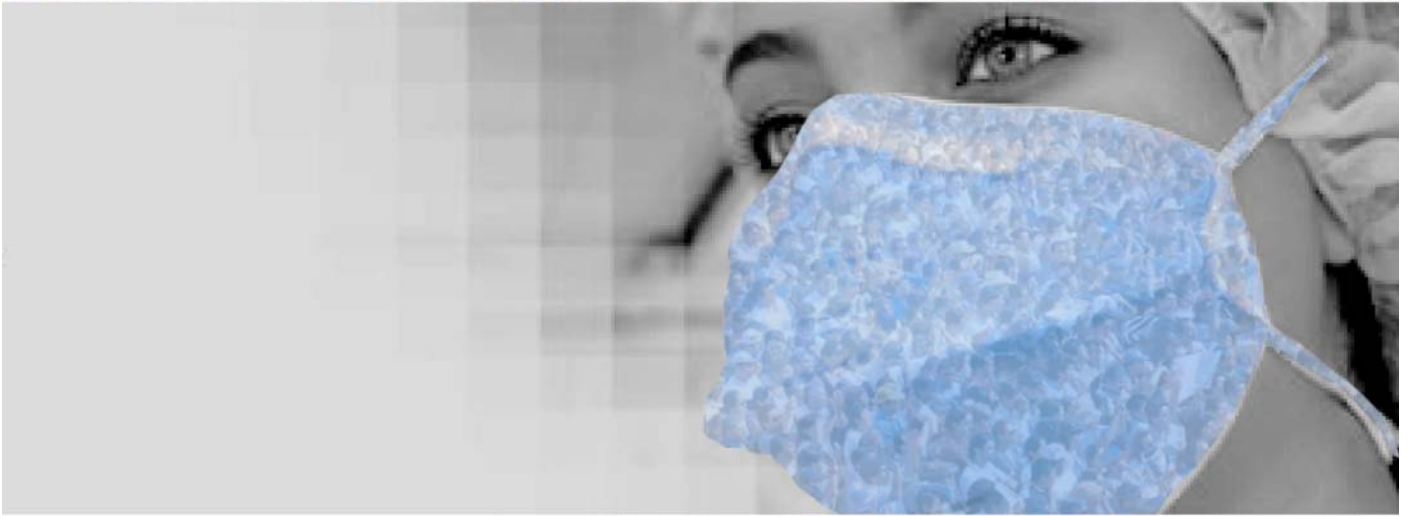




**Évaluation de l'état de préparation à la pandémie appréhendée  
d'influenza des communautés des Premières Nations du Québec**



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

## **MISE EN GARDE**

À moins d'indication spécifique, les termes masculins utilisés dans le document sont pris au sens générique et désignent à la fois les personnes de l'un ou l'autre sexe. Ils sont utilisés dans le seul but d'en alléger la lecture.

Le présent document ne remplace en aucun cas les textes de loi en vigueur, ni ne constitue un avis légal.

**© Tous droits réservés, Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Wendake (Québec), 2007.**

Toute reproduction totale ou partielle du présent document, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans la permission écrite de la Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

## **REMERCIEMENTS**

La Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador est heureuse de présenter cet ouvrage sur l'état de préparation des Premières Nations du Québec à la pandémie d'influenza.

Elle désire tout d'abord remercier toutes les communautés qui ont participé à cette évaluation et souligner l'excellent travail des gens qui ont collaboré de près ou de loin à ce projet.

Enfin, nous tenons à remercier Santé Canada pour sa contribution financière.

Coordination : Sophie Picard, Marjolaine Sioui

Recherche et rédaction : Gestion SPL, sous la direction de la CSSSPNQL

Conception graphique : Chantal Cleary

Ce document a été produit par la  
Commission de la Santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador  
250, Place Chef Michel Laveau, local 102  
Wendake (Québec) G0A 4V0  
Tél : 418 842-1540  
Télé : 418 842-7045  
Site web : [www.cssspnql.com](http://www.cssspnql.com)

10 juillet 2007

## TABLE DES MATIÈRES

Table des matières .....	v
Liste des tableaux et figures .....	ix
Liste des abréviations, sigles et acronymes .....	xi
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1.0 Les dispositifs fédéral et québécois de lutte contre la pandémie : un partage des responsabilités qui reste à définir en ce qui concerne les Premières Nations</b> .....	<b>3</b>
1.1 La pandémie appréhendée d'influenza, une menace globale pour toute collectivité.....	3
1.1.1 L'état actuel de la situation.....	3
1.1.2 Les impacts prévisibles de la pandémie.....	6
1.2 Le cadre juridique et administratif applicable en matière de préparation à la pandémie au Québec : le cas particulier des autochtones.....	8
1.2.1 Partage constitutionnel des compétences et lutte à la pandémie .....	8
1.2.1.1 Le recours aux pouvoirs d'urgence en situation exceptionnelle.....	9
1.2.1.2 Le partage des pouvoirs dans le domaine de la santé .....	9
1.2.1.3 Le partage des pouvoirs en ce qui concerne les autochtones.....	10
1.2.2 Cadre législatif et organisation administrative de la lutte à la pandémie .....	10
1.2.2.1 Cadre d'intervention fédéral de la lutte à la pandémie .....	10
1.2.2.2 Cadre d'intervention québécois de la lutte à la pandémie .....	15
<b>2.0 L'intégration des communautés et des organisations des Premières Nations aux plans de lutte à la pandémie canadien et québécois : une problématique particulière.</b> .....	<b>20</b>
2.1 Les communautés non conventionnées des Premières Nations du Québec et leur état de préparation relativement à la menace pandémique .....	20
2.1.1 Les pouvoirs et les responsabilités des communautés en matière de santé et de services sociaux concernant la lutte à la pandémie d'influenza.....	20
2.1.2 L'état de préparation des communautés dans les cinq volets de la mission santé — une synthèse.....	24

## TABLE DES MATIÈRES

2.1.3	L'état de préparation des communautés : quelques constats .....	37
2.2	Les organisations des Premières nations et leurs responsabilités en matière de sécurité sociosanitaire contre la menace pandémique. ....	39
2.2.1	Le Secrétariat de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.....	40
2.2.1.1	Statut juridique, pouvoirs et responsabilités.....	40
2.2.1.2	Responsabilités particulières envers la menace pandémique- le plan d'urgence tous risques.....	41
2.2.2	La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador .....	41
2.2.2.1	Statut juridique, pouvoirs et responsabilités .....	41
2.2.2.2	Responsabilités particulières relativement à la préparation et à l'intervention contre la menace pandémique : la mission santé .....	42
<b>3.0</b>	<b>Offrir aux membres des communautés des Premières Nations une protection comparable à celle des citoyens des municipalités locales du Québec : quelques recommandations .....</b>	<b>44</b>
3.1	Rendre les communautés aptes à lutter efficacement contre la pandémie .....	44
3.1.1	Élaboration d'un plan d'action intégré pour la mise en œuvre des programmes gouvernementaux.....	44
3.1.2	Élaboration d'un plan d'action pour le soutien aux communautés.....	45
3.1.3	L'harmonisation des différents plans d'urgence.....	46
3.1.4	La création de nouveaux liens à l'échelon régional entre les services de santé et les services sociaux des communautés et le réseau de santé québécois. ....	47
3.2	Consolider le rôle de la Commission au sein des Premières Nations et vis-à-vis ses partenaires gouvernementaux dans les plans de lutte à la pandémie.....	52
3.2.1	Reconnaissance du statut de la Commission en tant qu'acteur essentiel dans les plans gouvernementaux de lutte à la pandémie .....	52

## TABLE DES MATIÈRES

3.2.1.1 Un rôle d'agent de coordination, de liaison, de soutien et d'animation ...	55
3.2.1.2 Un rôle de collecteur et d'interprète de l'information .....	56
3.2.2 Intégration de la Commission aux activités de coordination interministérielles affectant les Premières Nations .....	57
3.2.2.1 Nouveaux liens de communication proposés entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Commission.....	57
3.2.2.2 Création de lieux de concertation et de liens de communication en amont du processus décisionnel.....	60
3.2.3 Mise en œuvre des mesures de préparation à la lutte à la pandémie au sein de la Commission et des autres organisations autochtones du Québec .....	65
3.2.3.1 Fonctions de l'unité de coordination de la lutte à la pandémie de la Commission .....	65
3.2.3.2 La formation des intervenants et l'adaptation des services aux particularités culturelles et sociales des communautés.....	69
3.2.3.3 Le plan de gestion du risque de pandémie et le plan de continuité des activités de la Commission .....	70
<b>CONCLUSION</b> .....	75
<b>LISTE DES RECOMMANDATIONS</b> .....	77
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	81
<b>ANNEXES</b> .....	85



## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>TABLEAUX</b>		<b>PAGES</b>
1	Phases de la pandémie selon l'OMS et stratégies de gestion correspondantes .....	5
2	Impact d'une première vague pandémique selon le nombre de résidants d'une communauté.....	6
3	Compilation des données de base (20 communautés) .....	26
4	Formation et documentation reçues (20 communautés) .....	26
<b>FIGURES</b>		
1	Schéma général des liens entre la structure fédérale d'intervention en situation d'urgence et celle de chacune des provinces.....	12
2	Schéma simplifié des liens entre les structures québécoise et fédérale d'intervention en cas de pandémie et les autorités locales : municipalités et communautés des Premières Nations.....	19
3	Compilation 5 volets.....	27
4	Compilation – volet santé publique .....	28
5	Compilation – volet santé physique.....	29
6	Compilation – volet psychosocial.....	30
7	Compilation – volet communications .....	31
8	Compilation – volet maintien des services .....	32
9	Compilation 5 volets – communautés françaises.....	33
10	Compilation 5 volets – communautés anglaises .....	33
11	Compilation 5 volets – communautés non isolées.....	34
12	Compilation 5 volets – communautés semi isolées .....	34
13	Compilation 5 volets – communautés isolées.....	35
14	Compilation 5 volets – communautés de moins de 500 personnes.....	36
15	Compilation 5 volets – communautés de 501 à 1000 personnes .....	36

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>FIGURES</b>	<b>PAGES</b>
16	Compilation 5 volets – communautés de 1001 à 3000 personnes ..... 37
17	Liens existants et proposés entre les Services de santé et services sociaux des communautés de Premières Nations aux échelons régional et local du plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza ..... 51
18	Liens entre les Premières Nations et les partenaires fédéraux et québécois au 31 mars 2007 — phase de préparation du plan de lutte à la pandémie appréhendée d'influenza ..... 54
19	Liens existants et proposés entre les Premières Nations et le réseau québécois de la santé et services sociaux..... 59
20	Liens proposés entre les Premières Nations et les partenaires des gouvernements fédéral et québécois — phase de préparation du plan de lutte à la pandémie appréhendée d'influenza ..... 64

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

APN	Assemblée des Premières Nations
APNQL	Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador
ASPC	Agence de Santé Publique du Canada
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CPN	Communautés des Premières Nations
CS	Centre de santé
CSCQ	Comité de la sécurité civile du Québec
COG	Centre des opérations du gouvernement fédéral
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DSPNI	Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits (bureau régional de la DGSPNI)
GFO	Groupe fédéral des opérations
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MRC	Municipalités régionales de comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
OSCQ	Organisation de sécurité civile du Québec
PLPI	Plan local de lutte contre la pandémie d'influenza
PRPI	Plans régional de lutte à une pandémie d'influenza
PMPI	Plan ministériel de lutte à la pandémie d'influenza (du MSSS)
PNSC	Plan national de sécurité civile

### **LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

PQLPI	Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza
PQLPI-MS	Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza - Mission santé
PMU	Plan de mesures d'urgence tous risques
PSI	Postes de soins infirmiers
PN	Premières Nations
SC	Santé Canada
SM	Sous-ministre
SMA	Sous-ministre adjoint
SNIU	Système national d'intervention en cas d'urgence
SPPCC	Sécurité publique et de la Protection civile du Canada
SSNA	Soins de santé non assurés



## INTRODUCTION

Le 22 août 2006, s'est tenue une première rencontre des directeurs des services de santé des communautés du Québec portant spécifiquement sur la pandémie d'influenza appréhendée. Celle-ci a servi de catalyseur aux initiatives ultérieures de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) en matière de lutte pandémique. En effet, pour répondre à la volonté des communautés, la Commission s'est donnée le mandat d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de travail, pour coordonner efficacement la préparation des communautés en vue de répondre à la menace grave que représente la pandémie d'influenza.

Ce mandat peut se résumer en trois fonctions principales:

- veiller à ce que les communautés aient un plan de lutte à la pandémie et les soutenir dans leurs activités de préparation et de mise en œuvre;
- favoriser les liens entre les différents acteurs du réseau de la santé québécois et les communautés qui le désirent;
- veiller à ce que toutes les communautés soient consultées dans l'élaboration des plans régionaux de santé et de services sociaux du Québec.

La Commission a aussi effectué les démarches nécessaires pour obtenir le financement permettant d'aller de l'avant dans la réalisation des engagements qui ont été formulés dans le cadre du forum socio-économique tenu à Mashteuiatsh en octobre 2006.

Étant donné l'importance de ce nouveau mandat, qui s'ajoute aux responsabilités qu'elle exerce déjà quotidiennement auprès des communautés en matière de santé et de services sociaux, la Commission jugeait essentiel de consolider davantage sa position au sein des institutions des Premières Nations et envers ses partenaires du gouvernement fédéral et du gouvernement québécois.

Le 16 janvier 2007, pour la soutenir dans sa démarche, la Commission donnait à la firme de consultants *Gestion SPL Inc.*, le mandat d'évaluer l'état de préparation des communautés relativement au plan de lutte à la pandémie d'influenza – mission santé. Les résultats de l'évaluation devaient ensuite faire l'objet d'un rapport comprenant les recommandations utiles sur les mesures qui doivent être prises par la Commission pour assurer une préparation adéquate des communautés. Les communautés visées sont au nombre de 32 et comprennent essentiellement les communautés non conventionnées du sud du Québec, excluant ainsi celles situées sur les territoires de l'Administration régionale Crie et de l'Administration régionale Kativik. L'évaluation de l'état de préparation des 32 communautés a été réalisée à l'aide d'un questionnaire détaillé qui a été élaboré spécifiquement à cette fin et complété par une majorité d'entre elles. Ce questionnaire a été conçu de manière à servir aussi d'outil d'aide à la préparation à la lutte contre une pandémie appréhendée.

