontre a pour but de partager certains constats et de pousser plus loin la réflexion déjà amorcée.

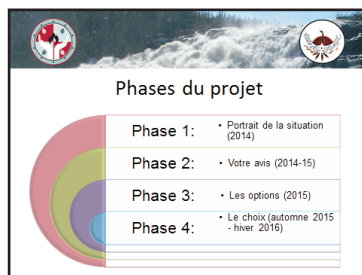
DÉROULEMENT

L'ordre du jour de la réunion comportait, d'une part, un volet d'information sur le contexte, la structure et l'état d'avancement du Projet de gouvernance en santé et services sociaux et, d'autre part, des présentations de divers conférenciers. La deuxième partie de la journée a été consacrée à des réflexions de la part des chefs et des directeurs, l'une sur les considérations de nature politique et l'autre sur les enjeux opérationnels. La première journée s'est terminée avec une mise en commun des réflexions.

La deuxième journée s'est déroulée uniquement avec les directeurs de la santé et des services sociaux. Les ateliers portaient principalement sur les éléments à considérer dans un contexte de délégation d'autorités vers les communautés des Premières Nations.

2 APERÇU DU PROJET

Patrice Lacasse, conseiller à la gouvernance, CSSSPNQL, a rappelé la finalité du projet qui est d'améliorer les conditions de vie des Premières Nations. L'idée principale est de redonner le pouvoir aux communautés en matière de santé et de services sociaux. Il rapporte une phrase entendue d'un chef : « On est obligé d'accepter tout ce qui est proposé par les gouvernements même si on n'est pas d'accord. Il faut penser à la population... ». Cette phrase dénote le sentiment d'impuissance et de résignation qui existe chez certains leaders.



Monsieur Lacasse rapporte que plusieurs analyses ont été effectuées et seront très prochainement publiées et partagées. Ces analyses comprennent un recueil de gouvernance, un portrait des services de santé et des services sociaux, une analyse économique sommaire, ainsi que des analyses juridiques.

Sophie Picard, gestionnaire des services de santé, CSSSPNQL, expose certaines observations. Elle rappelle qu'à la fin des années 1980, les communautés ont adhéré à la politique de transfert. Dans les faits, les responsabilités ont été transférées, mais les pouvoirs sont très limités. Les programmes sont implantés selon des balises prédéterminées, ce qui laisse une marge de manœuvre très mince.

Aujourd'hui, la situation présente des inégalités en termes de services. Par exemple, certaines institutions du réseau québécois de la santé et des services sociaux offrent des services dans certaines communautés et non dans d'autres.

Le Programme de la lutte au tabagisme est un autre cas qui démontre que les communautés sont fortement tributaires d'un tiers. Malgré l'efficacité de ce programme dans les communautés au Québec il y a quelques années, le gouvernement fédéral a unilatéralement décidé de retirer ce programme de prévention.

Madame Picard affirme que les communautés doivent être au centre des décisions; il est donc nécessaire d'acquiescer les autorités afin d'effectuer une prise en charge effective.

Richard Gray, gestionnaire des services sociaux, CSSSPNQL, commence son allocution en rappelant l'énoncé de vision adopté par les chefs en février 2014. Monsieur Gray poursuit en expliquant que plus de sept communautés n'ont aucune responsabilité en matière de protection de la jeunesse. Comment peut-on appuyer ces communautés afin qu'elles puissent s'organiser et reprendre le contrôle sur cet aspect ?

Ce projet est une opportunité pour élaborer un modèle de gouvernance qui puisse permettre de s'attaquer aux défis présents. Monsieur Gray nous invite à « penser grand » et à ne pas se limiter soi-même, et à voir grand pour édifier un mode de gouvernance qui soit à la hauteur de nos aspirations.

Un des défis importants concerne les modifications législatives du Québec. Malheureusement, les impacts dus à l'adoption de certaines lois sont importants et les communautés doivent alors modifier leurs façons de faire. Ces modifications limitent souvent leurs responsabilités. On doit emprunter une voie collective pour déterminer les façons de faire les plus adéquates en vue d'élaborer un mode de gouvernance qui puisse répondre aux aspirations de tous.

3

SOUTIEN EXTERNE ET LEÇONS RETENUES

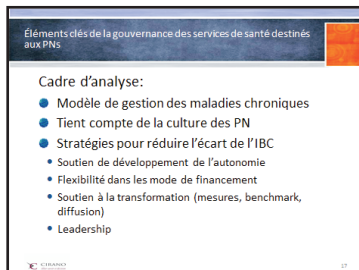
Joanne Castonguay, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), amène un point de vue d'économiste fondé sur l'observation des sources de financement et la visite de différents modèles de gestion.

Madame Castonguay commence sa présentation en exposant certaines conditions socioéconomiques qui ont un impact important sur la santé. Une des explications de cette situation concerne les sources de financement multiples, et les rôles et les responsabilités partagés entre différents acteurs ayant tous des objectifs différents.

En termes de sources de financement, les communautés non conventionnées reçoivent moins de financement per capita que celles conventionnées. Madame Castonguay effectue un retour en arrière en affirmant que le modèle de gestion au Québec a été mis en place dans les années 1970. Les besoins de services se sont transformés depuis, les services devant migrer vers des centres hospitaliers en communautés afin de satisfaire les besoins changeants. Selon elle, si le Québec offre un modèle de gestion déficient, les Premières Nations seront toujours limitées par ce dernier.

Ses conclusions considèrent :

- ▶ Qu'il est très important de tenir compte de la culture, des traditions et du territoire;
- ▶ Qu'il est impératif de tenir compte du modèle de gestion des maladies chroniques :
 - Offre interdisciplinaire
 - Auto-prise en charge par les patients
 - Services développés dans la communauté



Mélanie Bourrassa-Forcier et Anne-Marie Savard (professeures agrégées), Université de Sherbrooke (Uds), ont présenté leurs premiers constats. Madame Bourrassa-Forcier explique que le mandat initial est constitué de trois parties : le droit constitutionnel, l'organisation des soins de santé et des services sociaux et les modèles de gouvernance proposés en fonction des travaux des deux premières parties.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, c. S-4.2

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et **collaborer avec les autres intervenants du milieu**, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

Voici les observations préliminaires :

- ▶ Partenariats variables selon les communautés
- ▶ Importance de la santé selon les communautés
- ▶ Ressources humaines : acquisition et rétention
- ▶ Mobilisation citoyenne variable

Il est fait mention du partage juridictionnel entre le fédéral et la province en termes de santé et de services sociaux. Les lois de la province s'appliquent si elles ne contredisent pas une loi fédérale. De plus, il est clair qu'il est de la bonne volonté de la province de s'adapter aux Premières Nations.

Outre l'élaboration d'un modèle de gouvernance différent, il est proposé de travailler sur des options de gouvernance qui favoriseraient des avancées. Il est aussi proposé que les Premières Nations soient consultées lorsque les modifications législatives pourraient avoir un impact sur leur situation.

Angela Mashford-Pringle, Université de Toronto (professeure agrégée et chargée des affaires universitaires du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone de l'Université du nord de la Colombie-Britannique).

Le sujet de la thèse de doctorat de madame Mashford-Pringle porte sur la perception des pouvoirs que détiennent les centres de santé. Il appert que les fonctionnaires fédéraux perçoivent l'autodétermination des communautés comme plus importante que les Premières Nations peuvent la percevoir elles-mêmes. La différence dans la perception ou l'appréciation de l'autodétermination semble prendre son origine dans le lexique employé et la représentation que l'on se fait de la santé. Le concept en soi est beaucoup plus inclusif chez les Premières Nations que chez les Occidentaux. Il devient donc normal que cette représentation plus globale ait conditionné les attentes et entretenu une certaine insatisfaction chez les Premières

Importance de l'autodétermination dans les soins de santé des Premières Nations

- Si elles avaient une véritable autodétermination dans le secteur de la santé, les communautés des Premières Nations auraient la possibilité d'incorporer la médecine traditionnelle, leur culture, leur langue et leur vision du monde aux soins de santé biomédicaux.
- Un changement systémique est nécessaire pour progresser vers un système de soins de santé global et autodéterminé – ou vers le système de soins de santé idéal des Premières Nations.

Nations. Le système en place limite le pouvoir d'agir sur les différentes sphères de la vie de l'individu, de sa famille et du collectif. En fait, les responsabilités octroyées aux communautés à la fin des années 1980 ne concordent pas avec l'approche souhaitée ni avec le désir d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

De façon plus pragmatique, la politique de transfert des responsabilités des années 1980 a permis une autonomie administrative et non une autodétermination. Les Premières Nations ne sont pas en contrôle de leurs services, ce qui limite les réponses adéquates aux besoins de la population.

4 RÉSULTATS DES DÉBATS ET ÉCHANGES

« Le modèle de gestion actuel [...] est un échec. » – Un participant

Dans la première moitié de l'après-midi, le groupe a été scindé en deux, soit les chefs et les directeurs. Les chefs transmettent les grandes orientations et les directeurs se concentrent sur les aspects opérationnels. Les deux doivent être intégrés afin d'obtenir une voix complémentaire.

Une séance de mise en commun et d'échange s'est tenue après les ateliers.

