

PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

PLAN STRATÉGIQUE DE TÉLÉSANTÉ 2007 - 2010



DIRECTION DES TRAVAUX

Catherine Power, Agente au programme e-santé, CSSSPNQL

ÉLABORATION ET RÉDACTION

Jocelyne Picot, Ph. D., Présidente, Infotelmed communications Inc.

GRAPHISME ET MONTAGE

Chantal Cleary, Agente aux communications, CSSSPNQL

Élizabeth Sioui, Secrétaire, CSSSPNQL

Julie Laperrière, Prokläm édition informatique (révision, décembre 2009)

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL, décembre 2007

ISBN : 978-0-9784554-0-8

REMERCIEMENTS

À Ernie Dal Grande et Mamadou Drave de la DSPNI de Santé Canada, qui ont fourni des renseignements nécessaires à l'achèvement du plan. Aux présentateurs qui ont assisté aux ateliers et qui ont apporté de précieuses informations ainsi que plusieurs éclaircissements : Madeleine St-Gelais et Joanne Desrochers du CUSM et du RUIS de l'Université McGill, Donald-Daniel Picard d'Inforoute Santé du Canada et Christian-Marc Lanouette du MSSS. À tous les membres du comité directeur qui ont contribué au développement du plan stratégique et qui ont fourni nombre de commentaires constructifs.

La contribution de Tim Whiteduck du CEPN fût grandement appréciée.

Enfin, la conception de ce plan n'aurait pas été possible sans la participation d'un nombre important de représentants des communautés.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Ce plan stratégique de télésanté a été développé à la demande de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), laquelle supporte les communautés des Premières Nations (PN) de la région du Québec. Ce plan couvre la période allant de 2007 à 2010. Basé sur des besoins identifiés par les PN elles-mêmes, le plan harmonise et supporte les activités reliées à la santé dans les communautés, il tient compte de la culture et de la réalité des Premières Nations et enfin, démontre le potentiel d'intégration avec les réseaux de télésanté du Québec. Un comité directeur a été mis en place afin de superviser le processus d'élaboration du plan. Ce comité regroupe les principaux partenaires impliqués dans le domaine de la télésanté, soit le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Inforoute Santé du Canada (ISC), la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada (DSPNI), la CSSSPNQL, le Conseil en Éducation des Premières Nations (CEPN) ainsi que des représentants des PN.

L'analyse de l'environnement effectuée comprend une revue de littérature sélectionnée, la tenue d'ateliers de consultation ainsi que des entrevues individuelles réalisées auprès d'experts et d'intervenants clés. Les résultats des ateliers démontrent la nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé, la gestion des maladies chroniques ainsi que le recrutement, la rétention et la formation du personnel. Quant aux défis reliés à l'implantation de la télésanté, notons le besoin de connectivité, d'équipement, de formation et de soutien technique au sein des communautés. Un survol des activités de télésanté parmi les PN du Canada permet de constater que le développement de la télésanté s'y fait habituellement en deux phases. Dans un premier temps, la visioconférence est utilisée à des fins de formation puis, une deuxième phase, beaucoup plus complexe, permet le développement d'applications cliniques.

Parmi les forces présentes au sein des PN, on retrouve le leadership de la CSSSPNQL ainsi que la contribution importante du CEPN qui a permis aux communautés de se doter d'un réseau de télé-éducation. Les PN peuvent également compter sur un pont de téléconférence à grande capacité ainsi que sur la présence de personnel de santé compétent et qualifié. La vision retenue dans ce plan est de créer, d'exploiter et de gérer un réseau équitable, virtuel et viable, lequel serait coordonné par la CSSSPNQL en partenariat avec le CEPN et d'autres partenaires privilégiés. Il est prévu que ce réseau se greffera aux réseaux de télésanté québécois actuels afin de faciliter les échanges, le recrutement et la formation du personnel de la santé ainsi qu'offrir un accès à de l'information sur la santé, améliorer la gestion des maladies chroniques et l'accès aux services de santé.

Ainsi, quatre orientations stratégiques sont mises de l'avant. Dans un premier temps, on poursuivra une stratégie axée sur la formation à distance, laquelle permettra d'offrir de la formation au personnel de santé en utilisant le réseau du CEPN. Dans un deuxième temps, il est prévu qu'un accès au réseau RTSS soit négocié afin de poursuivre une série d'applications cliniques qui viseront la réduction de l'occurrence des complications reliées aux maladies chroniques ainsi qu'une meilleure gestion de ce type de maladies, particulièrement pour le diabète. La deuxième phase permettra également d'améliorer l'accès aux services de professionnels en santé mentale et de planifier l'offre de téléconsultations sélectives pour les communautés qui en ont besoin.

De plus, le plan stratégique contient une liste de moyens pour assurer la pérennité du service de télésanté ainsi qu'une série de propositions pour gérer le changement organisationnel occasionné par l'implantation de la télésanté. Le modèle de gouvernance propose que la CSSSPNQL coordonne la préparation des plans de projets et assure la coordination, la gestion et la continuité des activités de télésanté. D'autre part, la responsabilité pour les aspects techniques de la gestion du réseau de télésanté, incluant la formation du personnel, serait réalisée en collaboration avec le CEPN. La gestion et la coordination des projets individuels s'effectueraient au niveau des équipes locales dans

les communautés où les projets seront implantés. Le comité de télésanté, quant à lui, jouerait un rôle consultatif. Sa composition devra cependant être revue de façon à y augmenter la représentativité des Premières Nations.

Enfin, parmi les actions prioritaires, il est proposé que la CSSSPNQL crée un poste permanent pour assurer la coordination des activités de télésanté. En plus de préparer un plan opérationnel et un plan de communication, des demandes de financement devront être déposées auprès des principaux partenaires financiers, plus spécifiquement à ISC, à la DSPNI et au MSSS pour la phase 1 des projets de télésanté proposés.

Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF	3
LISTE DES ACRONYMES	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN	8
1.2 PARTENAIRES À L'ÉLABORATION DU PLAN	8
1.3 DÉFINITION DES TERMES	9
1.4 MÉTHODOLOGIE	9
2 CONTEXTE	10
2.1 LA SANTÉ DES PEUPLES DES PN	10
2.2 LES COMMUNAUTÉS DES PN DE LA RÉGION DU QUÉBEC	11
2.3 LES SOINS DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS DES PN DU QUÉBEC	14
2.4 LA TÉLÉSANTÉ AU QUÉBEC	15
3 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT	17
3.1 LES ATELIERS	17
3.2 LES PROJETS DE TÉLÉSANTÉ DES PN DANS LES AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES	21
3.3 REVUE DE LA LITTÉRATURE SÉLECTIONNÉE	22
4 FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS ET MENACES	23
4.1 RESSOURCES HUMAINES – FORCES ET FAIBLESSES	23
4.2 TECHNOLOGIE – FORCES ET FAIBLESSES	24
4.3 PARTENARIATS – FORCES ET FAIBLESSES	25
4.4 CULTURE ORGANISATIONNELLE ET GOUVERNANCE – FORCES ET FAIBLESSES	26
5 POSSIBILITÉS ET MENACES	27
5.1 POSSIBILITÉS	27
5.2 MENACES	28
5.3 RÉSUMÉ DES FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS ET MENACES (FFPM)	30
6 LA VISION	31
7 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	32
7.1 FORMATION CONTINUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	32
7.2 PRÉVENIR, RÉDUIRE ET GÉRER LE DIABÈTE	33
7.3 OBTENIR DE L'AIDE EN PÉRIODE DE CRISE (PSYCHOSOCIALE ET SOCIALE)	34
7.4 TÉLÉCONSULTATIONS SÉLECTIVES	35
8 PÉRENNITÉ	36
9 GESTION DU CHANGEMENT	38
10 MODÈLE DE GOUVERNANCE	40
11 ACTIONS PRIORITAIRES, PROCHAINES ÉTAPES ET ÉCHÉANCIER	41

12	GESTION DU RISQUE	43
13	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	44
	BIBLIOGRAPHIE	76

Liste des tableaux et des figures

TABLEAU 1: PARTICIPANTS AUX ATELIERS	10
TABLEAU 2: NOMBRE DE COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC EN FONCTION DE LEUR DEGRÉ D'ISOLEMENT	13
TABLEAU 3: TYPES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRÉSENTS DANS LES COMMUNAUTÉS DES PN SUPPORTÉES PAR LA CSSSPNQL.....	14
TABLEAU 4: PROJETS DE TÉLÉSANTÉ DES RUIS FINANCÉS EN PARTIE PAR INFOROUTE SANTÉ DU CANADA	16
TABLEAU 5: ÉCHÉANCIER	42
TABLEAU 6: GESTION DU RISQUE	43
FIGURE 1: EMPLACEMENT DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC ET DES INUITS AU NUNAVIK	12
FIGURE 2: LE CERCLE DE SANTÉ DES PN	13
FIGURE 3: RÉSUMÉ DES DISCUSSIONS DES ATELIERS DE CONSULTATION.....	20
FIGURE 4: PROCÉDURE À SUIVRE POUR LE DÉPÔT D'UN PROJET DE TÉLÉSANTÉ.....	29
FIGURE 5: RÉSUMÉ DES FORCES, DES FAIBLESSES, DES POSSIBILITÉS ET DES MENACES	30
FIGURE 6: PHASES 1 ET 2 DU DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS.....	31
FIGURE 7: STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET MODÈLE DE GOUVERNANCE	40

Annexes

ANNEXE 1: COMITÉ AVISEUR DE TÉLÉSANTÉ	46
ANNEXE 2: PARTICIPANTS AUX ATELIERS DE CONSULTATION	47
ANNEXE 3: ORDRE DU JOUR DES ATELIERS.....	48
ANNEXE 4: DOCUMENTS DISTRIBUÉS AVANT LES ATELIERS	51
ANNEXE 5: LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES	65
ANNEXE 6: CARTE FRONTIÈRES DES TERRITOIRES DES RUIS.....	66
ANNEXE 7: CARTE CONNECTIVITÉ DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS.....	67
ANNEXE 8: COMMUNAUTÉS REPRÉSENTÉES PAR LA CSSSPNQL SELON LA NATION, LA POPULATION, L'ISOLEMENT OU L'ÉLOIGNEMENT, ET LE TYPES D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	68
ANNEXE 9: ORGANISATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	70
ANNEXE 10: POSTES DE VISIOCONFÉRENCES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
ANNEXE 11: ÉCHÉANCIER	75

LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
ATKC	<i>Aboriginal Telehealth Knowledge Circle</i>
CEPN	Conseil en Éducation des Premières Nations
CH	Centre hospitalier
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du
CSSSv	Centre de santé et de services sociaux virtuel
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DES	Dossier santé électronique
DSPNI	Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits
ÉFVP	Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée
ERLSPN	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec
ISC	Inforoute Santé du Canada
KOTH	<i>Keewaytinook Okimakanak Telehealth</i>
KNET	<i>Keewaytinook Okimakanak Network</i>
AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ONSA	Organisation nationale de la santé autochtone
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PN	Premières Nations
PPICS	Programme de partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé
PCAP	Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RQT	Réseau québécois de télésanté
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
TIC	Technologie de l'information et des communications

1 INTRODUCTION

Au Canada, des programmes et des réseaux de télésanté sont maintenant en place dans 12 des 13 provinces et territoires. Bien que la télésanté et la télémédecine existent depuis plus de 30 ans au Canada¹, c'est seulement vers le milieu et la fin des années 1990 que plusieurs projets de télésanté sont devenus des programmes. Dans plusieurs communautés canadiennes, la télésanté n'est plus considérée comme une nouveauté. Au début des années 2000, le développement de plans stratégiques et opérationnels servant à guider la mise en œuvre de la télésanté au moyen de partenariats entre divers organismes est devenu monnaie courante.

Partout au Canada, des communautés des Premières Nations (PN) ont adopté la télésanté. Des applications viables ont été mises en place afin de répondre aux besoins des communautés des PN et des Inuits. Parmi ces applications, les plus courantes sont celles reliées à la prévention et au traitement du diabète, aux soins à domicile, à la santé mentale et à l'oto-rhino-laryngologie (ORL). En décembre 2005, l'Unité des solutions e-santé de la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits (DSPNI) et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) ont organisé un Forum régional de télésanté des Premières Nations et des Inuits du Québec, où plus de 80 personnes y ont participé. C'est lors de cet événement qu'une recommandation fût émise en faveur de l'élaboration d'un plan stratégique de télésanté propre aux PN².

1.1 OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN

Les objectifs du plan stratégique sont de développer une vision de la télésanté qui correspond aux besoins de santé identifiés par les communautés des PN et de créer un plan stratégique de 3 ans (2007-2010). Le plan stratégique devra répondre aux principes directeurs suivants :

- Présenter des stratégies qui correspondent à la définition de la télésanté et aux résultats des ateliers sur la télésanté; Être stratégique; adapté à la culture des Premières Nations et réaliste;
- Harmoniser, compléter, supporter et augmenter, lorsque possible, les activités existantes reliées à la santé et aux services sociaux dans les communautés des PN du Québec³;
- Être innovateur et mener au développement de projets e-santé et de télésanté viables;
- Correspondre aux objectifs et aux politiques d'Inforoute Santé du Canada (ISC) et de la DSPNI;
- Avoir le potentiel de s'intégrer aux réseaux de télésanté déjà existants et aux projets développés par les Réseaux Universitaires Intégrés en Santé (RUIS), en plus de respecter les corridors de services déjà établis avec les Agences de santé.

1.2 PARTENAIRES À L'ÉLABORATION DU PLAN

Des délégués de la plupart des communautés des Premières Nations du Québec ont participé à l'élaboration de ce plan, soit en répondant à des questionnaires ou en assistant à un des deux ateliers qui ont eu lieu à Sept-Îles et à Montréal, en mars et avril 2007. La conception et la mise en œuvre du plan stratégique de télésanté impliquent les partenaires suivants :

CSSSPNQL: la CSSSPNQL coordonne le processus de planification et mène ce projet au nom des communautés des Premières Nations de la région du Québec;

DSPNI, Santé Canada: l'Unité des solutions e-santé de la DSPNI offre des ressources et des conseils dans le cadre du processus de planification;

Inforoute Santé du Canada: ISC finance la réalisation du plan stratégique. Une fois approuvé par le comité directeur de télésanté, le plan sera soumis à ISC. L'étape suivante consistera à demander des fonds pour les activités de télésanté proposées dans le plan;

MSSS: le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la coordination des activités de télésanté au Québec et ce, par l'entremise de quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et des Agences régionales de santé et de services sociaux. Toutes les activités de télésanté indiquées dans le plan stratégique des PN devront être intégrées aux RUIS.

1.3 DÉFINITION DES TERMES

Comme il existe plusieurs définitions de la télésanté, nous avons conservé, à des fins d'uniformité, les définitions figurant dans le document d'information distribué aux participants des ateliers de consultation pour le développement de ce plan (voir l'annexe 3) :

E-santé : terme générique utilisé par Santé Canada, ISC et d'autres organismes pour décrire l'échange et le transfert de renseignements sur la santé au moyen de réseaux sécurisés et ce, dans le but d'améliorer le système de prestation de soins et l'accès au système de santé. E-santé comprend la connectivité et les infrastructures : c'est donc la télésanté en plus des systèmes d'information, incluant le dossier santé électronique (DSE).

Télésanté : l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) pour offrir des services de santé et transférer de l'information en matière de santé sur de grandes et de petites distances.

Au Québec, la loi 83 modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux et met à jour les pratiques associées à la télésanté, en commençant par la définition suivante : « On entend par services de télésanté une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic, de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation »⁴.

Télémedecine: la médecine pratiquée à distance.

Télé soins à domicile : Les patients souffrant d'une maladie chronique peuvent être suivis à partir de la maison grâce à une connexion téléphonique. Ils peuvent utiliser un appareil simple pour envoyer régulièrement des données concernant leur maladie (poids, pression artérielle, concentration de glucose, médicaments, diète, signes vitaux, etc.) à un poste de soins infirmiers. Cette communication permet au personnel infirmier de suivre l'état de santé du patient et d'intervenir si nécessaire. Les patients qui ont des plaies complexes ou qui se remettent d'une intervention chirurgicale peuvent aussi être suivis à partir de la maison en envoyant de l'information et des images numériques à un professionnel de la santé.

1.4 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce plan stratégique comprend une analyse de l'environnement et un processus de consultation des intervenants clés des communautés des PN du Québec. Ce processus de consultation consistait en deux ateliers auxquels ont participé des administrateurs et des employés du domaine de la santé

provenant de communautés intéressées à la télésanté. L'étape finale du processus de consultation comporte une revue du plan effectuée par le **comité directeur de télésanté**. Le comité est composé de représentants provenant d'organismes ayant un intérêt dans le déploiement du plan stratégique (annexe 1).

L'analyse de l'environnement

Les principales sources d'information pour l'analyse de l'environnement furent les entrevues auprès des intervenants clés et l'étude de documents pertinents produits au niveau national et régional. **L'étude de la documentation** comprenait l'étude de documents sélectionnés, publiés et non publiés, ainsi que du matériel récent en ligne concernant les expériences de télésanté des Autochtones et des Autochtones.

Ainsi, des entrevues à questions ouvertes ont été menées auprès de 14 intervenants clés (annexe 4). Le but de celles-ci était d'obtenir un complément d'information sur les sujets soulevés pendant les ateliers, de vérifier les procédures et les politiques en vigueur ainsi qu'évaluer les conséquences des orientations stratégiques proposées dans ce plan.

De plus, deux intervenants clés de chacune des communautés des PN ont été invités à participer aux ateliers. Au total, trente-deux participants de **22 communautés** y ont participé (Tableau 1). Ces derniers étaient composés de directeurs ou d'administrateurs de centres de santé ainsi que d'infirmier(ère)s. Avant la tenue des ateliers, un document d'information générale a été distribué ainsi qu'une liste de questions, essentiellement les mêmes que celles qui ont été discutées pendant les ateliers.

Participants	Nombre de participants
Directeur ou administrateur	11
Infirmier(ère) ou infirmier(ère) chef	16
Autre	5
Total	32

TABLEAU 1: PARTICIPANTS AUX ATELIERS

2 CONTEXTE

2.1 LA SANTÉ DES PEUPLES DES PN

Canada

En 2001, selon Santé Canada, l'espérance de vie des PN était estimée à 68,9 ans pour les hommes et à 76,6 ans pour les femmes, soit, respectivement, un écart de 7,4 ans et de 5,2 ans avec l'espérance de vie de la population canadienne. En 2000, le taux de natalité chez les PN était de 23,4 naissances par tranche de 1 000 habitants (plus de deux fois le taux pour l'ensemble du Canada). Quant au taux de mortalité infantile, il était de 6,4 décès pour 1 000 naissances (16 % de plus que le taux national).

Les maladies du système circulatoire et le cancer sont les principales causes de décès parmi les PN. D'autre part, en 2000, le suicide et l'automutilation étaient les principales causes de décès chez les personnes âgées de 44 ans et

moins, et comptaient pour 22 % de tous les décès chez les jeunes, comparativement à 20,4 % pour l'ensemble des jeunes Canadiens. Quant aux taux d'hospitalisation, ils étaient plus hauts chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne et ce, pour toutes les causes d'hospitalisation, excepté les maladies du système circulatoire et les cancers. En 2000, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les PN avaient des taux plus élevés de coqueluche (2 fois plus élevé), de rubéole (7 fois plus élevé) et de tuberculose (6 fois plus élevé)⁵.

Québec

En 2002, la CSSSPNQL a mené l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002 (ERLSPN). Un échantillon de 3785 personnes, dont 1949 adultes, 798 adolescents et 1038 enfants a participé à l'ERLSPN⁶. Durant les 12 mois précédant l'enquête, 55 % des adolescents et 22 % des adultes avaient subi des blessures, incluant des fractures. Aussi, plus des deux tiers des adultes faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses et le pourcentage des adultes diabétiques était de 14,5 %, soit deux fois le taux de diabétiques chez les non-autochtones du Québec pendant cette même période. Plus de la moitié des adultes répondants ont également signalé avoir des problèmes de santé. Les problèmes musculo-squelettiques, respiratoires, cardiovasculaires et ceux liés au système digestif étaient ceux ayant le plus haut taux de prévalence (65 %) dans les communautés isolées. Près de la moitié des répondants âgés de plus de 55 ans souffraient de problèmes cardiovasculaires et plus du tiers d'entre eux étaient diabétiques. Plus du tiers des parents et plus de la moitié des adultes ont rencontré des difficultés pour l'obtention de soins ayant de longues listes d'attente tandis que plus de 26 % ont mentionné qu'il n'y avait pas de médecins ni d'infirmier(ère)s disponibles dans leur région.

D'autre part, en 1999, Santé Canada lançait le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des PN et des Inuits. Celui-ci inclut les services de soins à domicile, des liens à des spécialistes et à des services sociaux, l'accès à de l'équipement spécialisé ainsi qu'un système de tenue de dossiers et de collecte de données. En 2004, quatre communautés des PN du Québec ont été sélectionnées pour participer à une enquête visant à déterminer les besoins en termes de soins continus⁷. L'enquête a révélé que, 97 % des clients préfèrent demeurer dans leur communauté plutôt qu'à un endroit où les services sont plus facilement accessibles, c'est-à-dire à l'extérieur de leur communauté.

2.2 LES COMMUNAUTÉS DES PN DE LA RÉGION DU QUÉBEC

PN du Québec

La population des PN vivant au Québec équivaut approximativement à 10 % des PN de l'ensemble du Canada et à 1 % de la population du Québec. Les PN appartiennent à deux grandes familles culturelles et linguistiques : les Algonquiens et les Iroquoiens. Ainsi, les Hurons-Wendats et les Mohawks appartiennent à la famille des Iroquoiens tandis que les Algonquiens comprennent les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Micmacs, les Cris, les Malécites, les Innus et les Naskapis.

Toutes les nations possèdent une langue et une identité culturelle qui leurs sont propres. La CSSSPNQL collabore avec 31 communautés des PN (excluant les Cris qui font partie d'un cadre légal différent finalisé par l'adoption de la Loi sur les Cris et les Naskapis du Québec en 1978⁸). Ce cadre légal s'applique également aux Naskapis bien que ces derniers collaborent tout de même avec la CSSSPNQL. Selon l'ERLSPN, menée en 2002, 38,5 % des Premières Nations utilisent majoritairement une langue autochtone. L'ERLSPN démontre également que le degré d'éloignement d'une communauté est directement lié à l'usage plus fréquent d'une langue autochtone. Plusieurs personnes ont recours aux services d'un interprète lorsqu'elles quittent leur communauté pour obtenir des soins de santé. Le français ou l'anglais est souvent une seconde langue et, dans plusieurs communautés, on y parle deux langues. Les communautés

qui sont principalement anglophones sont situées près des frontières provinciales de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick. Les communautés des Premières Nations du Québec sont situées dans 12 des 17 régions administratives du Québec. La population dans les communautés varie de plus de 7 300 habitants à moins de 300 habitants. Au Québec, le nombre de personnes demeurant dans des communautés non conventionnées des PN (incluant la communauté naskapie conventionnée de Kawawachikamach) s'élève à environ 39 540 personnes. Certaines communautés sont situées près des communautés urbaines et des centres de soins de santé tertiaires, comme c'est le cas pour Kanesatake, Kahnawake et Wendake. D'autres sont isolées et sont accessibles uniquement par chemins de fer, voie aérienne ou voie maritime. C'est d'ailleurs le cas pour le tiers d'entre elles.