Par ailleurs, pour être en mesure d'évaluer les mesures à prendre par la Commission pour accomplir son mandat de soutien aux communautés, nous avons mené une recherche documentaire sur le rôle et les responsabilités assumés par la Commission en rapport avec ses partenaires institutionnels autochtones et ceux des gouvernements fédéral et québécois. Cette

étude a été orientée principalement sur les aspects juridiques, administratifs et organisationnels qui définissent le cadre d'intervention de la lutte à la pandémie d'influenza applicable aux Premières Nations du Québec. L'analyse des résultats recueillis dans le questionnaire d'évaluation et la réflexion qui a accompagné notre recherche documentaire, nous a permis d'identifier un certain nombre d'actions à prendre pour soutenir davantage les communautés et pour consolider le rôle de la Commission au sein du dispositif de lutte à la pandémie chez les Premières Nations.

Le présent rapport commencera par un chapitre exposant sommairement le phénomène de la pandémie appréhendée d'influenza avec ses impacts prévisibles sur la population, et le cadre d'intervention qui a été prévu au Canada et au Québec pour mobiliser les organisations publiques de façon à en contrer les effets. Le second chapitre, aborde la problématique que représente l'intégration des communautés et des organisations des Premières Nations dans les plans de lutte à la pandémie établis par les deux paliers de gouvernement. Il présente d'abord les obstacles structurels auxquels sont confrontées les communautés, puis il poursuit avec l'analyse de leur état de préparation à partir du questionnaire de sondage qu'elles ont complété. Ce chapitre présente aussi la Commission et le Secrétariat de l'APNQL, leur statut juridique et leurs responsabilités en matière de lutte pandémique.

Enfin, le troisième chapitre présente plusieurs recommandations destinées à rendre les communautés aptes à lutter plus efficacement, notamment par une meilleure intégration des programmes gouvernementaux et des plans d'urgence, de même que par la création de liens institutionnels nouveaux avec le réseau québécois de la santé. D'autres recommandations visent à consolider le rôle de la Commission par la création de liens continus de communication et de lieux de concertations avec les ministères fédéraux et québécois concernés. Il souligne aussi l'importance que la Commission et les autres organisations doivent accorder à leur propre préparation afin d'être en mesure de soutenir efficacement les communautés avant et pendant la pandémie appréhendée.

## **1.0 LES DISPOSITIFS FÉDÉRAL ET QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LA PANDEMIE : UN PARTAGE DES RESPONSABILITÉS QUI RESTE À DÉFINIR EN CE QUI CONCERNE LES PREMIÈRES NATIONS**

### **1.1 LA PANDEMIE APPRÉHENDÉE D'INFLUENZA, UNE MENACE GLOBALE POUR TOUTE COLLECTIVITÉ.**

#### **1.1.1 L'état actuel de la situation**

Depuis maintenant quelques années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suit l'évolution d'un virus d'influenza de souche H5N1. Ce virus génétiquement instable a pour réservoir naturel primaire les oiseaux sauvages notamment les oiseaux migrateurs, d'où son nom de grippe aviaire. La première transmission documentée de ce virus remonte à 1997 dans la ville de Hong Kong, 18 personnes ont alors été infectées et 6 d'entre elles sont décédées. Depuis lors, des transmissions épisodiques ont eu lieu en Asie, en Europe et en Afrique. Jusqu'à maintenant, la maladie ne se serait transmise que par contact entre des humains et des oiseaux. Même si aucune transmission par contact direct d'humain à humain n'a encore été documentée, on soupçonne que dans des cas rares, il y aurait eu transmission entre les membres d'une même famille<sup>1</sup>. Au 16 mai 2007, l'OMS enregistrait 306 cas de contamination dont 185 ont entraîné des décès<sup>2</sup>.

Selon les autorités sanitaires de l'OMS, de l'Agence canadienne de santé publique et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le risque que ce virus ne subisse une mutation et puisse être transmissible par contact direct entre humains est bien réel. La propagation de la maladie prendrait alors des proportions semblables à celles des grandes pandémies qui sont survenues au XXe siècle :

«Une pandémie d'influenza est une épidémie limitée dans le temps, mais illimitée en étendue, affectant des populations réparties sur plusieurs continents. De tels phénomènes peuvent s'avérer dévastateurs. Au siècle dernier, nous avons connu trois pandémies d'influenza, toutes d'origine aviaire : la « grippe espagnole » en 1918-19, la « grippe asiatique » en 1957-58 et la « grippe de Hong Kong » en 1968-69. Les données historiques démontrent qu'une nouvelle souche pandémique du virus de l'influenza émerge en l'espace de quelques décennies. Bien qu'il soit impossible d'en prédire le moment avec précision, certaines conditions, lorsqu'elles sont réunies, en augmentent la probabilité. Or, les experts s'entendent aujourd'hui pour dire qu'une telle éventualité est de plus en plus probable. En effet, trois des quatre conditions requises

<sup>1</sup> QUEBEC, *Pandémie d'influenza – Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2006, p.14.

En ligne : Ministère de la Santé et des Services sociaux :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf> .

<sup>2</sup> OMS, *Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO*, en ligne: OMS: [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2007\\_05\\_16/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_05_16/en/index.html) [dernier accès, 16 mai 2007]

pour l'émergence d'un virus pandémique sont actuellement rassemblées, rendant le risque de pandémie réel.»<sup>3</sup>

Les trois conditions qui existent présentement et qui favorisent l'émergence d'un virus pandémique sont les suivantes : l'apparition d'une nouvelle souche, notre vulnérabilité à ce virus et la virulence de celui-ci. La seule condition qui manque est sa transmissibilité par contact direct entre humains. Lorsque cette étape sera franchie, il nous faudra être capable de passer rapidement de la phase de préparation à celle de l'intervention elle-même.

L'échelle établie par l'OMS pour identifier l'évolution du risque appréhendé de pandémie compte 6 phases. Les deux premières correspondent à la période interpandémique, tandis que les phases 3, 4 et 5 correspondent à la période d'alerte pandémique, et la phase 6 correspond à la période de pandémie elle-même. Nous sommes maintenant rendus à la phase 3 sur cette échelle, car la maladie ne peut être transmise à l'humain que par des contacts étroits et prolongés avec la volaille. Cependant, lorsque nous atteindrons la phase 4, cela signifiera que la maladie a commencé à se transmettre par contacts humains et que les services de santé devront se préparer à la possibilité d'une propagation de la maladie au Canada dans les mois qui vont suivre. On trouvera au tableau 1 présenté à la page suivante, la description de chacune des phases et les stratégies de préparation correspondantes.

Lorsque le virus deviendra transmissible par contact direct entre humains, l'évolution prévisible de la pandémie pourrait se présenter ainsi :

- D'abord, le virus arriverait au Canada de 1 à 6 mois après son émergence dans une autre partie du globe ;
- le premier pic de contamination commencerait de 2 à 4 mois après l'arrivée du virus ;
- le premier pic de mortalité surviendrait un mois après le pic de contamination de la maladie.

Ensuite, il nous faudra prévoir 2 vagues supplémentaires et peut-être plus. La deuxième vague surviendrait de 3 à 9 mois suivant la vague initiale et elle serait aussi dévastatrice que la première. Chacune des vagues durerait entre 6 et 8 semaines.

Durant toute cette période, on peut entrevoir que la pandémie entraînera plusieurs impacts prévisibles sur la population. Non seulement la santé des personnes sera menacée, mais aussi leur bien-être matériel ainsi que le fonctionnement de la société dans son ensemble. C'est un aperçu de ces impacts qui sera présenté dans les prochaines lignes.

---

<sup>3</sup> QUEBEC, *Pandémie d'influenza – Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, op.cit., note 1, p. 13.

**Tableau 1 Phases de la pandémie selon l'OMS et stratégies de gestion correspondantes**

**Tableau 1 Phases de la pandémie selon l'OMS et stratégies de gestion correspondantes**

Phase	Description	Stratégie
Période inter-pandémique	Conditions normales	Préparation générale
Période pré-pandémique		
Phase 1	Aucun nouveau sous-type de virus de la grippe n'a été détecté. Si le virus est présent chez les animaux, le risque d'infection ou de maladie humaine est supposé être faible.	Préparation renforcée
Phase 2	Aucun nouveau sous-type de virus de la grippe n'a été détecté chez l'homme. Toutefois, un sous-type circulant chez les animaux peut poser un risque de maladie humaine.	Limitier le risque
Période d'alerte pandémique		
Phase 3 <b>(phase actuelle)</b>	Infection(s) humaine(s) avec un nouveau sous-type, mais pas de propagation entre les hommes ou, dans les cas les plus rares, de propagation par contact rapproché.	Détection précoce, notification et intervention
Phase 4	Petits groupes avec transmission limitée entre les hommes et propagation très localisée, suggérant que le virus n'est pas bien adapté à l'homme.	Confinement
Phase 5	Groupes plus importants mais la propagation entre les hommes est toujours très localisée, suggérant que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme, mais il se peut qu'il ne soit pas encore entièrement transmissible (possible risque de pandémie).	Gagner du temps pour mettre en place des mesures d'intervention
Phase 6	Pandémie : transmission accrue et soutenue dans la population générale.	Limitier les effets d'une pandémie
Continuité post-pandémique		Récupération

© Aaence de santé publiaaue du Canada. 2005

### 1.1.2 Les impacts prévisibles de la pandémie

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* prévoit que le nombre de personnes directement infectées par le virus d'influenza lors d'une pandémie sera de 15 à 35% suivant la sévérité de la pandémie<sup>4</sup>. Le guide du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec présente les impacts prévisibles directs sur la population du Québec de la façon suivante :

«...le Ministère a adopté, à des fins de planification, l'hypothèse qu'une pandémie d'influenza atteindrait 35 % de la population en première vague, sur une période de huit semaines. Dans ce modèle,

- 2,6 millions de personnes seraient infectées;
- 1,4 million de personnes devraient requérir les services de professionnels de la santé en consultation;
- 34 000 personnes nécessiteraient une hospitalisation et
- 8 500 personnes pourraient en décéder.»<sup>5</sup>

Si l'on transpose ces chiffres sur une population correspondant à des communautés de 500 à 5 000 habitants, les impacts prévisibles de la pandémie au cours d'une première vague seraient approximativement ceux présentés dans le tableau 2 :

**Tableau 2 : Impact d'une première vague pandémique selon le nombre de résidents d'une communauté**

	Effet sur les personnes	Proportion de la population <sup>6</sup>	Population de la communauté			
			500	1 500	2 500	5 000
<b>A</b>	<b>Personnes infectées</b>	35%	175	525	875	1 750
<b>B</b>	<b>Consultation médicale</b>	50% de A	87	262	437	875
<b>C</b>	<b>Hospitalisation</b>	1% de A	2	5	9	17
<b>D</b>	<b>Décès</b>	0.4% de A	1	2	3	7

### Les services de santé et les services sociaux

On peut appréhender les effets de l'absentéisme en milieu de travail qui serait généré par la pandémie. Il se manifesterait dans les directions des services de santé et des services sociaux des communautés au moment même où le besoin en personnel se ferait le plus sentir. En effet, une surcharge de travail sera provoquée par la grande affluence de patients demandant une consultation auprès d'un professionnel de la santé et par ceux qui nécessiteront une hospitalisation.

<sup>4</sup> CANADA, , *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, Agence de santé publique du Canada, 2006, Deuxième section – Contexte, p. 4 : en ligne : [http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index_f.html).

<sup>5</sup> *Id.*, p. 15.

<sup>6</sup> Pour les pourcentages, voir : *Id.*, p.4..

De plus, si le taux d'absentéisme directement causé par l'infection des personnes peut atteindre 35%, à cela nous devons aussi ajouter les absences courantes ainsi qu'une proportion additionnelle de travailleurs qui refuseront de se présenter pour des raisons personnelles (soins à un proche, prudence, garde d'un enfant, etc.) Le scénario du pire doit donc prévoir une réduction du personnel de 35 à 50%<sup>7</sup>. Les services de santé et services sociaux des communautés devront quand même assurer les soins essentiels à la population qu'ils desservent au cours de cette période difficile.

### **La collectivité en général**

Soulignons ici qu'une pandémie diffère des autres situations d'urgences majeures. Lorsqu'elle se manifesterait, elle sévirait simultanément partout à travers les communautés autochtones du pays pendant plusieurs mois. Les travailleurs de la santé et les premiers répondants seront plus à risque d'être exposés que la population en général, réduisant ainsi leur capacité de réponse.

Le taux d'absentéisme au travail dû à l'étendue de la maladie touchera plusieurs catégories d'intervenants directement concernés par la mise en œuvre des mesures d'urgence : les services de police, les services de sécurité incendie, les services de travaux publics ainsi que les entreprises de services publics responsables de maintenir en activité les infrastructures essentielles.

Le guide des Manufacturiers et exportateurs du Canada résume en quelques mots les impacts économiques de la pandémie :

« Une pandémie peut avoir d'autres effets sur les entreprises, par exemple :

- La prestation des services essentiels, comme les services d'information, de télécommunications et financiers, l'approvisionnement en énergie et le transport, peut être interrompue;
- Les commandes des clients peuvent être annulées ou impossibles à remplir;
- L'approvisionnement nécessaire à la poursuite des activités économiques peut être interrompu. Il faut s'attendre à ce que d'autres problèmes se posent si les marchandises sont importées par voie aérienne ou terrestre entre le Canada et les États-Unis;
- La disponibilité des services des sous-traitants peut être touchée (ce qui peut avoir un effet sur l'entretien des principaux équipements et constitue un point qui mérite une planification particulière);
- La demande de services peut être affectée. La demande de certains services peut augmenter (l'accès à Internet par exemple); tandis que celle d'autres services peut chuter (p. ex., certains types d'activités liées aux voyages) »<sup>8</sup>

<sup>7</sup> MANUFACTURIERS ET EXPORTATEURS DU CANADA, *Pandémie de grippe – Guide de planification de la continuité pour les entreprises canadiennes*, mars 2006, p. 6 et 81. En ligne : [http://www.cme-mec.ca/pdf/CME\\_Pandemic\\_GuideFR.pdf](http://www.cme-mec.ca/pdf/CME_Pandemic_GuideFR.pdf) .