4.1 LES ORIENTATIONS TRANSMISES PAR LES CHEFS

L'objectif principal de cet atelier était de recueillir les orientations des chefs en matière de modes de gouvernance idéaux à adopter en vue de contribuer à l'amélioration des conditions de santé et de services sociaux. Les chefs sont d'avis qu'un nouveau mode de gouvernance doit considérer la spécificité de chacune des communautés et qu'il faut aussi adopter une approche de soutien envers les communautés dans l'élaboration de leurs stratégies et de leurs programmes. Évidemment, les nouveaux modes de gouvernance développés doivent combler les lacunes existantes.

Voici certains des éléments soulevés :

- ▶ L'importance des partenariats afin d'assurer un arrimage et un continuum entre les services des communautés et ceux de la province.
- ▶ La nécessité d'être avisés en amont des modifications législatives afin de pouvoir éviter ou atténuer les impacts négatifs.
- ▶ L'importance de la flexibilité des programmes pour répondre adéquatement aux besoins locaux et agir sur les déterminants sociaux de la santé.
- ▶ L'intégration de l'aspect culturel sous toutes ses formes.

Le modèle alternatif doit être élaboré selon les principes suivants :

1. Une approche qui appuie les communautés dans les domaines suivants :
 - Faciliter l'accès aux services;
 - Améliorer la flexibilité budgétaire pour maximiser les ressources financières;
 - Augmenter la liberté d'action administrative des communautés;
 - Résoudre les conflits juridictionnels;
 - Développer une vision afin de connaître ce qui sera modifié.

2. Proposer un partage des rôles et des responsabilités entre les communautés et une entité régionale.
3. Un nouveau mode de gouvernance doit répondre aux aspects suivants :
 - Réduire la dépendance envers le gouvernement fédéral et atténuer le contrôle de la part des gouvernements provincial et fédéral;
 - Capitaliser et exploiter les forces des communautés;
 - Remodeler les programmes et les services.
4. Soutenir la mobilisation des partenaires. Les différentes composantes du mode de gouvernance actuel seront revues ou transformées : les autorités et les responsabilités politiques des Premières Nations, ainsi que l'expertise technique nécessaire. Pour qu'un mode de gouvernance soit effectif, légitime et applicable, il est nécessaire que le nouveau modèle soit reconnu par lesdits partenaires.

4.2

LES ENJEUX SOULEVÉS PAR LES DIRECTEURS

Les directeurs des services de santé et des services sociaux ont été invités à déterminer les principaux enjeux, défis et obstacles qu'ils peuvent rencontrer dans leur travail. L'objectif poursuivi est de recueillir lesdits enjeux afin d'élaborer un compendium. Ce document représentera un élément de plus pour justifier la nécessité de rompre avec le statu quo.

En plus, il s'agit d'un moment pour élaborer le message que les directeurs peuvent transmettre aux chefs. Ainsi, on s'assure de s'entendre sur lesdits enjeux et de les faire connaître.

Partenariat

Il existe une méconnaissance importante entre les communautés et les institutions québécoises. L'explication majeure réside dans la méconnaissance importante des rôles et des services, et ce, de part et d'autre des joueurs concernés.

Les principaux éléments qui freinent les initiatives de collaboration concernent la méconnaissance de la culture, de la langue, des habitudes de vie, des valeurs, etc. Cette méconnaissance peut se traduire par un manque d'ouverture ou une absence de motivation envers des propositions de collaboration.

Ressources humaines

La gestion des ressources humaines est parfois ardue. La dotation du personnel s'effectue difficilement, car il est impossible pour les communautés d'offrir des conditions compétitives. Le roulement de personnel élevé a évidemment des conséquences néfastes sur la qualité des services.

Financement

Le financement présente des caractéristiques particulières :

- ▶ Le manque de flexibilité est souvent invoqué, les éléments financés et ayant l'étiquette « globale » sont en diminution, tout comme les éléments entrant dans la catégorie « préétabli » sont en croissance.
- ▶ Les ententes pourraient permettre l'établissement des priorités locales et l'intervention auprès des déterminants sociaux de la santé. Comme les besoins changent plus rapidement que les programmes, le financement limite les ajustements et les repositionnements afin de satisfaire ces nouveaux besoins.
- ▶ La reddition de compte est considérée comme extrêmement lourde d'un point de vue administratif. Beaucoup de ressources humaines et de temps sont nécessaires afin de respecter les obligations.

Conflits juridictionnels

Les difficultés liées aux responsabilités juridictionnelles sont évidemment fréquemment relatées. Par exemple, le gouvernement du Québec fournit certains services dans des communautés et non dans d'autres. Cette inégalité s'ajoute aux disputes de responsabilités entre le fédéral et la province.

L'aspect juridictionnel déborde et touche l'accès aux services. Qu'une personne issue d'une Première Nation demeure sur ou hors communauté, sa situation géographique conditionnera le type de service auquel elle aura droit.

Conception de la santé

La conception de la santé selon les Premières Nations constitue une trame importante des discussions. Historiquement, nos peuples ont toujours considéré l'individu dans son ensemble. Il est souvent fait mention des difficultés d'adopter une approche holistique. Cette dernière permettrait l'adoption d'interventions sur les déterminants sociaux, l'intégration de la culture et davantage d'efforts en matière de prévention.

5 RÉFLEXIONS DES DIRECTEURS

Les travaux de la matinée avec les directeurs visaient à aborder la gouvernance sous un angle pratique. L'idée est de rendre les concepts de gouvernance le plus accessibles possible, en s'éloignant de la théorie. Ainsi, les participants ont pu, de façon pragmatique, apprécier la situation actuelle et l'opposer à une situation hypothétique, qui requiert un exercice d'autodétermination.

Pour commencer les travaux, les participants ont été invités à se séparer en sous-groupes afin de dégager les avantages et les inconvénients d'une administration de programmes, d'initiatives et de fonds.

Adéquation des services aux besoins

En observant la situation actuelle en matière de santé et de services sociaux, les participants ne nient pas les efforts consentis de la part des communautés et des gouvernements. Tout en affirmant vouloir changer significativement la structure en place, il n'est pas question de jeter le bébé avec l'eau du bain.

Certaines parties des programmes sont perçues comme étant bien décrites et bien structurées. Cela facilite le travail et permet la mise en place de repères standards qui balisent les communications des communautés. Par exemple, les plans de santé communautaire sont aussi vus comme étant une opportunité pour planifier et mesurer les actions. Les intentions sont bonnes et parfois l'application des programmes oblige les communautés à être créatives. Ces dernières doivent interpréter et « lire entre les lignes » pour assurer une application effective desdits programmes.

En plus, l'expertise au sein des gouvernements est bien appréciée.

D'un autre côté, plusieurs groupes mentionnent que les programmes ont beau être bien élaborés, ils ne sont pas adaptés à toutes les réalités et sont difficilement modifiables. Selon plusieurs, il est impensable que des programmes standards puissent répondre aux besoins locaux, en tenant compte des spécificités et des priorités des communautés. C'est comme si on venait nier l'aspect culturel, sa présence et son importance.

Ressources humaines

Un constat fait mention d'un manque de ressources humaines, telles que des spécialistes, des médecins, des gestionnaires, des infirmières et des travailleurs sociaux. Il est difficile d'attirer et de retenir les professionnels, car la pérennité du financement n'est pas assurée, tout comme ledit financement n'est pas à la hauteur des conditions actuelles du marché et ne considère pas les caractéristiques d'éloignement pour certaines communautés.

Comme pour les capacités des ressources, il est difficile d'assurer de régler les défis de capacité alors qu'il n'existe pas de sommes récurrentes dédiées à la formation.

Autorité

Plusieurs questionnements sont soulevés au sujet du niveau d'autorité détenu par les directeurs :

- ▶ Les directeurs ont-ils l'autorité pour déterminer les programmes?
- ▶ Leur autorité se limite-t-elle à la prestation de services?

Micro/macro gestion

D'autres difficultés rencontrées concernent le financement. L'absence de pérennité semble un point important, considérant que cela affecte une multitude d'éléments tels que la planification et les ressources humaines.

Le financement est parfois proposé dans un contexte d'urgence (fin d'année) ou bien dédié à des projets considérés comme peu porteurs.

Les confirmations arrivent parfois tardivement, ce qui exerce une pression indue quant à la réalisation des activités.

La flexibilité des ententes est aussi remise en question. Il est mentionné que les ententes dites globales sont flexibles. Par contre, la caractéristique de gestion par silo est bien présente, ce qui ne permet que peu d'économies, et les justifications qui doivent être fournies relativement aux sommes reçues peuvent parfois être ardues. Cela ne permet pas de travailler sur les déterminants sociaux de la santé.

Ce sont les besoins qui devraient déterminer les services, et non le financement.

Imputabilité

La reddition de compte est nécessaire, mais les participants se demandent jusqu'à quel point. Plusieurs croient que les rapports ne sont pas utiles, qu'ils sont tablettés. De plus il est souvent rapporté que cet exercice demande beaucoup d'efforts, par exemple, plus de trois rapports peuvent être demandés pour un seul projet.

Pour les évaluations, plusieurs situations sont restreignantes : des indicateurs imposés et non modifiables ou des indicateurs non conciliables avec les activités traditionnelles.

Un autre élément récurrent est la sensation des participants que l'administration des Premières Nations est plus imputable à Santé Canada qu'à leur propre population.