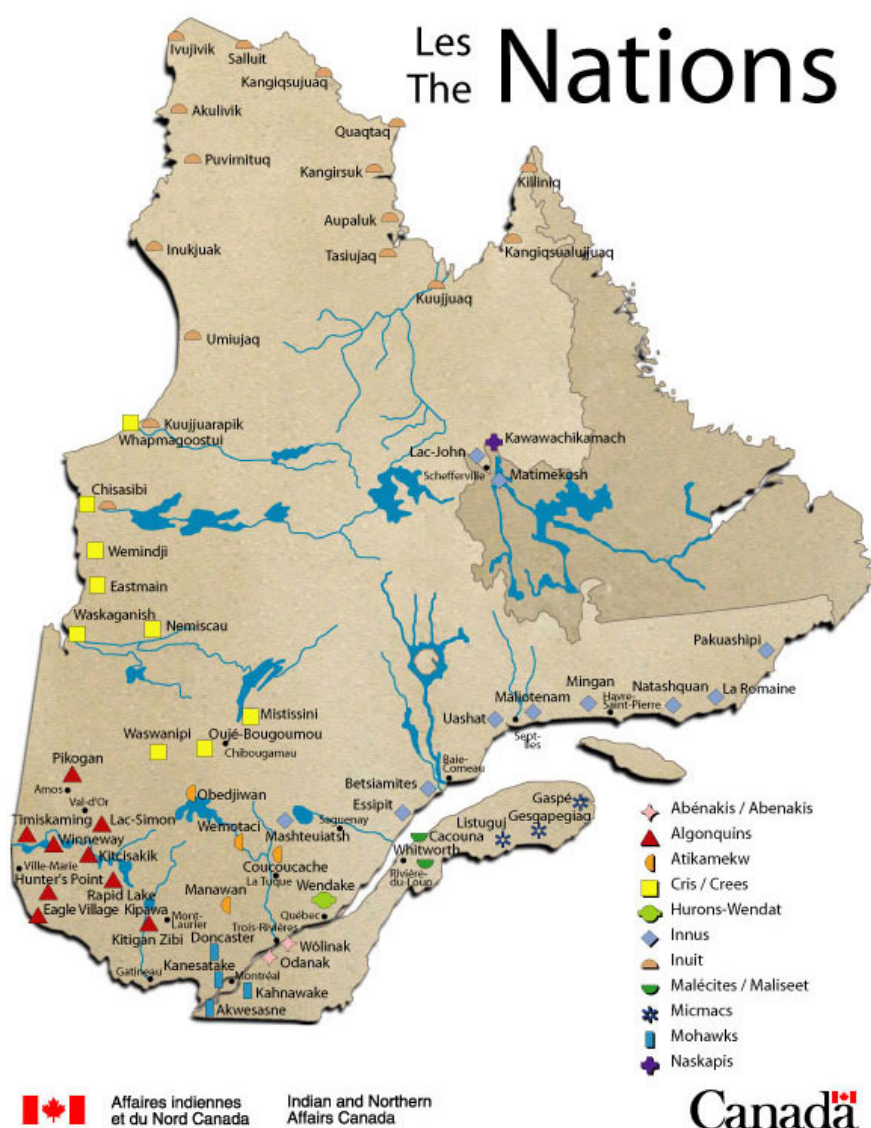


FIGURE 1: EMPLACEMENT DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC ET DES INUITS AU NUNAVIK

Le **Tableau 2** montre le nombre de communautés des Premières Nations du Québec en fonction du degré d'isolement. Aucune de ces communautés n'est considérée comme éloignée-isolée alors que huit d'entre elles sont considérées comme isolées. Santé Canada définit les degrés d'isolement comme suit⁹ :

- **Éloignées isolées** : aucun accès routier, aucun vol régulier;
- **Isolées** : aucun accès routier, vols réguliers;
- **Semi-isolées** : accès routier, situées à plus de 90 km d'un accès à des services médicaux;
- **Non isolées** : accès routier, situées à moins de 90 km d'un accès à des services médicaux.

	Isolées	Semi-isolées	Non-isolées
Nombre de communautés	9	4	18

TABEAU 2: NOMBRE DE COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC EN FONCTION DE LEUR DEGRÉ D'ISOLEMENT

L'annexe 6 établit la liste des communautés des Premières Nations du Québec en fonction de leur degré d'isolement et de la taille de leur population.

La CSSSPNQL et le CEPN

La CSSSPNQL fut créée en 1994 à la suite de l'adoption d'une résolution lors de l'Assemblée des chefs du Québec et du Labrador. Le rôle de la CSSSPNQL est d'assister les communautés et organismes des Premières Nations et Inuits du Québec et du Labrador dans la défense, le maintien et l'exercice des droits inhérents en matière de santé et de services sociaux et de les aider dans la réalisation et le développement de ces programmes. Elle voit à la promotion de modèles d'organisation communautaire des services de santé et services sociaux et offre un soutien technique à la recherche, au développement et à la formation en la matière, à la demande des communautés. Elle a pour but, notamment, de s'assurer que le système de prestation de services de santé et de services sociaux aux Premières Nations respecte les besoins fondamentaux de ses citoyens. Sa mission est "d'améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des PN et des Inuits dans le respect de leur culture et autonomie locale"¹⁰.



FIGURE 2: LE CERCLE DE SANTÉ DES PN

Quant au CEPN, il est affilié à l'Assemblée des chefs des PN du Québec et du Labrador (APNQL). Le CEPN gère un réseau éducatif partiellement financé par le programme « Rescol », lequel est administré par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et exploite, en collaboration avec la CSSSPNQL, un pont de téléconférence. Le pont, utilisé pour des réunions éducatives et administratives, peut connecter jusqu'à 16 sites simultanément pour un contact vidéo et plus de 90 sites pour un contact audio. Le CEPN fournit un soutien technique et de la formation informatique aux travailleurs de la santé et aux enseignants dans les communautés des PN¹¹. De plus, de l'équipement pour la visioconférence est maintenant en place dans presque toutes les écoles et les établissements de santé des communautés des PN. De plus, toutes les communautés possèdent un accès Internet.

2.3 LES SOINS DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS DES PN DU QUÉBEC

En 2004-2005, le gouvernement du Québec a créé une structure organisationnelle conçue pour faciliter la transition des personnes entre les services primaires (médecine et services sociaux généraux), secondaires (médecine et services sociaux spécialisés) et tertiaires (médecine et services sociaux hautement spécialisés) offerts par les réseaux locaux de services de santé. Les 18 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSS), anciennement les « régies », sont chacune constituées de réseaux locaux de services comprenant plusieurs types d'établissements. Au niveau local, 95 centres de services sociaux et de santé, ainsi que leurs partenaires des réseaux locaux de services (comme les médecins de famille et les établissements offrant des services spécialisés), partagent une responsabilité collective à l'égard de la population, incluant les PN, qui se trouve sur leurs territoires. (annexe 7).

Suite à des négociations entre la DSPNI et plusieurs communautés des PN désireuses d'exercer un plus grand contrôle des ressources et d'obtenir la responsabilité des services et des programmes de santé communautaire, Santé Canada a transféré la responsabilité de la gestion des soins de santé directement à la plupart des communautés des PN et des Inuits du Canada. Vingt-neuf des 31 communautés représentées par la CSSSPNQL ont ainsi été « transférées » sous la gestion des conseils de bande. Notons qu'en ce qui a trait aux services de santé, les services de santé dits non assurés sont couverts par Santé Canada.

Il existe au moins quatre types d'établissements de soins de santé dans les communautés des PN : les postes de soins infirmiers, les centres de santé, les centres de traitement et les centres de soins de longue durée. La DSPNI finance une partie de ces établissements dont 11 postes de soins infirmiers, 16 centres de santé et 6 centres de traitement. Le Tableau 3 montre la distribution de ces établissements dans les communautés. En outre, la communauté Mohawk de Kahnawake a pleine autorité quant à l'administration et à l'exploitation de l'hôpital Kateri. Les coûts d'exploitation de l'hôpital sont assumés par la province de Québec.

Types d'établissements de santé	Nombre d'établissements
Postes de soins infirmiers	12
Centres de santé	15
Centres de traitement	6
Hôpitaux	1
Centres de soins de longue durée	7
Nombre total d'établissements	41

TABLEAU 3: TYPES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRÉSENTS DANS LES COMMUNAUTÉS DES PN SUPPORTÉES PAR LA CSSSPNQL

Un *poste de soins infirmiers* est une installation sur le terrain dans une collectivité isolée qui n'est desservie par aucune route menant à d'autres installations de soins de santé. Les postes de soins infirmiers sont dotés d'au moins deux infirmières en santé communautaire et d'employés de soutien qui sont organisés pour fournir des services de soins primaires, y compris les soins d'urgence, des services d'hospitalisation de courte durée, des services communautaires et de santé publique. Les services de soins d'urgence sont offerts 24 heures par jour. Les services d'un médecin et d'un dentiste sont offerts selon un système de rotation. Pour obtenir des services de soins secondaires, les patients sont dirigés vers le centre hospitalier (CH) le plus près à l'extérieur de la communauté. Pour les soins tertiaires, ils peuvent être transférés du CH au centre de soins tertiaires. Les transferts sont effectués par transport public, sauf dans les situations urgentes ou graves qui nécessitent un service aérien d'ambulance. Les patients habitant dans les communautés près des frontières de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick peuvent être dirigés vers un établissement de soins dans les provinces voisines. Par la suite, le coût de la visite médicale ou de l'hospitalisation est remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Un *centre de traitement* est un établissement offrant une démarche thérapeutique aux membres des PN qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Les centres de traitement ont évolué dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones.

Un *centre de santé* est une installation sur le terrain, habituellement située dans les communautés non isolées, dotées d'au moins une infirmière de santé et de quelques employés de soutien qui animent des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. La prestation des soins primaires ou urgents est assurée par des médecins qui habitent dans la région ou des médecins visiteurs. Les services de santé sont offerts cinq jours par semaine, de 9h à 17h.

Un *centre de soins de longue durée* est un établissement offrant un logement pour les personnes qui exigent des soins supervisés de jour et de nuit, incluant les soins de santé professionnels et les soins personnels (repas, lessive, ménage).

2.4 LA TÉLÉSANTÉ AU QUÉBEC

Le développement de la télésanté n'est pas nouveau au Québec. En effet, dans les années 1990, on comptait déjà deux services de télépédiatrie, dont un à l'hôpital Sainte-Justine à Montréal et un autre au centre hospitalier de l'Université du Québec (CHUQ). Ce dernier deviendra ensuite le Réseau québécois de télésanté de l'enfant (RQTE) puis, avec l'ajout d'une clientèle adulte, le RQT. À ce jour, il existe plus de 200 stations de télésanté dans 116 sites différents à travers le Québec.

De plus, en 2004, le gouvernement du Québec a créé quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Ces derniers ont le mandat de planifier, de gérer et d'évaluer les activités de télésanté sur leur territoire respectif (annexe 5). Chaque RUIS a développé un plan stratégique et identifié deux projets majeurs de télésanté qui ont ensuite été soumis au MSSS et à ISC à des fins de financement. La plupart de ces projets en sont présentement à la deuxième phase, soit la mise en œuvre. Les projets d'envergure qui risquent d'être les plus utiles et intéressants pour les communautés des PN sont soulignés dans le Tableau 4.

RUIS	Projet de télésanté
Université Laval	Téléconsultation et soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires
	Télépathologie
Université de Sherbrooke	Téléassistance en soins de plaies
	Soutien à la pratique professionnelle en santé : téléconsultation et téléformation
Université de Montréal	Téléformation et soutien clinique multidisciplinaire
	Télésoins à domicile
Université McGill	Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)
	Le CSSS virtuel

TABLEAU 4: PROJETS DE TÉLÉSANTÉ DES RUIS FINANCÉS EN PARTIE PAR INFOROUTE SANTÉ DU CANADA

D'autre part, le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) du MSSS offre un service de visioconférence pour la télésanté, lequel comprend un rehaussement de la capacité de la bande passante pour la majorité des sites et des liens à haut débit pour les grands établissements. Ce réseau permet d'accéder à des services de téléformation sur Internet et par l'entremise d'une passerelle RTSS-RISQ (Réseau d'informations scientifiques du Québec). Pour sa part, le réseau RISQ est un réseau à large bande qui relie les universités québécoises permettant ainsi aux utilisateurs d'accéder à une gamme de services et d'expertises. Il est également la « porte d'entrée » québécoise du réseau pancanadien CA*net. Ainsi, par l'entremise de CA*net, les membres du RISQ sont reliés à tous les grands réseaux d'enseignement et de recherche du monde entier. Enfin, et bien entendu, ils ont accès à l'Internet.¹²

Notons également que le développement du réseau de télésanté RTSS est compatible avec le plan qui se développe de par une collaboration ISC-MSSS. Ce plan comprend l'implantation d'un réseau d'imagerie médicale « PACS », le dossier santé électronique interopérable du Québec (DSÉIQ), les registres usagers et intervenants ainsi que les réseaux de médicaments, de laboratoires et de santé publique.

Malgré le fait que la plupart des communautés des PN du Québec sont équipées de stations de visioconférence, seulement deux communautés ont actuellement un service de télésanté fonctionnel, dont **Manawan** qui vient tout juste de l'acquérir. L'autre projet est localisé à **Winneway**. La télésanté y est utilisée pour l'enseignement à distance et pour certains types de consultations, notamment en télépsychiatrie. Parmi les avantages pour la population algonquine, soulignons une fréquentation moins élevée de l'unité d'urgence de l'hôpital le plus près, une réduction des délais d'attente et des déplacements, une meilleure communication entre les médecins et les infirmières ainsi que la possibilité d'obtenir des soins réguliers pour les personnes âgées.¹³

3 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

3.1 LES ATELIERS

Préparation et présentations

Tous les participants ont préalablement reçu un document d'information générale comprenant une série de questions auxquelles ils étaient invités à répondre (annexe 3). Il s'agissait essentiellement des mêmes questions discutées lors des ateliers. De plus, chacun des ateliers débutaient par de courtes présentations préparées en vue d'ouvrir la voie aux discussions.

Résultats des discussions

Valeurs

Les participants ont jugé que les valeurs suivantes étaient les plus importantes en termes de santé et de bien-être :

- L'accès à des **services spécialisés** de qualité;
- Une **diminution des délais d'attente**;
- La reconnaissance de la télésanté comme étant **un outil parmi d'autres** pour améliorer la santé et atteindre les objectifs des plans de santé des communautés;
- Le respect de **l'autonomie, des spécificités et du potentiel de développement de chacune des communautés**, tout en encourageant la création de **partenariats** entre les différentes communautés;
- La reconnaissance, le respect ainsi que le renforcement de **l'expertise et des compétences du personnel local**;
- L'importance de conscientiser les patients quant à leur **responsabilité à l'égard de leur santé** et de leur bien-être;
- L'importance d'offrir la possibilité aux patients de faire un **choix éclairé** quant au traitement à recevoir et l'importance de respecter ce choix;
- Que la nature hiérarchique de **l'organisation des soins et des services de santé soit adaptée aux besoins** de la population de chaque communauté;
- Conserver ou adopter une **approche holistique** à l'égard de la santé à l'intérieur d'une communauté saine où les personnes vivent en sécurité et s'entraident mutuellement au besoin;
- Le respect de la **spiritualité**, des **valeurs traditionnelles et culturelles** ainsi que du rôle des aînés dans la transmission de ces valeurs;
- Conserver ou atteindre **l'équilibre entre les valeurs traditionnelles et les avancements technologiques**.

Besoins

Les participants ont jugé que les besoins de santé les plus prioritaires étaient les suivants :

- **Améliorer l'accès aux spécialistes en soins de santé** : cliniciens, médecins de famille, médecins spécialistes et ce, particulièrement dans les domaines de la psychiatrie et de la pédiatrie. Il y a présentement une pénurie de médecins et de professionnels de la santé particulièrement des physiothérapeutes, diététistes, spécialistes de la santé mentale, ergothérapeutes, psychologues et infirmières;

- **Réduire les délais d'attente** : envisager la mise en commun des ressources pour partager l'accès aux différents cliniciens qui assurent les soins dans les communautés;
- **Recrutement** : normaliser la formation des nouveaux employés afin de faciliter l'échange de personnel et éviter la compétition entre les communautés au moment du recrutement.
- **Rétention** : Le roulement fréquent de personnel dans les centres de santé et les postes de soins infirmiers est un réel problème;
- **Faciliter l'accès aux services de santé dans les autres provinces** qui sont les plus indiquées en raison de la langue parlée et ce, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Supprimer les frais transfrontaliers supplémentaires et éliminer les restrictions quant au déplacement;
- **Faciliter l'accès électronique aux dossiers des patients**, par exemple pour les résultats de tests en laboratoire et, ainsi, réduire les délais d'attente pour le traitement;
- **Améliorer le financement des déplacements** par la conception d'une formule plus équitable : le financement par habitant ne tient pas compte du fait que les communautés les plus éloignées ont habituellement le plus petit nombre d'habitants.



Utilisations potentielles de la télésanté

Les utilisations potentielles de la télésanté les plus fréquemment mentionnées par les participants sont les suivantes :

- Consultation d'un spécialiste, s'applique particulièrement aux **communautés isolées et semi-isolées**;
- **Mise en commun des ressources** afin de faciliter l'échange de personnel, attirer et garder du personnel plus jeune, offrir des possibilités d'éducation et de formation sur place;
- **Réduction des délais d'attente pour les patients** en ce qui concerne les résultats d'examen et les traitements ainsi que pour **réduire les déplacements**;
- Dans le cadre de la préparation des **plans de mesures d'urgence en cas de pandémie** ainsi que pendant et après un épisode de pandémie afin d'assurer la communication, d'accélérer la diffusion de l'information et de soutenir le personnel du milieu de la santé;
- Accéder à de **l'éducation et à de la formation à distance**;

- **Promouvoir la santé, prévenir les maladies** et effectuer de l'éducation familiale, particulièrement dans le cas des maladies chroniques comme le diabète – envoi d'images des plaies, surveillance de la dialyse, traitement de la rétinopathie et pour les maladies infantiles;
- Avoir accès à un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en cas d'urgence, pour des patients aux prises avec des **maladies chroniques** (p. ex. le diabète);
- Briser l'isolement des communautés et offrir de l'aide dans les moments de crises qui nécessitent l'intervention d'un professionnel en santé mentale (p. ex. la violence familiale et le suicide);
- Supporter les **organismes institutionnels des PN** (centres de traitement, centres d'amitié autochtone, Femmes autochtones du Québec et les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence) dans leurs champs d'activités.

Défis

Les plus grandes difficultés soulevées sont le **manque d'équipement et d'espace** ainsi que le **manque de ressources humaines et matérielles**. On note également l'absence d'ententes de partenariats entre les différents niveaux politiques, le manque de formation sur l'utilisation des technologies de l'information et des communications ainsi qu'un accès limité à du **soutien technique** à l'intérieur même des établissements de santé des communautés. Le roulement fréquent du personnel et la résistance au changement, particulièrement chez les membres du personnel plus âgés, représentent également d'importants défis à surmonter.

De plus, le besoin de trouver et de soutenir des visionnaires (des leaders dans le domaine ayant les capacités nécessaires pour mener à terme un projet de télésanté de la conception à la mise en œuvre) ainsi que la nécessité d'intégrer la télésanté dans la culture organisationnelle sont aussi considérés comme des défis. Il en est de même pour la question de la pérennité et le besoin de promouvoir la télésanté dans les communautés.

D'autre part, les communautés qui n'utilisent pas la télésanté ont invoqué comme principales raisons le manque de connaissance de l'équipement, les **problèmes de connectivité**, le manque d'infrastructure et d'espace physique, de ressources financières, de formation et de soutien technique. Le roulement fréquent de personnel nécessiterait d'offrir régulièrement des formations sur l'utilisation de l'équipement

Pour leur part, ceux qui n'ont jamais utilisé la télésanté entrevoient des difficultés quant à son adoption, ont des inquiétudes par rapport à la déshumanisation des services en raison de l'utilisation de l'équipement et ressentent également le besoin d'éduquer la communauté à ce sujet. Enfin, la promotion de la télésanté devrait être faite afin de rendre son utilisation continue.