<sup>8</sup> *Id.*, p.6.

Le guide poursuit en soulignant que la situation commerciale du Canada pourrait être compromise et que «*l'industrie du tourisme serait durement touchée*»<sup>9</sup>. Effet non négligeable puisque cette industrie représente une source appréciable de revenus pour certaines communautés. Par ailleurs, les infrastructures essentielles seraient aussi atteintes et l'approvisionnement en biens et services de plusieurs communautés deviendrait incertain. Dans certains cas, c'est la survie économique de la communauté elle-même qui sera en jeu.

Dans un tel contexte, alors que les personnes verront leur santé et celle de leurs proches menacée, et qu'en même temps leur bien-être matériel deviendra incertain, on peut entrevoir l'incertitude qui pourrait gagner une partie de la population et les tensions sociales qui pourraient en résulter. C'est pourquoi il est indispensable que les dirigeants des communautés prennent dès maintenant les moyens appropriés pour préparer leur communauté entière à faire face à la pandémie appréhendée d'influenza.

Cependant, les communautés ne seront pas seules à répondre aux besoins de leur population. Le gouvernement du Canada et celui du Québec ont des responsabilités à assumer envers les autochtones en matière de santé et services sociaux et ils continueront à le faire tout au long de la pandémie. Afin de mieux comprendre celles-ci, le sous-chapitre qui suit expose le partage des responsabilités qui s'applique entre le gouvernement fédéral et celui du Québec en matière de santé pour les autochtones.

## **1.2 LE CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF APPLICABLE EN MATIÈRE DE PRÉPARATION À LA PANDEMIE AU QUÉBEC : LE CAS PARTICULIER DES AUTOCHTONES**

Lorsqu'une catastrophe imminente ou réelle menace les membres d'une collectivité, ou encore, lorsqu'elle perturbe sérieusement ses activités, les lois ont pour fonction d'organiser la réponse collective à cette menace. Elles déterminent alors les actions urgentes à prendre pour combattre efficacement les effets du sinistre et permettre un retour rapide à la situation normale. Elles identifient les organismes et les personnes qui sont responsables de mener ces actions. Par sa gravité et son ampleur, la pandémie appréhendée d'influenza réunit toutes les conditions requises pour la mise en œuvre des dispositions législatives relatives à la préparation et à la gestion des interventions en cas de catastrophe. Toutefois, au Canada, le cadre législatif et le partage des responsabilités entre les organisations du gouvernement fédéral et des provinces doivent refléter le partage des compétences établi par la Constitution. C'est cet aspect qui sera maintenant abordé.

### **1.2.1 Partage constitutionnel des compétences et lutte à la pandémie.**

Au Canada, les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>10</sup> définissent, pour l'essentiel, les domaines de compétence dans lesquels le Parlement du Canada et les législatures provinciales ont chacun le pouvoir d'adopter des lois. Dans le cas de la pandémie, nous devons établir une distinction entre, d'une part, le partage qui existe dans l'exercice du pouvoir d'urgence et, d'autre part, celui qui définit les responsabilités respectives des deux paliers de gouvernement dans le domaine directement concerné, en l'occurrence celui de la santé et des services sociaux.

<sup>9</sup> *Id.* p. 7.

<sup>10</sup> *Loi constitutionnelle de 1867*, L.R.C. 1985, Appendice II, no. 5. [ci-après L.C. 1867]

Toutefois, dans le cas particulier des Premières Nations, une troisième dimension constitutionnelle s'ajoute aux précédentes, soit la compétence du gouvernement fédéral sur les affaires touchant aux autochtones. Bien entendu, compte tenu de l'ampleur et de l'extrême complexité que représente l'interrelation entre ces trois aspects du droit constitutionnel, nous nous limiterons ici aux principaux éléments susceptibles d'aider à la compréhension du partage des responsabilités entre les deux paliers de gouvernement dans la lutte à la pandémie<sup>11</sup>.

### 1.2.1.1 *Le recours aux pouvoirs d'urgence en situation exceptionnelle*

Les pouvoirs généraux contenus dans le paragraphe introductif de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* habilite le Parlement fédéral à exercer ses pouvoirs d'urgence dans les situations de menace exceptionnelle comme la guerre, les catastrophes ou lorsque le contexte économique est jugé suffisamment grave pour constituer une menace au bien-être de la population<sup>12</sup>. Les pouvoirs d'urgence que le gouvernement fédéral peut invoquer s'appliquent, selon les besoins, sur une partie ou l'ensemble du territoire canadien. Ils doivent être temporaires et être circonscrits en fonction de l'objectif visé. En principe donc, le gouvernement fédéral ne limitera les droits protégés par la *Charte canadienne des droits et des libertés*<sup>13</sup>, et n'empiétera sur les pouvoirs attribués exclusivement aux provinces, que dans les limites nécessaires pour mettre fin à la menace qui existe. En dehors de circonstances exceptionnelles qui pourraient survenir, l'exercice du pouvoir d'urgence va respecter le partage des compétences défini dans la Constitution entre les deux paliers de gouvernement.

### 1.2.1.2 *Le partage des pouvoirs dans le domaine de la santé*

La *Loi constitutionnelle de 1867* attribue aux provinces la compétence sur la création et l'administration des hôpitaux ainsi que sur les affaires de nature locale dans la province<sup>14</sup>. Ce sont ces compétences qui permettent aux provinces d'organiser le système de santé et les services sociaux ainsi que la pratique médicale sur leur territoire. Pour cette raison, le réseau de la santé et des services sociaux relève de la responsabilité du gouvernement du Québec sur l'ensemble du territoire québécois. Pour sa part, le Parlement fédéral a une compétence très limitée sur la santé. Il peut toutefois régir la quarantaine<sup>15</sup>, notamment pour les étrangers arrivant dans les ports, les aéroports et aux frontières. Il peut aussi organiser les services de santé sur les terres sous juridiction fédérale telle que les réserves indiennes, en plus de coordonner les activités interprovinciales de santé publique et celle des territoires<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> Pour une étude plus approfondie de ces questions, nous invitons le lecteur à consulter les ouvrages suivants : ABRAN, France et al., *Le cadre juridique de la gestion des sinistres au Québec*, Étude réalisée pour la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998. C.R.D.P., Publications du Québec éd., Sainte-Foy, Québec, avril 1999, p.13 à 29 ; aussi, DESCHENES, Michel, «Les pouvoirs d'urgence et le partage des compétences au Canada» (1992) 33 *Les Cahiers de Droit*, p.1181 à 1206.

<sup>12</sup> Voir, *Renvoi sur la Loi anti-inflation*, [1976] 2 R.C.S. 373.

<sup>13</sup> *Charte canadienne des droits et des libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, L.R.C. 1985, Appendice II, no. 44.

<sup>14</sup> L.C. 1867, précitée, note 10, art. 92 (7) et 92 (16).

<sup>15</sup> L.C. 1867, précitée, note 10, art. 91(11).

<sup>16</sup> Ajoutons ici, que d'autres sources constitutionnelles ont déjà été invoquées dans la doctrine et la jurisprudence pour permettre au gouvernement fédéral d'intervenir dans certains aspects du domaine de la santé, notamment sa compétence en droit criminel (L.C. art. 91(27) et son pouvoir de dépenser (L.C. art. 91(1A) et 91(3)). Voir, ABRAN,

### 1.2.1.3 Le partage des pouvoirs en ce qui concerne les autochtones

La *Loi constitutionnelle de 1867* confère au Parlement fédéral la compétence exclusive en ce qui concerne les Indiens et les terres réservées pour les Indiens<sup>17</sup>. C'est pourquoi le gouvernement fédéral intervient auprès des communautés des Premières Nations dans tous les domaines d'activité, notamment pour financer et soutenir les services de santé et les services sociaux de base, en complémentarité avec le réseau québécois. Les lois provinciales d'application générale (conduite automobile, prévention des maladies, salubrité des locaux, etc.) sont valides sur le territoire des réserves jusqu'à ce qu'une loi ou un règlement fédéral ne vienne la remplacer, ou encore, que le conseil de bande adopte un règlement dans ce domaine. En ce qui concerne la lutte à la pandémie, une loi ou un règlement fédéral, ou encore, un règlement du conseil de bande peuvent donc être adoptés et venir remplacer les normes québécoises relatives à la santé, la salubrité, les services sociaux, etc., sur le territoire de la réserve.

Après ce très bref aperçu de quelques règles du partage constitutionnel des compétences applicables au domaine de la lutte à la pandémie, nous verrons plus concrètement de quelle façon ce partage est exercé par les deux paliers de gouvernement en regardant les principales lois qui ont été adoptées et l'organisation administrative qu'elles ont permis de mettre en place.

## 1.2.2 Cadre législatif et organisation administrative de la lutte à la pandémie

Afin de faciliter la compréhension du cadre législatif et administratif applicable à la lutte à la pandémie, la présente section va reprendre le même ordre de présentation que celui adopté précédemment pour le partage constitutionnel des compétences. Elle débutera avec une présentation sommaire de la législation et de l'organisation administrative des mesures d'urgence fédérale concernant la lutte à la pandémie (1.2.2.1) et les mêmes aspects seront ensuite abordés en ce qui concerne le Québec (1.2.2.2).

### 1.2.2.1 Cadre d'intervention fédéral de la lutte à la pandémie

Au Canada, l'organisation des mesures d'urgence du gouvernement fédéral repose sur deux lois principales : la *Loi sur les mesures d'urgence*<sup>18</sup> et la *Loi sur la protection civile*<sup>19</sup>. Dans le cas d'une situation véritablement exceptionnelle, par exemple, lors d'un séisme majeur ou d'une pandémie grave, le gouvernement fédéral pourrait avoir recours à la *Loi sur les mesures d'urgence*. Celle-ci a pour objet de définir à l'avance la portée plus étendue des pouvoirs que le gouvernement fédéral pourrait exercer lors de situations véritablement exceptionnelles correspondant à une «situation de crise nationale» au sens de la loi. Pour qu'une situation atteigne ce degré, il faut que les autres lois fédérales ne soient pas en mesure de permettre une intervention adéquate lors d'un sinistre, alors même que celui-ci «*met gravement en danger la vie, la santé ou la sécurité des Canadiens et échappe à la capacité ou aux pouvoirs d'intervention*

---

France et al., *Le cadre juridique de la gestion des sinistres au Québec*, op.cit., note 11, p. 26 et DESCHENES, Michel, «Les pouvoirs d'urgence et le partage des compétences au Canada», loc.cit., note 11, p.1197-1198.

<sup>17</sup> L.C. 1867, précitée, note 10, art. 91(24).

<sup>18</sup> L.R.C., c. E- 4.5.

<sup>19</sup> L.R.C., c. E- 4.6.

*des provinces*»<sup>20</sup>. Jusqu'à maintenant, ni les inondations du Saguenay de l'été 1996, ni la tempête de verglas de 1998, ni aucune autre catastrophe naturelle n'ont justifié le recours à cette loi.

La *Loi sur la protection civile* impose à tous les ministères et organismes fédéraux l'obligation de se préparer à intervenir pour combattre un sinistre dans leurs champs d'activité respectifs et aussi à se préparer pour venir en aide aux provinces lorsque celles-ci en font la demande. C'est le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile qui a la responsabilité de voir à l'application de la loi et qui coordonne l'activité des ministères fédéraux et leur liaison avec les autorités provinciales. Les responsabilités imposées par la *Loi sur la protection civile* aux différents ministères fédéraux a mené à l'élaboration de divers plans d'intervention tels que le Plan national de lutte contre le terrorisme, le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire et le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza<sup>21</sup>.

Il faut mentionner ici que la *Loi sur la protection civile* sera très bientôt remplacée par la *Loi sur la gestion des urgences*<sup>22</sup> qui renforce la portée des pouvoirs et des responsabilités du ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile. Elle définit aussi avec plus de précision son rôle central en matière de coordination interministérielle fédérale de la gestion des urgences.

Afin d'organiser l'action des ministères et organismes fédéraux en vue des situations d'urgence de manière à ce qu'elle soit cohérente et qu'elle respecte leurs responsabilités légales en vertu de la *Loi sur la protection civile*, le gouvernement canadien élabore présentement un cadre administratif appelé Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU)<sup>23</sup>. Celui-ci a pour objectif de veiller à la coordination stratégique de l'ensemble de l'administration fédérale (Transports, Défense, Garde côtière, Environnement, Santé, Gendarmerie royale, etc.) lorsque le gouvernement du Canada intervient en situation d'urgence en liaison avec les provinces et les territoires. Le SNIU prévoit le maintien d'une liaison entre les ministres et sous-ministres des différents ministères fédéraux et leurs homologues des provinces, par l'entremise de structures de coordination établies à chacun des paliers hiérarchiques. La figure 1 de la page suivante présente un schéma des liens prévus dans cette structure.