L'aspect régional

« Le statu quo peut être sécurisant, l'inconnu peut être menaçant. » – Un participant

Au cours de la deuxième journée, nous avons abordé les considérations d'une éventuelle prise en charge d'autorités détenues par Santé Canada et Affaires autochtones et développement du Nord Canada. L'objectif principal poursuivi est de cerner les composantes à considérer dans une optique de délégation d'autorité et de responsabilités accrues.

Monsieur Leclaire et monsieur Montour ont donné le ton à la journée en partageant leur opinion. Au cours de la journée, les participants sont invités à penser à leur rôle et à son importance. Un des participants rappelle le constat émis collectivement la veille : le statu quo présente beaucoup de défis, mais nous devons « faire » plus en créant des changements pour la population. Les participants ont l'opportunité d'être partie prenante de l'élaboration d'un nouveau système. Un des participants propose de mettre en commun l'expertise et de réfléchir sur le développement d'une structure régionale.

Cette deuxième journée a été abordée avec enthousiasme considérant que tous les participants étaient d'accord quant à la nécessité de rompre avec le statu quo. Maintenant, il s'agit de s'entendre sur le comment...

Processus de changement

D'entrée de jeux, plusieurs groupes en atelier ont proposé des étapes à suivre afin de prendre en charge d'autres autorités et responsabilités. En plus des dispositions à considérer à l'échelle locale, certains se sont aussi attardés à l'aspect régional, deux aspects indissociables et inter reliés.

Voici ce qu'on suggère pour l'aspect local :

- ▶ Réflexion dans chacune des communautés à l'aide de groupes multidisciplinaires;
- ▶ Consultation de la population;
- ▶ Évaluation des forces et des faiblesses de chacune des communautés;
- ▶ Inventaires des besoins actuels et futurs;
- ▶ Établissement des priorités;
- ▶ Élaboration des programmes communautaires;
- ▶ Validation par la population.

Le processus suggéré tient principalement compte du principe que la population doit être au centre du schème et que les intérêts doivent migrer de l'intérieur vers l'extérieur, soit de l'individu vers le collectif, du local vers le régional. Pour ce faire, il est aussi fortement suggéré de consulter différents groupes communautaires officiels et non officiels :

- ▶ Conseil des sages
- ▶ Leaders politiques
- ▶ Conseil des femmes
- ▶ Conseil des hommes
- ▶ Conseil des jeunes
- ▶ Guérisseurs
- ▶ Comité de la santé et des services sociaux

Parallèlement à l'établissement d'un processus local doit s'effectuer une démarche régionale. Pour pouvoir appuyer adéquatement les communautés, plusieurs réflexions doivent avoir lieu afin de définir ladite structure régionale. Il y a tout d'abord la détermination des rôles que doit jouer cette coordination; il est important de la préciser le plus rapidement possible. Il faut s'entendre sur les autorités qu'elle détiendrait. Selon les propos recueillis, cette coordination régionale pourrait appuyer les communautés en :

- ▶ Élaborant un plan de transition;
- ▶ Favorisant le développement des capacités et de l'expertise;
- ▶ Élaborant des politiques-cadres, des stratégies et des orientations;
- ▶ Favorisant l'intégration de l'aspect culturel;
- ▶ Favorisant l'échange d'information;
- ▶ Assurant une répartition des ressources financières.

Sur le plan régional, l'intégration des partenaires est aussi à considérer afin de recadrer les relations existantes. Par exemple, certaines informations et connaissances détenues par Santé Canada seront toujours nécessaires. Tout comme une voix au plan national sera toujours indispensable. Il est très important de revoir les relations avec le gouvernement québécois afin d'assurer un arrimage efficient.

À votre avis, qu'est-ce qui sera différent?

Un des risques soulignés est l'imputabilité envers la population. Cette dernière pourrait accroître sa pression envers l'administration et la politique locales. Un des moyens pour dissiper cette dynamique est d'engager les citoyens dans le processus d'élaboration des programmes et des services.

Par contre, transparaissent de façon très claire les avantages d'un tel changement : flexibilité, services adaptés au milieu, adéquation des services aux priorités et aux besoins, aspect culturel non occulté, etc. Le tout ne se fait pas sans peine. Plusieurs participants soulignent qu'un nouveau mode de gouvernance demandera certainement davantage de travail considérant un accroissement des responsabilités.

6 PROCHAINES ÉTAPES

- ▶ Production d'un rapport plus exhaustif afin d'illustrer les enjeux actuels – avril 2015
- ▶ Présentation d'une mise à jour aux membres du conseil d'administration de la CSSSPNQL – 9 mars 2015
- ▶ Présentation d'une mise à jour aux directeurs de la santé et des services sociaux – 11 mars 2015 et juin 2015
- ▶ Recueil exhaustif des éléments à prendre en compte dans l'élaboration de modèles de rechange – juin 2015
- ▶ Présentation d'une mise à jour aux chefs de l'APNQL – 8-10 juin 2015
- ▶ Tenue d'une rencontre régionale avec les directeurs de la santé et des services sociaux – 8 juillet 2015
- ▶ Tenue de rencontres régionales – automne 2015

7 CONCLUSION

Nous pouvons affirmer que les objectifs ont été atteints avec succès. En effet, la première journée a débuté avec quelques présentations portant sur les analyses qui sont en cours de réalisation. En après-midi, les chefs ont eu l'occasion d'exprimer leurs opinions et les principes à prendre en compte pour la poursuite du projet. Les directeurs ont dressé une liste exhaustive des enjeux. En bref, tous s'entendent pour affirmer que des changements sont souhaités afin d'améliorer l'état de santé des Premières Nations.

Durant la deuxième journée, les directeurs ont eu l'occasion de pousser plus loin leur réflexion quant aux modifications à apporter et aux moyens pour y arriver.

Plusieurs des participants affirment se sentir plus à l'aise avec les objectifs et la finalité du Projet de gouvernance en santé et services sociaux. Nous pouvons aussi constater que la vision de la situation souhaitée est de plus en plus précise et les considérants anticipés.

Ce qui ressort fortement du discours des participants est le rapatriement du contrôle de la santé et des services sociaux, qui se traduit par une augmentation des responsabilités et de la charge de travail, ainsi que l'imputabilité envers les populations des Premières Nations. En contrepartie, il se dégage une fierté, en tant que Premières Nations, de pouvoir bénéficier d'une structure qui leur est propre, d'un pouvoir d'agir accru et d'une plus grande latitude. Il s'agit des bases nécessaires afin de pouvoir agir selon les priorités communautaires, d'adopter une approche plus intégrée et globale, et surtout, d'intégrer l'aspect culturel dans la pratique de la santé et des services sociaux.

8 ANNEXES

- A Ordre du jour
- B Description de l'événement
- C Description du projet
- D Énoncé de vision
- E PowerPoint — Patrice Lacasse
- F PowerPoint — CIRANO
- G PowerPoint — Université de Sherbrooke
- H PowerPoint — Angela Mashord-Pringle
- I Atelier

ANNEXE A

Ordre du jour

RENCONTRE RÉGIONALE 27 JANVIER 2015

7 h 30	Accueil et inscriptions	
8 h 30	Cérémonie	
8 h 45	Mots de bienvenue	Malik Kistabish Marjolaine Sioui Chef Salomé McKenzie
9 h 15	Déroulement, objectifs et informations	Harold Tarbell
9 h 20	Projet de gouvernance en santé et services sociaux	Patrice Lacasse Richard Grey Sophie Picard
10 h	Pause	
10 h 15	Analyse financière Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations	Joanne Castonguay
10 h 35	Analyse juridique Conflit juridictionnel Université de Sherbrooke	Mélanie Forcier Anne-Marie Savard
11 h 05	Self-Determination in Health Care : Case study	Angela Mashford-Pringle
12 h	Dîner	
13 h	Atelier A Chefs Atelier B Directeurs santé et services sociaux	
14 h 45	Pause	
15 h	Mise en commun	
16 h 15	Synthèse de la journée et mot de la fin	Harold Tarbell Chef régional Ghislain Picard

RENCONTRE RÉGIONALE 28 JANVIER 2015

8 h 30	Résumé du 27 janvier	Harold Tarbell Marjolaine Sioui
8 h 50	Déroulement et objectifs	
9 h	Discussion en petit groupe <i>Identifier les avantages et les inconvénients d'une administration de programmes et d'initiatives.</i>	
10 h	Pause	
10 h 15	Discussion en petit groupe <i>Identifier les composantes à considérer dans une optique de prise en charge.</i>	
12 h	Dîner	
13 h 15	Discussion en petit groupe <i>Comment peut-on s'entendre ensemble?</i>	
14 h 15	Mise en commun	
15 h	Pause	
15 h 15	Synthèse de l'événement	
15 h 30	Mot de la fin	Marjolaine Sioui
15 h 45	Prière de fermeture	

ANNEXE B

Description de l'événement

RENCONTRE RÉGIONALE

« GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX »

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA RENCONTRE

LES 27 ET 28 JANVIER 2015, FOUR POINTS SHERATON, QUÉBEC

Contexte

Le projet de gouvernance a pour but d'élaborer un ou des modèles de gouvernance en matière de *santé et de services sociaux* visant à octroyer aux communautés plus de pouvoirs et de responsabilités.

Cette rencontre est un moment privilégié, où les communautés pourront approfondir leur réflexion sur le projet en partageant leurs expériences, en donnant leurs opinions et en offrant leur vision au sujet de la construction de modèles acceptables et souhaitables pour tous.