VALEURS	BESOINS
▪ Accès à des services de qualité ▪ Réduction des délais d'attente ▪ Amélioration de la santé ▪ Respect de l'autonomie et de la spécificité des communautés ▪ Reconnaissance de l'expertise et des compétences locales ▪ Respect des choix éclairés des patients concernant leur santé ▪ Approche holistique ▪ Respect de la spiritualité, des valeurs traditionnelles et culturelles ainsi que du rôle des aînés ▪ Soutien aux activités qui contribuent à la santé ▪ Équilibre entre les valeurs traditionnelles et les avancements technologiques	▪ Améliorer l'accès aux professionnels de la santé tel que médecins, pharmaciens, diététistes, etc. ▪ Réduire les délais d'attente ▪ Améliorer le recrutement et normaliser la formation du nouveau personnel ▪ Faciliter l'accès aux services transfrontaliers ▪ Faciliter l'accès électronique aux dossiers des patients ▪ Financer les déplacements de façon plus équitable en tenant compte des distances
UTILISATIONS POTENTIELLES	DÉFIS
▪ Plus utile pour les communautés isolées et semi-isolées ▪ Utiliser les ressources conjointement ▪ Faciliter les échanges de personnel ▪ Attirer et garder le personnel ▪ Offrir de l'éducation et de la formation sur place grâce à l'enseignement à distance ▪ Réduire les délais d'attente pour les patients ainsi que les déplacements ▪ Accéder à de l'information pour faire la promotion de la santé, prévenir le diabète, fournir de l'éducation aux familles (particulièrement en ce qui concerne le diabète, le traitement des plaies et la rétinopathie) ▪ Offrir de l'aide en cas de crises sociales et de crises psychosociales	▪ Manque d'équipement, d'espace, de ressources humaines et matérielles ▪ Manque de formation sur l'utilisation des technologies de l'information et des communications ▪ Manque de soutien technique ▪ Résistance au changement ▪ Besoin de trouver et de soutenir des visionnaires locaux ▪ Pérennité ▪ Promotion de la télésanté dans les communautés ▪ Connectivité inadéquate ▪ Fardeau de la formation des nouveaux employés peut augmenter en raison du roulement de personnel

FIGURE 3: RÉSUMÉ DES DISCUSSIONS DES ATELIERS DE CONSULTATION

3.2 LES PROJETS DE TÉLÉSANTÉ DES PN DANS LES AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES

La télésanté est maintenant présente dans un grand nombre de communautés des PN et Inuites du Canada. Fonctionnant grâce à des partenariats et à leur intégration aux réseaux existants, la télésanté est utilisée par les PN pour améliorer les soins à domicile, offrir un accès à de l'information et à de l'enseignement à distance ainsi que pour faciliter l'accès aux services médicaux et de santé qui ne sont pas disponibles dans les collectivités éloignées ou isolées. À ce jour, environ 125 des 600 communautés des PN et Inuites du Canada sont connectées à de tels services grâce à la télésanté. Les principales applications de la télésanté chez les PN sont la prestation de soins aux malades chroniques, les télésoins à domicile ainsi que les téléconsultations dans les domaines de l'ORL et de la santé mentale.¹⁴

KO Telehealth — Ontario

KO Telehealth (KOTH) est un important réseau de télésanté des PN situé dans le nord de l'Ontario. Ce réseau regroupait d'abord 5 communautés alors qu'on en compte aujourd'hui 24 (avec une population moyenne de moins de 700 habitants). KO Telehealth est géré par les PN et est soutenu par NORTHnet (désormais l'Ontario Telehealth Network). En 2005, une moyenne de 128 séances de télésanté avait lieu mensuellement. Parmi ces dernières, quarante-deux pour cent étaient des consultations cliniques et ce, dans huit domaines de spécialité différents. De plus, on estime avoir épargné 4,2 millions de dollars en frais de déplacement par année. KOTH fait partie du réseau KNET de l'Ontario, lequel est lié au CEPN du Québec par une connexion de 100 Mo, offrant ainsi la redondance pour un pont de téléconférence et des services de réseaux. Cette connexion assure la communication entre les PN du Québec et de l'Ontario en plus de fournir la bande passante à 14 sites du réseau régional T1 du CEPN.¹⁵

MB Telehealth — Manitoba

C'est au Manitoba que se trouve la plus grande concentration de PN au Canada. C'est également la province qui dessert le plus de clients membres des PN avec son système de soins de santé. Le réseau MB Telehealth relie 41 sites de télésanté, offrant ainsi un accès amélioré à des soins spécialisés, à de l'éducation et à des fins administratives. L'Assembly of Manitoba Chiefs travaille maintenant avec d'autres communautés membres des PN pour développer de futurs sites de télésanté.¹⁶

Alberta

En Alberta, 31 communautés des PN utilisent la visioconférence à des fins de rencontres administratives, de téléformation et de téléconsultation. Grâce à un modèle de cogestion entre Santé Canada et la province, la coordination est assurée par le personnel de la DSPNI. Les fournisseurs de services de téléformation et de téléconsultation sont les régies régionales de la santé (9). Le personnel à l'emploi des services de santé dans les communautés des PN peut accéder aux sessions de formation et aux présentations de cas (« grand rounds ») selon un calendrier d'événements affiché sur l'Internet (www.onehealth.ca/videoc). ISC supporte présentement les coûts de la planification, de la gestion du changement et de l'expansion clinique du réseau. Il est prévu que l'ensemble des 44 communautés seront branchées sous peu et pourront accéder au réseau « Supernet » de l'Alberta – un réseau IP de très grande capacité qui relie les institutions, les communautés et les points de service partout dans la province. In Alberta, 31 FN communities use videoconferencing for administrative, tele-training and tele-consultation meetings¹⁷.

Colombie Britannique

En Colombie Britannique, une entente tripartite entre les PN, la province et le gouvernement fédéral concernant les plans de santé, incluant également la télésanté, a été signée. Un projet financé par ISC permet de développer une structure de gouvernance permettant l'intégration du réseau de télésanté. La téléformation et les applications administratives sont les seuls services de télésanté en fonction présentement. Toutefois, quelques projets pilotes sont à l'essai, dont, entre autres, un service mobile de rétinopathie. La question de la rémunération et des droits de pratique des médecins constitue cependant un frein au développement de la télésanté à des fins cliniques. En effet, ceux-ci doivent se limiter à fournir des services à l'intérieur des frontières des régies régionales.

3.3 REVUE DE LA LITTÉRATURE SÉLECTIONNÉE

La documentation concernant la télésanté se retrouve principalement dans des rapports d'évaluation. Par exemple, le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé de Santé Canada (PPICS) a produit des rapports d'évaluation pour une trentaine de projets à travers le pays dont 19 étaient des projets de mise en place ou d'expansion de la télésanté. Plusieurs de ces projets avaient pour objectif de répondre aux besoins des PN.¹⁸

D'autre part, les défis organisationnels, financiers et technologiques associés à la mise en œuvre de la télésanté ont été mentionnés à maintes reprises dans la documentation. Les expériences passées laissent croire que les obstacles sont de taille pour les Autochtones¹⁹. Le fardeau que représentent les maladies, l'emplacement éloigné des communautés (exigeant que les personnes voyagent de grandes distances pour obtenir des soins), les exigences particulières en matière de connectivité, les problèmes de roulement de personnel et le fait de devoir travailler avec deux niveaux de gouvernement pour obtenir les services de soins de santé nécessaires sont des éléments qui ont contribué à freiner la mise en œuvre de la télésanté chez les PN. Récemment, l'apparition d'un certain nombre de facteurs laisse entrevoir la possibilité de changer la situation et d'encourager l'autonomisation.

- Même s'il est trop tôt pour voir des exemples de pérennité et de changements à long terme dus à des investissements en télésanté, la stratégie d'investissement d'ISC est d'encourager la création de partenariats entre les différents intervenants clés, ce qui constitue un critère de viabilité pour la télésanté.
- Le processus structuré d'ISC offre une démarche graduelle vers l'investissement et exige que les communautés qui adoptent la télésanté contrôlent la gestion des questions de pérennité, d'autonomisation, de partenariats et de ressources, imposant ainsi l'intégration de ces éléments dans tous les projets de télésanté.
- Le renforcement des capacités et le perfectionnement professionnel sont devenus la norme dans les réseaux de télésanté. Ces pratiques permettent l'enseignement à distance et sont susceptibles de contribuer à la rétention du personnel.
- L'Unité des solutions e-santé de la DSPNI a développé des outils et des stratégies pour aider et guider les PN qui adopteront des solutions e-santé.
- Les premières expériences de télésanté des PN ont fourni des leçons, des modèles de travail, des expériences et des ressources à partager. Ainsi, dans la majorité des cas, l'adoption de la télésanté passe par 2 étapes. À chacune de celles-ci sont associés des modèles et des structures de gouvernance adaptés au niveau de développement. Habituellement, dans une première phase, les PN se familiarisent avec les technologies de la visioconférence et l'utilisent à des fins éducatives et administratives. Pendant cette phase, les PN peuvent également amorcer des projets pilotes de nature clinique.

En deuxième phase, les PN procèdent à l'adoption de projets de nature clinique, incluant la téléconsultation. Cette phase, plus complexe que la première, nécessite une coordination et un soutien technique locaux, le développement de protocoles cliniques négociés avec les fournisseurs de services, des technologies et des périphériques ayant la capacité de répondre aux exigences médicales en termes d'interopérabilité et finalement, une bande passante suffisante pour subvenir aux besoins actuels et futurs. Il faut également prévoir des moyens sécuritaires, performants

et informatisés pour réserver le système de télésanté et les locaux, établir des calendriers de rendez-vous, transférer les dossiers patients électroniques ainsi que capter et sauvegarder les rapports de la rencontre ou de la téléconsultation¹.

4 FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS ET MENACES

Plusieurs besoins de santé présents chez les membres des PN pourraient être comblés grâce à la télésanté. L'analyse interne et externe de l'environnement fait état des forces et des faiblesses ainsi que leurs effets potentiels sur le développement de la télésanté.

4.1 RESSOURCES HUMAINES – FORCES ET FAIBLESSES

Forces

Les communautés des Premières Nations du Québec sont dotées de personnel de la santé compétent et qualifié. Deux communautés ont déjà adopté la télésanté (Manawan et Winneway) et leurs expériences pourraient s'avérer utiles aux autres communautés pendant les processus de planification et d'implantation de la télésanté.

De plus, les communautés peuvent compter sur le soutien technique du CEPN et sur l'appui de l'Unité des solutions e-santé de la DSPNI. Le CEPN offre également de la formation sur les technologies de l'information et des communications. Aussi, sous la recommandation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Université McGill travaille à la conception d'un programme de cours, lequel sera axé sur les besoins des infirmier(ère)s dans les communautés éloignées et dans le nord du Québec. On planifie une série de cours dans les deux langues officielles avec un module optionnel lié à la télésanté. Un tel cours pourra éventuellement être adapté au contexte des PN.

D'autre part, un récent sondage informel a été effectué auprès des infirmiers et des infirmières travaillant dans les communautés des Premières Nations. Celui-ci portait sur l'utilisation de la visioconférence dans les communautés des PN et, malgré le fait que la plupart d'entre eux ne l'avaient jamais utilisée, tous les répondants ont indiqué qu'ils étaient prêts à en faire l'essai. Les raisons invoquées pour la non-utilisation sont notamment le manque de connectivité, de formation et de temps pour apprendre à s'en servir.

Faiblesses

La principale faiblesse est le roulement fréquent de personnel et l'incapacité actuelle des communautés à partager les expertises. Les communautés pourraient toutefois partager les ressources avec d'autres communautés si elles étaient organisées pour le faire. Aussi, les petites communautés n'ont généralement pas d'accès direct à du soutien technique sur place, ce qui constitue une condition nécessaire à l'implantation de la télésanté.

De plus, le processus d'adoption de la télésanté requiert des visionnaires formés pour la gestion de projets et prêts à se faire défenseurs de la cause. Actuellement, on retrouve peu de leaders dans le domaine au sein des communautés

¹ Une solution électronique clé en mains qui facilite la mise en place de ces multiples fonctions essentielles à la bonne gestion d'un service de télésanté a été co-développée par la compagnie Medical Computing Group Inc et évaluée par le RUIS McGill.

des PN. Les personnes montrant le plus d'intérêt envers la télésanté semblent déjà être totalement occupées par leur emploi actuel.

4.2 TECHNOLOGIE – FORCES ET FAIBLESSES

Forces

En 2006, selon une consultation menée par la CSSSPNQL, en collaboration avec la DSPNI, plus de 92 % des communautés étaient équipées d'ordinateurs et de stations de visioconférence et l'accès à de l'équipement informatique n'était pas considéré comme problématique dans les établissements de santé. Plus de 97 % du personnel employé dans les établissements de la santé des 24 communautés consultées ont indiqué qu'ils pouvaient se servir d'ordinateurs, mais certains d'entre eux affirmaient en avoir une connaissance limitée²⁰. Une mise à jour du matériel informatique est également effectuée par Santé Canada. Celle-ci vise le remplacement des ordinateurs qui ont été fournis précédemment par Santé Canada. Cette mise à jour s'effectue dans tous les établissements de santé financés par Santé Canada. De plus, une connexion à large bande (fibre optique) est disponible dans 9 communautés des PN tandis que la majorité des autres ont une connexion T1 (annexe 8).

Le CEPN, quant à lui, opère un réseau éducatif qui permet de connecter plus de 90 % de ses communautés membres, lesquelles sont au nombre de 22 et ce, grâce à un réseau à bande passante variable. Ce réseau a été mis en place dans le cadre du programme « Rescol » et il permet d'offrir la visioconférence et un accès Internet aux écoles des communautés des PN. Le CEPN gère également un pont de téléconférence capable de desservir l'ensemble des communautés des PN, dont 16 sites simultanément en présence continue ou 38 sites simultanément en commutation vidéo. Ce réseau permet aux communautés d'organiser des réunions vidéo et d'avoir accès à des cours à distance. Les communications du réseau peuvent également être encodées à des fins de protection des renseignements. Le CEPN offre des services de réseau à un prix beaucoup moins élevé que ce qu'une communauté individuelle paierait si elle s'inscrivait auprès d'une entreprise de télécommunications (Bell, Telebec et Telus).

De plus, le CEPN partage une connexion de 100 Mo avec le réseau KNET en Ontario. KNET utilise des installations de télécommunications situées à Toronto pour l'accès à des services de fibre optique et pour faciliter la création de passerelles vers d'autres réseaux. Cette connexion offre une solution à sécurité intégrée (redondance) pour les services de pont de téléconférence, une capacité accrue pour répondre aux besoins du CEPN et de KNET, une bande passante Internet pour le réseau régional T1 du CEPN (14 sites), en plus de faciliter les communications entre les PN du Québec et de l'Ontario.

Faiblesses

À l'exception de Manawan et de l'hôpital Kateri situé à Kahnawake, aucune communauté n'est actuellement connectée au RTSS. Sans cette connexion, l'intégration complète des sites de télésanté des PN au réseau de télésanté existant du MSSS est impossible.

Au Québec, les dossiers des patients ne sont pas encore disponibles par voie électronique et sont actuellement transférés manuellement pour les séances de télésanté. Si les communautés des PN utilisent la visioconférence pour la télésanté sans profiter des avantages liés aux transferts électroniques des dossiers des patients, elles demeureront au niveau de la première génération des services de télésanté.

À l'heure actuelle, toutes les communications initiées par le CEPN le sont à partir d'une connexion de 384 kbps. Ailleurs au Canada, cette bande passante est le plus souvent utilisée au début du développement de la télésanté, pour

la téléformation, les applications administratives et même, dans certains cas, pour des téléconsultations. Cependant, cette largeur de bande serait insuffisante pour permettre l'utilisation de certaines applications cliniques en télésanté ainsi que pour permettre une participation interactive à des sessions de téléformation impliquant un grand nombre de sites. Selon les dirigeants du CEPN, l'extension du réseau de fibre optique serait la solution à privilégier et la plus bénéfique à long terme. D'ailleurs, le CEPN travaille présentement au développement d'un projet qui permettrait aux communautés intéressées d'obtenir un réseau local de fibre optique.

En 2006, le rapport de la consultation sur les besoins communautaires en santé électronique, réalisée par la CSSSPNQL en collaboration avec la DSPNI, démontrait que près de la moitié des administrateurs estimait que la connexion Internet de leur établissement était moyenne et presque 20 % la jugeait mauvaise.²¹

4.3 PARTENARIATS – FORCES ET FAIBLESSES

Forces

Plusieurs partenariats sont nécessaires à la mise en place de solutions e-santé. Les PN du Québec peuvent cependant d'or et déjà compter sur plusieurs d'entre eux :

- **Intégration** : les projets de télésanté d'envergure mis en place par les RUIS facilitent l'accès à une expertise médicale au niveau tertiaire et ce, pour une vaste gamme de spécialités. Ces projets facilitent également l'accès à des programmes de formation continue, lesquels sont essentiels pour le personnel de santé habitant dans les communautés éloignées des PN.
- **Le réseau**, composé de 18 agences du MSSS, recevra d'abord les propositions de projets de télésanté et sera en mesure de guider les demandeurs vers les fournisseurs les plus aptes à répondre aux besoins identifiés (Voir figure 4). Dans le cas où plusieurs agences seraient impliquées dans un projet de télésanté, il est recommandé de communiquer avec les responsables de la télésanté au MSSS.²²
- **Une collaboration et un partage des ressources** sont déjà établis grâce à un partenariat entre la CSSSPNQL et le CEPN. Ce dernier a fait ses preuves dans les domaines de la mise en œuvre et de la gestion des technologies des communications. Le CEPN est également en mesure d'offrir un lien direct avec les communautés des PN de l'extérieur du Québec qui ont adopté la télésanté avec succès. Ainsi, le CEPN possède une connexion directe de 100 Mo avec KNET en Ontario. La configuration et la structure organisationnelle utilisées pour mettre en place la télésanté dans ce réseau pourraient servir de modèle pour le développement du réseau de télésanté des PN du Québec.
- **Santé Canada** fournit de l'encadrement et de l'expertise par l'entremise de l'Unité des solutions e santé. Le matériel informatique et les logiciels sont également mis à jour.
- **Le Réseau québécois de télésanté (RQT)**, un groupe d'intérêt informel composé de chercheurs et de praticiens, constitue un forum d'échange d'informations et d'idées.

Faiblesses

À ce jour, il n'existe aucun cadre légal liant les partenariats énumérés ci-dessus aux communautés des PN. La CSSSPNQL supporte les communautés de neuf nations différentes, allant de grands centres urbains à de très petites communautés isolées. Présentement, chaque communauté fonctionne de manière autonome et n'est pas organisée de façon à pouvoir partager les ressources.

4.4 CULTURE ORGANISATIONNELLE ET GOUVERNANCE – FORCES ET FAIBLESSES

Forces

La CSSSPNQL fait preuve d'un certain leadership dans le développement de la télésanté chez les PN. En effet, elle a organisé, en collaboration avec la DSPNI, le Forum régional sur la télésanté de 2005. De plus, elle coordonne le processus de planification et de consultation en matière de e-santé. Elle occupe donc déjà un rôle de leader dans la consultation, la sensibilisation et la coordination des divers intérêts, tout en s'assurant de respecter les besoins des communautés des PN du Québec. De plus, sa mission concorde bien avec le potentiel qu'offre la télésanté pour résoudre plusieurs problèmes d'accès à la formation et aux services de santé pour les PN.

Actuellement, les communautés des PN du Québec possèdent 41 établissements de soins de santé (voir tableau 3). À l'exception de deux communautés, les communautés des PN du Québec ont toutes été transférées sous la gestion des conseils de bande. Ceci leur permet donc d'assumer une certaine autonomie quant à la planification, la gestion des budgets et l'organisation des services à l'intérieur de leurs territoires.

D'autre part, il est entendu que les services de télésanté des PN s'articuleront autour des modèles de prestation de soins de santé au Québec. Dans chacune des régions, les centres de services de santé et de services sociaux provinciaux (CSSS) se doivent d'offrir tous les services dont la population a besoin, incluant ceux qu'ils ne peuvent fournir par eux-mêmes. Par conséquent, la télésanté est considérée comme un outil qui faciliterait l'accès à ces services tout en respectant les corridors de services et avec l'obligation de conclure des ententes entre les établissements qui offrent des services de télésanté et ceux qui en ont besoin (Figure 4).

De plus, l'arrivée de la loi 83 modifie la loi portant sur les services sociaux et les services de santé. Effectivement, elle modernise les pratiques associées à la télésanté, énonçant clairement les responsabilités de chaque établissement quant aux dossiers des patients. La loi stipule donc que toute démarche médicale (p. ex. la téléconsultation) se déroule à l'endroit où se trouve le praticien, évitant ainsi la nécessité d'obtenir plusieurs licences ou droits de pratique comme c'est le cas lorsque le processus est reconnu se dérouler à l'endroit où se trouve le patient.

Faiblesses

Actuellement, en raison de sa structure juridique, ISC n'accepte pas de conclure des ententes contractuelles directement avec la CSSSPNQL.

De plus, le poste de coordonnateur e-santé est à confirmer comme poste permanent, avec des fonctions et des responsabilités qui correspondent à l'initiation, la mise en place, la coordination et la gestion d'un programme de télésanté ayant le potentiel d'impliquer toutes les communautés des PN.

À l'intérieur des communautés des Premières Nations, les soins de santé dépendent de plusieurs niveaux de gouvernement. En effet, les communautés se trouvent sur des terres fédérales, mais obtiennent une partie de leurs services de santé dans la province de Québec et dans d'autres provinces comme c'est le cas pour les communautés limitrophes à l'Ontario et au Nouveau-Brunswick. Lors de la mise en œuvre de la télésanté, il faudra donc déterminer quel cadre légal s'appliquera en ce qui a trait au consentement, aux dispositions législatives en matière de vie privée, aux droits d'exercice, etc.

Aussi, pour amorcer un projet de télésanté, il est nécessaire de consulter plusieurs types d'organismes dont les agences, les institutions et fournisseurs de services, les RUIS et le MSSS. Tous ont un rôle à jouer quant au processus de prise de décision concernant la mise en œuvre de la télésanté, ce qui peut freiner le développement étant donné les multiples niveaux décisionnels à consulter.

5 POSSIBILITÉS ET MENACES

L'analyse de l'environnement externe montre les possibilités ainsi que les menaces qui influencent le développement potentiel de la télésanté.

5.1 POSSIBILITÉS

Intégration aux réseaux et aux activités de télésanté existants au Québec : Grâce à un co-financement d'ISC, il a été possible de mettre en œuvre de grands projets de télésanté, dont **trois grands réseaux virtuels multidisciplinaires** : téléconsultation et soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires (RUIS Université Laval), téléformation et soutien clinique multidisciplinaire (RUIS Université de Montréal) et le CSSS virtuel (RUIS Université McGill). Ces trois réseaux virtuels multidisciplinaires fourniront des services de télésanté dans différents domaines de spécialisation aux institutions et aux communautés se trouvant sur leur territoire respectif et ce, d'après des d'ententes négociées avec les agences respectives. Dépendamment de leur emplacement et des besoins, les projets des PN pourraient être « portés » par ces initiatives majeures. La CSSSPNQL pourra établir des partenariats privilégiés avec les organisations impliquées dans les projets de télésanté – agences, institutions, RUIS et MSSS pour obtenir les services de télésanté dont les PN ont besoin par le biais d'ententes. Cependant, cette démarche ne devrait pas empêcher la CSSSPNQL de présenter les propositions à la table inter-RUIS, leur permettant ainsi de faire des choix éclairés concernant les fournisseurs de services ayant la capacité de répondre à leurs besoins. Dans l'éventualité où les projets de télésanté impliqueraient plusieurs agences et RUIS, les projets seraient présentés aux responsables de la télésanté au MSSS.

Apprendre des autres : Comme les PN du Québec adoptent la télésanté plus tard que d'autres provinces et territoires du Canada, elles pourraient bénéficier de l'expérience des autres réseaux. Elles pourraient aussi être en mesure de passer par-dessus les anciennes générations de télésanté et adopter directement les plus récentes utilisations, lesquelles comprennent l'accès aux dossiers électroniques. Les communautés pourraient également bénéficier des initiatives de télésanté déjà en cours.

Politique : Les réseaux de télésanté ont aidé les communautés des PN à accroître leur autonomie et à se développer par l'utilisation de la technologie pour parvenir à un consensus. De plus, l'utilisation des technologies a facilité l'organisation de réunions et évité des déplacements.

Familles : La télésanté peut servir d'outil pour « télévisiter » des membres de la famille hospitalisés à l'extérieur de leur communauté.

Échanges avec d'autres réseaux de télésanté au Canada : Les communautés des PN du Québec n'ont pas à réinventer la roue. En utilisant les technologies e-santé, elles peuvent échanger de l'information et de l'expertise sans avoir à se déplacer et sans avoir à développer un nouveau cadre de pratiques.