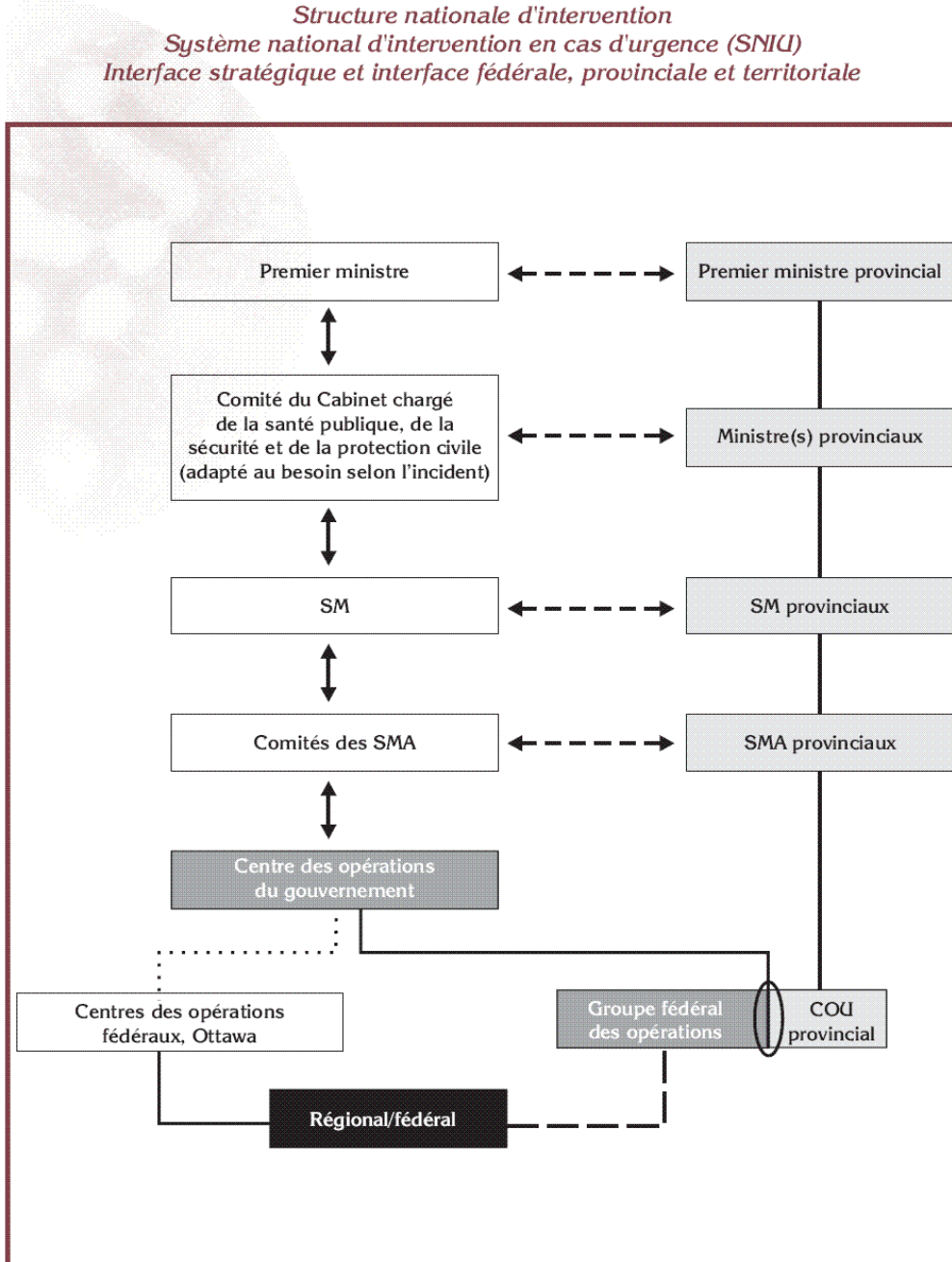
<sup>20</sup> *Loi sur les mesures d'urgence*, précitée, note 18, art. 3 a).

<sup>21</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe L : Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence, p.1.

<sup>22</sup> *Loi sur la gestion des urgences*, Projet de loi C-12 (adopté le 11 décembre 2006), 1<sup>ère</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (Can.). La date d'entrée en vigueur sera déterminée par décret (art. 14).

<sup>23</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe L : Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence, p.1.

**Figure 1 : Schéma général des liens entre la structure fédérale d'intervention en situation d'urgence et celle de chacune des provinces<sup>24</sup>**



<sup>24</sup> *Id.*, p. 3.

Ensuite, un coordonnateur fédéral des interventions est désigné par le ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile du Canada (SPPCC) pour diriger le Centre des opérations du gouvernement fédéral (COG) à Ottawa qui réunit les ministères et organismes fédéraux concernés. Le COG est en lien direct dans chacune des régions du Canada avec un centre de coordination interministériel appelé Groupe fédéral des opérations (GFO). Dans le COG, selon la nature du sinistre en cause, un coordonnateur adjoint peut aussi être désigné par un autre ministère pour assister le coordonnateur fédéral. Dans le Plan de lutte à la Pandémie, en raison de la nature de la menace, le coordonnateur fédéral adjoint est désigné par l'Agence de Santé publique du Canada (ASPC) qui est l'instance responsable de l'intervention sanitaire au fédéral.

En effet, en vertu de sa loi constitutive<sup>25</sup>, l'Agence a notamment pour mission d'agir au nom du gouvernement fédéral pour la prévention des maladies et des blessures ainsi que la préparation et l'intervention en cas d'urgence sanitaire. Sous l'autorité du ministre de la Santé, elle assiste celui-ci dans l'exercice de ses attributions en matière de santé publique et collabore avec les instances étrangères, les organismes sanitaires internationaux, notamment avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi qu'avec les responsables de la santé des provinces et des territoires du Canada. L'Agence est aussi responsable de l'application de la *Loi sur la mise en quarantaine*<sup>26</sup> qui a pour objet la protection de la santé publique au moyen de mesures visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles par les voyageurs en provenance de l'extérieur du pays. L'Agence joue un rôle de premier plan dans la veille sanitaire et le déclenchement éventuel d'une alerte à la pandémie grâce aux liens qu'elle entretient simultanément sur le plan international et national. L'Agence partage le portefeuille de la santé avec le ministère de la Santé du Canada. Ce dernier est responsable du dossier de la santé des Premières Nations et des Inuits depuis 1945, alors que le Ministère des Affaires indiennes lui transférait cette responsabilité<sup>27</sup>.

Au sein de Santé Canada, c'est la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) qui assume la responsabilité de voir à ce que les communautés des Premières Nations se préparent adéquatement à lutter contre la pandémie d'influenza. Dans les communautés qui ont conclu des accords de transfert, la DGSPNI n'assure que le financement des services de santé, tandis que les communautés sont responsables de les dispenser à leur population. Cependant, dans le cadre du Plan canadien de lutte à la pandémie, les bureaux régionaux de la DGSPNI (appelés DSPNI) doivent «*élaborer des plans régionaux en cas de pandémie de grippe en consultation avec les collectivités et les organisations régionales des PN et, lorsque c'est possible, assurer l'intégration aux systèmes provinciaux (...)*»<sup>28</sup>. Elle doit aussi conclure des accords avec les provinces concernant la coordination des rôles et responsabilités pendant les

<sup>25</sup> *Loi sur l'Agence de santé publique du Canada*, L.C., 2006 c. 5 [L.R.C. c. P 29.5] Sanctionnée le 12 décembre 2006. Voir préambule et articles 3 à 7.

<sup>26</sup> L.C. 2005 c. 20 [L.R.C. c. Q-1.1], art. 4. Précisons ici, que cette loi ne s'applique qu'aux voyageurs en provenance de l'extérieur du pays et ne peut être invoquée pour la mise en quarantaine des communautés autochtones.

<sup>27</sup> En ligne : Santé Canada : [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index_f.html) .

<sup>28</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe B : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de grippe pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, p. 5.

urgences de santé publique ; pour l'achat et la distribution éventuelle des antiviraux et des vaccins destinés aux communautés ; pour l'approvisionnement et le contrôle du matériel et des autres produits médicaux utiles, etc.<sup>29</sup> La DGSPNI doit aussi s'entendre avec les communautés, les organisations régionales et les autorités provinciales pour recevoir l'aide du réseau provincial de la santé pour les services de santé publique et les soins médicaux en cas d'insuffisance des ressources communautaires<sup>30</sup>. Au Québec, la DSPNI a élaboré un document d'orientation<sup>31</sup> et, dans le cadre du plan d'action du Forum socioéconomique des Premières Nations<sup>32</sup>, elle s'est engagée à fournir un soutien financier et technique pour permettre aux communautés de réaliser un plan de lutte à la pandémie<sup>33</sup>. Par ailleurs, le plan canadien prévoit que les bureaux régionaux de la DGSPNI doivent aussi établir un partenariat avec leurs correspondants du ministère des Affaires indiennes et du Nord (MAINC) afin «*d'intégrer les interventions sanitaires d'urgence à la planification d'ensemble des mesures d'urgence*»<sup>34</sup>.

Chargé de l'application de la *Loi sur les indiens*<sup>35</sup>, le MAINC a la responsabilité de soutenir les communautés autochtones dans une situation d'urgence. Le ministère a émis à cette fin la *Politique sur les contributions pour l'aide à la gestion des urgences pour les activités dans les réserves*. Les objectifs de l'aide à la gestion des urgences sont les suivants :

- « - Protéger la santé et la sécurité des communautés des Premières Nations qui font face à des sinistres et à des dommages à leur infrastructure communautaire, voire à sa destruction ;
- Aider au rétablissement de l'infrastructure communautaire essentiel en évaluant les besoins et en facilitant les mesures d'intervention de la part des autres secteurs du Ministère ;
- Aider les communautés pour des raisons humanitaires en poursuivant les opérations de recherche et de récupération de personnes disparues.»<sup>36</sup>

Dans la phase de préparation, le rôle du MAINC consiste principalement à offrir un soutien financier aux conseils de bande pour qu'ils puissent élaborer ou mettre à jour eux-mêmes leur

<sup>29</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe B : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de grippe pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, p. 2.

<sup>30</sup> *Id.*, p.5, sect. 2.1.1 c).

<sup>31</sup> SANTE CANADA, *Canevas de base d'un plan communautaire contre une pandémie d'influenza — Mission santé*, DGSPNI (région du Québec), novembre 2006.

<sup>32</sup> Plan d'action adopté lors du Forum socioéconomique tenu à Mashteuiatsh les 25, 26 et 27 octobre 2006, réunissant notamment le premier ministre du Québec, des représentants du gouvernement du Canada, le chef régional de l'APNQL et des représentants des communautés des Premières Nations.

<sup>33</sup> APNQL, *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations*, Forum tenu à Mashteuiatsh les 25, 26 et 27 octobre 2006, p. 2.5, action 7.6.3. Une somme totale de 20 000\$ a été versée à chaque communauté non-conventionnée pour la réalisation d'un plan de lutte à la pandémie et une représentante de la DSPNI a visité plusieurs communautés au cours de l'hiver 2007 pour aider à son élaboration. Une somme de 50 000\$ a aussi été offerte à la CSSSPNQL pour le financement d'un agent de liaison/coordination.

<sup>34</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe B : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de grippe pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, p. 5.

<sup>35</sup> L.R.C., c. I-5, art.3.

<sup>36</sup> *Politique sur les contributions pour l'aide à la gestion des urgences pour les activités dans les réserves*, Annexe A, p.1.

plan d'urgence tous risques, leur plan de continuité des opérations et former adéquatement leurs intervenants dans la communauté<sup>37</sup>. En cas de pandémie, le MAINC intervient à la suite d'une déclaration d'état d'urgence locale<sup>38</sup> de la part du conseil de bande de la communauté concernée. Le MAINC peut alors demander au représentant de Sécurité publique et Protection civile Canada de mobiliser les ressources fédérales ou de requérir de l'aide auprès du gouvernement provincial.

Tel que mentionné plus haut, le cadre d'intervention contre la lutte à la pandémie d'influenza du gouvernement fédéral repose sur une concertation étroite avec les autorités provinciales. L'organisation et la prestation des services de santé sont une responsabilité des provinces et les communautés des Premières Nations du Québec ont recours aux services du réseau de santé québécois pour compléter les services de première ligne qu'ils offrent à leur population. Nous allons donc décrire sommairement le cadre législatif et l'organisation administrative qui déterminent le dispositif d'urgence de lutte à la pandémie d'influenza au Québec.

### 1.2.2.2 Cadre d'intervention québécois de la lutte à la pandémie

Au Québec, la gestion des sinistres majeurs est encadrée par la *Loi sur la sécurité civile*<sup>39</sup>. Celle-ci a pour objet la protection des personnes et des biens contre les sinistres. Elle définit le partage des responsabilités entre le gouvernement du Québec, les municipalités régionales de comté (MRC), les municipalités locales, les entreprises et les individus. C'est le ministère de la Sécurité publique (MSP) qui est responsable de son application et qui coordonne l'action des ministères et organismes du gouvernement du Québec. La loi impose à ceux-ci l'obligation de réduire leur vulnérabilité et d'établir des mesures de prévention et de protection contre les sinistres dans leur domaine d'activité. Chacun d'eux doit en plus identifier la part de ressources qui pourrait être utilisée pour soutenir l'action gouvernementale ou celle des municipalités locales aux prises avec un sinistre majeur. Les ressources gouvernementales ainsi identifiées sont alors intégrées au Plan national de sécurité civile (PNSC)<sup>40</sup> et organisées sous la forme de 15 missions. La préparation et la mise en œuvre de chacune d'elles reviennent à un ministère désigné en fonction des responsabilités qu'il exerce normalement. Une de ces missions est la mission santé dont l'organisation et la mise en œuvre relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La loi prévoit aussi que les municipalités locales doivent collaborer avec leur MRC pour élaborer un schéma de sécurité civile qui organise les ressources municipales et privées, dans un système d'intervention intégré à l'échelon régional. L'Administration régionale Kativik doit elle aussi élaborer un schéma de sécurité civile pour son territoire. Pour l'instant, ce processus n'a pas encore débuté, mais un système similaire, quoique moins complet, est en voie d'être complété dans l'ensemble des MRC du Québec et pour l'Administration régionale Kativik en vertu de la

<sup>37</sup> Le MAINC s'est engagé à financer la mise à jour des plans d'urgence et à assumer la formation requise pour chacune des communautés au cours des prochaines années, en plus de financer une trousse d'information sur l'intervention psychosociale — APNQL, *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations*, op.cit., note 33, p. 2.5, action 7.6.3.

<sup>38</sup> *Politique sur les contributions pour l'aide à la gestion des urgences pour les activités dans les réserves*, Annexe A, p. 5.

<sup>39</sup> L.R.Q., c. S-2.3.

<sup>40</sup> *Id.*, art. 61.

*Loi sur la sécurité incendie*<sup>41</sup>. Celle-ci a imposé à chaque MRC l'élaboration d'un schéma de couverture de risques pour protéger la population contre les incendies et les risques plus fréquents tels que, les accidents routiers, les accidents avec matières dangereuses, etc. Les municipalités du Québec peuvent donc déjà disposer d'un support régional mieux organisé pour faire face à toutes sortes de sinistres. De plus, depuis l'adoption de la *Loi sur la sécurité civile* en décembre 2001, chaque municipalité locale a l'obligation d'avoir un plan de sécurité civile opérationnel<sup>42</sup>.