Cette rencontre régionale fait suite à :

- l'assemblée spéciale des chefs de l'APNQL sur la gouvernance en matière de santé et de services sociaux qui s'est tenue en février 2014. C'est à ce moment que les chefs en assemblée ont adopté une motion en soutien au projet, un énoncé de vision ainsi qu'une série de valeurs et de principes qui sous-tendent le projet;
- la journée de la pré-AGA (journée précédant l'assemblée générale annuelle de la CSSSPNQL) portant sur la gouvernance en matière de santé et de services sociaux, tenue en juillet 2014, et durant laquelle les professionnels des communautés et des organisations ont exprimé le souhait de poursuivre dans cette voie.

Lieu de réflexion

Cette rencontre régionale doit être vue comme un moment privilégié pour considérer les relations que nous avons avec les gouvernements québécois et fédéral. C'est l'occasion idéale pour échanger avec les principales personnes impliquées dans les services de santé et les services sociaux offerts dans les communautés des Premières Nations.

But, objectifs et résultat

Le but de cette rencontre régionale est de poursuivre les discussions amorcées au cours des événements précédents et d'échanger sur les résultats des activités de recherche.

Objectifs

La première phase du projet de gouvernance en matière de santé et de services sociaux consistait à élaborer un portrait de la situation. Cette étape est essentielle dans l'optique où les participants doivent recevoir la même information s'ils veulent aborder une situation et prendre les bonnes décisions.

- ▶ Présenter les résultats des travaux effectués et obtenir une compréhension commune de la situation actuelle;
- ▶ Partager les résultats présentés et échanger à ce sujet;
- ▶ Obtenir l'opinion des participants au sujet du renforcement de la gouvernance.

Résultat attendu

Les communautés et les organisations des Premières Nations au Québec s'expriment sur le renforcement de la gouvernance et l'autodétermination des Premières Nations dans la planification, la gouvernance et l'opérationnalisation de leurs services de santé et de leurs services sociaux.

Partage des travaux

Travaux importants devant être présentés :

- ▶ Portrait des services de santé et des services sociaux
- ▶ Recension de modèles de gouvernance des Premières Nations
- ▶ Analyse économique des dépenses en santé et en services sociaux par programme
- ▶ Analyse économique de l'utilisation des services de santé au Québec par les Premières Nations résidant dans une réserve
- ▶ Avis juridique considérant la Constitution canadienne
- ▶ Avis juridique considérant la Loi des services de santé et des services sociaux

Participants

Cette rencontre vise à rassembler les acteurs concernés, soit les directeurs des services de santé, les directeurs des services sociaux, les directeurs généraux, les chefs des communautés, les représentants des conseils tribaux et des organisations membres de la CSSSPNQL (FAQ, centres de traitement, centres d'amitié autochtones).

Sujets qui pourront être abordés pendant les ateliers

- ▶ Relations avec les gouvernements
- ▶ Conflits juridictionnels
- ▶ Compétence culturelle
- ▶ Mode de financement
- ▶ Reddition de comptes
- ▶ Structure de services

Prochaines étapes

La réflexion se poursuivra pendant une autre rencontre régionale qui aura lieu au printemps 2015. Nous pourrions aller davantage en profondeur et cerner les besoins et les préoccupations de tous. Le recueil de ces réflexions est crucial avant de passer à l'étape suivante, soit de proposer les différents modèles de gouvernance en matière de santé et de services sociaux qui seront élaborés.

ANNEXE C

Description du projet

GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX UNE RÉFLEXION COLLECTIVE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS

La démarche proposée par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et endossée par les chefs de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL) vise à augmenter le pouvoir d'agir des communautés en matière de santé et des services sociaux.

Par les Premières Nations, pour les Premières Nations

Au terme de la démarche, les Premières Nations auront élaborés un ou des modèles de gouvernance en matière de santé et de services sociaux visant à octroyer d'autres pouvoirs et responsabilités.

Ces nouveaux pouvoirs et responsabilités constitueraient une occasion exceptionnelle pour les Premières Nations :

- ▶ d'exercer leur souveraineté et leur autonomie;
- ▶ de prendre les rênes de leur avenir en matière de santé et de services sociaux, comme l'ont déjà fait avec succès par exemple ; les Premières Nations de la Colombie-Britannique, la nation crie de Bigstone, en Alberta, et la nation mohawk d'Akwesasne et bien d'autres;
- ▶ de disposer de toute l'information nécessaire pour exercer une plus grande prise en charge.

Rappelons que l'initiative découle du Plan directeur 2007-2017 adopté par les chefs de l'APNQL et répond aux affirmations d'autodétermination selon les 26 principes de 1989.

Une démarche en quatre étapes :

1. Le portrait de la situation (2014)

La CSSSPNQL recense et analyse les différentes démarches de changement de gouvernance en matière de santé menée dans le monde au cours des dernières années.

2. Votre avis (2014-2015)

À cette étape-ci, les décideurs des communautés seront appelés à donner leur opinion et suggérer des éléments à conserver ou à éliminer dans l'actuelle gouvernance.

3. Les options (2015)

La CSSSPNQL élaborera ensuite un ou plusieurs modèles de gouvernance différents qui reposeront sur l'information recueillie lors des deux premières étapes. Les chefs, les gestionnaires locaux et les intervenants seront sollicités durant la création des modèles.

4. Le choix (automne 2015)

Finalement, les Premières Nations se prononceront sur les modèles élaborés. Elles choisiront, à leur façon et selon leurs besoins, le modèle de gouvernance le mieux adapté.

Votre aide est précieuse!

La CSSSPNQL a besoin de votre expertise tout au long de l'élaboration des modèles de gouvernance pour s'assurer qu'ils seront adaptés le plus possible aux besoins des Premières Nations.

Pour plus d'information sur la démarche de gouvernance en matière de santé et de services sociaux :

Patrice K. Lacasse, conseiller à la gouvernance
418 842-1540, poste 228
patrice.lacasse@cssspnql.com

ANNEXE D

Énoncé de vision

GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX UNE RÉFLEXION COLLECTIVE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS

Énoncé de vision

En février dernier, les chefs de l'assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL), réunis en assemblée extraordinaire, ont adopté un énoncé de vision.

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 harmonisé.

Valeurs

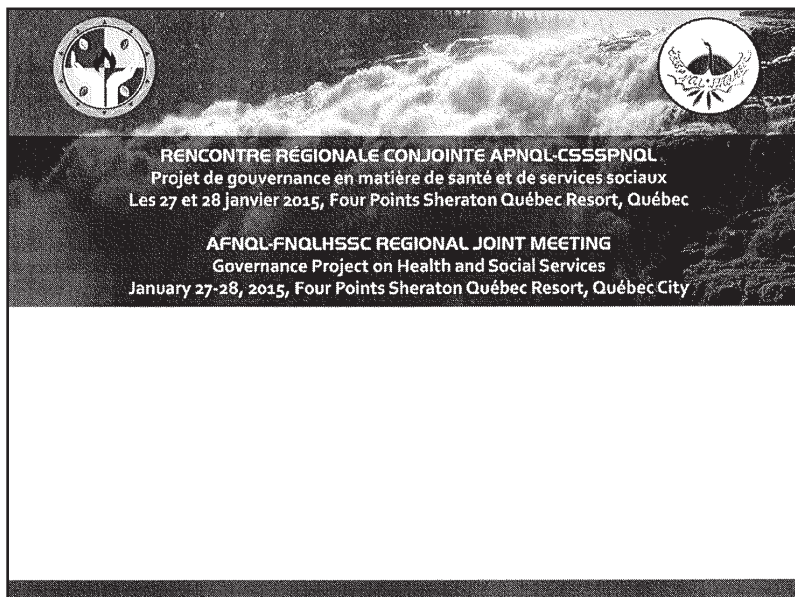
- ▶ **Honnêteté** : L'honnêteté, dans une situation difficile, c'est la bravoure¹.
- ▶ **Respect** : Honorer la création, c'est la respecter¹.
- ▶ **Autonomie** : Capacité de quelqu'un à ne pas être dépendant d'autrui.
- ▶ **Communauté** : groupe de Premières Nations dont les membres vivent ensemble, qu'ils aient ou non une assise territoriale.
- ▶ **Solidarité** : Sentiment d'un devoir moral ou d'entraide envers les autres membres de la communauté.
- ▶ **Entraide** : Aide que l'on porte aux membres de la communauté.

Nous affirmons :

1. Nous affirmons que nos cérémonies, nos valeurs, nos langues, nos enseignements et notre médecine traditionnelle font partie intégrante de notre façon de vivre une vie saine.
2. Nous affirmons qu'une approche holistique demande de considérer la personne et son environnement comme un tout.
3. Nous affirmons que les déterminants sociaux de la santé spécifiques aux Premières Nations doivent être reconnus et inclus dans toutes les interventions.
4. Nous affirmons notre droit à l'autodétermination et à notre droit inhérent de poursuivre librement notre propre développement économique, social et culturel.