Partage des ressources : Parmi les communautés des PN, il existe un besoin pour l'accès à des diététistes, des pharmaciens, des travailleurs en santé mentale et des physiothérapeutes. Par contre, certaines communautés ne peuvent employer de telles ressources spécialisées à temps plein. La télésanté permettra donc de faciliter l'accès à ces ressources rares sans que celles-ci aient constamment à se déplacer.

Emploi : L'acquisition permanente de nouvelles technologies peut attirer de jeunes personnes qualifiées, incluant des professionnels de la santé. L'utilisation de la technologie peut mener à l'émergence d'une nouvelle catégorie de

travailleurs et fournir des modèles auxquels les jeunes pourront s'identifier. De plus, elle peut agir en tant que mesure incitative pour encourager les jeunes à demeurer dans les communautés et obtenir des emplois bien rémunérés.²³

Financement : La télésanté est un des neuf programmes d'investissement stratégique d'ISC et un financement provisoire a été alloué dans l'enveloppe des programmes de télésanté destinés aux PN. D'autre part, Santé Canada investira quelques 6M \$ en 2007-2008 dans son programme de cybersanté à travers le Canada. Un plan opérationnel devra être rédigé, lequel sera utilisé pour présenter une demande de co-financement aux trois partenaires financiers: ISC, le MSSS et Santé Canada.

5.2 MENACES

Le programme de financement stratégique d'ISC tire à sa fin. Des pressions sont donc exercées sur les communautés afin qu'elles présentent leurs projets avant la date d'échéance prévue en 2008 et avant l'épuisement des fonds disponibles.

La pérennité des projets dépend grandement de l'accès à des nouveaux financements ainsi que de l'optimisation de certains fonds existants. Soulignons qu'en Ontario, une entente a été conclue afin que les fonds économisés en frais de déplacements, grâce à l'utilisation de la télésanté, puissent être réinvestis dans le développement de celle-ci.

D'autre part, les grands projets de télésanté du Québec sont déjà entamés et il pourrait être difficile d'insérer les initiatives des PN dans leurs plans et leurs projets déjà établis.

Il y a plusieurs étapes à franchir avant qu'un projet de télésanté puisse être amorcé, y compris une évaluation des besoins, une recherche de sources de financement et le consentement des agences locales. Ces étapes peuvent représenter des obstacles au développement du projet. (Figure 4)

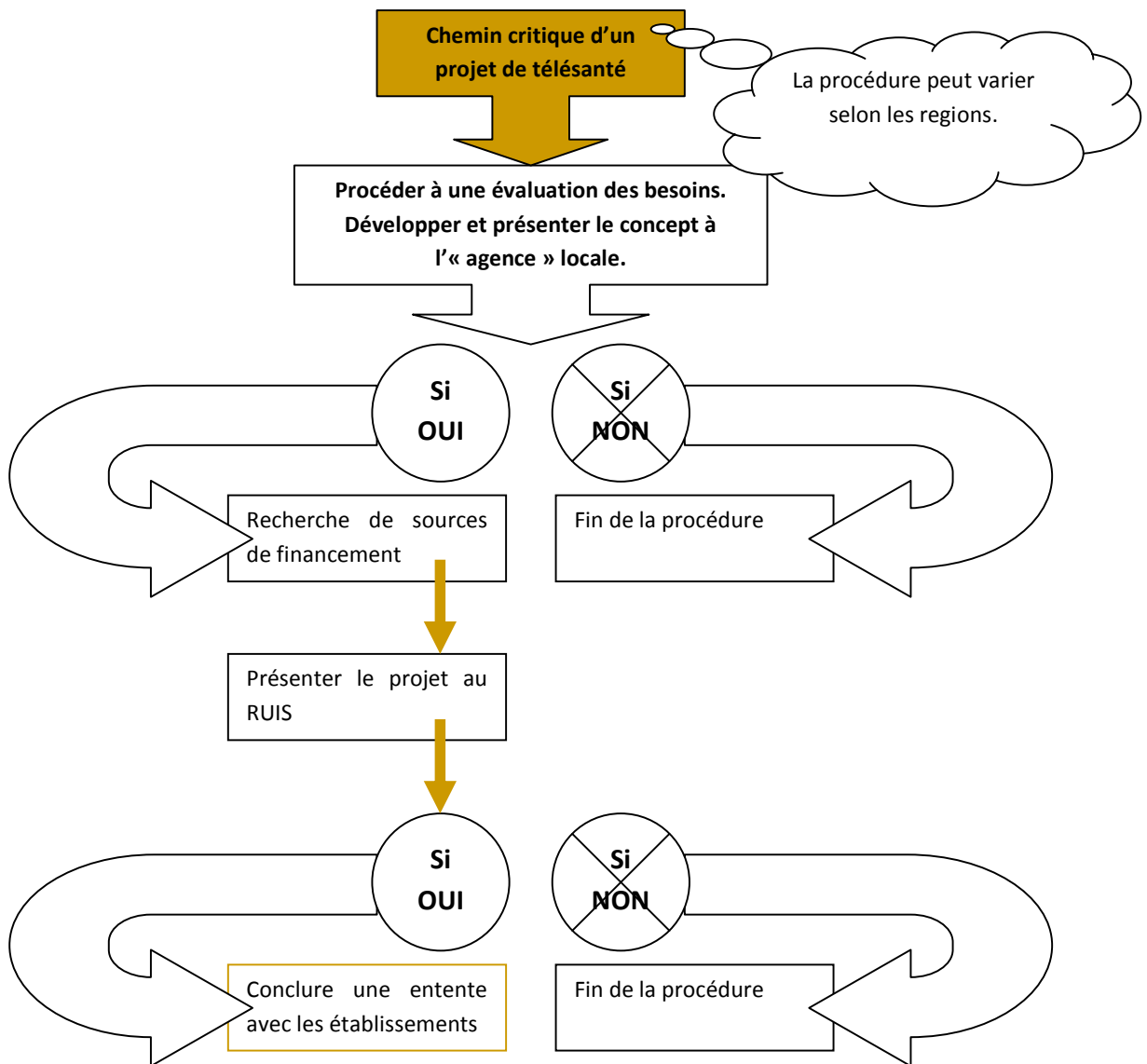


FIGURE 4: PROCÉDURE À SUIVRE POUR LE DÉPÔT D'UN PROJET DE TÉLÉSANTÉ

5.3 RÉSUMÉ DES FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS ET MENACES (FFPM)

INTERNE	
FORCES	FAIBLESSES
▪ Personnel de santé compétent et qualifié sur place ▪ Accès à de la formation et du soutien technique ▪ Modernisation des ordinateurs et des stations de visioconférence, connectivité à large bande sur T1 et accès Internet dans plus de 90 % des communautés ▪ Existence d'un partenariat entre la CSSSPNQL et le CEPN ▪ Pont de télécommunications et prix de groupe pour services de télécommunications ▪ Possibilité d'intégration aux projets de télésanté actuels ▪ Lien à large bande direct avec KNET par l'entremise du CEPN ▪ Leadership et coordination de la CSSSPNQL ▪ Modèles de télésanté et de corridors de services déjà établis	▪ Roulement de personnel fréquent et faible rétention du personnel ▪ Aucun antécédent de partage des ressources entre les communautés ▪ Besoin de coordination et soutien technique au niveau local ▪ Peu de visionnaires locaux dans le domaine ▪ Pas d'accès au RTSS, excepté pour deux communautés ▪ Dossiers des patients non accessibles électroniquement ▪ Communautés dépendantes de plusieurs niveaux de gouvernement pour les services de soins ▪ Salaire des médecins pour la télésanté toujours en négociation ▪ Projets de télésanté déjà entamés, ils pourraient ne pas être adaptables de façon à y ajouter les sites des PN
EXTERNE	
POSSIBILITÉS	MENACES
▪ Possibilité de suivre l'exemple des réseaux de télésanté des autres PN du Canada ▪ Intégration avec réseaux de télésanté existants ▪ Adopter la télésanté plus tard que les autres peut permettre de sauter directement aux générations plus récentes ▪ Potentiel d'attirer et de garder du personnel technique et médical plus jeune et qualifié	▪ Accès limité au financement pour la télésanté ▪ Plusieurs niveaux décisionnels à franchir pour l'approbation d'un projet de télésanté ▪ Viabilité dépend en partie de la réutilisation des fonds épargnés grâce aux déplacements évités — incertitude par rapport à cette possibilité

FIGURE 5: RÉSUMÉ DES FORCES, DES FAIBLESSES, DES POSSIBILITÉS ET DES MENACES

6 LA VISION

À la lumière des résultats de l'analyse de l'environnement, une vision de la télésanté s'est dessinée pour les PN du Québec et elle sert de point de départ pour le développement des orientations stratégiques proposées.

La vision des membres des communautés des Premières Nations du Québec est de créer, d'exploiter et de gérer un réseau virtuel et viable, lequel sera coordonné par la CSSSPNQL en partenariat avec le CEPN et d'autres partenaires privilégiés. Le réseau des communautés des PN doit être équitable, permettant ainsi la participation de toutes les communautés des Premières Nations du Québec. Celui-ci se greffera aux réseaux de télésanté québécois actuels afin de faciliter les échanges, le recrutement et la formation du personnel de la santé en plus d'offrir un accès à de l'information sur la santé et d'améliorer l'accès aux soins de santé pour toutes les communautés qui participeront au programme de télésanté.

Les besoins en soins de santé des communautés des PN sont nombreux. Le mandat principal de la CSSSPNQL sera d'aider, au besoin, les communautés à préparer des propositions de projets et de présenter les demandes aux partenaires impliqués : ISC, Santé Canada, MSSS, agences locales et autres.

Dans un premier temps, comme les communautés ne sont pas encore connectées au réseau de santé du Québec, le RTSS, les programmes d'éducation et de formation en matière de santé seront distribués dans les communautés en utilisant le réseau éducatif du CEPN. Dans un deuxième temps, les connexions RTSS rendront possible diverses applications cliniques comme des téléconsultations dans les domaines des maladies chroniques et de la santé mentale. Le schéma ci-dessous (Figure 6) démontre comment l'adoption de la télésanté peut se réaliser en deux phases, en utilisant d'abord le réseau du CEPN et, ensuite, en utilisant le réseau RTSS lors de la 2e phase.

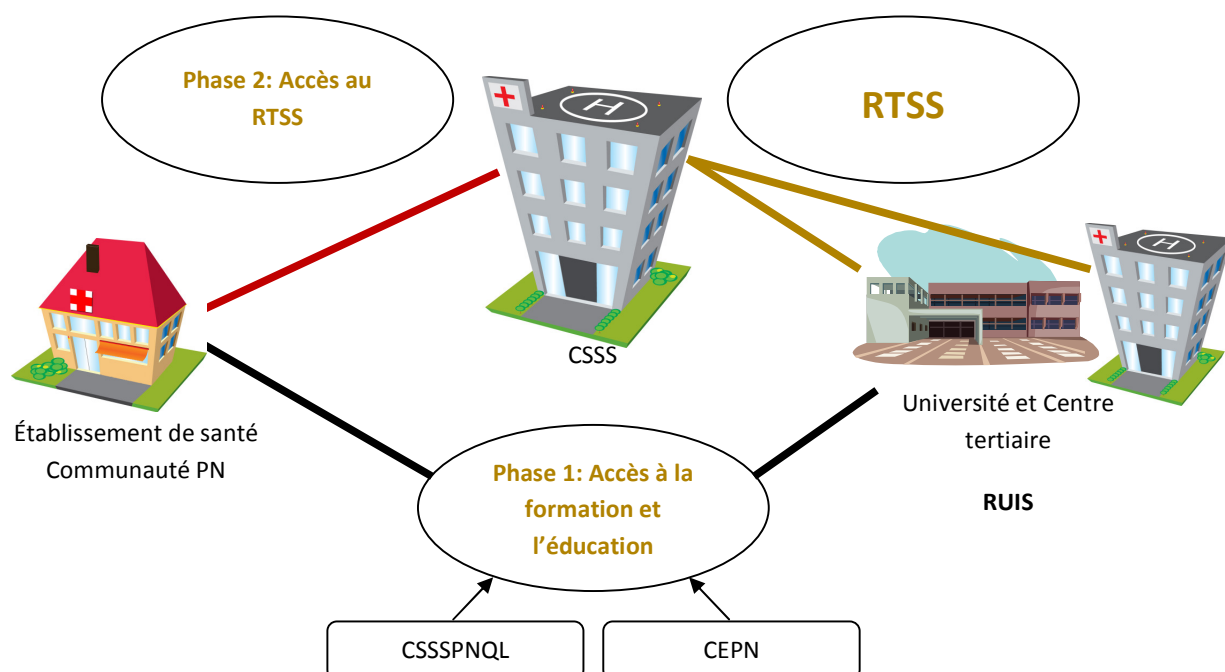


FIGURE 6: PHASES 1 ET 2 DU DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

7 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Quatre orientations stratégiques sont proposées. La première orientation stratégique est axée sur l'accès à des possibilités de formation en santé. Cette première orientation sera rendue possible par l'utilisation du réseau existant du CEPN ainsi qu'en modernisant les connexions des établissements de santé.

Les trois autres orientations stratégiques sont de nature clinique. Il est suggéré que leur mise en œuvre se fasse par le biais de projets pilotes dans un nombre limité de communautés participantes. Une fois l'évaluation réalisée, ces projets se poursuivront grâce à la mise en place d'un plan de viabilité. À ce moment, d'autres communautés intéressées pourraient alors prendre part à ces activités.

7.1 FORMATION CONTINUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Fournir l'accès à des possibilités de formation dans le domaine de la santé pour le personnel dans les communautés des PN, en plus de mettre en commun les ressources de formation pour le nouveau personnel.

Cette orientation stratégique s'adresse à l'ensemble des communautés. Il est cependant prévu qu'environ 20 communautés pourraient y participer régulièrement. Par contre, soulignons que, étant donné les spécificités linguistiques des PN du Québec, les formations devront être disponibles dans les deux langues officielles. En ce qui a trait à l'accès au RTSS, celui-ci ne sera pas nécessaire, excepté pour les sessions de formation provenant des établissements de soins de santé du réseau québécois.

Analyse raisonnée :

Au Canada, chaque réseau de télésanté offre un service d'enseignement à distance. Un sondage canadien mené auprès d'infirmier(ère)s travaillant dans des communautés isolées des PN recommande d'ailleurs l'utilisation de la visioconférence afin d'interagir avec d'autres professionnels de la santé²⁴. Le rapport Romanow cite la valeur immense de la télé éducation et de la formation continue au moyen des technologies de l'information et des communications en ce qui a trait à l'entretien des compétences et à la réduction de l'isolement professionnel chez les praticiens en milieu rural. L'accès à ces technologies et leur utilisation pour offrir de la formation professionnelle continue sont des composantes essentielles de toute stratégie efficace visant à attirer et à garder davantage de fournisseurs de soins en milieu rural. Plusieurs possibilités de formation sont d'ailleurs offertes par les RUIS. En effet, des sessions de formation et de démonstration provenant de différents endroits sont diffusées par vidéo et sur le Web quotidiennement et ce, dans les deux langues officielles. Aussi, les infirmier(ère)s en milieu communautaire doivent posséder des habiletés et des connaissances particulières; l'OIIQ en compte d'ailleurs 29. Ceux-ci pourraient donc participer à des cours d'orientation et de mise à jour de leurs connaissances par l'entremise de la télésanté.

Objectifs:

- Améliorer la qualité des soins en offrant au personnel des possibilités de formation à jour en temps opportun.
- Offrir aux infirmier(ère)s déjà employé(ée)s dans un établissement de santé communautaire la possibilité d'actualiser et d'accroître leurs habiletés ainsi que leurs connaissances.
- Initier le nouveau personnel infirmier afin qu'il possède la formation nécessaire pour travailler dans un milieu communautaire éloigné ou isolé.
- Offrir au personnel une expérience pratique dans l'utilisation de la technologie de télésanté.
- Réduire les frais de déplacement

Avantages:

- Le personnel actuel acquiert les connaissances nécessaires pour offrir des soins de la meilleure qualité possible et ce, sans devoir se déplacer.
- Favorise la rétention des professionnels en santé.
- Brise l'isolement du personnel qui travaille dans les communautés isolées.
- Permet aux infirmier(ère)s de renouveler leurs habiletés et leurs connaissances, et d'être à jour dans la pratique actuelle des soins infirmiers et ce, sans devoir se déplacer.
- Offre un moyen pour les communautés de recruter des infirmier(ère)s qui ont déjà la formation nécessaire pour travailler dans les communautés isolées.

7.2 PRÉVENIR, RÉDUIRE ET GÉRER LE DIABÈTE

- Réduire la prévalence du diabète et gérer plus efficacement les complications des maladies chroniques dans les communautés des PN du Québec.
- Placer les PN du Québec en position de chef de file national dans le domaine des soins du diabète à distance; soit au niveau de la prévention, du dépistage et des télésoins.

Il est prévu que cette orientation stratégique soit réalisée au moyen de projets pilotes auxquels participera un minimum de 5 communautés. Chacune d'elle mettra en évidence un aspect du télé-diabète, soit la téléprévention, la télésurveillance, la téléconsultation ou les télésoins. Notons que certains aspects du télé-diabète nécessiteront la mise en place de projets de télésoins à domicile et permettront ainsi de développer une expertise dans ce champ d'activité. Ces mesures pourraient être intégrées aux activités de télésanté existantes des RUIS, mais notons que certaines d'entre elles nécessiteront un accès au RTSS.

Analyse raisonnée :

Ce projet vise l'ensemble des soins liés au diabète, soit la prévention, le dépistage et le traitement. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002, chez les Premières Nations du Québec, au moins 14,5 % de la population adulte est atteinte de diabète²⁵. Dans une vaste étude menée par l'Association canadienne du diabète, des personnes susceptibles de développer le diabète ont réussi à diminuer les risques de 58 % en faisant de l'exercice de façon modérée pendant 30 minutes par jour et en perdant 5 à 7 % de leur masse corporelle²⁶. La communauté de Kahnawake a d'ailleurs participé à un tel programme. Un des objectifs principal du traitement du diabète est d'éviter les complications graves et chroniques. Les principales complications liées au diabète sont : les microangiopathies, incluant la rétinopathie et la néphropathie, les macroangiopathies, incluant la cardiopathie ischémique, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies vasculaires périphériques, la neuropathie et les problèmes aux pieds pouvant mener à l'amputation. Un diagnostic précoce ainsi qu'un contrôle strict de la glycémie et de la pression artérielle peuvent prévenir ou retarder ces complications²⁷. La télésanté peut être utile pour la prévention au moyen de la télééducation, le dépistage à distance (p. ex. la télé-rétinopathie), la téléconsultation (pour prévenir les complications), la télésurveillance (communication de renseignements comme le taux de sucre et les signes vitaux), les télésoins à domicile et la télé-réhabilitation. La connexion au RTSS ne sera peut-être pas nécessaire pour les aspects de ce projet qui portent sur l'éducation des patients et la surveillance des soins de santé.

Objectifs:

- Diffuser de l'information sur la prévention du diabète et faire connaître des histoires à succès²⁸.
- Mettre en œuvre un programme de dépistage, incluant le dépistage de la rétinopathie à distance, en vue de prévenir les complications.
- Utiliser la télésurveillance et les télésoins à domicile pour permettre aux diabétiques de demeurer dans leur communauté malgré leur besoin de traitements comme la dialyse.
- Utiliser la télésurveillance à domicile pour surveiller la glycémie et les signes vitaux.
- Participer à un programme de télé-réhabilitation afin que les patients puissent obtenir des traitements dans leur propre communauté.

Avantages:

- Plus grande diffusion des stratégies gagnantes concernant le dépistage et la prévention.
- Amélioration de la surveillance régulière des patients à partir de leur domicile en utilisant de simples appareils de télésurveillance. Cela pourrait permettre de réduire la charge de travail des travailleurs de la santé.
- Acquisition de connaissances et développement des capacités pour le personnel infirmier en matière de télésoins à domicile.
- Les patients qui ont des complications obtiendront des soins de meilleure qualité sans devoir voyager, notamment en télé-dialyse et en télé-réhabilitation.
- Diminution des déplacements.
- Relier le continuum prévention-dépistage-traitement en utilisant la télésanté placera les PN du Québec et leur plan en position de tête dans le domaine des soins du diabète à distance.

7.3 OBTENIR DE L'AIDE EN PÉRIODE DE CRISE (PSYCHOSOCIALE ET SOCIALE)

Utiliser la télésanté comme outil pour obtenir de l'expertise, des conseils, du « counseling » ou du soutien de la part de personnel qualifié durant les périodes de crises (psychosociales et sociales) afin d'offrir de l'aide au personnel qui joue un rôle dans la prestation des services sociaux et des services de santé.

Il est prévu que cette orientation stratégique soit réalisée au moyen de projets pilotes de télésanté et ce, dans au moins une communauté. Les étapes nécessaires peuvent être intégrées aux activités existantes des RUIS, mais nécessiteront cependant un accès au RTSS.

Analyse raisonnée :

L'histoire des Premières Nations a démontré que le changement culturel, la disparition du mode de vie traditionnel, la pauvreté et le chômage ont créé des conditions de vie, à l'intérieur et à l'extérieur des communautés, qui affectent la santé mentale et la vie sociale de celles-ci, notamment dans les communautés les plus isolées.²⁹ Plusieurs problèmes sociaux comme le suicide, la toxicomanie et la violence familiale nécessitent des interventions immédiates et à long terme par des cliniciens et des spécialistes (travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, etc). De plus, la plupart des communautés n'ont pas d'accès régulier, et encore moins d'accès d'urgence, au service des spécialistes de la santé mentale. Ce fait a d'ailleurs été confirmé par les participants aux ateliers. D'autre part, il existe des données montrant, qu'ailleurs, les programmes de télétoxicomanie et de soins de la santé mentale à distance ont aidé à améliorer l'accès à ces services³⁰.

Objectifs:

Dans le cas d'une crise psychosociale (individuelle ou familiale) :

- Offrir un accès immédiat à un omnipraticien ou un psychiatre de garde;
- Valider l'évaluation faite par le professionnel de la communauté;
- Identifier les mesures de sécurité immédiates à prendre pour assurer la sécurité physique et psychologique de l'individu en crise;
- Secourir les professionnels de la communauté dans leur prise de décision quant à la nécessité d'évacuer l'individu en crise vers un CH ou un centre de crise.