Le système de sécurité civile du Québec est prévu pour fonctionner le plus souvent selon un processus décisionnel partant du palier local pour remonter vers le palier gouvernemental. Dans ce modèle, les paliers supérieurs viennent appuyer les initiatives des paliers inférieurs. Ce sont donc d'abord les individus, puis les entreprises, puis les municipalités locales qui ont la responsabilité d'agir pour prévenir et combattre un sinistre. Ensuite, les ministères et organismes du gouvernement du Québec interviennent dans le cadre du Plan national de sécurité civile (PNSC) à l'échelon des régions administratives pour soutenir les autorités municipales, puis, les directions régionales sont elles-mêmes supportées par les directions centrales et les cabinets ministériels. Sauf exception, les municipalités conservent leur rôle de coordination des interventions sur leur territoire tout au long des opérations.

Dans le système de sécurité civile québécois, la coordination des opérations gouvernementales au niveau régional est effectuée par l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) et au palier supérieur par l'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ). Placée sous la responsabilité du coordonnateur gouvernemental en sécurité civile, un sous-ministre associé au ministère de la Sécurité publique (MSP), l'OSCQ coordonne l'intervention des ministères et organismes gouvernementaux. Elle assure aussi la concertation avec Sécurité publique et protection civile Canada (SPPCC) pour harmoniser l'action commune des deux paliers de gouvernement et coordonner les demandes d'aide d'un gouvernement à l'autre. Tout en haut de la chaîne de commandement, on retrouve le Comité de la sécurité civile du Québec (CSCQ) où siègent les sous-ministres et les dirigeants des principaux ministères et organismes concernés par la gestion des sinistres ainsi que le coordonnateur gouvernemental en sécurité civile. En situation de sinistre majeur, le CSCQ supervise le déploiement des ressources du Plan national de sécurité civile.

Dans le cas de la lutte à la pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a décidé d'instaurer plutôt un processus décisionnel allant du haut vers le bas «*top-down*». Celui-ci part des paliers décisionnels supérieurs du ministère vers les paliers inférieurs occupés, à l'échelon régional, par les agences de santé et de services sociaux (ASSS) et, à l'échelon local par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) regroupant différents établissements de soins tels que les centres hospitaliers, les centres locaux de santé communautaires, etc.<sup>43</sup> Ce modèle décisionnel présente l'avantage de mieux respecter le cadre juridique imposé par la *Loi sur la santé publique*<sup>44</sup> qui définit les mesures impératives que doit prendre le ministre de la santé et le directeur de la santé publique dans un contexte de

<sup>41</sup> L.R.Q., c. S-3.4.

<sup>42</sup> *Loi sur la sécurité civile*, art., 194.

<sup>43</sup> La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) organise le partage des responsabilités entre les différentes organisations qui composent le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

<sup>44</sup> L.R.Q., c. S-2.2.

pandémie<sup>45</sup>. Cependant, ce modèle modifie sensiblement l'articulation qui doit s'établir entre la mission santé et les autres missions prévues au Plan national de sécurité civile (PNSC). D'ailleurs, un plan spécifique à la lutte pandémique a été élaboré, il se nomme le Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza (PQLPI)<sup>46</sup>.

En cas de menace grave à la santé, réelle ou imminente, la *Loi sur la santé publique* prévoit que le gouvernement du Québec peut déclarer **l'état d'urgence sanitaire** pour une période de 10 jours, renouvelable, sur l'ensemble ou une partie du territoire<sup>47</sup>. Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre de la Santé et des services sociaux, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre une maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population. S'il y a lieu, il peut dresser une liste de personnes ou de groupes devant être prioritairement vaccinés. Le ministre peut aussi ordonner la fermeture des établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement.

En outre, le ministre peut interdire l'accès à tout ou partie du territoire concerné ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes et qu'à certaines conditions. Il peut ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, l'évacuation temporaire des personnes de tout ou partie du territoire ou leur confinement. Dans ce cas, il veille à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité, si les personnes touchées n'ont pas d'autres ressources. Le ministre peut aussi ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux<sup>48</sup>.

Selon notre analyse, à l'intérieur du PQLPI, la mission santé prendra une importance prépondérante et conditionnera l'action des ministères et organismes responsables de mettre en œuvre les autres missions du Plan national de sécurité civile (PNSC)<sup>49</sup>. Ainsi, en cas de pandémie, sous la coordination du ministère de la Sécurité publique (MSP), le PNSC va soutenir les organisations du réseau de la santé dans la mise œuvre de la mission santé, dans les cinq volets qu'elle comporte : la santé publique, la santé physique, le psychosocial, la communication et le maintien des activités.

Dans le cas où la situation se détériorerait, les autorités municipales peuvent compter sur l'aide de l'organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) qui regroupe les représentants des ministères et organismes du gouvernement du Québec de leur région administrative. Grâce au lien de coordination qui la relie aux municipalités de sa région, l'ORSC est en mesure de

---

<sup>45</sup> Le directeur de la santé publique peut notamment ordonner la fermeture d'un lieu, l'évacuation d'un édifice, sa désinfection, la cessation d'une activité ou la prise de mesures de protection particulières, interdire à une personne de quitter son domicile ou l'isoler complètement dans un lieu déterminé, etc. (art. 106).

<sup>46</sup> Mentionnons ici, que le *Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza* précise les responsabilités des ministères et organismes du gouvernement du Québec à l'intérieur de leurs missions respectives ainsi que le processus de coordination de l'Organisation de sécurité civile du Québec en situation de pandémie.

<sup>47</sup> Précitée, note 39, art. 118 et suivantes.

<sup>48</sup> *Id.*, art. 123.

<sup>49</sup> La Mission bioalimentaire qui relève du ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) sera aussi importante pour la détection et l'éradication rapide des sources d'infection présentes dans les entreprises avicoles.

mobiliser les ressources gouvernementales du PNSC et de coordonner l'aide fédérale pour soutenir les municipalités dans la protection des personnes et des biens, le maintien des services municipaux, l'approvisionnement en bien et services de base, etc. Les municipalités coordonnent aussi leurs actions avec les établissements des CSSS qui desservent leur territoire pour obtenir l'information nécessaire sur les mesures sanitaires à l'intention du personnel, l'établissement d'une clinique de vaccination sur les lieux de travail, le soutien psychosocial de leurs employés, etc. Réciproquement la municipalité peut soutenir le CSSS en facilitant le transport sécuritaire des antiviraux, des vaccins, du matériel médical et même du personnel infirmier vers les lieux de soins.

Dans chacune des phases de la pandémie, le système de sécurité civile du Québec permet une action coordonnée de la part des divers intervenants aux échelons local, régional et central. Les municipalités locales, qui doivent assurer la sécurité et le bien-être de la population sur leur territoire, peuvent compter sur le support de l'ensemble des ressources gouvernementales prévues au Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza (PQLPI). De plus, si nécessaire, elles peuvent disposer du support des organismes fédéraux en lien avec l'ORSC à l'échelon régional.

La figure 2 illustre bien de quelle façon les municipalités du Québec bénéficient d'un soutien intégré de la part des organismes gouvernementaux. Celui-ci contraste fortement avec le support prévu pour les communautés des Premières Nations non conventionnées. En fait, en ce qui concerne la lutte à la pandémie, il semble que présentement, seul le support complémentaire fourni quotidiennement aux communautés par les établissements des centres de santé et de services sociaux (CSSS) soit présent uniformément sur le territoire québécois. Dans les autres domaines, le soutien du gouvernement du Québec aux communautés varie considérablement et doit le plus souvent nécessiter une intervention de la DSPNI ou du MAINC, dans le cadre d'un accord préalable d'aide accompagnée d'une entente de financement en provenance du fédéral.

Le chapitre qui suit expose la problématique particulière que représente l'intégration des Premières Nations non conventionnées aux dispositifs de lutte contre la pandémie mis en place par les deux paliers de gouvernement.



## **2.0 L'INTÉGRATION DES COMMUNAUTÉS ET DES ORGANISATIONS DES PREMIÈRES NATIONS AUX PLANS DE LUTTE À LA PANDEMIE CANADIEN ET QUÉBÉCOIS : UNE PROBLÉMATIQUE PARTICULIÈRE**

Une dimension importante de la gestion des sinistres majeurs — et cela concerne aussi la pandémie d'influenza — est la capacité que possèdent les autorités locales de coordonner efficacement les mesures d'intervention rendues nécessaires pour lutter contre la source de la menace, ou pour en atténuer les effets dommageables sur la population. En tant que représentants du «premier palier de gouvernement», les élus locaux ont la responsabilité de prendre les mesures nécessaires, compte tenu des moyens dont ils disposent, pour assurer la sécurité et le bien-être de la population qui habite sur leur territoire.

Cette responsabilité importante qui est reconnue aux élus municipaux du Québec revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit des membres d'un conseil de bande. En effet, ceux-ci doivent non seulement assurer le bien-être d'une communauté de personnes vivant sur un même territoire, mais ils doivent en même temps préserver la survie économique, culturelle et sociale de leur propre nation dans des circonstances difficiles.

Le présent chapitre vise, dans un premier temps, à exposer sommairement, le cadre juridique et administratif qui s'applique aux communautés non conventionnées et aux organisations des Premières Nations du Québec relativement à la lutte à la pandémie ; dans un deuxième temps, nous analyserons l'état de préparation des communautés dans les cinq volets de la mission santé à l'aide des résultats d'un sondage complété par une vingtaine d'entre elles.

### **2.1 LES COMMUNAUTÉS NON CONVENTIONNÉES DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET LEUR ÉTAT DE PRÉPARATION RELATIVEMENT À LA MENACE PANDEMIQUE.**

#### **2.1.1 Les pouvoirs et les responsabilités des communautés en matière de santé et de services sociaux concernant la lutte à la pandémie d'influenza.**

Étant donné la nature même de la menace pandémique, les responsabilités assumées par les communautés autochtones sont plus grandes que celles généralement assumées par les municipalités du Québec. En effet, contrairement à ces dernières, les communautés autochtones ont le pouvoir de prendre en charge les services de santé et les services sociaux sur leur territoire.

La source de ces pouvoirs plus étendus se retrouve, d'une part, dans la *Loi sur les indiens* qui confère au conseil d'une bande le pouvoir de réglementer pour «l'adoption de mesures relatives à la santé des habitants de la réserve et les précautions à prendre contre la propagation des maladies contagieuses et infectieuses»<sup>101</sup>. D'autre part, dans la foulée du mouvement de revendication autonomiste autochtone et de l'évolution du contexte juridique canadien au cours de la décennie de 1980, des pressions ont été exercées sur le gouvernement fédéral par les organisations autochtones pour obtenir un contrôle significatif des programmes qui concernent les communautés. Cela a amené, en 1988, le gouvernement fédéral à approuver le transfert des ressources des programmes de santé pour les autochtones situés au sud du 60<sup>e</sup> parallèle sous le

<sup>101</sup> Précitée, note 35, art 81, par. (1) a).

contrôle des communautés elles-mêmes<sup>102</sup>. Pour elles, outre le désir d'affirmer davantage leur autonomie politique, une des raisons qui justifiait ce transfert dans le domaine de la santé était d'obtenir l'accès à des services culturellement adaptés, c'est-à-dire des services qui rejoignent la notion de « (...) *conformité entre les caractéristiques culturelles du patient et du fournisseur de soins ainsi que la qualité de la communication entre ces derniers.*»<sup>103</sup>

La structure des services de santé dans les communautés non conventionnées du Québec existe sous deux formes : les centres de santé (CS) et les postes de soins infirmiers (PSI) :

- Centre de santé : Ils sont normalement situés dans une communauté non-isolée ou semi isolée et leur personnel est constitué d'une ou plusieurs infirmières en santé communautaire et du personnel de soutien. Les services fournis se limitent surtout à des activités de prévention et de promotion de la santé, alors que les soins primaires et les urgences sont dispensés par des médecins résidant sur le territoire ou à proximité ou encore en visite.
- Postes de soins infirmiers : Ils sont situés le plus souvent dans une communauté isolée ou éloignée et emploient au moins deux infirmières et du personnel de soutien qui sont organisés pour dispenser des soins de santé primaires. Ils offrent des services d'urgence accessibles 24 heures par jour, l'hospitalisation de courte durée, des services de santé publique et communautaire. Les services d'un médecin et d'un dentiste sont dispensés sur visite.<sup>104</sup>

Ces services de première ligne offerts par les communautés sont financés par Santé Canada (DSPNI) dans presque toutes les communautés non conventionnées du sud du Québec<sup>105</sup>. À cela s'ajoute divers programmes de santé publique et environnementale, de santé communautaire eux aussi offerts par la DSPNI.

La couverture ainsi offerte aux populations des communautés ne serait pas suffisante, si les établissements du réseau de la santé du Québec ne venaient la compléter en leur fournissant les services spécialisés accessibles gratuitement à l'ensemble de la population québécoise. Pour les services non assurés par le Québec, notamment les fournitures et équipements médicaux et le transport à des fins médicales, la DGSPNI en compense les coûts par l'entremise des programmes de soins de santé non assurés (SSNA)<sup>106</sup>.

Tout en favorisant chez les Premières Nations l'exercice d'une plus grande autonomie dans la gestion de leurs affaires, la politique de transfert du gouvernement fédéral a aussi un impact sur les rapports existant entre les communautés et les organisations qui les représentent :

---

<sup>102</sup> ROY, Nathalie, *L'organisation des soins de santé destinés aux autochtones du Canada — À la recherche d'un espace de partage*, Mémoire de maîtrise présenté au Département de science politique, Faculté des sciences sociales, Université Laval, août 2003, 158 p., voir p.52.

<sup>103</sup> *Id.*, p. 54.

<sup>104</sup> *Id.*, p. 64.

<sup>105</sup> Santé Canada continue d'offrir directement les services de santé dans seulement trois communautés sur les 32 communautés non conventionnées.

<sup>106</sup> ROY, Nathalie, *L'organisation des soins de santé destinés aux autochtones du Canada — À la recherche d'un espace de partage*, p. 65.