¹ Tiré des Sept enseignements sacrés

5. Nous affirmons fermement que les dix Nations sont responsables de la santé des Premières Nations.
6. Nous affirmons que les organisations locales ont des droits et des responsabilités pour prendre des décisions afin de gérer, de protéger et d'améliorer les programmes de santé et de services sociaux conformément aux mandats qu'elles reçoivent des nations et des communautés des Premières Nations.
7. Nous affirmons que notre institution régionale appuie les Premières Nations dans leur quête d'autonomie en soutenant le renforcement de l'alliance stratégique entre les Premières Nations avec les gouvernements dans leur organisation des services de soins de santé, le développement de l'expertise ainsi que le transfert de connaissances.
8. Nous affirmons que le gouvernement fédéral a une obligation fiduciaire et constitutionnelle de procurer des ressources financières adéquates, suffisantes et durables pour la mise au point, la mise en oeuvre ainsi que la gestion et la prestation de programmes et de services de santé de qualité qui répondent à nos besoins et qui tiennent compte des déterminants de la santé.

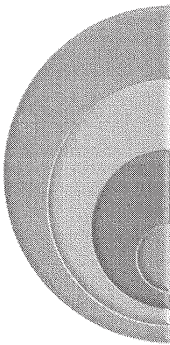
The slide content is framed by a black border. At the top, it has the same waterfall background and logos as the header slide. Below this, the title "Projet de gouvernance en matière de santé et services sociaux" is displayed in bold. Underneath the title is a bulleted list of four points.

Projet de gouvernance en matière de santé et services sociaux

- Accroître la prise de décisions à l'échelle locale et la liberté d'action
- Travailler en amont plutôt qu'en réaction
- Définir les services prioritaires dans chaque communauté
- Élaborer des stratégies selon les déterminants sociaux de la santé



Phases du projet



Phase 1:	• Portrait de la situation (2014)
Phase 2:	• Votre avis (2014-15)
Phase 3:	• Les options (2015)
Phase 4:	• Le choix (automne 2015 - hiver 2016)



Activités

- Assemblée des Chefs des Premières Nations du Québec et du Labrador
 - Énoncé de vision
- Rencontre régionale
 - Pré-AGA



Activités

- Partenariat
- Comité consultatif des chefs
- Conseil d'administration
- Visites communautés
- Site web



Analyses

- Recueil de modèles de gouvernance Premières Nations
- Portrait des services en santé et services sociaux
- Analyse financière
- Analyse environnement juridique, au Canada et au Québec



Prochaines étapes

- Mise à jour, Assemblée des chefs
- Rencontre directeurs, mai et juillet
- Développement de modèles de gouvernance
- Rencontre régionale, octobre

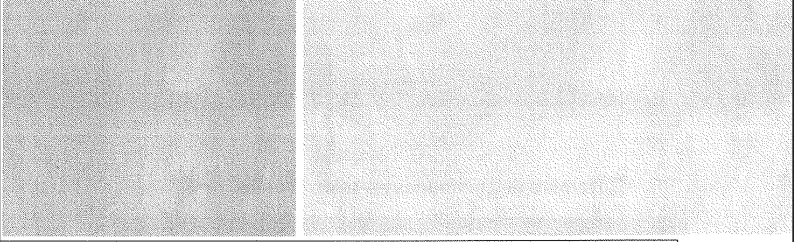


Questions?



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

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com



La Gouvernance de la santé et des services sociaux des Premières Nations

Présentation par Joanne Castonguay – 27 janvier 2014



1

Plan de la présentation

- L'état de la situation
- L'organisation des services destinés aux premières nations NC
- Les sources de financement
- Les tendances dans la gouverne des services de santé
- Le transfert de la gouverne des services de santé aux PN



2

Les PN résident dans une multitude de petites communautés

Nombre de communautés selon la taille

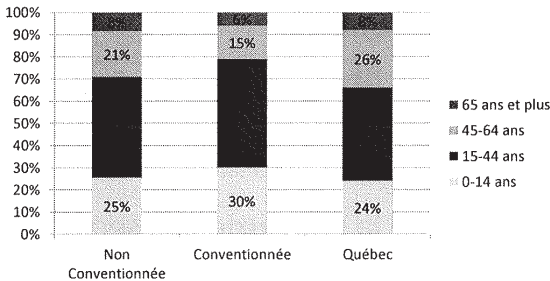
	Nombre de bandes Première Nations NC
Plus de 5 000 habitants	1
de 3 000 à 4000 habitants	1
De 2000 à 3000 habitants	5
De 1000 à 2000 habitants	6
Moins de 1000 habitants	14
	27*

Source : AADNC

* : On ne rapporte aucun résident à Withworth, Dancaster et Coucoucache. De plus, il y a 0 individu à Hunter's Point, Gaspé et Cocouma.

Les PN, plus jeunes que le reste du Québec

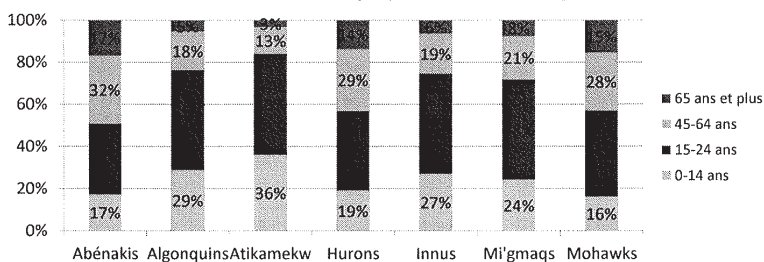
Répartition de la population des Premières Nations
vivant dans les territoires de leur propre bande (réserve
ou terres de la couronne) selon l'âge



Source : AADNC 2009 et STATISTIQUE CANADA, ENQUÊTE DES MÉNAGES 2009, les PN C n'incluent pas les Inuits.

Les PN, la distribution de la population par groupe d'âge est hétéroclite

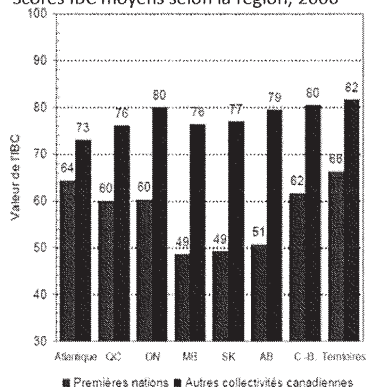
Répartition de la population des Premières Nations vivant dans les territoires de leur propre bande selon l'âge



Source : AADNC 2009.

IBC systématiquement plus faible que dans le reste de la population

Indice de bien-être des collectivités (IBC),
Scores IBC moyens selon la région, 2006



Source : AADNC 2009, Direction de la recherche stratégique et de l'analyse, Avril 2010, « Le bien-être des collectivités des Premières Nations et Inuits : Analyse des tendances historiques (1981-2006) »

Plus grande proportion de communautés qui s'améliorent au Québec							
Indice de bien-être des collectivités (IBC), Changements aux scores de l'IBC, Canada, 2006				Indice de bien-être des collectivités (IBC), Changements aux scores de l'IBC, Québec, 2006			
Bien-être des collectivités	Collectivités des Premières Nations	Collectivités Inuits	Autres collectivités canadiennes	Bien-être des collectivités	Collectivités des Premières Nations	Collectivités Inuits	Autres collectivités québécoises
1991-1996				1991-1996			
Stable ou croissant	82% (371)	90% (45)	72% (3146)	Stable ou croissant	88,9% (24)	85,7% (12)	71% (968)
Décroissant	18% (81)	10% (5)	29% (1256)	Décroissant	11,1% (3)	14,3% (2)	29% (396)
1996-2001				1996-2001			
Stable ou croissant	71% (332)	70% (35)	83% (3012)	Stable ou croissant	93,5% (29)	42,9% (6)	91,1% (1079)
Décroissant	29% (136)	30% (15)	17% (636)	Décroissant	6,5% (2)	57,1% (8)	8,9% (106)
2001-2006				2001-2006			
Stable ou croissant	64% (286)	70% (35)	90% (3 402)	Stable ou croissant	78,1% (25)	64,3% (9)	91,6% (961)
Décroissant	36% (162)	30% (15)	10% (361)	Décroissant	21,9% (7)	35,7% (5)	8,4% (88)

Source : AADNC 2009, Direction de la recherche stratégique et de l'analyse, Avril 2010, « Le bien-être des collectivités des Premières Nations et Inuits : Analyse des tendances historiques (1981-2006) »

Moins de maladies chroniques mais plus de prévention pour 4 d'entre elles		
Principaux problèmes médicaux part des adultes des Premières Nations affectée (N=18 605)		
Problèmes médicaux	% des PN	% de tous les Québécois
Excès de poids et obésité	73,7%	48,3%
Hypertension (HTA)	22,9%	16,1%
Diabète – type 1 (1,5%), type 2 (13,5 %), Gestationnel (1%)	17,5%	5,9%
Allergie	13,6%	6% allergies alimentaires
Douleur chronique au dos	12,4%	17,6 %
Arthrite	11,8%	11,2%
Problèmes d'estomac ou intestinaux	11,3%	3,2%
Asthme	8,0%	8,5%
Problème thyroïdien	7,4%	7%

Source : CSSSPQNL, Enquête Régionale sur la Santé des Premières Nations du Québec-2008, Chapitre 11 État de santé et Institut National de Santé publique, Santéscope et MSSS, État de santé de la population québécoise : Quelques repères et Surveillance du statut pandémol chez les adultes québécois : PORTRAIT ET ÉVOLUTION DE 1987 À 2010 de l'INSPO III

La prévalence des maladies varie d'une nation à l'autre

Principaux problèmes médicaux : part des adultes des Premières Nations affectée (N=18 605)

Problèmes médicaux	Naskapi	Moosehide	Abitibi	Mikmaq	Huron-Wendat	Algonquins	Ynais	Akikamec
Hypertension (HTA)	31%	45%	32%	30%	34%	24%	20%	11%
Diabète – type 1 (1,5%), type 2 (13,5 %)								
Gestationnel (1%)	31%	19%	3%	9%	8%	20%	20%	16%
Douleur chronique au dos	40%	12%	12%	13%	16%	9%	11%	16%
Arthrite	16%	33%	15%	25%	9%	12%	7%	7%
Problème d'estomac ou intestinal	16%	8%	9%	4%	10%	11%	12%	14%

Source : CSSSPNQL, Enquête Régionale sur la Santé des Premières Nations du Québec et Institut National de Santé publique, Santéscope. Remarque : Les données sur le surpoids par nation ne sont pas disponibles.