Dans le cas d'une crise sociale (événement traumatisant affectant une grande partie de la population de la communauté) :

- Offrir un accès rapide à un spécialiste de la gestion de crise communautaire, de la postvention ou de la gestion de crise pandémique;
- Valider les mesures immédiates qui auront été prises pour contenir la crise à l'intérieur de la communauté;
- Assurer la communication entre les divers intervenants du milieu de la santé des communautés des PN et les spécialistes ou personnes ressources nécessaires en cas de crise pandémique;
- Orienter les intervenants quant aux mesures à prendre pour assurer la sécurité des personnes affectées;
- Conseiller les intervenants sur les activités de postvention à privilégier auprès des membres de la population;
- Conseiller, orienter et soutenir les intervenants sur les actions à prendre suite à une pandémie;
- Offrir un debriefing à distance aux intervenants affectés par l'événement.

Avantages:

- Continuité des soins améliorée grâce à une démarche coordonnée à l'égard des soins de santé mentale.
- Permet aux intervenants de la communauté d'être supportés dans leur intervention et d'intervenir plus efficacement et plus rapidement.
- Permet d'assurer la sécurité de la personne en crise et/ou de la communauté de façon plus efficace.
- Les patients et les membres des familles seront rassurés et certains déplacements pourraient être évités grâce aux téléconsultations durant les situations d'urgence.
- Possibilité d'accroître les habiletés des employés et les démarches pour le traitement des problèmes de santé mentale et de crises familiales au moyen de séances de visioconférence.

7.4 TÉLÉCONSULTATIONS SÉLECTIVES

Réduire les délais d'attente et les frais de déplacement au moyen de consultations sélectives.

Cette orientation stratégique est conçue pour réduire la durée et le nombre d'hospitalisations ainsi que le nombre de déplacements de patients en leur permettant de demeurer dans leur communauté plutôt que de devoir parcourir de longues distances pour des examens de routine auprès d'un médecin. De plus, les infirmier(ère)s pourront discuter des cas cliniques avec les médecins (omnipraticiens et spécialistes) et avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Il est prévu qu'un projet pilote débute dans un nombre limité de communautés sélectionnées.

Analyse raisonnée:

La difficulté à accéder aux services de soins (délais d'attente, distances parcourues) a été mentionnée à maintes reprises dans la documentation, dans des sondages sur la santé chez les PN et par les participants aux ateliers sur la télésanté. « Selon les statistiques, la télésanté a virtuellement diminué les distances géographiques qui, dans le passé, restreignaient l'accès aux services de santé et d'information.»³¹ Un rapport de l'OIIQ a documenté les principales raisons pour lesquelles les gens ont fréquenté un poste de soins infirmiers dans deux communautés des PN du Québec. Ainsi, pour les bébés, les principaux problèmes rencontrés étaient d'ordre respiratoire, digestif et oto-rhino-laryngologique. En ce qui a trait aux enfants et aux adultes de moins de 65 ans, les problèmes oto-rhino-laryngologiques, digestifs et dermatologiques étaient les raisons les plus fréquemment invoquées. Dans le cas des personnes âgées, il s'agissait des problèmes digestifs, respiratoires et cardiovasculaires. Chacune de ces communautés était dotée de seulement deux infirmières, d'une seule ligne téléphonique et n'avait pas de médecin visiteur.³² D'autre part, la télésanté a été utilisée pour l'envoi d'images oto-rhino-laryngologiques et dermatologiques dans plusieurs sites au Canada.

Objectifs:

- Faciliter l'accès aux services de soins de santé en utilisant la télésanté pour des téléconsultations avec des cliniciens, des médecins de famille et des spécialistes.
- Éviter les déplacements pour les patients et les escortes en utilisant la télésanté pour les visites de routine pré et postchirurgie.
- Aider les infirmières à obtenir des confirmations de diagnostic dans les cas médicaux non urgents.
- Obtenir des conseils médicaux pour les communautés dans lesquelles il n'y a pas de médecin visiteur.

Avantages:

- Les patients éviteront des déplacements systématiques.
- Les communautés acquerront de l'expérience dans les domaines de la télésanté et des téléconsultations. Leur initiative de télésanté sera intégrée aux projets de télésanté actuels des RUIS et elle procurera un accès au RTSS. Ce projet pilote sera évalué rigoureusement afin de déterminer les bénéfices des téléconsultations dans les communautés des PN du Québec.
- L'automatisation de l'établissement des calendriers et du transfert des rapports réduira le nombre d'étapes pour fixer les séances de télésanté et préparer les rapports.

summary and conclusion

The strategic plan was developed starting from information gathered among the First Nations representatives and according to the results of an environmental scan. The strengths, weaknesses, possibilities and threats have been

summarised, demonstrating the needs that can be addressed through the use of telehealth, as well as the strengths and weaknesses related to the adoption of telehealth.

On the other hand, the environmental scan includes a review of selected literature, the holding of consultation workshops as well as individual interviews with key interveners and experts in the telehealth domain. The results of the workshops have shown that there is especially a need to improve access to health services, chronic disease management as well as the employment, retention and training of personnel. As for the challenges related to the adoption of telehealth, these include the need for connectivity, equipment, training and technical support within the communities. On the other hand, it is expected that the development of telehealth will occur in two phases – the first will be based on the use of videoconferencing for distance training purposes and the second will be to develop clinical applications.

The vision supporting this plan looks to create, exploit and manage an equitable, virtual and viable network that will be coordinated by the FNQLHSSC in partnership with the FNEC and other privileged partners. This network will be integrated into the current Quebec telehealth networks in order to facilitate exchange, hiring and training of health personnel as well as to provide access to health information, improve the management of chronic diseases and access to health services.

Four strategic orientations are proposed, the first being to provide distance training possibilities. In the second phase, an access to the RTSS network will need to be negotiated in order to access a series of clinical applications that will allow to reduce the prevalence of diabetes and to better manage the complications of chronic diseases, improve access to mental health professional services and, finally, to plan the selective tele-consultation offer for the communities that need this service.

Furthermore, in the plan there is a list of ways to ensure permanence and manage the organisational change. A governance model proposes that the FNQLHSSC coordinate the preparation of the project plans, in collaboration with the communities, and ensure the coordination, management as well as the continuity of the telehealth activities. However, responsibility for the technical aspects of the telehealth network management would be under the responsibility of the FNEC. As for the management and the coordination of the individual projects, they would be carried out by the local team – in the communities in which the projects are implemented.

Finally, regarding the priority actions, it is proposed that the FNQLHSSC, in collaboration with Health Canada – FNIH, create a permanent position for the coordination of the development of telehealth. In addition to the preparation of an operational plan and a communications plan, it will be necessary to prepare funding proposals for the funding partners – for CHI, Health Canada and MSSS to be specific, for the first phase of the proposed telehealth projects.

8 PÉRENNITÉ

Soulignons que de nombreux projets de télésanté à travers le pays n'ont pas été en mesure de continuer leurs activités à cause de l'absence d'un plan d'affaires qui aurait permis d'obtenir un financement continu une fois la phase préliminaire terminée. Nous proposons donc que la question de la viabilité de la télésanté chez les PN soit résolue par la conception d'un plan de viabilité. La **viabilité** pourrait être garantie :

- En optimisant les ressources actuelles et futures (note : il sera intéressant de prendre en considération la possibilité de réinvestir, s'il y a lieu, les montants épargnés dans des activités de télésanté);

- En rationalisant l'injection de fonds supplémentaires étant donné la possibilité de réaliser des économies grâce à des achats et à des négociations en groupe;
- En partageant les ressources entre les communautés, ce qui sera facilité par l'utilisation de la télésanté;
- En recherchant du financement et des investissements dans les secteurs public et privé.

Optimiser les investissements

Tout d'abord, un examen des financements des soins de santé chez les PN révèle que certains investissements, notamment pour les déplacements, la formation et les soins à domicile pourraient être optimisés grâce à l'utilisation de la télésanté. Notons, entre autres, que les infirmières ont passé plus de 22 000 heures à effectuer des visites à domicile chez 19 000 clients, soit environ 140 000 visites. La télésurveillance et les télésoins à domicile permettraient d'augmenter et de faciliter l'accès aux services de santé ainsi qu'améliorer la qualité des soins de santé. De plus, les télésoins à domicile ont le potentiel de réduire la durée et le nombre d'hospitalisations.³³

Le partage des ressources entre les communautés offre également l'opportunité d'optimiser les investissements actuellement consacrés au recrutement, à l'embauche et à la formation du personnel. Ainsi, l'utilisation de la télésanté serait en mesure de faciliter l'accès aux ressources rares. À long terme, s'il advenait que des économies soient réalisées, celles-ci pourraient être redirigées pour couvrir les coûts opérationnels du programme de télésanté.

Négociations et achats en groupe

Un des coûts les plus importants liés à la mise en œuvre de la télésanté dans les communautés des PN du Québec sera la modernisation des systèmes de télécommunications. Notons qu'actuellement, certaines communautés possèdent des capacités de communication que très élémentaires ou n'en possèdent pas du tout (annexe 8). De plus, seulement deux communautés sont équipées de façon à faire de la télésanté, soit Winneway et Manawan. Dans le cas de cette dernière, les négociations avec le gouvernement pour l'accès au RTSS ainsi qu'avec les entreprises de communications lui ont permis d'obtenir une bande passante spécialisée de qualité. Il est donc recommandé qu'une étude de faisabilité initiale soit effectuée pour étudier de quelle façon l'accès aux services de télécommunications de qualité (« quality of service ») et au RTSS pourrait être obtenu par les communautés intéressées à adopter la télésanté.

D'autre part, le CEPN a déjà montré qu'il pouvait aider ses communautés membres à réaliser des économies substantielles grâce à l'achat en masse des services de télécommunications. Cette façon de procéder a d'ailleurs permis aux communautés de réduire les coûts liés aux télécommunications au tiers de ce qu'ils étaient, par exemple, de 2 700 \$ par mois à 900 \$ par mois par communauté.

Partager les ressources

L'utilisation d'un réseau virtuel constitue un avantage certain puisqu'il permettrait de faciliter l'échange et le partage des ressources. Les ressources rares telles que les diététistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et spécialistes en dialyse pourraient être partagées entre un certain nombre de communautés en utilisant la télésanté pour rendre accessible la ressource. De plus, la formation des nouvelles recrues pourrait être facilitée et réalisée en ligne. Par exemple, des représentants des communautés ont exprimé leur intérêt à l'égard d'un programme de formation conçu pour les infirmier(ère)s qui travaillent dans les communautés du Nord. Ce programme est basé sur les résultats d'une recherche effectuée par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). L'université McGill et le CUSM envisagent présentement d'offrir ce programme.

Déterminer les sources de financement de la télésanté

Il est prévu que trois partenaires principaux pourraient cofinancer le démarrage des activités de télésanté : ISC, le MSSS et Santé Canada. Comme les PN sont situées sur les territoires des RUIS et que ceux-ci ont des projets correspondant aux orientations stratégiques de ce plan, il y a possibilité pour les PN de se greffer à ces initiatives sans devoir investir de nouveaux fonds dans des solutions qui fonctionnent déjà. D'autre part, en 2007-2008, Santé Canada investira 6M \$ dans son programme de « cybersanté » à travers le Canada.

Soulignons que toutes les sources de financement potentielles devront être évaluées pour en déterminer le potentiel d'investissement dans les activités de télésanté des PN. Parmi celles-ci notons, entre autres, le fonds de transition pour la santé des Autochtones, la possibilité de maintenir le financement du programme « Rescol », le financement de la recherche appliquée par Santé Canada, le financement d'Industrie Canada et les fondations dans le secteur privé où des partenariats bénéfiques à tous pourraient être créés.

9 GESTION DU CHANGEMENT

La gestion du changement implique de faire des changements de façon planifiée et systémique. À l'origine, tout changement est motivé par un mécontentement face à la situation actuelle. Toutefois, tout changement se heurte à une certaine résistance. Afin de vaincre cette résistance, le mécontentement face à la situation actuelle doit être réel. De plus, une vision qui rend compte de ce qui pourrait exister si nos problèmes étaient réglés ainsi que les premiers pas réalisés pour changer la situation sont des éléments dont il faut tenir compte pour obtenir les résultats souhaités.

En ce qui a trait à la gestion du changement, le RUIS de Montréal a complété une évaluation des impacts organisationnels résultant de l'implantation de la téléformation et de la téléconsultation³⁴. Les auteurs ont constaté que la téléformation a un impact surtout sur les outils de travail, mais que les changements générés par la téléconsultation « touchent pratiquement toutes les dimensions organisationnelles ». Les auteurs présentent également quelques principes à respecter : identifier un leader, porter attention à la culture de chaque établissement, préparer des plans de communication, de formation et d'aide aux utilisateurs et enfin, mettre une équipe en place pour gérer la transition et communiquer les bénéfices.

Pour la CSSSPNQL, la gestion du changement a commencé avec la détermination d'enjeux clés lors du Forum Des communautés branchées, tenu en 2005, ainsi que lors des ateliers de planification stratégique. D'autre part, les éléments ressortant des discussions et des rapports d'enquêtes montrent qu'il existe un Mécontentement sur le plan de l'organisation actuelle des soins de santé. À partir de cela, une Vision pour améliorer la santé, la formation et l'éducation a émergée. Les Premiers pas ont déjà été réalisés : engagement des intervenants clés lors du forum, des ateliers et du développement du plan stratégique.

Voici d'autres éléments à prendre en considération :

Leadership : La CSSSPNQL a pris le rôle de leader dans le développement de la télésanté pour les communautés des PN du Québec. Pour établir un service de télésanté pour les PN, il faudra des leaders ou des visionnaires locaux dans le domaine. Actuellement, parmi les communautés des PN, peu de gens sont familiers avec ce champ d'activité. Conséquemment, peu de leaders dans le domaine ont pu être identifiés lors des activités courantes de télésanté des PN. Par contre, en renforçant les capacités des membres des PN, on prévoit que d'autres visionnaires seront en mesure d'être identifiés au cours des activités du comité aviseur de télésanté.

Communications : Dans un premier temps, un plan de communication devra être préparé et diffusé. Puis, la communication des possibilités et des changements liés à l'adoption de la télésanté sera possible dès le début du projet, et ce par l'entremise de la première orientation stratégique. De plus, un sondage sur les besoins d'éducation et de formation devra être effectué et un calendrier des possibilités sera distribué à grande échelle. L'information sera d'ailleurs affichée sur les sites Web de la CSSSPNQL et du CEPN.

Changements dans le processus d'acheminement du travail (« workflow ») : Bien que la première orientation stratégique (téléformation) aura un impact à ce niveau, les orientations stratégiques 2, 3 et 4 (soins du diabète à distance, soins en santé mentale à distance et téléconsultations) sont celles qui risquent d'engendrer le plus de changements à ce niveau. Les communautés qui souhaitent participer à ces projets devront identifier les changements qu'elles anticipent dans leur processus d'acheminement du travail et la façon par laquelle elles feront participer les intervenants clés à ces changements.

Le comité aviseur de télésanté a pour mandat de faciliter le processus de changement. Les membres de ce comité représentent les principaux partenaires et tous les organismes susceptibles d'être touchés par l'adoption de la télésanté. Il est prévu que la CSSSPNQL et le CEPN continueront d'assumer un rôle de leader dans la gestion du changement.

10 MODÈLE DE GOUVERNANCE

Actuellement, la gouvernance de la télésanté réside au sein des organismes gouvernementaux qui interviennent dans le domaine des services sociaux et des services de santé pour les communautés des PN du Québec, soit la DSPNI de Santé Canada et le MSSS du Québec.

Afin d'être fonctionnelle, la télésanté chez les PN devra s'exercer au sein de la structure organisationnelle du Québec en ce qui a trait à la prestation des services de soins de santé. Par contre, les communautés des PN sont situées sur des territoires fédéraux. Actuellement, à l'exception de deux communautés, les services de santé sont gérés par les conseils de bande, mais dépendent de Santé Canada pour le financement de leurs installations et des budgets opérationnels. Toutefois, les membres des communautés des PN ont accès aux mêmes services de santé que reçoit la population du Québec par le biais de la carte RAMQ. Ainsi, les activités de télésanté pourraient se retrouver dans une zone grise. C'est la principale raison pour laquelle les PN du Québec doivent établir une structure qui fournirait un cadre de gestion relevant, grâce à des conventions de services, des organes directeurs fournisseurs de services et de financement.

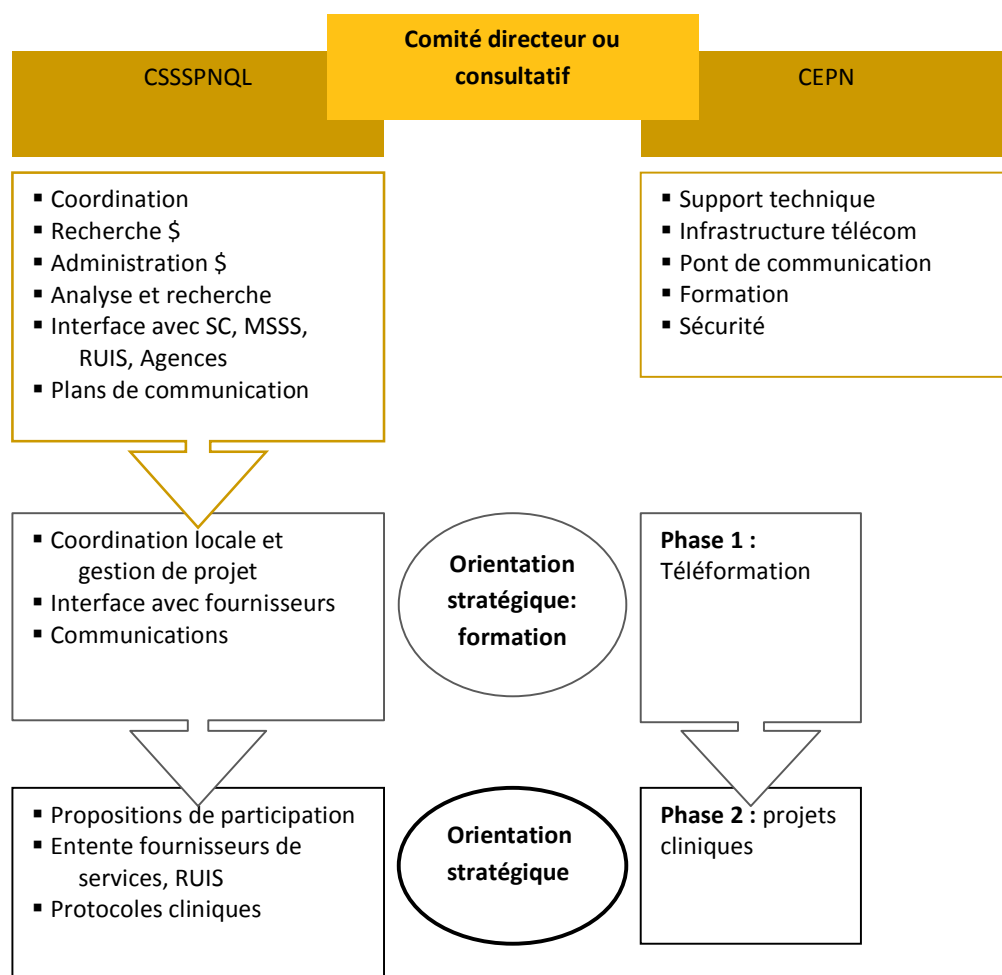


FIGURE 7: STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET MODÈLE DE GOUVERNANCE

Dans la structure organisationnelle proposée (Figure 7), la CSSSPNQL en partenariat avec le CEPN continuera d'assumer un leadership quant à la création, la coordination et la gestion d'un réseau de télésanté pour les communautés des PN du Québec. Ainsi, la CSSSPNQL coordonnera l'ensemble des activités reliées au développement et à la mise en œuvre des activités de télésanté, elle veillera à l'application et au respect des directives et politiques provenant des diverses instances des PN, elle offrira un soutien aux communautés désireuses de mettre en place des projets de télésanté et enfin, elle sera chargée d'établir et de maintenir les divers partenariats nécessaires à la réalisation d'activités de télésanté. D'autre part, le CEPN assumera la responsabilité pour le réseau de télésanté/e santé des PN, le soutien technique (« help desk »), le service de dépannage, la formation pour l'utilisation de la télésanté et la conformité aux normes techniques ainsi qu'aux normes en matière de vie privée et de sécurité. Enfin, le comité de télésanté, quant à lui, représente tous les principaux organismes : CSSSPNQL, CEPN, Santé Canada, ISC, MSSS et des représentants clés des PN.

Une fois les premiers projets de télésanté amorcés et établis, les communautés utilisatrices impliquées dans le programme de télésanté pourront choisir de former une association de communautés utilisatrices de la télésanté ou intéressées à l'adopter. Le rôle principal de cette association serait de promouvoir l'utilisation de la télésanté, de représenter les intérêts du groupe de télésanté dans les affaires liées à l'achat de services et à la recherche de financement en plus de s'allier aux autres grands réseaux de télésanté à travers le pays.

11 ACTIONS PRIORITAIRES, PROCHAINES ÉTAPES ET ÉCHÉANCIER

Les actions prioritaires ont été conçues dans le but de mettre en place les conditions nécessaires à la préparation et au démarrage du plan de télésanté et ce, parmi les communautés qui ont manifesté d'importants besoins en matière d'accès à la formation et aux services de santé. Concernant la phase de planification, les éléments clés de celle-ci comprennent une recherche de financement, une étude de faisabilité, des évaluations de besoins, des ententes avec les organismes pertinents, un plan de communication et un appel de propositions en vue de déterminer les sites pour les activités de télésanté prévues dans les orientations stratégiques. Ces actions seront réalisées par la CSSSPNQL en consultation avec les membres du comité directeur.

Il est prévu que la phase de mise en œuvre commencera immédiatement après l'approbation du financement pour la phase de planification. Aussi, l'évaluation de toutes les orientations stratégiques devra être effectuée d'ici la fin de 2010.

Quelques-unes des actions prioritaires recommandées :

1. Valider le plan stratégique auprès du Comité aviseur de télésanté et obtenir l'approbation de la haute direction et des gestionnaires de la CSSSPNQL et du CEPN.
2. Implanter le cadre de gestion pour les activités de télésanté et créer un poste permanent de Coordonnateur de la télésanté au sein de la CSSSPNQL.
3. Signer un accord de principe pour le développement de la télésanté entre les partenaires principaux – CSSSPNQL, CEPN, Santé Canada et le MSSS.
4. Sensibiliser les communautés des Premières Nations de la région du Québec et préparer un plan de communication.
5. En collaboration avec le personnel du CEPN, structurer une équipe chargée de la phase de planification.
6. Préparer un plan opérationnel.
7. Identifier toutes les sources potentielles de financement de projets de télésanté, incluant ISC, Santé Canada, et le MSSS.