«L'approche adoptée par le gouvernement fédéral avec sa politique de transfert met l'accent sur l'unité à partir de laquelle devrait être mise en œuvre l'autonomie des Premières Nations, soit la communauté (...) Cette politique, sans exclure la négociation avec d'autres structures de gouvernance telles que les conseils tribaux et les organisations autochtones, tend à privilégier la négociation avec la communauté.»<sup>107</sup>

À première vue avantageuse pour eux, cette prépondérance accordée aux élus des communautés signifie aussi qu'ils doivent résoudre seuls les difficultés créées par le manque de cohérence entre les différents programmes gouvernementaux destinés aux autochtones et par le manque de coordination entre les deux paliers de gouvernement<sup>108</sup>. Cette situation a des impacts certains sur la gestion des services de santé et des services sociaux : «*Tant pour les communautés qui ont pris en charge leurs services de santé que pour les autres, la fragmentation des services et des sources de financement entre divers ministères et paliers de gouvernement constituent encore une des principales barrières pour l'obtention d'une organisation et une gestion plus intégrée des soins de santé.*»<sup>109</sup>

Plus encore, cette fragmentation des programmes gouvernementaux se prolonge jusque dans l'organisation même des services publics des communautés, comme en témoigne la gestion distincte pratiquée entre les services de santé et les services sociaux qui relèvent de directions différentes dans un grand nombre de communautés. Cette pratique empêche d'établir une gestion intégrée des deux services comme celle qui existe dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a même pour effet de créer une dichotomie dans les communautés entre, d'une part, les directions de la Santé qui bénéficient d'un soutien financier et technique relativement stable de la part de Santé Canada et celles des Services sociaux qui ne bénéficient pas d'un soutien comparable de la part du MAINC, mais doivent plutôt composer avec plusieurs programmes spécialisés qui sont parfois administrés par d'autres organismes fédéraux.

Cette problématique existe aussi en ce qui concerne la préparation du plan de lutte à la pandémie. Par exemple, en ce qui concerne les responsabilités attribuées aux communautés dans l'annexe B du Plan canadien de lutte à la pandémie<sup>110</sup>, il est prévu que celles-ci élaborent leur plan en collaboration avec le bureau régional de la DGSPNI ainsi qu'avec les autorités sanitaires locales ou régionales<sup>111</sup>. Les mesures à inclure dans ce plan concernent principalement la préparation des volets de santé publique et de santé physique et dans une moindre mesure celle des volets relatifs aux communications et au maintien des activités de santé. Il est aussi indiqué que la communauté doit planifier la continuité des services essentiels (sécurité publique, sécurité incendie, eau, électricité, etc.) et qu'elle doit participer activement à la planification locale avec les

---

<sup>107</sup> *Id.*, p.69.

<sup>108</sup> *Id.*, p.70.

<sup>109</sup> *Id.*, p.71.

<sup>110</sup> CANADA, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, op.cit., note 4, annexe B : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de grippe pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves.

<sup>111</sup> *Id.*, p. 4-5, tableau 1, section 1.

municipalités voisines «pour faciliter la coordination des efforts et l'intégration aux systèmes provinciaux/régionaux de lutte contre la pandémie de grippe.»<sup>112</sup>

Or, pour arriver à atteindre ces objectifs, les communautés doivent composer avec plusieurs programmes fédéraux différents élaborés sans véritable concertation préalable et pour lesquels il n'existe pas d'échéancier de réalisation commun. Par exemple, le MAINC a commencé le financement de divers programmes qui s'échelonnent au cours des années 2006 à 2008 dont notamment : la production d'un logiciel de planification du plan d'urgence tous risques pour les communautés ; l'élaboration ou la mise à jour des plans d'urgence tous risques et des plans de continuité des opérations ; deux formations à l'intention des intervenants des communautés, et ce, en plus de financer une trousse d'outils pratiques sur le volet psychosocial, le volet non couvert par la DSPNI<sup>113</sup>.

Quant à cette dernière, elle ne prévoyait pas participer au soutien des communautés au début de l'année 2006, autrement que par l'octroi d'une enveloppe budgétaire pour chacune des communautés pour la réalisation d'un plan sur la mission santé du plan de lutte à la pandémie, et des ateliers d'information régionaux qu'elle avait déjà débutés<sup>114</sup>. Selon elle, les communautés devaient réaliser elles-mêmes leur préparation, tandis que la DSPNI jouerait principalement le rôle de facilitateur pour les démarches que mèneraient les communautés auprès des organismes du réseau de la santé. Or, dans la foulée du plan d'action adopté lors du Forum socioéconomique des Premières Nations qui s'est tenu à Mashteuiatsh, la DGSPNI a fait volte-face en produisant en novembre 2006 un document d'orientation, le *Canevas de base*, qui porte sur la préparation de la mission santé du plan de pandémie. Elle a ensuite poursuivi son initiative en fournissant un soutien technique d'une durée moyenne d'une journée dans plusieurs communautés.

Il revient présentement à chacune des communautés de coordonner elle-même ces programmes pour les rendre cohérents, sans pour autant avoir de contrôle sur leur contenu et leur échéancier de réalisation. On peut comprendre qu'il leur soit difficile de définir à l'avance leurs activités de planification, alors que les programmes du MAINC et de la DSPNI auxquelles elles sont rattachées ne le sont pas. De plus, la plupart d'entre elles considèrent qu'elles manquent de ressources humaines, techniques et financières pour être en mesure de préparer adéquatement leur communauté<sup>115</sup>. Cela peut très bien se comprendre, étant donné leur faible population qui les empêche souvent d'atteindre une masse critique capable de soutenir, de façon autonome et permanente, les ressources requises pour maintenir un niveau de préparation suffisant.

Il faut dire ici que même si ces programmes permettront sans doute aux communautés d'améliorer leur état global de préparation, et qu'en ce sens ils s'avéreront utiles, il n'est pas

<sup>112</sup> *Id.*, p. 5, section 1 t).

<sup>113</sup> Procès-verbal de la rencontre interministérielle sur la préparation à la pandémie d'influenza tenue le 16 janvier 2007 à 13h30, aux bureaux du MAINC à Québec et notes personnelles sur la rencontre interministérielle tenue le 8 mai 2007 à 13h30, aux bureaux du MAINC à Québec. Les organisations suivantes étaient représentées : APNQL, CSSSPNQL, MSSS, MAINC, DSPNI.

<sup>114</sup> Note de service du 3 août 2006, Objet : Mise à jour – Plan de lutte à la pandémie, voir : Annexe : Résumé appel téléphonique du Jeudi 13 avril 2006 à la DSPNI.

<sup>115</sup> CSSSPNQL, lettre du 27 septembre 2006 à l'intention de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant pour objet : «Demande de financement pour la coordination de la préparation à la pandémie d'influenza», annexe A, constats 1,2 et 6.

certain, que dans leur forme actuelle, ils suffiront pour permettre aux communautés de se préparer adéquatement. L'harmonisation des contenus de ces divers plans entre eux reste à faire, de même que celle que nécessitera leur arrimage à l'échelon local et régional avec les organismes du réseau de la santé québécois<sup>116</sup>, les municipalités locales et les organismes gouvernementaux, lesquels sont déjà tous intégrés dans le système de sécurité civile du Québec.

### **2.1.2 L'état de préparation des communautés dans les cinq volets de la mission santé – une synthèse.**

Dès le début du mandat, nous avons voulu répondre aux questions suivantes : les Premières Nations sont-elles à jour dans leur démarche de préparation à la lutte contre une pandémie appréhendée d'influenza ? Où sont les forces ? Quels sont les points à améliorer qui pourraient orienter les priorités d'action de la CSSSPNQL et des partenaires pour les supporter ? Le modèle mis en place actuellement par les partenaires assure-t-il le degré attendu de préparation au 31 mars 2007 ?

#### **Objectifs de l'étude**

Pour répondre à ces questions d'évaluation, nous avons convenu avec la CSSSPNQL de procéder à une étude visant les objectifs suivants :

- 1- Apprécier l'état de préparation actuelle (31 mars 2007) des communautés non conventionnées relativement au 2 types de plans suivants:
  - Plan de lutte contre la pandémie d'influenza (PLPI);
  - Plan de mesures d'urgence tous risques (pour arrimage).
- 2- Profiter de l'étude pour fournir en même temps aux responsables de la mission santé des Premières Nations un outil d'aide à la préparation de leur PLPI.

#### **Méthodologie**

Nous avons voulu comparer l'état de préparation des Premières Nations avec les critères proposés dans le *Canevas de base* élaboré par la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada (DSPNI) et dans le Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza (PQLPI).

Nous avons d'abord posé des questions sur les données de base concernant la communauté et sur la formation et la documentation reçues. Nous avons introduit quelques indicateurs sélectionnés de la liste des documents transmis par les Agences régionales de santé et de services sociaux (ASSS) aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et que les Centres de santé des PN auraient dû recevoir, notamment, le **Coffre à outils du gestionnaire** et la **Programmation annuelle** du Plan régional de lutte à la pandémie d'influenza.

---

<sup>116</sup> Surtout pour s'assurer d'une couverture adéquate des cinq volets que comporte cette mission.

Nous avons ensuite sélectionné 148 questions portant sur 148 gestes concrets et mesurables répartis dans les 5 volets du PQLPI – mission santé, qui devraient faire partie du PLPI des Premières Nations au 31 mars 2007 et avoir été réalisés. (Annexe A)

Nous avons extrait ces questions du Canevas de base et du PQLPI. Nous avons aussi consulté le Plan de l'Ontario, du Canada et de l'OMS.

À la fin de chacun des volets *santé publique, santé physique, psychosocial, communications et maintien des services*, nous avons ajouté des questions formulées par 2 experts en mesures d'urgence tous risques, sur l'état de l'arrimage du Plan de pandémie avec le Plan d'urgence tous risques du conseil de bande.

Le questionnaire a été bâti de façon à pouvoir être utilisé comme *Liste de vérification* dans le processus de préparation à la lutte à la pandémie appréhendée.

Le répondant devait inscrire O (pour Oui) ou N (pour Non) dans la cellule correspondant au 31 mars 2007 pour chacune des questions posées. Si la réponse était NON, trois (3) choix de réponses était alors possibles : 30 juin, 30 septembre, 31 décembre 2007.

Lorsque la question ne concernait pas l'organisation, le répondant était invité à inscrire N/A pour non applicable.

Malgré les délais prescrits, nous avons tout de même soumis la version française du questionnaire à une validation sommaire avec cinq (5) personnes dont 2 responsables de soins infirmiers oeuvrant dans une communauté et trois (3) professionnelles de la CSSSPNQL.

Le questionnaire a ensuite été transmis aux 32 communautés non conventionnées avec une lettre d'accompagnement sous la signature de la directrice des opérations de la CSSSPNQL, expliquant le contexte, les objectifs du questionnaire et l'importance d'une réponse rapide.

Sachant que le mode de communication généralement utilisé est le télécopieur, nous avons profité de la circonstance pour mesurer le degré d'efficacité de la transmission par courriel à l'adresse des directeurs et directrices santé et services sociaux des PN, mise à jour au préalable par la CSSSPNQL.

L'envoi aux communautés qui ont en commun l'usage du français a été effectué le 26 mars pour une réponse le 31 mars. L'envoi aux communautés qui ont en commun l'usage de l'anglais: 3 avril pour une réponse le 13 avril. Les envois ont été suivis d'une relance téléphonique dans un délai de 1 à 7 jours et d'un rappel écrit transmis par télécopieur le 26 avril. Lors de cet appel, nous avons vérifié la qualité de la transmission et le délai qui s'est écoulé avant que la direction ne prenne connaissance des documents envoyés.

L'infrastructure a été mise en place pour assurer la gestion de la convergence d'appels suivant la réception du questionnaire. Enfin, nous avons constitué une base de données sur Excel pour saisir les réponses et les traiter.

## Résultats

Les résultats reflètent l'état de la situation au 31 mars 2007.

### Données de bases, la formation et documentation reçues

Concernant les données de bases, la formation et documentation reçues, les tableaux 3 et 4 résument les résultats de 20 communautés. Dans toutes les communautés, une personne est désignée pour assurer la coordination générale de la pandémie et toutes, sauf une communauté, ont une personne désignée responsable du Plan de mesures d'urgence tous risques.

<b>Tableau 3 : Compilation des données de base (20 communautés)</b>		
	<b>nombre</b>	<b>%</b>
Présence d'une personne responsable de la coordination générale de la pandémie	20	100
Présence d'une personne responsable du Plan de MU tous risques	19	95

<b>Tableau 4 : Formation et documentation reçues (20 communautés)</b>		
	<b>nombre</b>	<b>%</b>
Canevas de base (SC)	18	90
Formation initiale (SC/MSSS/ASSS/CSSS)	16	80
PQLPI	18	90
PRPI	14	70
PLPI	11	55
<b>Indicateurs sélectionnés (20 communautés)</b>		
<b>Nbre de communautés qui ont reçu le Coffre à outils du gestionnaire</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>Nbre de communautés qui ont reçu la programmation 2007-2008 de leur région</b>	<b>6</b>	<b>30</b>

Deux (2) communautés disent ne pas avoir reçu le *Canevas de base* de la DGSPNI (SC) et 16 sur 20 (80%) ont reçu la formation initiale sur le *Canevas de base*. 18 communautés sur 20 (90%) ont en mains le *Plan québécois (PQLPI)*. Mais 70% seulement ont le plan régional de leur ASSS et 55% le plan de leur CSSS.

Parmi les deux (2) indicateurs introduits pour mesurer la qualité de l'information entre les Agences, les CSSS et les Centres de santé des PN, seulement 4 (20%) communautés ont reçu la Coffre à outils du gestionnaire et 6 (30%), la programmation 2007-2008 de leur région.