Plusieurs responsables... une offre rattachée en silo...

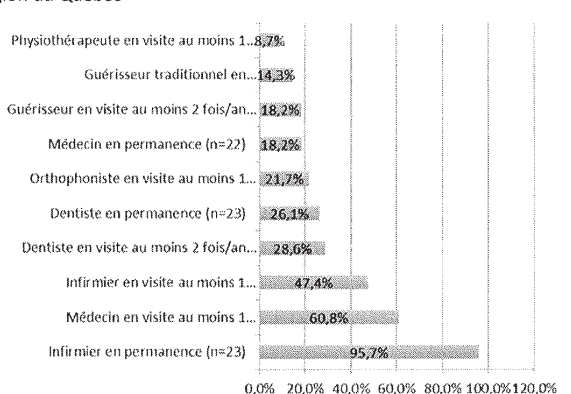
Responsabilité du financement et de la prestation des SSSS aux PN NC

Services	Responsabilité du financement	Responsabilité de la prestation
Services Sociaux	Fédéral, AINC	Fédéral, provincial et communautés
Services de santé non assurés	Fédéral, Santé Canada	Secteur privé
Services de santé communautaires	Fédéral, Santé Canada	Fédéral et communautés
Services médicaux et hospitaliers	Fédéral via les transferts au Provincial	Provincial

Source : Santé Canada, AINC, DGNPNJ, ...

Il y a peu ou pas de médecin responsable de la santé de la population résidente dans les communautés

Présence de professionnels de la santé dans les communautés PN de la région du Québec



Un accès aux services hospitaliers et moins de chirurgies d'un jour...

Hospitalisations par 100 habitants sur 5 ans (2008-2009 à 2012-2013) et chirurgies d'un jour par 1000 habitants sur 3 ans (2010-2011 à 2012-2013)

	Hospitalisations		Chirurgie 1 jour	
	N/1000 hab	NIRRU moyen	N/1000 hab	NIRRU moyen
Québec	430	1,23	137	1,02
Conventionnée	668	0,82	89	0,97
Non conventionnée	513	0,93	89	1,00

Source : Estimation des auteurs à partir de données de la RAMQ pour un échantillon de 20 communautés PN NC, données sont ajustées pour correspondre à la consommation de la population PN seulement (Akwasasne exclut).

Plus de services hospitaliers et moins de chirurgies d'un jour...

Hospitalisations par 100 habitants sur 5 ans (2008-2009 à 2012-2013) et chirurgies d'un jour par 1000 habitants sur 3 ans (2010-2011 à 2012-2013)

	Admissions (2008-09 à 2012-13)		Chirurgies d'un jour (2010-11 à 2012-13)	
	Nombre / 1000 habitants	NIRRU moyen	Nombre / 1000 habitants	NIRRU moyen
Abénaquis	362	1,13	145	1,40
Algonquins	466	0,81	81	0,97
Attikameks	772	0,79	111	1,00
Innus	601	0,99	106	1,00
Micmacs	269	1,09	49	0,97
Mohawks	307	1,12	62	1,02

Source : Estimation des auteurs à partir de données de la RAMQ pour un échantillon de 20 communautés PN NC, données sont ajustées pour correspondre à la consommation de la population PN seulement (Akwasasne exclut).

13

Quatre des plus importants DRG figurent loin en avance pour le reste du Québec

Admissions par DRG - 2008-2009 à 2012-2013 – 10 plus fréquentes

DRG	Communautés autochtones C et NC		Québec	
	%	Rang	%	Rang
Autres pneumonies que celles à virus respiratoire syncytial ou bronchiolite	7,0%	1	3,4%	1
Pneumonie à virus respiratoire syncytial ou bronchiolite	3,1%	2	0,8%	32
Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,0%	3	3,3%	2
Infections de l'appareil urinaire	2,6%	4	1,7%	7
Infections des voies respiratoires supérieures	2,3%	5	1,2%	18
Affections/traumatismes de la cavité buccale	2,1%	6	0,2%	146
Cellulite ou autres infections de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané	2,0%	7	1,0%	22
Gastro-entérite non bactérienne, nausées ou vomissements	1,8%	8	1,5%	11
Convulsions	1,7%	9	0,7%	36
Appendicectomie	1,7%	10	1,5%	13

PN-NCANO
PROJET NATIONAL

communautés

14

Sources de Fonds

Sources de Fonds pour le SSS des Premières Nations

	Communautés non conventionnées***	Communautés conventionnées
Santé Canada – DGSPNI (2013-14)		
Salaires, operations et maintenance	12 699 059	1 944 286
SSNA	58 624 128	
Contributions	128 141 422	19 619 063
Total Santé Canada (2013-14)¹	199 464 609	21 563 349
MSSS²	10 963 235	335 955 132
Affaires Autochtones et développement du Nord ³	80 513 915	
Secrétariat des affaires autochtones ⁴	150 000	
Total	291 091 759	373 970 724
Services hospitaliers ⁵	18 511 509	15 848 016
Nombre de résidents	37 580	26 795
Dépenses totales par résident	8 239 \$	13 957 \$

Source : AADNC, CSSSPNQL, Secrétariat aux affaires autochtones, MSSS, RAMQ et estimations des

Autochtones

15

Gestion des maladies chroniques

● Éléments clés de la GMC définis par Wagner *(fin 90's)

- Une offre interdisciplinaire des services axés sur les besoins de la population
- L'observation de guides de pratique respectant les évidences
- L'auto prise en charge par les patients
- Les services développés dans la communauté
- Les systèmes d'information partagés (DME, invites, mesures...)
- Une culture et des modes de fonctionnement axés sur l'amélioration continue...

*: Les évidences sur l'efficacité de ce modèle pour améliorer la valeur des soins à ces patients sont nombreuses (Fagherazzi-Pagel, 2013) (Shortell, 2000) (Wagner, Septembre 1998) et généralement reconnues au Québec (MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne, 2012).

CHIRANO

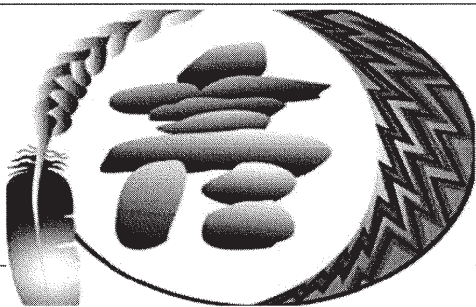
Éléments clés de la gouvernance des services de santé destinés aux PN

Cadre d'analyse:

- Modèle de gestion des maladies chroniques
- Tient compte de la culture des PN
- Stratégies pour réduire l'écart de l'IBC
 - Soutien de développement de l'autonomie
 - Flexibilité dans les mode de financement
 - Soutien à la transformation (mesures, benchmark, diffusion)
 - Leadership

Gouvernance & santé Governance & Health

**Par/by
Pr. Mélanie Bourassa Forcier & Pr. Anne-Marie Savard
Université de Sherbrooke
27-01-2015**



Introduction

*Loi sur les services de santé et les services sociaux,
LRQ, c. S-4.2*

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

*An Act Respecting Health Services and Social
Services, CQLR c S-4.2*

- 100. The function of institutions is to ensure the provision of safe, continuous and accessible quality health or social services which respect the rights and spiritual needs of individuals and which aim at reducing or solving health and welfare problems and responding to the needs of the various population groups. To that end, institutions must manage their human, material, information, technological and financial resources effectively and efficiently and cooperate with other key players, including community organizations, to act on health and social determinants and improve the supply of services to the public. In addition, a local authority must elicit and facilitate such cooperation.

Observations

Problématiques sociales et organisationnelles	Social and organizational problems
• Collaboration variable avec les établissements de santé	• Variable collaboration with Quebec's health care institutions
• Expertise et priorités en santé variables	• Variable expertise and health care priorities
• Difficultés de recrutement des infirmières	• Difficulty in recruiting nurses
• Participation citoyenne	• Public involvement

Observations

Limites et opportunités juridictionnelles	Jurisdictional boundaries and opportunities
• Fédéral	• Federal
• Provincial	• Provincial

Loi sur la protection de la jeunesse, LRQ, c. P-34.1

37.5. Afin de mieux adapter les modalités d'application de la présente loi aux réalités autochtones, le gouvernement est autorisé à conclure, conformément à la loi, avec une nation autochtone représentée par l'ensemble des conseils de bande des communautés qui la constituent, avec une communauté autochtone représentée par son conseil de bande ou par le conseil du village nordique, avec un regroupement de communautés ainsi représentées ou, en l'absence de tels conseils, avec tout autre regroupement autochtone, **une entente établissant un régime particulier de protection de la jeunesse** applicable à un enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis au sens de la présente loi.