8. Préparer une demande pour le financement de la phase 1 des projets de télésanté auprès d'ISC.
9. Lancer le projet de téléformation : évaluer les besoins, établir et faire circuler un calendrier prévisionnel des cours disponibles. Identifier une ou des personnes-ressources dans chacune des communautés intéressées.
10. Préparer une étude de faisabilité pour déterminer les moyens rentables et possibles pour obtenir tous les services de télécommunications nécessaires à la télésanté, c'est-à-dire de qualité adéquate pour les communautés intéressées à adopter la télésanté.
11. Préparer une demande auprès du MSSS pour un accès au RTSS pour l'ensemble des communautés des PN.
12. Lancer l'appel de propositions auprès des communautés désireuses de participer aux projets de télédiabète, de télésanté mentale et de téléconsultation. Identifier les communautés participantes.
13. Communiquer avec la ou les agences et les RUIS potentiellement impliqués comme fournisseurs de services de télésanté. Rédiger les lettres d'ententes prévisionnelles.
14. Structurer les équipes locales chargées d'implanter la télésanté dans les communautés participantes.
15. Identifier et nommer des visionnaires locaux dans les communautés intéressées à implanter la télésanté.
16. Mettre en place des équipes chargées de gérer le changement.
17. Évaluer les résultats de la phase de planification.
18. Préparer un plan de pérennité.
19. Procéder à la phase d'implantation des projets cliniques.
20. Évaluer les résultats.

Année	2007		2008		2008		2009		2009		2010	
Trimestre	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Actions												
1, 2, 3												
4, 5, 6												
7, 8												
9, 10												
11, 12, 13												
14, 15, 16												
17												
18, 19												
20												

TABLEAU 5: ÉCHÉANCIER

12 GESTION DU RISQUE

Risque	Probabilité	Gestion	Responsabilité
Les communautés n'accepteront pas de participer aux projets de télésanté en raison d'un manque d'expertise sur place	Faible	La CSSSPNQL et le Comité de télésanté seront chargés de trouver le financement nécessaire pour employer l'expertise.	La CSSSPNQL et le Comité de télésanté
L'étude de faisabilité relative aux télécommunications montrera qu'il est impossible d'obtenir l'infrastructure de télécommunications nécessaire dans certaines communautés.	Élevée	De l'aide sera offerte aux communautés en vue de rechercher le financement nécessaire pour acquérir l'infrastructure de télécommunications nécessaire.	CEPN - CSSSPNQL
Les communautés ne répondront pas aux appels de propositions des orientations stratégiques 2, 3 et 4 ou les réponses ne seront pas adéquates.	Faible	1) Les communautés qui ont exprimé le besoin pour des services de télésanté seront approchées et recevront de l'aide pour répondre à l'appel de propositions. 2) Consolider les orientations stratégiques en un projet cadre..	Coordonnateur esanté de la CSSSPNQL
Incapable d'obtenir l'accès au RTSS à un coût raisonnable.	Moyenne	Négocier un coût plus bas en effectuant un achat de groupe.	CEPN et/ou CSSSPNQL
Accès au RTSS retardé en raison des contraintes liées à l'infrastructure.	Élevée	Obtenir un prolongement du financement.	CSSSPNQL
Incapable de trouver des fournisseurs intéressés à l'utilisation de la télésanté.	Faible	En appeler aux Agences et aux RUIS. Rechercher des fournisseurs provenant d'un autre RUIS. Signer des lettres d'entente avant de commencer.	CSSSPNQL et le Comité de télésanté
Incapable d'obtenir suffisamment de fonds pour financer les coûts non couverts par ISC.	Moyenne	Obtenir des engagements signés des partenaires financiers.	CSSSPNQL
L'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée de la télésanté du Québec pourrait ne pas s'appliquer aux PN.	Moyenne	Mise en œuvre d'une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée.	CSSSPNQL

TABLEAU 6: GESTION DU RISQUE

13 RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Le plan stratégique a été développé à partir d'informations recueillies auprès de représentants des PN et selon les résultats d'une analyse de l'environnement. Les forces, faiblesses, possibilités et menaces ont été résumées, montrant les besoins pouvant être comblés par l'utilisation de la télésanté, ainsi que les forces et faiblesses liées à l'adoption de la télésanté.

D'autre part, l'analyse de l'environnement comprend une revue de littérature sélectionnée, la tenue d'ateliers de consultation ainsi que des entrevues individuelles avec des experts et des intervenants clés du domaine de la télésanté. Les résultats des ateliers ont démontré qu'il existe un besoin notamment pour améliorer l'accès aux services de santé, la gestion des maladies chroniques ainsi que le recrutement, la rétention et la formation du personnel. Quant aux défis relatifs à l'adoption de la télésanté, ceux-ci incluent le besoin de connectivité, d'équipement, de formation et de soutien technique au sein des communautés. D'autre part, il est prévu que le développement de la télésanté se fasse en deux phases, la première étant basée sur l'utilisation de la visioconférence pour la formation à distance et la deuxième, pour développer des applications cliniques.

La vision soutenant le plan est de créer, d'exploiter et de gérer un réseau équitable, virtuel et viable, coordonné par la CSSSPNQL en partenariat avec le CEPN et d'autres partenaires privilégiés. Ce réseau se greffera aux réseaux de télésanté québécois actuels afin de faciliter les échanges, le recrutement et la formation du personnel de la santé, en plus d'offrir un accès à de l'information sur la santé, d'améliorer la gestion des maladies chroniques et l'accès aux services de santé.

Quatre orientations stratégiques sont proposées, la première étant d'offrir des possibilités de formation à distance. Dans une deuxième phase, un accès au réseau RTSS devra être négocié pour accéder à une série d'applications cliniques qui permettront de réduire la prévalence du diabète et de mieux gérer les complications des maladies chroniques, d'améliorer l'accès aux services de professionnels en santé mentale et enfin, de planifier l'offre de téléconsultations sélectives pour les communautés qui en ont besoin.

De plus, on retrouve dans le plan une liste de moyens pour assurer la pérennité et gérer le changement organisationnel. Un modèle de gouvernance propose que la CSSSPNQL coordonne la préparation des plans de projets, en collaboration avec les communautés, et assure la coordination, la gestion ainsi que la continuité des activités de télésanté. Toutefois, la responsabilité pour les aspects techniques de la gestion du réseau de télésanté serait sous l'égide de la CEPN. Quant à la gestion et à la coordination des projets individuels, elles seraient effectuées au niveau des équipes locales, dans les communautés où les projets sont implantés.

Enfin, en ce qui a trait aux actions prioritaires, il est proposé que la CSSSPNQL, en collaboration avec la DSPNI, crée un poste permanent pour la coordination du développement de la télésanté. En plus de préparer un plan opérationnel et un plan de communication, il faudra préparer des demandes de financement auprès des partenaires financiers, plus spécifiquement à ISC, à Santé Canada et au MSSS, pour la première phase des projets de télésanté proposés.

ANNEXES

ANNEXE 1: COMITÉ AVISEUR DE TÉLÉSANTÉ

Mandat du comité directeur des Premières Nations du Québec :

- Diriger le processus de développement d'un plan stratégique de télésanté des Premières Nations;
- Fournir une aide et un soutien continu aux conseillers et à l'équipe de recherche de la CSSSPNQL;
- Collaborer à une stratégie des Premières Nations pour la formation des professionnels de la santé par la technologie;
- Faire en sorte que les normes et les politiques appropriées et nécessaires soient en place pour assurer l'interopérabilité des activités;
- S'attaquer aux obstacles et les éliminer pour réussir l'intégration des services de soins;
- Surveiller, mesurer et évaluer les activités de télésanté et apporter des améliorations au besoin;
- Fournir des services de soutien centralisés aux communautés participantes pour les applications de télésanté dans la province (pont, échéances, soutien technique);
- Aider au développement des possibilités d'affaires en télésanté pour maximiser l'utilisation de l'équipement existant et nouveau, en mettant l'accent sur les soins primaires, la santé dans les régions rurales et la gestion des maladies chroniques;
- Faire en sorte, lorsque c'est possible, qu'une démarche de collaboration et de coordination soit suivie par les Premières Nations et les gouvernements provincial et fédéral, en ce qui a trait aux sources de financement;
- Informer les parties intéressées clés de la province et du Canada de l'évolution continue de la télésanté.

MEMBRES

Catherine Power	CSSSPNQL
Sophie Picard	CSSSPNQL
Mamadou Drave	DSPNI, Santé Canada
Yvan Therrien	DSPNI, Santé Canada
Christian-Marc Lanouette	MSSS, comité inter-RUIS
Donald-Daniel Picard	Inforoute Santé du Canada
Kim Hervieux	Comité des responsables en soins infirmiers des Premières Nations du Québec
Lise Bastien	CEPN
Patrick Dumont jr.	Comité consultatif régional e-santé de la CSSSPNQL
Sandro Echaquan	Projet de télésanté de Manawan (observateur)

ANNEXE 2: PARTICIPANTS AUX ATELIERS DE CONSULTATION**Montreal**

Anichinapéo	Catherine	Kitcisakik	
Awashish	Alexandra	Wemotaci	Conseillère à la santé
Beaulac	Marielle	Timiskaming	Infirmière responsable
Bobbish	Mariette	Winneway	Infirmière-chef
Boileau	Julie	Kanesatake	Infirmière
Nelson	Gloria	Kanesatake	Directrice santé
Bordeau	Patsy	Kahnawake	
Boudrias	Maryann	Winneway	Infirmière
Caron	Jenny	Wemotaci	Infirmière responsable
Chachai	Yvette	Opitciwan	Directrice santé
Commanda	Shirley	Eagle Village	Infirmière en santé communautaire
Dumont	Mélanie	Lac Simon	Infirmière
Hervieux	Kim	Uashat Maloténam	Infirmière responsable
Kistabish	Malik	Pikogan	Directeur santé adjoint
Labilloy	Lynn	Listuguj	Infirmière
Mc Gregor	Jane	Kitigan Zibi	Infirmière
McLaren	David	Eagle Village	Directeur santé
Metallic	Donna V.	Listuguj	Directrice santé
Michel	Hélène	Kitcisakik	Responsable santé communautaire
Ottawa	Maxime	Manawan	Directeur de la santé
Perron	Janine	Opitciwan	Infirmière responsable
Swasson	Sheila	Gesgapegiag	Directrice santé
Young	Sonia	Wolf Lake	Directrice de la santé
Mitchell	Marlene	Lac Simon	Responsable santé communautaire
Echaquan	Sandro	Manawan	Infirmier

Sept-Îles

Driscoll	Nicole	Pakua Shipi	Directrice santé
Faucher	Lucie	Pakua Shipi	Infirmière responsable
Jourdain	Nicole	Betsiamites	Infirmière responsable
Malec	Annette	Natashquan	Directrice santé
Mark	Reno	Unamen Shipu	Technicien informatique
Rock	Nancy	Uashat Maloténam	Infirmière
St-Onge	Anne	Betsiamites	Directrice santé

ANNEXE 3: ORDRE DU JOUR DES ATELIERS



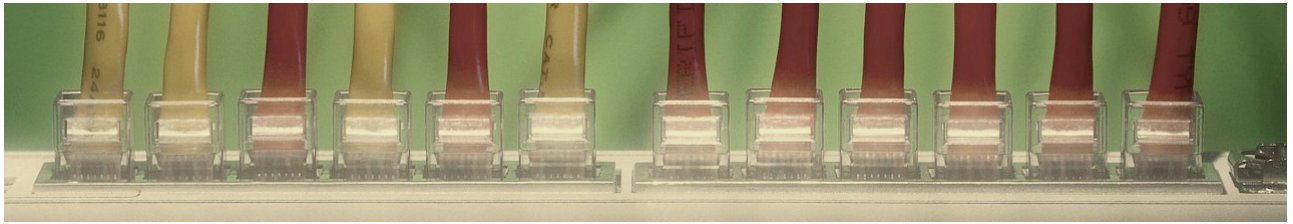
Le mardi 27 mars 2007

8h30	Accueil des participants
8h45	Mot de bienvenue
9h00	Présentation sur la télésanté et le plan stratégique de télésanté Mme Jocelyne Picot – Infotelmed Communications Inc
9h45	Présentation sur les facteurs clés de succès pour la réalisation de projets de télésanté M. Mamadou Drave – Unité des solutions e-santé – DGSPNI
10h15	Pause
10h45	Présentation de l’Inforoute Santé du Canada M. Donald-Daniel Picard – Inforoute Santé du Canada
11h15	Présentation des projets des RUIS en matière de télésanté Mme Madeleine St-Gelais – RUIS McGill
12h00	Dîner
13h15	Discussions de groupe Questions pour le développement du plan stratégique de télésanté
14h45	Pause
15h00	Discussions de groupe (suite)
16h30	Clôture



Le mardi 3 avril 2007

8h30	Mot de bienvenue
8h45	Présentation sur la télésanté et le plan stratégique de télésanté Mme Jocelyne Picot – Infotelmed Communications Inc.
9h15	Présentation sur les facteurs clés de succès pour la réalisation de projets de télésanté M. Mamadou Drave – Unité des solutions e-santé – DGSPNI
9h45	Présentation de l’Inforoute Santé du Canada Mme Jocelyne Picot pour M. Donald-Daniel Picard – Inforoute Santé du Canada
10h15	Pause
10h30	Présentation sur le ministère de la Santé et des Services sociaux M. Christian-Marc Lanouette – MSSS
11h00	Présentation sur les projets de télésanté du RUIS de l’Université de Montréal M. Lanouette pour Mme Stéphanie Froissart – RUIS de l’Université de Montréal
11h30	Présentation du processus de discussions de groupe et première partie des discussions de groupe
11h45	Dîner
13h00	Discussions de groupe (suite)
14h45	Pause
15h00	Discussions de groupe (suite)
16h30	Clôture



Le mercredi 4 avril 2007

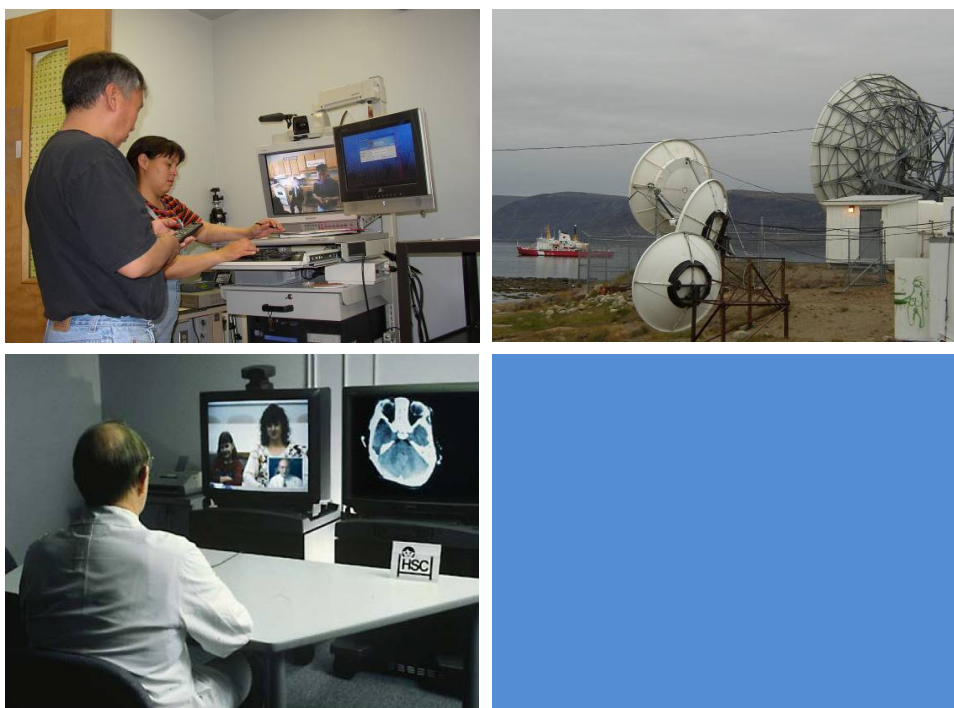
- 8h30 Vidéo : *Turning the Corner*
- 9h00 Présentation des projets de télésanté du RUIS de l'Université McGill
- Mme Johanne Desrochers – RUIS McGill
- Mme Madeleine St-Gelais – RUIS McGill
- Discussions de groupe (suite)
- 10h30 Pause
- 10h45 Discussions de groupe (suite) et résumé
- 12h00 Clôture



ANNEXE 4: DOCUMENTS DISTRIBUÉS AVANT LES ATELIERS

DOCUMENT PRÉALABLE AUX ATELIERS

POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN STRATÉGIQUE EN TÉLÉSANTÉ



Ce document a été préparé par Jocelyne Picot, Communications Infotelmed Inc.
dans le cadre d'un contrat avec la CSSSPNQL.

Mars 2007



1. INTRODUCTION

Vous avez été invité à participer à un des deux **ateliers** qui serviront à guider la préparation d'un plan stratégique triennal de télésanté pour les Premières Nations du Québec. En tant qu'intervenant clé² au sein de votre communauté, votre contribution est essentielle à la préparation de ce plan. Vos suggestions et vos recommandations constitueront les fondements du **Plan Stratégique de télésanté des Premières Nations du Québec 2007 2010**. Le plan sera ensuite utilisé pour créer des partenariats, rechercher du financement et l'appui d'Inforoute Santé du Canada, de Santé Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les projets de télésanté approuvés.

2. COMITÉ DIRECTEUR DE TÉLÉSANTÉ

Le processus de création du plan stratégique est dirigé par le comité directeur de télésanté. Une fois terminé, le plan sera présenté au comité à des fins de révision et d'approbation. Le comité est composé de :

Name	Represented organisation
Ms. Catherine Power	CSSSPNQL
Mr. Mamadou Drave	Santé Canada
Mr. Christian Marc Lanouette	Table sectorielle RUIS-télésanté, MSSS, Québec
Mr. Donald Daniel Picard	Inforoute Santé du Canada
Ms. Lise Bastien	Conseil en éducation des Premières Nations
To be determined	Comité e-santé des Premières Nations
Ms. Kim Hervieux	Comité des responsables en soins infirmiers des Premières Nations du Québec
Mr. Sandro Echaquan	Observateur – Responsable du projet de télésanté à Manawan

3. PARTENAIRES DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION

Les organismes suivants sont des partenaires dans le cadre du processus de planification stratégique :

- **CSSSPNQL** : la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador dirige le processus de planification et gère le projet au nom de ses communautés membres.

² Dans le cas présent, un intervenant clé est défini comme toute personne, groupe ou organisme ayant un droit sur les ressources de santé, actuelles et futures, d'une communauté, ou ayant un intérêt envers elles.

- **DSPNI, Santé Canada** : la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuit fournit des ressources et de l'orientation. Les bureaux Unité de Solutions e-santé nationale et régionale collaborent ensemble à l'élaboration du plan.
- **Inforoute Santé du Canada** : l'Inforoute Santé du Canada offre la plus grande partie du financement servant à la conception du plan stratégique. Une fois approuvé par le comité directeur de télésanté, le plan sera soumis à Inforoute Santé du Canada. L'étape suivante sera la recherche de financement pour les activités de télésanté déterminées dans le plan.
- **MSSS** : le Ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de la coordination des activités de télésanté au Québec par le biais des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Quelque soit les activités de télésanté énoncées dans le plan stratégique des Premières Nations, celles-ci devront être intégrées aux RUIS.

Avant de participer aux ateliers, veuillez répondre aux questions de la page 15. Apportez ce document et le questionnaire rempli avec vous aux ateliers. Pour toute question concernant ce document ou le lieu et l'heure des ateliers, veuillez communiquer avec :

Catherine Power,
Agente de programme e-santé, CSSSPNQL
Tél. : 418 842 1540 Téléc. : 418 842 7045
Courriel : cpower@cssspnql.com

4. POURQUOI PRÉPARER UN PLAN STRATÉGIQUE?

La conception d'un plan stratégique de télésanté est la première étape d'une démarche visant à aider votre communauté à adopter la télésanté pour répondre à ses besoins en matière de santé. Un plan stratégique permet de visualiser concrètement les objectifs visés par une communauté en ce qui a trait à la santé et au bien-être de ses membres, ainsi que de déterminer de quelle façon la télésanté sera utilisée pour atteindre cette vision. Le plan permet de cerner des objectifs qui peuvent être réalisés en trois ans à travers la réalisation de projets concrets. Il détermine le chemin à suivre pour atteindre les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Le plan est aussi essentiel pour convaincre les organismes gouvernementaux de verser les fonds nécessaires à la mise en œuvre des projets de télésanté.

5. DÉFINITIONS

Au Québec, la loi 83 remplace la Loi sur les services de santé et les services sociaux et met à jour les pratiques associées à la télésanté, en commençant par la définition suivante : « **On entend par "services de télésanté" une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation.** »

5.1. E-SANTÉ

E-santé est un terme générique utilisé par Santé Canada, Inforoute Santé du Canada et d'autres organismes pour décrire l'échange et le transfert de renseignements sur la santé au moyen de réseaux sécurisés et ce, dans le but d'améliorer le système de prestation de soins et l'accès au système de santé. E-santé comprend la connectivité et les infrastructures : c'est la télésanté en plus des systèmes d'information, incluant le dossier électronique de santé (DSE).

5.2. TÉLÉSANTÉ

Le terme télésanté a plusieurs définitions semblables. Nous utiliserons la définition générale suivante :

La télésanté est l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) pour offrir des services de santé et transférer de l'information en matière de santé sur de grandes et de petites distances.

Il existe de nombreuses façons d'utiliser la télésanté. Elle permet d'améliorer l'accès à l'information, à l'éducation et aux soins en :

- Améliorant l'accès aux services qui ne sont pas disponibles dans les communautés éloignées;
- Fournissant un accès à de l'information afin de prévenir les maladies;
- Améliorant l'accès à l'expertise de spécialistes et d'autres professionnels de la santé.

Aux fins de ces ateliers, nous considérerons la télésanté comme un terme qui englobe au moins quatre domaines d'application :

1. la télé médecine;
2. le télétriage;
3. les télésoins à domicile;
4. la télésanté pour les professionnels de la santé et les membres de la communauté.

6. PRINCIPAUX DOMAINES D'APPLICATION

6.1. TÉLÉMÉDECINE

La télé médecine et la télésanté sont des termes souvent utilisés pour décrire les mêmes activités. La télé médecine n'est pas une spécialité médicale distincte, mais plusieurs spécialités l'utilisent pour améliorer l'accès aux soins médicaux. La télé médecine est la médecine pratiquée à distance.

Cette pratique est possible grâce :

- à la téléconsultation, une pratique au moyen de laquelle les infirmières et les médecins peuvent se consulter au sujet d'un patient, ou qui permet à un patient de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé;
- à la possibilité d'envoyer et de recevoir des sons, des images fixes ou des images mobiles, y compris les rayons X, les images ultrasonores et tout ce qui peut être vu ou entendu par des instruments médicaux.

La visioconférence est un des outils les plus souvent utilisés en télé médecine.

6.2. TÉLÉTRIAGE

Le triage par téléphone est un service par lequel des infirmières offrent un soutien téléphonique à des clients ayant un problème de santé. Au Québec, ce service est offert par Infosanté.