## Liste de vérification

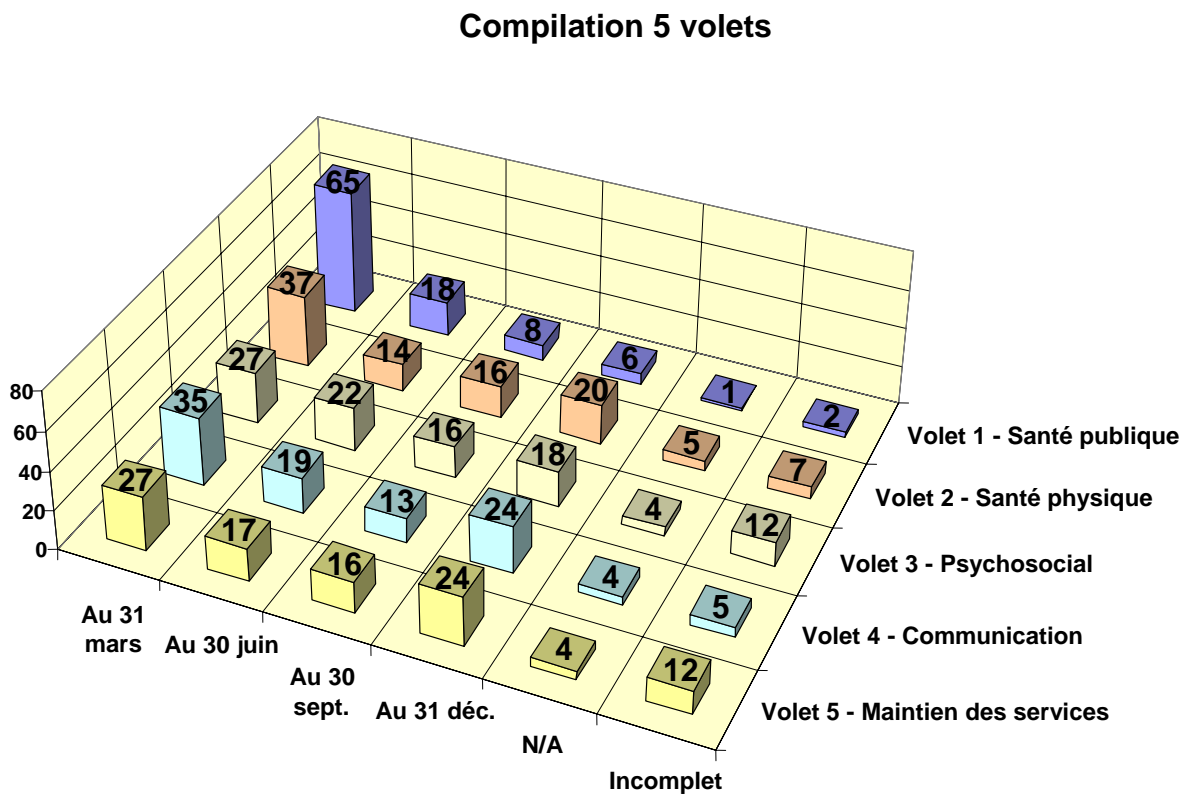
Concernant les 148 questions de la *Liste de vérification*, 2 communautés ont été exclues du processus : l'une parce qu'elle a choisi de faire affaire avec la province de l'Ontario, l'autre parce qu'elle a déjà son propre processus de préparation.

La compilation qui apparaît dans les figures 3 à 16 qui suivent porte sur les réponses des 20 communautés qui ont retourné leur questionnaire au 21 mai 2007.

Les résultats sont exprimés en pourcentage des 20 communautés qui ont répondu O (Oui) ou NA au 31 mars 2007 à la question posée dans la *Liste de vérification*.

Nous avons recueilli au passage plusieurs témoignages d'appréciation du questionnaire comme outil d'aide à la préparation.

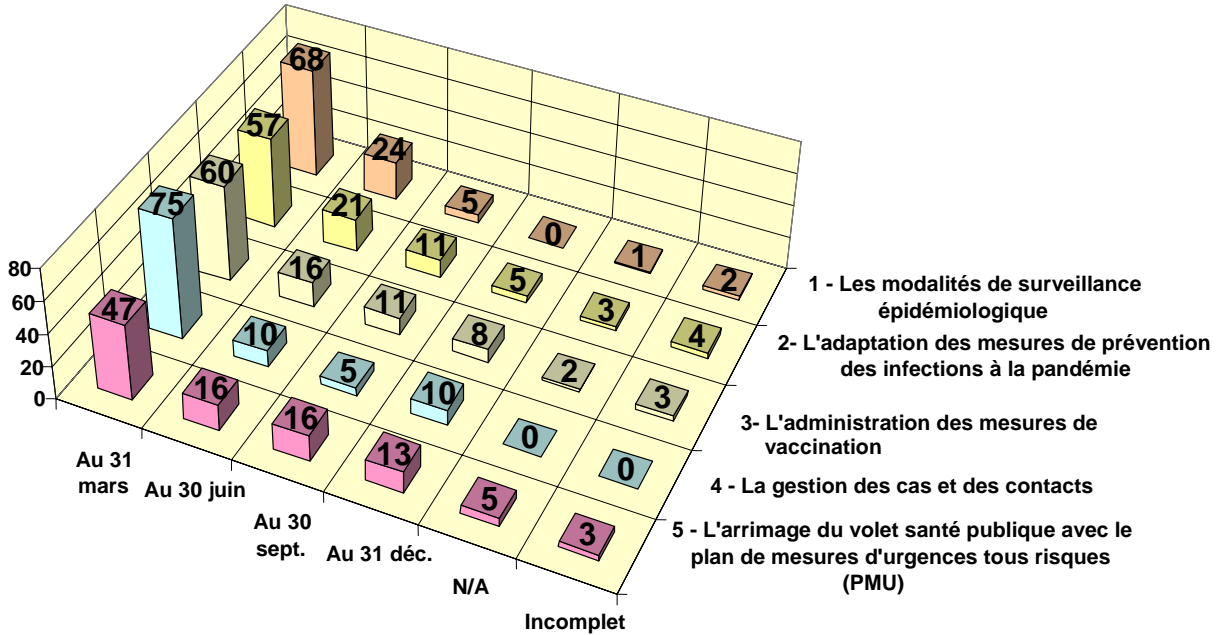
**Figure 3**



La **figure 3** présente la compilation globale dans les cinq (5) volets. La préparation des communautés en santé publique (65%) est nettement supérieure à celle des autres volets. La préparation dans les autres volets varie de 27 à 37%. Les volets psychosocial (27%) et maintien des services (27%) sont très faibles. Les volets santé physique (37%) et communications (35%) sont significativement plus forts mais encore faibles.

**Figure 4**

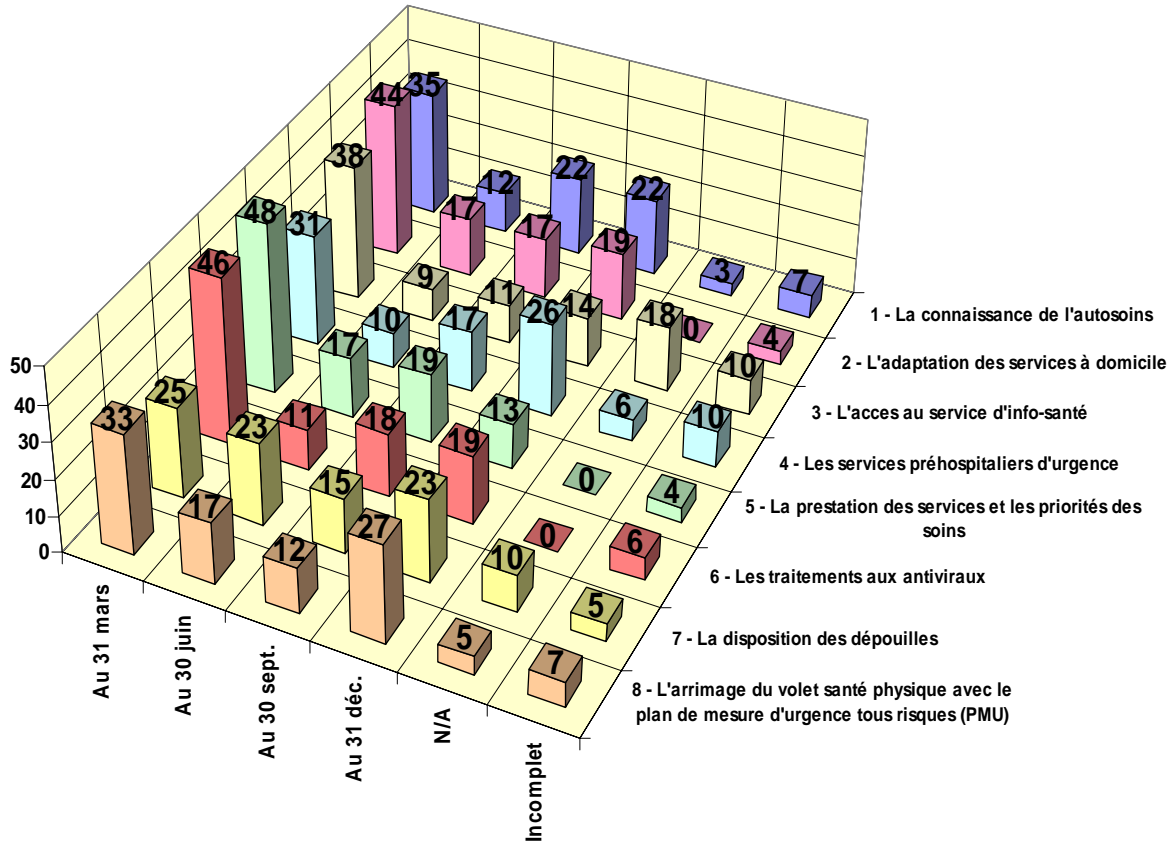
**Compilation – volet - santé publique**



La **figure 4** illustre le niveau de préparation des communautés dans les 4 fonctions du volet santé publique, soit les modalités de surveillance épidémiologique, l’adaptation des mesures de prévention des infections à la pandémie, l’administration des mesures de vaccination et la gestion des cas et des contacts. Les résultats varient peu d’une fonction à l’autre (de 57 à 75%). Le nombre des non-réponses (cases laissées vides à une question) est faible (0 à 4 %), ce qui renforce la validité des réponses. Quant à l’arrimage avec le Plan de mesures d’urgence tous risques, il n’est que de 47%, ce qui tend à démontrer que beaucoup de travail reste à faire à ce sujet dans ce volet comme dans les autres.

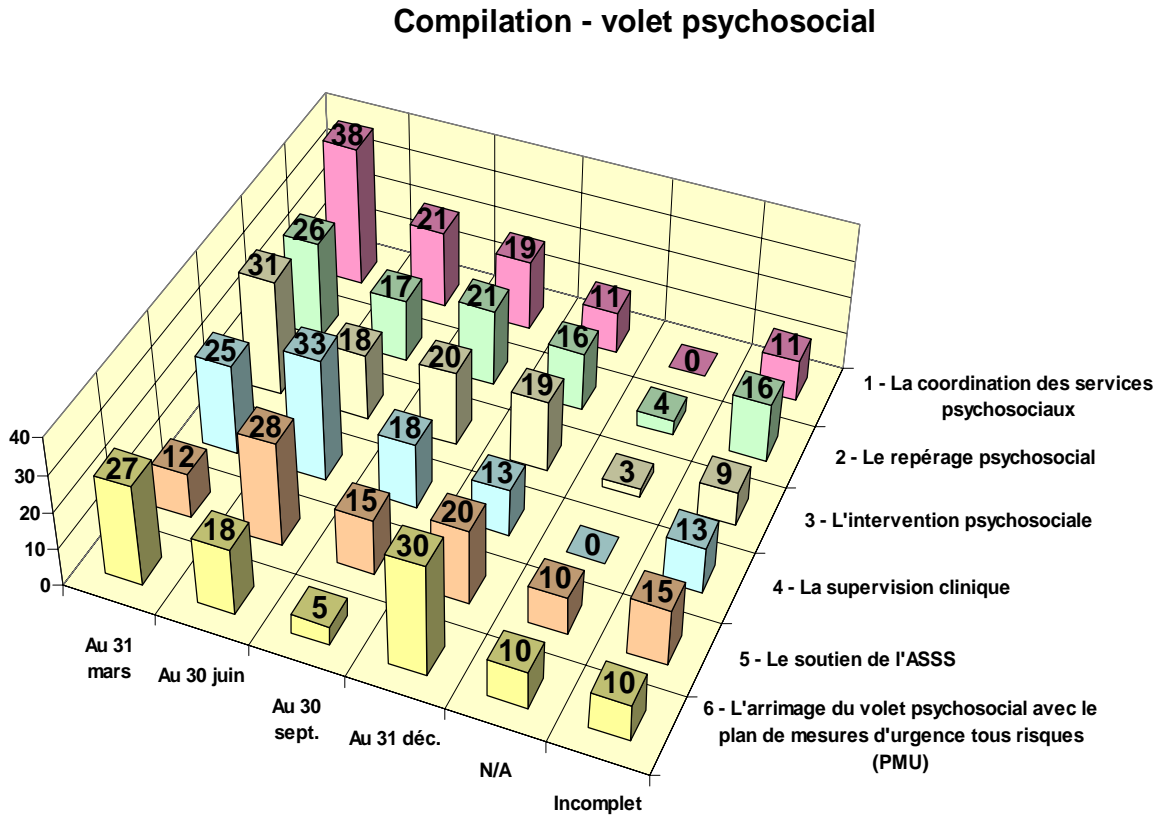
Figure 5

Compilation - volet santé physique



En santé physique (**figure 5**), la préparation des communautés dans les 7 fonctions de ce volet au 31 mars 2007 varie passablement d'une fonction à l'autre, de 25 à 48%. On note une pointe dans la prestation des services et les priorités de soins (48%), et les traitements antiviraux (46%), un taux faible concernant la disposition des dépouilles (25%) et les services préhospitaliers d'urgence (31%), un taux intermédiaire concernant la connaissance de l'autosoins (35%), l'adaptation des services à domicile (44%), et l'accès au service d'Infosanté (38%). Le taux de N/A est de 18% concernant l'accès au service d'Infosanté. Le taux de non-réponse varie de 4 à 10%, ce qui semble élevé. L'arrimage avec le plan d'urgence tous risques est évalué à 33%.