Youth Protection Act, CQLR c P-34.1

37.5. In order to better adapt the application of this Act to the realities of Native life, the Government is authorized, subject to the applicable legislative provisions, **to enter into an agreement** with a first nation represented by all the band councils of the communities making up that nation, with a Native community represented by its band council or by the council of a northern village, with a group of communities so represented or, in the absence of such councils, with any other Native group, **for the establishment of a special youth protection program** applicable to any child whose security or development is or may be considered to be in danger within the meaning of this Act.

Conclusion

Merci! / Thank You!
Questions?



Autodétermination chez les communautés des Premières Nations

Angela Mashford-Pringle, Ph. D.

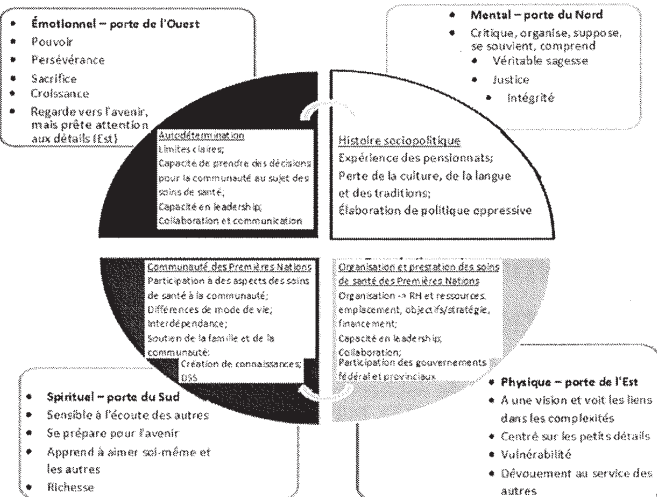
Boursière de recherches postdoctorales – ACHIEVE –
CRICH/Hôpital St. Michael's



Introduction

- Pendant cette étude de recherche, on a examiné le niveau perçu d'autodétermination de quatre communautés des Premières Nations relativement à leur système de santé, dans le cadre d'entrevues avec des employés des gouvernements fédéral, provincial et des Premières Nations
- Nous discuterons de la terminologie et de la façon dont elle se rapporte aux services sociaux et de santé

Cadre conceptuel de la roue médicinale



Terminologie

- **L'autodétermination** est la liberté de choix dans tous les aspects de leur vie.
 - **L'autodétermination autochtone** est le droit inhérent à la liberté de choisir la voie qui exprime la culture, la langue et l'identité en action
- **L'autonomie gouvernementale** est la capacité institutionnelle et de gouvernance pour régir les affaires internes et assumer une responsabilité accrue (comme la municipalité ou la province)
- **L'autonomie gouvernementale autochtone** est le droit inhérent à gouverner les Premières Nations et leurs terres (comme c'était le cas avant le contact)

Terminologie

- **L'autonomie administrative** existe lorsqu'un système est conçu et financé par des sources extérieures et qu'il y a une obligation de rendre compte au bailleur de fonds externe.
- Les accords de transfert relatifs à la santé sont destinés aux **services de santé publique uniquement** et ne couvrent pas les soins de santé primaires.

L'autonomie administrative comparée à l'autonomie gouvernementale

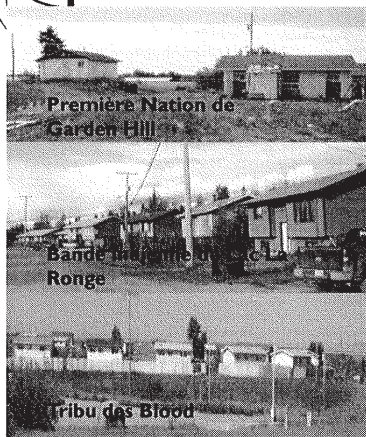
	Autonomie administrative	Autonomie gouvernementale
Domaine de compétence	Conféré aux Premières Nations, mais limité aux domaines de politique étroites et assujéti au veto fédéral ou provincial	Conféré aux Premières Nations, aux tribus ou aux autres associés des Premières Nations, et couvre une vaste gamme de domaines de politique
Institutions gouvernementales	Conçues en grande partie par des gens de l'extérieur, généralement par le gouvernement fédéral (c'est-à-dire la Loi sur les Indiens)	Conçues par les Premières Nations, les tribus ou les autres associés des Premières Nations
Fonctions de base des gouvernements des Premières Nations, peut-être en coopération avec d'autres gouvernements	• Administrer les programmes • Répartir les ressources, comme les emplois, l'argent, les services • Gérer les affaires internes de la nation, dans la mesure autorisée par la loi fédérale ou provinciale	• Établir un fondement constitutionnel • Créer et faire respecter les lois • Prendre et mettre en œuvre des décisions • Assurer le règlement des conflits de manière équitable et non politique • Administrer les programmes • Gérer les affaires internes et externes de la nation, conformément à la loi des Premières Nations
Revenus	Proviennent essentiellement du gouvernement fédéral; les efforts des Premières Nations visant à augmenter les revenus sont largement axés sur les subventions et les pressions pour une augmentation du financement fédéral	Proviennent de diverses sources, y compris notamment des fonds fédéraux; les efforts des Premières Nations visant à augmenter les revenus sont axés sur le développement d'entreprise et d'autres options qui génèrent des revenus
Obligation de rendre compte	Généralement unidirectionnelle, liée largement à l'obligation des Premières Nations à rendre compte aux bailleurs de fonds, en particulier le gouvernement fédéral, de la façon dont les fonds sont utilisés	Multidirectionnelle, liée à (1) l'obligation des Premières Nations à rendre compte de leur bonne gouvernance à leur propres citoyens; (2) l'obligation des Premières Nations de rendre compte aux bailleurs de fonds de l'utilisation des fonds; et (3) l'obligation du gouvernement fédéral de rendre compte aux Premières Nations des décisions politiques
Processus intergouvernementaux de prise de décisions	Consultation (d'autres gouvernements « consultent » les Premières Nations, puis décident comment procéder); on suppose que les autres gouvernements savent ce qui est le mieux pour les Premières Nations, mais ils devraient au moins aborder le sujet avec elles	Partenariat (les décisions sont prises en commun lorsqu'un intérêt substantiel des Premières Nations est en cause); on suppose que les Premières Nations et d'autres gouvernements peuvent travailler ensemble afin de déterminer ce qui est le mieux pour les deux parties

Adapté de Corns, S., C. Curtis et M. Jorgensen (2003). *The Concept of Governance and Its Implications for First Nations*. Joint Occasional Papers on Native Affairs, N° 2004-02, p. 30-31.

Modèles de financement de la santé des Premières Nations

Modèle d'accords de contribution distincts	Modèle d'entente intégrée	Modèle de transfert relatif à la santé	Modèle d'autonomie gouvernementale
- Dans les communautés qui n'ont pas signé de transfert relatif à la santé ou d'accord d'autonomie gouvernementale. - La DGSPNI définit les programmes et les services offerts selon la communauté. - Chaque programme est financé par un accord de contribution distinct, certains accords sont annuels, d'autres sont pluriannuels, selon le programme.	- La communauté entreprend un processus de planification pour déterminer les besoins et services. - La communauté contrôle des aspects précis des services de santé communautaires. - Conçu dans l'intention de préparer le processus de transfert et faciliter le renforcement des capacités.	- La communauté bénéficie de souplesse dans la conception des programmes et services de santé et dans l'affectation des ressources. - Permet la conception de programme dans la communauté et le renforcement des capacités, mais veille à ce que les programmes obligatoires soient offerts.	- Niveau le plus élevé de gestion locale. - Les droits des Autochtones et ceux qui sont issus de traités peuvent être exercés dans le cadre constitutionnel. - La responsabilité incombe à AADNC.

Facteurs qui influencent l'autodétermination des soins de santé chez les Premières Nations



- Pensionnats
- Perte de la culture et de la langue
- Politiques d'assimilation
- Questions d'éducation
- Vision autochtone du monde comprenant l'interdépendance et le soutien social
- Approche globale des soins de santé

Niveaux d'autonomie gouvernementale de Santé Canada

- Les participants du gouvernement fédéral pensent que l'autodétermination est accordée par le biais des accords de transfert en matière de santé (voir la figure ci-dessous).
- Les participants du gouvernement (fédéral et provincial) perçoivent le niveau d'autodétermination comme étant plus élevé que ne le perçoit le leadership des Premières Nations.



Niveau perçu d'autodétermination dans le secteur de la santé par ordres de gouvernement

Participant/Communauté	Tribu des Blood	Lac La Ronge	Garden Hill	Wasagamack
Gouvernement fédéral	Élevé	Moyen	Moyen	Aucun
Gouvernement provincial	Élevé	S.O.	Moyen	Aucun
Gouvernement des Premières Nations	Moyen	Bas	Aucun	Aucun
Leadership en matière de santé	Moyen	Bas	Bas	Aucun
Professionnels de la santé	Bas	Bas	Aucun	Aucun



Importance de l'autodétermination dans les soins de santé des Premières Nations

- Si elles avaient une véritable autodétermination dans le secteur de la santé, les communautés des Premières Nations auraient la possibilité d'incorporer la médecine traditionnelle, leur culture, leur langue et leur vision du monde aux soins de santé biomédicaux.
- Un changement systémique est nécessaire pour progresser vers un système de soins de santé global et autodéterminé – ou vers le système de soins de santé idéal des Premières Nations.