6.3. TÉLÉSOIN À DOMICILE

Les patients souffrant d'une maladie chronique peuvent être suivis à partir de la maison grâce à une connexion téléphonique. Ils peuvent utiliser un appareil simple pour envoyer régulièrement des données concernant leur maladie (poids, pression artérielle, concentration de glucose, médicaments, diète, signes vitaux, etc.) à un poste de soins infirmiers. Cette communication permet au personnel infirmier de suivre l'état de santé du patient et d'intervenir si nécessaire. Les patients qui ont des plaies complexes ou qui se remettent d'une intervention chirurgicale peuvent aussi être suivis à partir de la maison en envoyant de l'information et des images numériques à un professionnel de la santé.

6.4. TÉLÉ-ÉDUCATION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, LES PATIENTS ET LES CLIENTS

La télésanté est un outil qui permet aux membres de la communauté d'accéder à de l'éducation et à de l'information en matière de santé. Les professionnels de la santé qui œuvrent dans des régions rurales ou isolées n'ont pas facilement accès au matériel d'apprentissage et aux cours qui leur permettent de se tenir à jour au sujet des nouvelles pratiques. La télésanté leur donne un accès à des cours continus d'enseignement médical et de santé sans devoir voyager.

6.5. AUTRES APPLICATIONS DE LA TÉLÉSANTÉ

La télésanté a été utilisée comme outil de communication par des groupes de soutien formés de membres qui vivent éloignés les uns des autres. Elle a aussi été utile en permettant à des administrateurs d'éviter de voyager pour se rendre à des réunions, particulièrement dans les cas où des présentations visuelles étaient nécessaires.

7. LA TÉLÉSANTÉ AU CANADA AUJOURD'HUI

De nos jours, la télésanté est présente partout au Canada, car il a été démontré qu'elle permet :

- de réduire les coûts liés aux soins de santé et d'améliorer l'efficacité du système de santé;
- d'offrir une meilleure continuité des soins en facilitant l'organisation des visites de suivi;
- de réduire le nombre de jours d'hospitalisation;
- d'aider à remédier à la pénurie de professionnels de la santé.

En Nouvelle-Écosse, au Manitoba et dans le nord de l'Ontario près de 10 000 séances de télésanté ont eu lieu en un an. Plus de la moitié de ces séances étaient des séances cliniques.

8. POURQUOI LA TÉLÉSANTÉ EST-ELLE IMPORTANTE POUR LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS?

Accès aux soins : Au Québec, ainsi que dans d'autres régions du Canada, les communautés des Premières Nations sont souvent trop petites pour permettre l'établissement d'un hôpital. Les communautés peuvent aussi être isolées ou éloignées. De plus, les conditions du climat peuvent faire en sorte qu'il n'est pas possible de voyager pendant certaines périodes de l'année. La télésanté permet d'avoir un meilleur accès aux soins puisque, dans certaines situations, les patients ou les professionnels de la santé n'ont pas à voyager pour être présents à une consultation ou à une visite de suivi.

État de santé : Il existe des écarts importants entre l'état de santé des personnes des Premières Nations et celui de la population canadienne dans son ensemble³. En 2002, à peine 38 % des membres des Premières nations ayant répondu à un sondage déclaraient être en très bonne ou en excellente santé, par rapport à 61,4 % de l'ensemble des Canadiens en 2000-2001. Un meilleur accès en temps opportun à de l'information appropriée en matière de santé permettra aux membres des communautés de devenir et de se maintenir une bonne santé.

Habilitation (Empowerment) des communautés : La télésanté est un outil servant à habilitier les communautés en leur permettant d'avoir un plus grand contrôle sur l'accès et le choix des services de soins de santé nécessaires. Certains ont utilisé la télésanté comme outil pour créer des groupes de soutien à l'intérieur et à l'extérieur de leur propre communauté, et pour informer ces groupes et rester en contact avec eux.

Accès à l'éducation et à la formation continue en matière de santé : Pour les patients, les consommateurs et les clients ainsi que pour les infirmiers (ères) et professionnels de la santé, la télésanté procure un accès à des cours et de la formation continue qui ne sont pas offerts dans la communauté.

9. EXEMPLES D'APPLICATIONS DE LA TELESANTE DANS D'AUTRES COMMUNAUTES DES PREMIERES NATIONS DU CANADA

Aujourd'hui, il existe des programmes et des projets de télésanté des Premières Nations dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Vous aurez l'occasion d'en voir des exemples au cours des ateliers.

Ontario : Les communautés des Premières Nations de la région de Kenora ont franchi une étape de plus en vue de fournir des soins aux personnes ayant des problèmes de yeux liés au diabète, grâce au Teleophthalmology Program (programme de téléophtalmologie). Collaborant avec KO Telehealth (KOTH), le programme offre aux clients diabétiques la possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste de la vue sans devoir quitter leur communauté. En plus de la technologie de téléophtalmologie d'avant-garde offerte depuis plus de deux ans par KOTH et ce, dans trois communautés, le programme offre la possibilité aux clients d'en apprendre davantage sur le diabète et sur la prévention des complications. (<http://telehealth.knet.ca>)

Manitoba : Dix communautés éloignées des Premières Nations du nord du Manitoba sont connectées par satellite au réseau MB Telehealth (Télésanté Manitoba). Ces communautés peuvent se servir de la visioconférence pour améliorer l'accès à des soins spécialisés, à de l'information en matière de santé et à des réunions ou des visites auprès de proches dans un établissement de soins tertiaires. Les communautés ont utilisé la télésanté et ont exprimé leur satisfaction par rapport à cet ajout dans leur poste de soins infirmiers qui améliorera les services qu'elles reçoivent actuellement. (www.mbtelehealth.ca/innovation_research.php)

³ Les Canadiens en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2002-fed-comp-indicat/2002-health-sante2_f.html.

Le *Aboriginal Telehealth Knowledge Circle* (ATKC) offre d'autres exemples d'utilisation de la télésanté par les Premières Nations (www.atkc.ca). ATKC est un groupe d'intérêt spécial de la Société canadienne de télésanté. Le portail du site Web de cette dernière offre une « trousse d'outils » qui sert à aider les Premières Nations à adopter la télésanté (www.cst-sct.org).



10. LA TÉLÉSANTÉ AU QUÉBEC

La télésanté existe depuis presque une cinquantaine d'années au Québec. Un relevé des activités de télésanté révèle environ 35 projets⁴. Dans le cadre d'un cofinancement avec Inforoute Santé du Canada⁵, le MSSS a lancé un grand projet d'informatisation du réseau sociosanitaire, comprenant le développement de la télésanté à travers plusieurs grands projets présentement en cours, lesquels sont parrainés par les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

10.1. LES PROJETS DE TÉLÉSANTÉ CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Au cours de l'atelier, vous aurez l'occasion d'entendre parler des projets des Premières Nations qui existent déjà au Québec. Le but du projet de Winneway est d'améliorer l'accessibilité et la prestation des services par le biais de consultations sélectives. Les premières étapes déjà amorcées comprennent la télépsychiatrie en lien avec l'hôpital Sainte Justine et la téléformation. Le projet de Manawan a vu l'établissement d'un réseau de télésanté en GYN/OBS et ORL, et débutera ses activités au mois d'avril prochain.

10.2. LES RUIS

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux a créé les réseaux universitaires intégrés de santé pour mieux répondre aux besoins de la population. Les RUIS ont été formés autour des quatre facultés de médecine du Québec (Laval, Sherbrooke, Montréal et McGill) et chacun d'eux regroupe la faculté de médecine, les centres hospitaliers universitaires et affiliés, les instituts et l'Agence de développement.

Le Ministère a mis au point une carte géographique qui présente les limites du territoire de chacun des quatre RUIS et leurs frontières respectives. Les RUIS ont le mandat de planifier, de mettre en place, de gérer et d'évaluer des activités de télésanté.

⁴ MSSS, *Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux*, présentation générale, mars 2004.

⁵ ISC a financé 50 % du coût des projets.

Des représentants des RUIS présenteront des exemples de leurs activités de télésanté au cours des ateliers.

11. LE BESOIN DE PARTENARIAT

L'un des principes fondamentaux concernant l'implantation de la télésanté est que cela ne peut se réaliser sans aide. La télésanté doit être mise en œuvre avec l'aide d'au moins trois types de partenaires: les communautés qui ont besoin des services, les partenaires capables de fournir les services et l'expertise, et les partenaires qui investissent et s'engagent à partager les coûts d'installation et d'exploitation de la télésanté.

11.1. LES PARTENARIATS AVEC LES FOURNISSEURS

La télésanté ne peut être mise en œuvre sans que des ententes soient conclues entre les parties et les communautés, les personnes et les établissements concernés. Des liens doivent être établis entre les communautés qui ont besoin des services et les fournisseurs. Au Québec, les fournisseurs de services seront habituellement les RUIS. Les activités de télésanté des Premières Nations doivent être intégrées à ces réseaux de services.

Au Québec, la loi 83 prévoit que tout établissement ou professionnel qui offre ou obtient des services de télésanté doit conclure une entente à cet effet avec l'autre établissement, organisme ou personne.⁶

11.2. LES PARTENAIRES FINANCIERS

Il existe un certain nombre de sources de financement pour les projets de télésanté. Pour la plupart, les programmes et les projets de télésanté auront besoin d'un financement de trois sources, soit Santé Canada, le MSSS et Inforoute Santé du Canada. Inforoute Santé du Canada est un investisseur stratégique qui participe à des projets qui :

- déploient des solutions de télésanté dans les collectivités nordiques, éloignées ou rurales, et au sein des communautés culturelles (autochtones et minorités linguistiques);
- ont une incidence clinique démontrable et garantissent l'adoption de la télésanté et qui protègent les renseignements personnels sur les patients;
- maîtrisent les questions de gestion en ce qui a trait à la viabilité, la gouvernance, les partenariats et les ressources;
- font preuve d'un alignement avec l'architecture et les normes technologiques d'Inforoute (l'interopérabilité et les liens avec le dossier électronique de santé)⁷.

12. LE PLAN STRATÉGIQUE DE TÉLÉSANTÉ

12.1. L'ORIGINE ET LE BUT DES ATELIERS

En décembre 2005, la CSSSPNQL a organisé un forum⁸ auquel ont assisté plus de 80 participants. Le but du forum était d'offrir une occasion pour discuter et échanger de l'information sur la télésanté en vue de mettre en œuvre des

⁶ Loi 83, article 108.1.

⁷ Inforoute Santé du Canada, Guide sur l'investissement en télésanté, 2006.

projets de télésanté viables et durables dans les communautés inuites et des Premières Nations du Québec. On a déterminé que la conception d'un plan stratégique de télésanté pour les Premières Nations était une priorité. D'autres étapes importantes pour faciliter la mise en place de la télésanté dans les communautés des Premières Nations ont été franchies.

- La CSSSPNQL a obtenu des fonds pour la conception du plan stratégique.
- Un inventaire des technologies de l'information et des communications (TIC) a été effectué dans toutes les communautés.
- La visioconférence est maintenant disponible dans la plupart des communautés.
- La CSSSPNQL, en partenariat avec le CEPN, possède et exploite un pont de conférence multipoint.

Le but des ateliers est d'élaborer un plan stratégique, triennal et réaliste, de télésanté au Québec, fondé sur l'apport des participants et des représentants des communautés des Premières nations. Le plan sera ensuite utilisé pour obtenir un financement et du soutien auprès d'Inforoute Santé du Canada et d'autres partenaires financiers, dont le MSSS, Santé Canada et d'autres organismes, en vue de concevoir et de mettre en œuvre des projets de télésanté approuvés.

12.2. LA PRÉPARATION D'UN PLAN STRATÉGIQUE DE TÉLÉSANTÉ

La planification stratégique permet de déterminer la vision de l'organisme ou de la communauté dans l'avenir et les moyens pour y parvenir. La planification stratégique exige que l'on recueille de l'information, que l'on explore différentes options et que l'on étudie attentivement les répercussions des décisions prises maintenant. Le plan stratégique de télésanté des Premières Nations s'étendra sur 3 ans, de 2007 à 2010.

Bien qu'il puisse être difficile de concevoir un plan qui s'applique à de nombreuses communautés, nous tenterons ensemble de présenter une vision et de fixer des objectifs qui mèneront à la conception de bon nombre de projets réalisables et viables. Les solutions de télésanté proposées doivent répondre aux **besoins de santé communautaires** cernés. La communauté doit également être prête à adopter la télésanté.

La table des matières suivante est une proposition qui présente ce que le plan stratégique devrait normalement contenir. Elle peut être modifiée à la suite de recherches et selon les résultats des ateliers.

⁸ Des communautés branchées : Forum régional sur la télésanté des Premières nations et Inuit, les 7 et 8 décembre 2005. Préparé par Richard Gray pour la CSSSPNQL.

Plan stratégique de télésanté des Premières nations du Québec 2007 2010
Proposition de table des matières

1. Introduction
 - 1.1. Étapes – méthodologie utilisée pour la conception du plan
 - 1.1.1. Ateliers et entrevues
 - 1.1.2. Survol de la littérature
 - 1.1.3. Vue générale de la télésanté dans d'autres communautés des Premières Nations
2. Contexte
 - 2.1. Analyse de l'environnement externe – possibilités et menaces et leurs répercussions sur le développement de la télésanté dans les communautés des Premières Nations (politiques, économiques, sociales, technologiques – forces compétitives et collaboratrices)
 - 2.2. Environnement interne – forces et faiblesses et leurs effets sur le développement de la télésanté (technologie et ressources humaines, compétences, besoins, organismes de soins de santé, gouvernance)
3. Enjeux stratégiques
4. Vision (image de l'avenir que nous voulons atteindre par la mise en œuvre de la télésanté – énoncé des résultats positifs)
5. Objectifs – aperçu de ce que les services ou projets de télésanté permettront d'accomplir
6. Orientations stratégiques
 - 6.1. Solutions de rechange, obstacles
 - 6.2. Propositions ou projets importants – actions à entreprendre pour les développer
 - 6.3. Incidences sur l'exploitation (gouvernance, changement de gestion, aspects technologiques)
 - 6.4. Prochaines étapes
7. Vision de réussite – les communautés des Premières Nations de l'avenir
8. Résumé et conclusion

Exemples de vision :

La télésanté : combler les distances en amenant des services de santé et de l'information de qualité à tous les gens du Nouveau-Brunswick.

+++++

La vision de la stratégie provinciale consiste à favoriser le recours à la technologie et aux applications de télésanté pour concourir à la prestation équitable des services de santé auprès des habitants de la province, quel que soit leur lieu de résidence.

Les **orientations stratégiques** sont des énoncés généraux portant sur la réponse d'un organisme ou d'une communauté face à un changement d'environnement. Elles comprennent l'établissement d'objectifs et l'élaboration d'une démarche pour les atteindre, et elles soulignent l'importance de prendre des décisions qui donneront à l'organisme la capacité de réagir positivement aux changements. Les orientations stratégiques peuvent porter sur la résolution de questions d'importance, la mise au point de nouveaux produits ou de nouvelles méthodes de prestations ou la révision du nombre de clients.

Exemples d'orientations stratégiques :

- Accroître la sensibilisation à la télésanté par l'entremise des dirigeants autochtones
- Faciliter l'intégration des services dans les programmes régionaux et provinciaux

- Établir une capacité sur le plan des ressources humaines à un niveau communautaire
- Planifier un projet durable

12.3. DÉROULEMENT DES ATELIERS

Les ateliers commenceront avec des présentations :

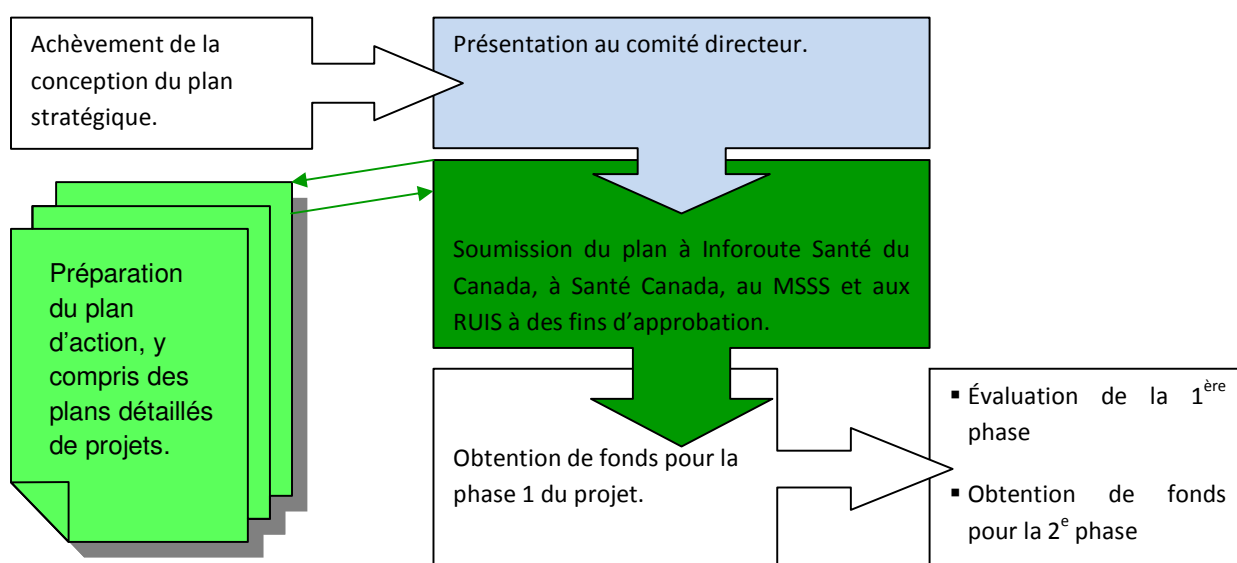
1) sur la télésanté;

2) par des commanditaires et des partenaires qui participent :

- au financement du plan stratégique et des projets de télésanté;
- à la prestation de services au moyen de la télésanté.

À la suite des présentations, on demandera aux participants de se rassembler en petits groupes pour discuter et faire un remue-méninges (« brainstorm ») sur une ou deux questions à la fois. Des discussions de ce genre surviendront plusieurs fois au cours des ateliers et seront toujours suivies d'un court rapport de la part de chaque équipe.

12.4. APRÈS LES ATELIERS: LES PROCHAINES ÉTAPES



12.5. HORAIRE DES ATELIERS (SOUS RÉSERVE DE MODIFICATIONS)

1re journée – de 8 h 30 à 16 h 30

Présentations (10 minutes), une période de questions et de réponses suivra chaque présentation (15 minutes) :

Accueil, mot d'ouverture, objectifs des ateliers

Présentation des participants

Qu'est-ce que la télésanté? Présentations (vidéos, exemples des PN)

Présentation de Santé Canada

Inforoute Santé du Canada

MSSS

Présentations par les représentants des RUIS

Repas du midi

13 h 30 à 16 h 30

Attribution des sujets à discuter en groupes : questions à répondre.

Discussion de 2 ou 3 questions à la fois, à une heure d'intervalle. Chaque groupe rapportera ses réponses. Les réponses seront résumées sur un tableau-papier (flip-chart).

Lorsque chaque groupe aura terminé, un bref résumé des réponses sera fourni.

2e journée – de 8 h 30 à 12 h

Résumé des discussions de la première journée.

Séances en petits groupes pour terminer les questions, si nécessaire.

Élaboration d'un énoncé de vision.

Résumé des ateliers et discussion des prochaines étapes.

En vue de vous préparer pour les ateliers, veuillez répondre aux questions de la page suivante. Vous n'êtes pas tenu de remettre vos réponses. Apportez les réponses avec vous pour faciliter la discussion.



Questions préparatoires aux ateliers

Les questions suivantes seront discutées pendant les ateliers. Afin de faciliter la discussion, écrivez vos réponses. Vous pouvez répondre selon votre propre point de vue ou obtenir l'opinion des membres de votre communauté. Vous n'êtes pas tenu de remettre vos réponses.

1. Quels sont les défis ou les besoins les plus importants dans votre communauté en ce qui a trait aux soins de santé, aux services de santé ou à l'information en matière de santé?
2. Vivez-vous une pénurie de ressources dans le domaine de la santé, soit de ressources humaines, matérielles et technologiques ou autres, dans votre communauté?
3. Si oui, dans quelles spécialités ou dans quels domaines particuliers?
4. Croyez-vous que la télésanté peut être utilisée pour aider à surmonter ces défis et à pallier ces pénuries?
5. Votre communauté utilise-t-elle des technologies de télésanté actuellement? (la visioconférence, par exemple)
6. Si non, qu'elle est la raison principale?
7. Si oui, à quelles fins? (consultations cliniques? éducation? réunions?)
8. Si vous n'avez jamais utilisé la télésanté, est-ce que vous, vos collègues et autres membres de votre communauté, seriez d'accord pour l'utiliser?
9. Pour quelles raisons l'utiliseriez-vous?
10. Quels sont les principaux avantages et bénéfices liés à l'adoption de la télésanté selon vous?
11. Lorsque vous pensez à adopter la télésanté, quels sont les principaux défis et obstacles auxquels votre communauté fait face?
12. Croyez-vous que votre communauté peut surmonter ces défis et ces obstacles?
13. Quels sont les risques liés à l'adoption de la télésanté selon vous?
14. À quels changements vous attendez-vous si la télésanté est adoptée dans votre communauté?
15. Ces changements seront-ils gérables?
16. Existe-t-il des options autres que la télésanté qui conviennent mieux aux besoins en matière de soins de santé de votre communauté?

Références :

Assemblée nationale (Québec) , 37e législature, Projet de loi no 83 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Adopté 25 nov. 2005

Atlantic Telehealth Workshops: Working Together to Create a First Nations Telehealth Plan. Détails des ateliers et renseignements généraux, mars 2005.

BATTOCK, Andrea : Plan stratégique de télésanté triennal pour la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Inforoute santé du Canada, mars 2005.

BRYSON, John M.. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations, Jossey-Bass, 1988.

CSSSPNQL, Des communautés branchées : Forum régional sur la télésanté des Premières nations et Inuit, les 7 et 8 décembre 2005. Préparé par Richard Gray pour la CSSSPNQL.

Gouvernement du Québec, MSSS. Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, présentation générale, mars 2004.

Gouvernement du Québec, MSSS. Plan opérationnel en télésanté pour le Québec, document de travail, présenté à Inforoute Santé du Canada, février 2006.

Groupe de travail sur la télésanté, Nouveau Brunswick : Plan stratégique de la télésanté au Nouveau-Brunswick 2005-2010, Inforoute Santé du Canada, 15 mars 2005.

Inforoute Santé du Canada, Guide sur l'investissement en télésanté, 2006. www.infoway-inforoute.ca

Les Canadiens en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002.

www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2002-fed-comp-indicat/2002-health-sante2_f.html

Kuh-ke-nah International Indigenous SMART Communities Gathering Final Report July 2004.

knet.ca/documents/KO-Final-Report-International-Conference-March2004.pdf

Léonard, Natalie. Aboriginal Telehealth Strategic Plan for Atlantic Canada, Analyse de l'information sur la santé et solutions e-santé, DGSPNI, région de l'Atlantique, Santé Canada.

Rapport de l'atelier sur la télésanté des Premières nations : « Building a Telehealth Toolkit for Sioux Lookout Zone Communities », Sioux Lookout, Ontario, 2002.

<http://knet.ca/documents/Final-Workshop-Report-Dec-02.pdf>

ANNEXE 5: LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

Trevor Craddock, Keston Group

Ernie Dal Grande, DGSPNI, Unité des solutions e-santé, Santé Canada, Ottawa

Johanne Desrochers, MUHC

Mamadou Drave, DGSPNI, Unité des solutions e-santé, Santé Canada, bureau régional de Montréal

Sandro Echaquan, projet de télésanté de Manawan

Richard Gray, CSSSPNQL

Valerie Hagerman, directrice de la télésanté, River Valley Health Region, Fredericton

Eric Labbe, technicien en télécommunications et en informatique, projet de télésanté de Manawan

Christian-Marc Lanouette, MSSS

Diane Maude-Martel, RUIS - Université Laval

Donald-Daniel Picard, Inforoute Santé du Canada

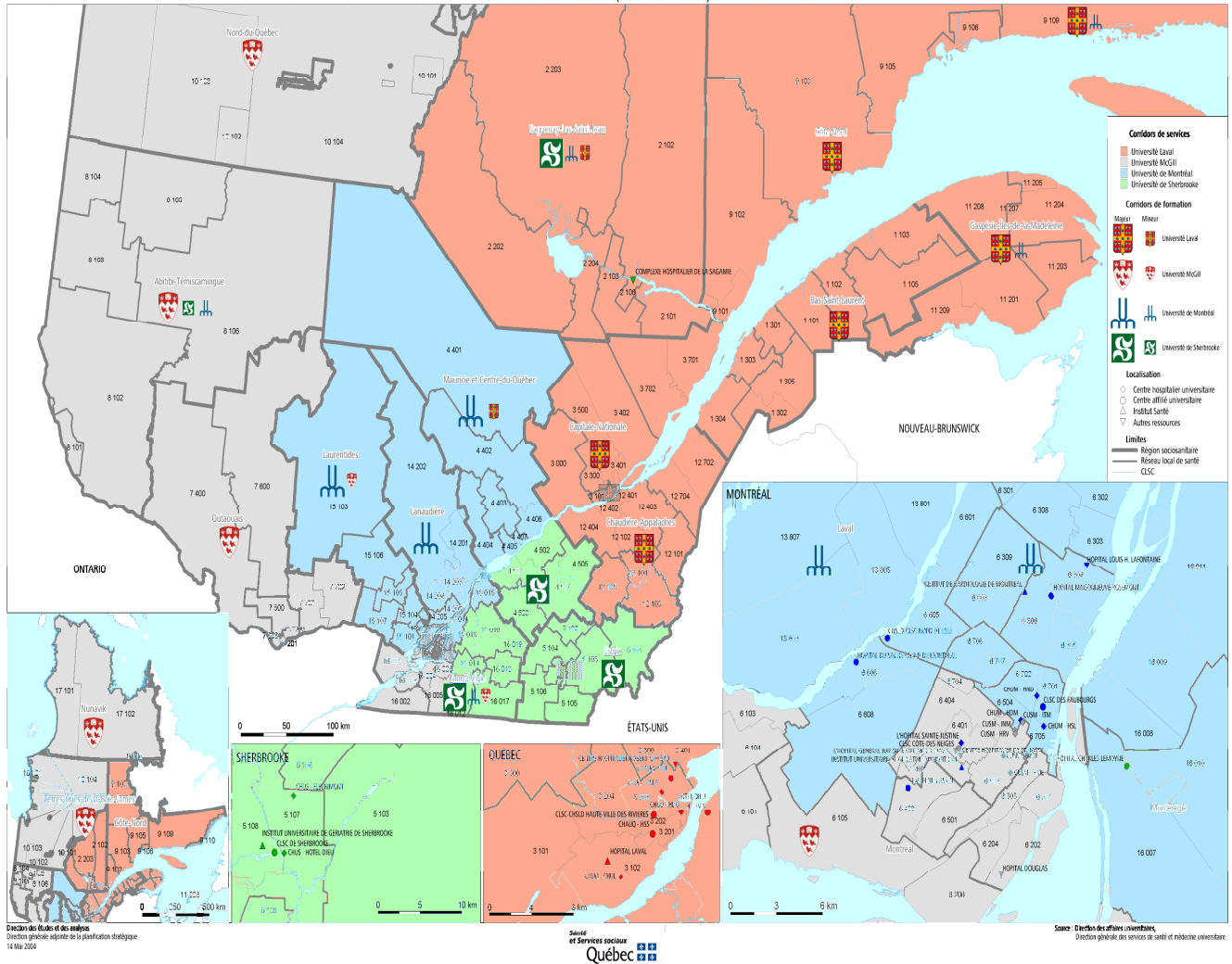
Madeleine St-Gelais, coordonnatrice de télésanté, CUSM

Roger St Gelais, Agence Côte-Nord

Tim Whiteduck, CEPN

ANNEXE 6: CARTE FRONTIÈRES DES TERRITOIRES DES RUIS

PROJET DE RÉPARTITION DES TERRITOIRES ENTRE RUIS POUR L'OFFRE DES SERVICES DE 2IÈME ET 3IÈME LIGNE (SURSPÉCIALISÉS) ET DE FORMATION



ANNEXE 7: CARTE CONNECTIVITÉ DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS



ANNEXE 8: COMMUNAUTÉS REPRÉSENTÉES PAR LA CSSSPNQL SELON LA NATION, LA POPULATION, L'ISOLEMENT OU L'ÉLOIGNEMENT, ET LE TYP D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

By nation, population, isolation or remoteness and the type of health establishment.

Communautés	Region	Pop.	Type	Poste de soins	Centre de santé	Centre de traitements	Centre de soins de longue durée
ABENAKIS							
Odanak	17	299	4		✓		
Wôlinak	17	69	4		✓		
ALGONQUINS							
Kipawa	8	263	4		✓		
Kitcisakik	8	329	2		✓		
Wolf Lake	8	0	4	✓			
Kitigan Zibi	8	1486	4		✓	✓ (Maniwaki)	✓
Lac Simon	8	1201	4		✓		
Pikogan	8	546	4		✓		
Barriere Lake	8	481	3	✓			
Timiskaming	8	544	4		✓		✓
Winneway	8	355	3	✓			
ATIKAMEKW							
Manawan	14	1915	2	✓			
Obedjiwan	4	1902	2	✓			
Wemotaci	4	1190	2	✓		✓ (La Tuque)	
HURONS-WENDAT							
Wendake	3	1273	4		✓		✓
MALECITES							
Viger	1	0	4				
MICMACS							
Gaspé	11	0	4				
Gesgapegiag	11	541	4		✓	✓	
Listuguj	11	1908	4		✓	✓ (Maria)	
MOHAWKS							
Kahnawake	16	7323	4	Hôpital			✓
Kanesatake	15	1345	4		✓	✓	✓
INNUS							
Betsiamites	9	2670	3	✓			
Essipit	9	178	4		✓		
Unamen Shipu (La Romaine)	9	928	2	✓			
Mashteuiatsh	2	2024	4		✓		✓
Matimekosh	9	715	2	✓			
Ekuanitshit (Mingan)	9	499	3	✓			

Communautés	Region	Pop.	Type	Poste de soins	Centre de santé	Centre de traitements	Centre de soins de longue durée
Natashquan	9	849	2	✓			
Pakua Shipi	9	267	2	✓			
Uashat/Maliotenam	9	2766	4		✓	✓ (Moisie)	✓
NASKAPIS							
Kawawachikamach	9	564	2	CLSC			
Total établissements				12 +Hôpital et CLSC	15	6	7
Total population CSSSPNQL		34430					
Type de communauté							
Non-isolée		4	1.00	Total:	18		
Semi-isolée		3	1.07	Total:	4		
Isolée		2	1.13	Total:	9		
Éloignée et isolée		1	1.20	Total:	0		

ANNEXE 9: ORGANISATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En 2004-2005, le gouvernement du Québec a créé une structure organisationnelle afin de faciliter la transition des personnes entre les services primaires (médecine et services sociaux généraux), secondaires (médecine et services sociaux spécialisés) et tertiaires (médecine et services sociaux hautement spécialisés) offerts par les réseaux locaux de services. La restructuration comprenait la création de 18 agences, soit les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSS), chacune étant constituée de réseaux locaux de services. Chacune des 18 régions sanitaires publiques est dotée d'au moins un des établissements suivants : centre de services sociaux et de services de santé, hôpital, centre de réhabilitation, établissement de soins de longue durée et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. À l'échelle locale, les 95 centres de services sociaux et de services de santé et leurs partenaires des réseaux locaux de services (comme les médecins de famille et les établissements offrant des services spécialisés) partagent une responsabilité collective à l'égard de la population sur leur territoire.



ANNEXE 10: POSTES DE VISIOCONFÉRENCES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Communauté	Type de connexion	Modèle	Capacité de la bande passante	Fournisseur de réseau
Kitigan Zibi Centre de santé P.O. Box 160 8, Kikinamag Mikan Maniwaki (QC), J9E 3B2	IP (Service T1 avec Bell Canada)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Bell Canada
Kitigan Zibi Centre d'éducation 41, Kikinamag Mikan Maniwaki (QC), J9E 3B2	IP (CEPN T1)	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Temiskaming Notre-Dame-Du-Nord Centre de santé 14, Algonquin Avenue P.O. Box 336 Temiskaming (QC), J0Z 3B0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Temiskaming Centre de formation communautaire Notre-Dame-Du-Nord	IP (Fibre)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Eagle Village (Kipawa) Centre de santé Eagle Village First Nation 3, Ogima Street Kipawa (QC), J0Z 2H0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Eagle Village (Kipawa) Centre d'éducation (CEPN VC System)	IP (Fibre)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Wolf Lake Centre de santé P.O. Box 998 5 Riordon, Hunters Point Timiskaming (QC) J0Z 3R0 (CEPN VC SYSTEM)	IP (Fibre)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Winneway (Long Point) Centre de santé 207, Pawitig Street Winneway River (QC), J0Z 2J0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Telebec (RISQ pour Internet)
Winneway (Long Point) Amo Ososwan School 117 Kakinawigak P.O. Box 43 Winneway, QC J0Z 2J0 (CEPN VC System)	IP	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec
Barriere Lake Centre de santé Parc de la Vérendrye, General Delivery Parc de la Vérendrye (QC), J0W 2C0	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec

Communauté	Type de connexion	Modèle	Capacité de la bande passante	Fournisseur de réseau
Barriere Lake Conseil de bande Parc de la Vérendrye, (CEPN VC SYSTEM)	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec
Kahnawake Kateri Memorial 10 River Road Kahnawake (QC), J0L 1B0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Bell Canada
Kahnawake Centre d'affaires 2, River Road (CEPN VC SYSTEM)	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Bell Canada
Kanesatake Centre de santé 12, Joseph Swan Road P.O. Box 59 Kanesatake (QC) J0N 1E0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Listuguj Centre de santé 6, Pacific Drive P.O. Box 338 Listuguj (QC) G0C 2R0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Gesgapegiag Centre de santé 95, Main Street Box 1450 Gesgapegiag (QC) G0C 1Y0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Mawioimi Treatment Center 85, School Street Gesgapegiag (Maria) (QC) G0C 1Y0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service			CEPN
Wôlinak Santé et services sociaux 10120, Kolipaio Wôlinak (QC) G0X 1B0	DSL	Polycom VSX 7000		Telebec
Wolinak Conseil de bande Education Sector 10120, rue Kolipaio (CEPN VC SYSTEM)	ISDN	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec
Odanak Santé et services sociaux 105, Sibosis Odanak (QC), J0G 1H0	DSL	Polycom VSX 7000		Bell Canada
Odanak Conseil de bande 102, rue Sibosis Education Sector Odanak (QC), J0G 1H0 (CEPN VC System)	ISDN	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Bell Canada

Communauté	Type de connexion	Modèle	Capacité de la bande passante	Fournisseur de réseau
Pikogan Abitibiwinini (Pikogan) Santé et services sociaux 35, Migwan Pikogan (QC), J9T 3A3	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Teledistribution AMOS
Education Sector Pikogan Migwan School 70, rue Migwan Pikogan (Québec) J9T 3A3	IP (Fibre)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Teledistribution AMOS
Kitcisakik Kitcisakik Santé et services sociaux C.P. 5206 — Lac Victoria Val d'Or (QC), J9P 7C6 (CEPN System)	IP (Fibre)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	Telebec (RISQ for Internet)
Kitcisakik Administrative Office 615, Avenue Centrale Val d'Or (QC), J9P 1P9	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Telebec (RISQ for Internet)
Lac Simon Lac Simon Santé et services sociaux 1020, ave. Amik-Wiche C.P. 133 Lac Simon (QC) J0Y 3M0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Telebec (RISQ for Internet)
Lac Simon Centre de formation	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	TELEBEC
Wemotaci Wemotaci Services de santé 89, Kenosi Wemotaci (QC), G0X 3R0	ISDN (Proposed)	Polycom VSX 7000		TELEBEC
Wemotaci Nikanik School C.P 43 Wemotaci (Québec) G0X 3R0	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	TELEBEC
Opiticiwan Services de santé 15, Wapistan Obedjiwan (QC) G0W 3B0	IP (C-Band-satellite)	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN (KNET)
Opiticiwan Secteur de l'éducation (CEPN VC System)	IP (C-Band – Satellite)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	CEPN (KNET)
Manawan Services de santé 135, Kicik Manawan (QC) J0K 1M0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Manawan Fibre
Manawan Secteur de l'éducation 135, Kicik Manawan (QC) J0K 1M0	IP (Fibre)	Polycom VSX 7000	384 kbps	Manawan (Centre de production-fibre)

Communauté	Type de connexion	Modèle	Capacité de la bande passante	Fournisseur de réseau
Wendake Santé et services sociaux Huronne-Wendat Nation Conseil de bande 255 Place Chef Michel Laveau Wendake (QC), G0A 4V0	IP (CEPN T1)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	CEPN
Viger Conseil de bande 112 rue de la Grève Cacouna (QC), G0L 1G0 (CEPN VC System)	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	CEPN – CEPN
Essipit Santé et services sociaux 32 rue de la Réserve Essipit (QC), G0T 1K0	DSL (or Cable-modem)	Polycom VSX 7000	Public DSL (384 kbps not assured)	Bell Canada
Betsiamites Santé et services sociaux 2 rue Ashini Betsiamites (QC), G0H 1B0	CEPN – CEPN T1	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Mingan (Ekuanitshit) Santé et services sociaux 27 Rue Mathias-Uahauna C.P. 357 Mingan (QC), G0G 1V0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Uashat Mak Mani-Utenam Santé et services sociaux 596, Ennuat Mani-Utenam, G4R 4K2	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Unamen Shipu (La Romaine) Centre de santé La Romaine, Cté Duplessis (QC), G0G 1M0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Natashquan Santé et services sociaux 184, rue Pashin Natashquan (QC), G0G 3E0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Mashteuiatsh Secteur de l'éducation Kassinu-Mamu School 1743, rue Amisk Mashteuiatsh (Qc) G0W 2H0 (CEPN VC System)	IP (CEPN T1)	Polycom VSX 7000	84 kbps	CEPN
Pakua Shipi (St-Augustin) Santé et services sociaux C.P. 39 Pakua Shipi (QC), G0G 2R0	Wireless 5.4 Ghz (54 MB) CEPN T1 service	Polycom VSX 7000	384 kbps	CEPN
Gespeg (Gaspé) Conseil de bande 783, boul. Pointe-Navarre C.P. 69 Fontenelle (Gaspé), (QC), G4X 6V2	ISDN (3 x ISDN BRI)	Polycom Ipower 9000	384 kbps	TELUS CEPN

ANNEXE 11: ÉCHÉANCIER

Tâche	8/7	1/8	6/8	12/8	6/9	12/9	6/10	12/10
Étude de faisabilité relative aux télécommunications								
Plan de communications								
Protocoles d'entente et plan de viabilité								
Orientation stratégique 1 : Téléapprentissage								
Évaluer les besoins en éducation de la communauté								
Moderniser les installations de télécommunications pour avoir un accès								
Préparer et diffuser le calendrier								
Terminer la phase 1, obtenir le financement		*						
Offrir cours et programmes (OIIQ-MUHC)								
Évaluer les résultats								
Orientation stratégique 2 : Diabète								
Critères, appel de propositions, en choisir 5								
Obtenir l'approbation – agences, RUIS : protocoles d'entente – CSSS								
Terminer la phase 1, obtenir le financement		*						
Acquérir des unités mobiles de télésanté pour la rétinopathie								
Entamer le programme de dépistage								
Entamer les programmes de télésoins à domicile								
Évaluer les résultats								
Orientation stratégique 3 : Santé Mentale								
Critères, appel de propositions, en choisir 1								
Obtenir l'approbation – agences, RUIS : protocoles d'entente – CSSS								
Terminer la phase 1, obtenir le financement			*					
Équiper les salles convenables pour les soins de la santé mentale à distance								
Évaluer les résultats								
Orientation stratégique 4 : Téléconsultations sélectives								
Critères, appel de propositions, en choisir 3								
Obtenir l'approbation – agences, RUIS : protocoles d'entente – CSSS								
Terminer la phase 1, obtenir le financement			*					
Rénover les salles pour la télésanté								
Évaluer le projet								

BIBLIOGRAPHIE

¹ « Telemedicine and Telehealth in Canada, 40 Years of Change in the Use of Information and Communications Technologies in a Publicly Administered Health Care System », *The Telemedicine Journal*, vol. 4, n° 3, automne 1998, p. 199-205.

² Communautés branchées : Forum régional de télésanté chez les Premières Nations et les Inuits, 7 et 8 décembre 2005, Montréal.

³ Le plan reflèterait les plans des communautés en matière de santé, mais avec quelques exceptions, car il n'a pas été possible d'obtenir les plans des communautés individuelles.

⁴ Assemblée Nationale (Québec), 37^e législature, Projet de loi n° 83 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'autres dispositions législatives. Adopté le 25 nov. 2005.

⁵ Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000*. http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/stats_profil_f.html. Consulté de 30 juin 2007.

⁶ Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002*, rapports finaux (septembre 2006).

⁷ CSSSPNQL, *Évaluation des exigences de soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit – Rapport régional du Québec*, juillet 2006.

⁸ Gouvernement du Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, *The Amerindians and Inuit of Québec : Eleven Contemporary Nations*, Québec 2001.

⁹ Santé Canada, Unité des solutions e-santé de la DSPNI, *Renseignements généraux sur les activités de télésanté dans les communautés des Premières Nations et des Inuits*. Document de travail. Août 2004.

¹⁰ CSSSPNQL www.cssspnql.com. Consulté le 3 juillet 2007.

¹¹ Conseil en éducation des Premières Nations. *Rapport annuel 2005-2006*. www.cepn-fnec.com/p_pub/p_rap/index_f.html. Consulté le 14 avril 2007.

¹² www.risq.qc.ca

¹³ Le projet a remporté deux prix : le Prix Qualité 2004 de l'Association des CLSC et le prix Alain Cloutier, en 2006. Une description complète des besoins et de l'organisation en matière de santé figure dans le document de l'OIIQ, *Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway*, 2004.

¹⁴ Dal Grande, Ernie, *La télésanté chez les Premières nations et les Inuits*. Symposium RQT, Québec, novembre 2006.

¹⁵ Hogenbirk, John C. et coll., *KO Telehealth /North Network Expansion Project Final Evaluation Report*, Centre for Rural and Northern Health Research March 2006. telehealth.knet.ca/modules/ContentExpress/img_repository/KOTH_NORTH%20Network%20Expansion%20Project%20-%20Evalaution%20Final%20Report%2031-March-2006.pdf. Consulté le 17 avril 2007.

¹⁶ MBTelehealth, www.mbtelehealth.ca.

¹⁷ Renseignements obtenus de Chris Sarin et Holli-Anne Passmore, le 3 juillet 2007.

¹⁸ Par exemple, le projet Screen for Limb, I-Sight, Cardiovascular and Kidney (SLICK) en Alberta utilise deux unités mobiles dotées de technologies de l'information et des communications avancées pour dépister le diabète dans les communautés des Premières Nations par un examen de la rétine.

¹⁹ Voir, par exemple, Muttitt et coll., « Integrating Telehealth into Aboriginal Healthcare: The Canadian Experience ». *International Journal of Circumpolar Health*, 63:4, 2004.

²⁰ CSSSPNQL. Consultation régionale sur les besoins communautaires en santé électronique chez les Premières Nations. Rapport régional. CSSSPNQL et Santé Canada, 2006.

²¹ CSSSPNQL, Op Cit

²² Communication avec M Christian-Marc Lanouette le 5 juillet 2007.

²³ Vidéo *Turning the Corner*.

²⁴ Santé Canada, DSPNI, *Information Sharing Session: discussion of Potential Strategies to Support Nursing Practice in First Nations and Inuit Communities*, EKOS Research Associates, juin 2001.

²⁵ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Enquête régionale longitudinale des Premières Nations de la région du Québec 2002*, Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés. Québec. 2006.

²⁶ Association canadienne du diabète, *The prevalence and costs of diabetes*. www.diabetes.ca. Consulté le 17 avril 2007.

²⁷ Hanley, A.J. *Diabetes in Indigenous Peoples*. American Diabetes Association 66th Scientific Sessions. Medscape. 2006.

²⁸ Le projet de prévention du diabète des écoles de Kahnawake est un exemple de projet communautaire d'intervention et de promotion de la santé qui pourrait être appliqué à d'autres communautés. La télésanté pourrait servir de véhicule pour communiquer des histoires de réussite comme celle-ci. Sherri Bisset et coll., « Legitimizing diabetes as a community health issue: a case analysis of an Aboriginal community in Canada ». *Health promotion International*, 19:3 Oxford University Press, 2004.

²⁹ Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), *La reconnaissance de la pratique infirmières en région éloignée : Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée.*, 2004.

³⁰ River Valley Health, *Telemental Health and Teleaddictions Partnerships Project Evaluation Report*, juillet 2006.

³¹ Hogenbirk et coll., Op Cit

³² OIIQ, Fiche 5 : Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway. 2004.

³³ Hagerman, Valerie, *Impact of Telehomecare on Chronic Disease Management in New Brunswick*. Présentation, symposium RQT, novembre 2006.

³⁴ RUIS Université de Montréal, Équipe télésanté, *Planification de la gestion du changement au sein d'un projet de télésanté*, Montréal Automne 2006.