Quels sont les soins de santé adaptés à la culture?

- Intégration d'activités culturelles, de connaissances traditionnelles et de la langue
- Prestation d'autres moyens de guérison
- Examen général de la maladie d'une personne (non seulement ses symptômes, mais les aspects spirituels, émotionnels, mentaux et physiques)



Exemples de la culture dans les services sociaux et de santé

- Produits médicaux et guérisseurs traditionnels
 - Il y avait de nombreux produits médicaux et de nombreux guérisseurs différents dans les communautés. Travail avec des professionnels de la santé biomédicaux.
- Intégration de la chasse, de la pêche et de la cueillette dans d'autres programmes
 - Cueillette de petits fruits dans les programmes de traitement du diabète; tournée des pièges pour augmenter l'activité physique
- Utilisation de cérémonies dans les services sociaux et de santé
 - Cérémonies de la suerie pour la guérison
 - Cercles de discussion et cercles d'étreintes
 - Danse et chansons pour la guérison de la santé émotionnelle et spirituelle

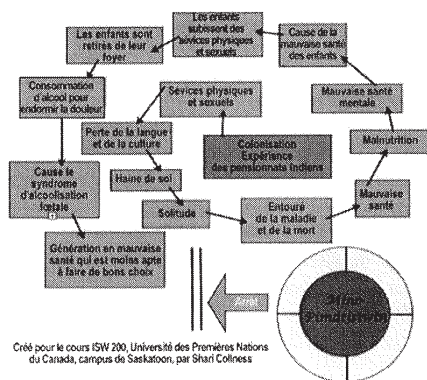


Quelle direction devons-nous prendre maintenant?

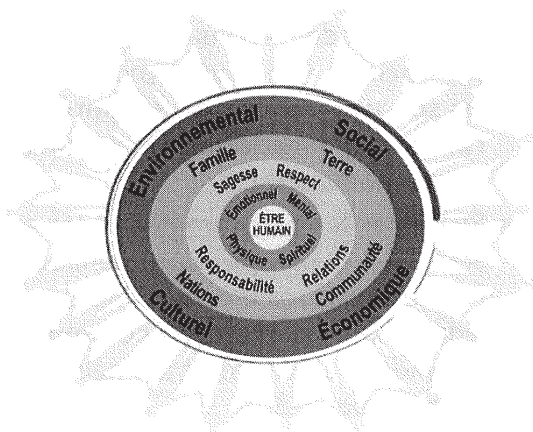
- Créer des définitions locales, régionales et provinciales que tout le monde accepte pour les services sociaux et de santé, l'autodétermination et l'autonomie gouvernementale
- Examiner les programmes et les services qui sont offerts dans les communautés, à l'échelle régionale et provinciale, qui peuvent aider les membres de la communauté à atteindre l'équilibre et à améliorer leur santé et leur mieux-être

S'éloigner du cycle

Cycle qui s'auto-perpétue chez les Autochtones

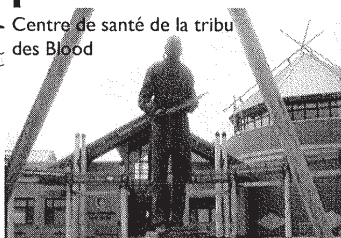


Progresser vers un cycle sain



Questions

Centre de santé de la tribu
des Blood



Clinique médicale La Ronge à La
Ronge



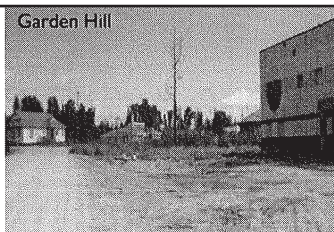
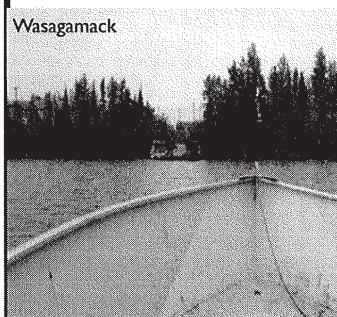
Poste de soins infirmiers de
Wasagamack



Hôpital renal de Garden Hill



Wasagamack



Garden Hill



Tribu des
Blood

ANNEXE I

Atelier

DISCUSSION CHEFS EN ASSEMBLÉE 27 JANVIER 2015

SESSION — 13 h 15 – 15 h

Objectif principal

Identifier le ou les meilleurs modes de gouvernance à adopter en vue d'améliorer les conditions de santé et de services sociaux.

- Q1.** Avec le mode actuel et les liens existants entre les communautés et les organisations régionales, comme la CSSSPNQL, qu'est-ce qui pourrait être amélioré?

Dans quelle mesure ne peut-on pas répondre aux obstacles rencontrés en matière de santé et de services sociaux?

- Q2.** En considérant le modèle de la Colombie-Britannique, en quoi ce type de modèle pourrait-il mieux répondre à la situation actuelle de la santé et des services sociaux?

- Q3.** Un mode de gouvernance différent pourrait-il mieux répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux?

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES
DIRECTEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
27 JANVIER 2015

SESSION 1 — 13 h – 14 h 45

Objectif principal

Identifier les enjeux en santé et en services sociaux les plus importants.

Contexte

L'objectif de l'après-midi est de préparer les échanges avec les chefs (15 h – 16 h 15). Les travaux en groupes pourraient être partagés avec les chefs. Ainsi, on s'assure de faire connaître les enjeux des opérations en santé et en services sociaux.

L'information recueillie servira à l'élaboration d'un compendium d'enjeux. Ce document permettra de justifier la nécessité de rompre avec le statu quo.

Q1. En tenant compte des composantes suivantes :

- Partenariats
- Développement des capacités
- Financement
- Juridiction

Quels sont les enjeux, les obstacles ou les défis que vous rencontrez de façon générale en matière de santé et de services sociaux?

Quels sont les éléments les plus importants que vous aimeriez partager aux chefs?

Q2. Dans l'administration et la gestion des programmes, des initiatives et des fonds, quels sont les plus grands défis qui sont spécifiques à la santé et aux services sociaux? Par spécifique, on veut s'attarder aux SSNA, aux centres d'hébergement, aux soins primaires (médecins, spécialistes, continuum de services), à l'accès aux services, au sous-développement des programmes de prévention en matière d'alcool et de drogue, de santé mentale, de psychiatrie et de famille d'accueil (loi 24).

Q3. En plus des défis liés aux partenariats, au développement des capacités, au financement et aux juridictions, croyez-vous que d'autres défis ou obstacles doivent être inclus?

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES
DIRECTEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
28 JANVIER 2015

SESSION 1 — 9 h – 10 h

Objectif principal

Identifier les avantages et les inconvénients d’une administration de programmes, d’initiatives et de fonds.

Q1. En tenant compte de chacune des composantes suivantes :

- Buts et objectifs
- Politiques, lignes directrices, normes et critères
- Ressources humaines et matérielles
- Autorité
- Financement
- Imputabilité

Quels sont les avantages et les inconvénients d’une administration de programmes et d’initiatives telle qu’elle est vécue dans votre communauté?

Q2. En dehors de ces composantes, croyez-vous que d’autres éléments ou concepts devraient être considérés?

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES
DIRECTEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
28 JANVIER 2015

SESSION 2 — 10 h 15 – 12 h

Objectif principal

Identifier les composantes à considérer dans une optique de prise en charge et de responsabilités accrues.

Mise en situation fictive

Dans une optique d'autodétermination, le gouvernement fédéral propose de déléguer aux Premières Nations un ensemble de nouvelles responsabilités.

Vous avez l'autorité et la possibilité d'élaborer des programmes selon les besoins et les priorités locales. Par contre, il faut aussi considérer le volet collectif et régional.

En vous référant à vos expériences professionnelles en santé et/ou en services sociaux et en tenant compte de chacune des composantes suivantes :

- Buts et objectifs de programme
- Lignes directrices, politiques et normes
- Ressources humaines
- Autorité
- Financement
- Imputabilité
- Autre composante identifiée?

- Q1.** Comment procéderiez-vous pour mettre au point un nouveau programme ou une nouvelle initiative en vue de l'implanter et de le gérer?
- Q2.** Existe-t-il des structures ou des personnes au niveau local qui doivent être consultées pour contribuer au développement de programmes? (Par exemple : aîné, conseil de famille, femmes, jeunes, population, structure formelle ou informelle, conseil tribal.)
- Q3.** Quelles seraient les différences dans le processus de développement, d'implantation et dans la prestation de services?

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES
DIRECTEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
28 JANVIER 2015

SESSION 3 — 13 h 15 – 14 h 15

Objectif principal

Identifier le partage de responsabilités aux niveaux local, régional et national.

Suite de la mise en situation fictive

En tenant compte de chacune des composantes suivantes :

- Buts et objectifs de programme
- Lignes directrices, politiques et normes
- Ressources humaines
- Autorité
- Financement
- Imputabilité
- Autre composante identifiée?

Q1. Comment bâtit-on un plan collectif pour agir ensemble?

Q2. Quelles sont les responsabilités que nous devons assumer collectivement?

Q3. Quel serait le rôle d'une organisation régionale?