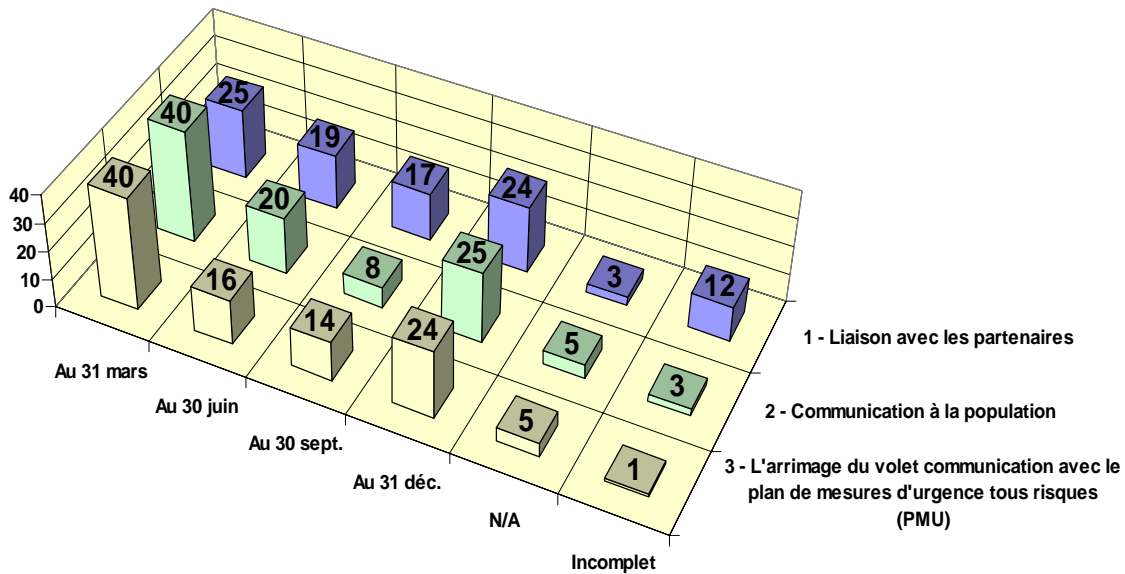
**Figure 6**



La **figure 6** illustre le degré de préparation des communautés qui varie de 12% à 38% au 31 mars selon les 6 fonctions du volet psychosocial : la coordination, le repérage, l'intervention, la supervision clinique, et le soutien de l'ASSS. Celui-ci apparaît très faible avec 12% au 31 mars et élevé (20%) au 31 juin. Le taux de non-réponse varie de 9 à 15%, ce qui est élevé et tend à renforcer le niveau de non-préparation du volet psychosocial. L'arrimage avec le plan d'urgence tous risques est de 27%, ce qui est faible comme dans les autres volets.

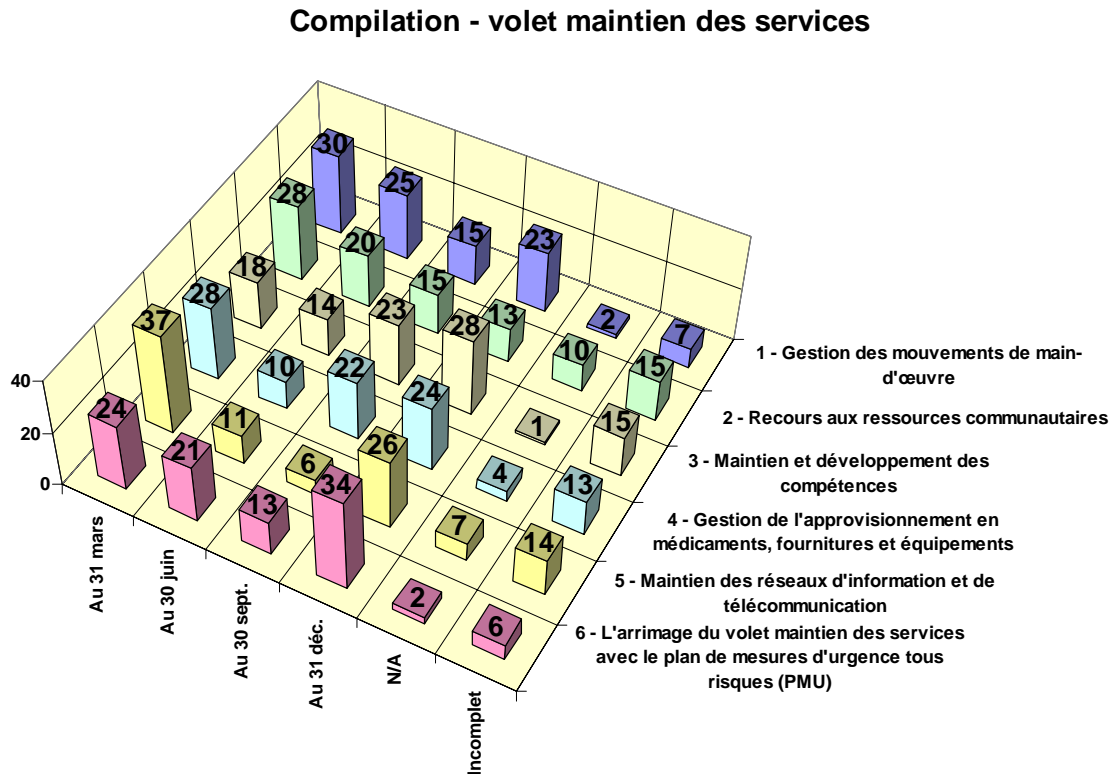
**Figure 7**

**Compilation - volet communications**



Quatre (4) communautés sur 10 (40%) seraient prêtes à gérer ses communications avec la communauté en complémentarité avec les responsables du Plan de mesures d'urgence tous risques (**figure 7**). Toutefois, un nombre assez important (25%) a indiqué qu'elles ne seront prêtes qu'au 31 décembre, ce qui vient diminuer la portée du niveau de préparation, car le questionnaire n'offrait pas de date ultérieure. Il faut souligner la remarquable faiblesse (25%) de la préparation au chapitre de la communication avec les partenaires (CSSS – ASSS – CSSSPNQL).

**Figure 8**

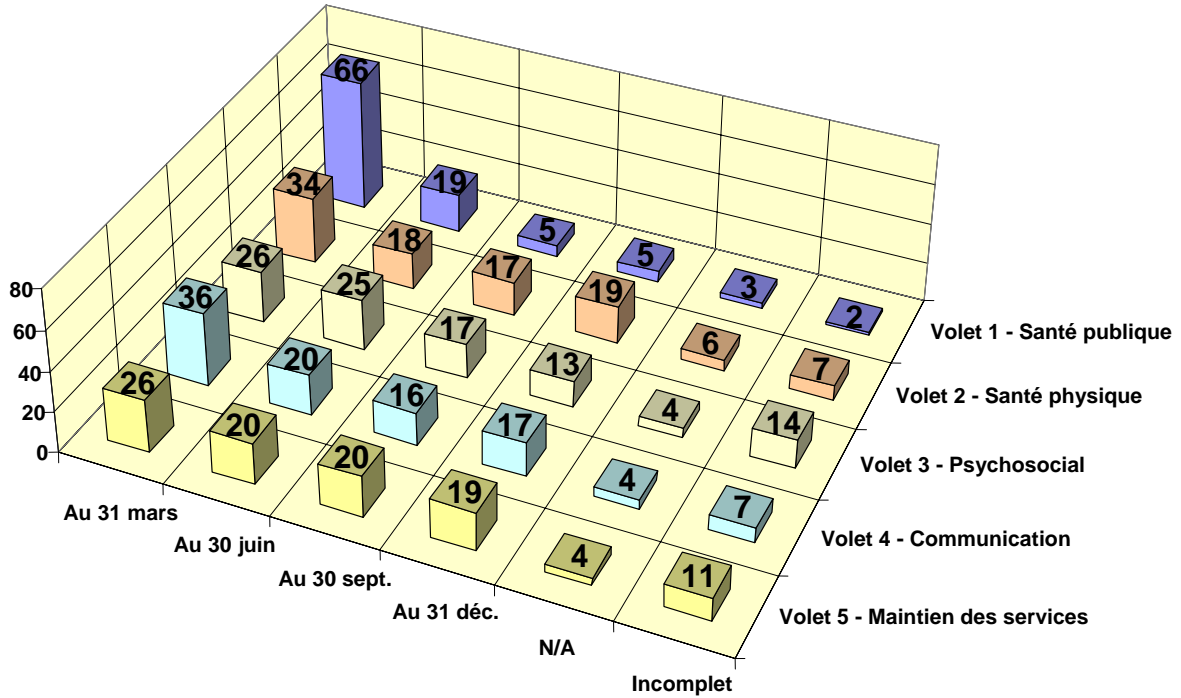


La **figure 8** présente les cinq (5) fonctions du volet « maintien des services » : la gestion du mouvement de main d'œuvre, le recours aux ressources communautaires, le maintien et le développement des connaissances, la gestion de l'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements et le maintien des réseaux d'information et de télécommunications. Le taux de préparation varie de 18 à 37% selon la fonction. Avec 18%, le maintien du développement de compétences est le plus faible; de plus, le taux élevé (15%) de non-réponse concernant cette fonction ajoute à la faiblesse présumée. Comme dans les autres volets, l'arrimage avec le PMU est faible à 24%.

Nous avons compilé les résultats en tenant compte de la variable « expression linguistique de communication (anglaise ou française) » (**figures 9 et 10**). On observe une différence significative dans 2 volets. En santé publique, les communautés qui font l'usage de l'anglais seraient prêtes à hauteur de 48% alors que celles ayant en commun l'usage du français le seraient à 66% avec un % de non-réponse faible. Le volet psychosocial donne des résultats faibles dans les deux (2) cas, mais encore plus faibles dans les communautés d'expression anglaise. Il faut retenir toutefois le petit nombre de communautés d'expression anglaise dans la cohorte.

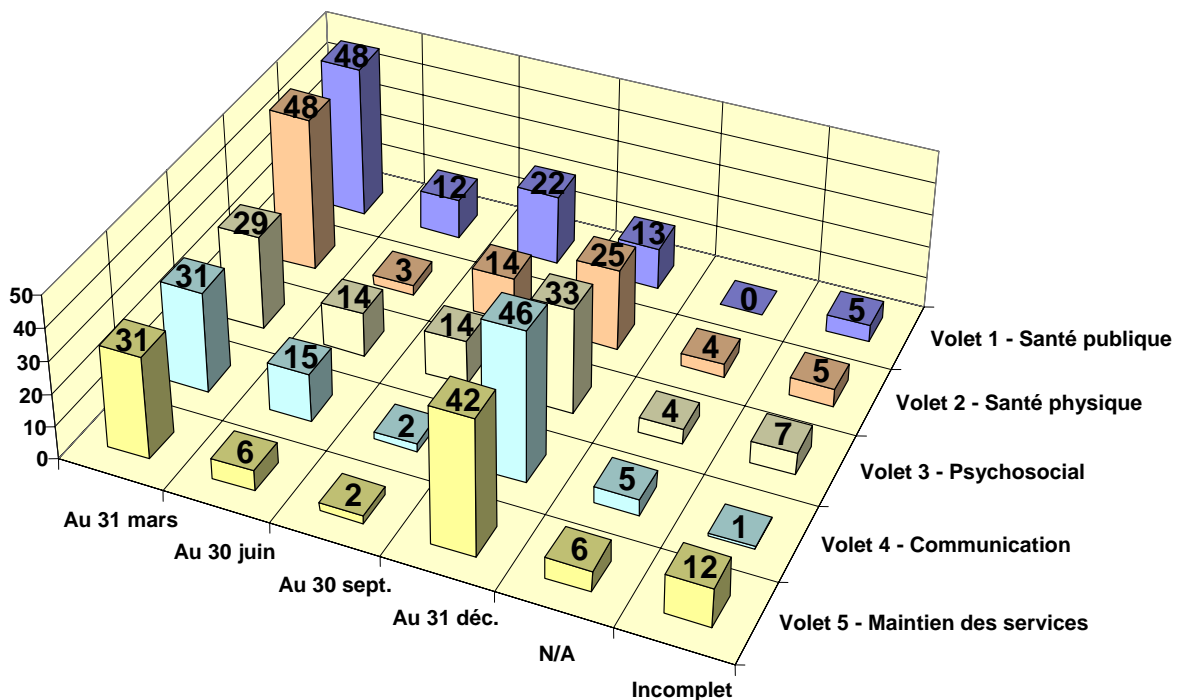
**Figure 9**

**Compilation 5 volets - communautés françaises**



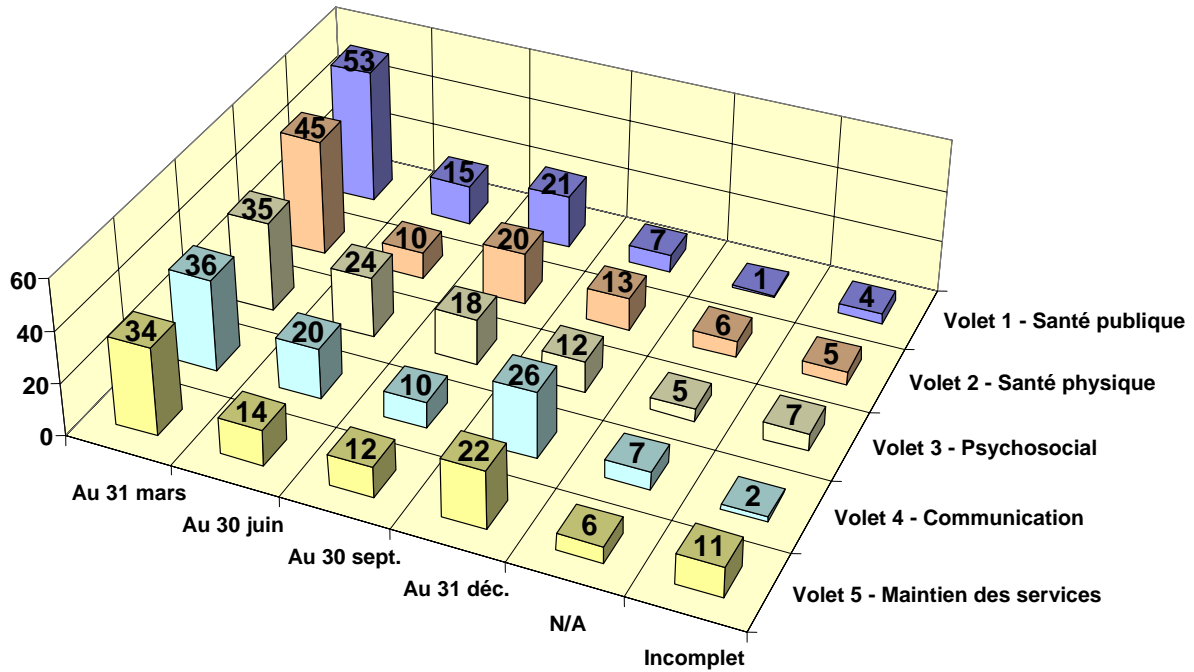
**Figure 10**

**Compilation 5 volets - communautés anglaises**



**Figure 11**

**Compilation 5 volets- communautés non-isolées**



**Figure 12**

**Compilation 5 volets - communautés semi-isolées**

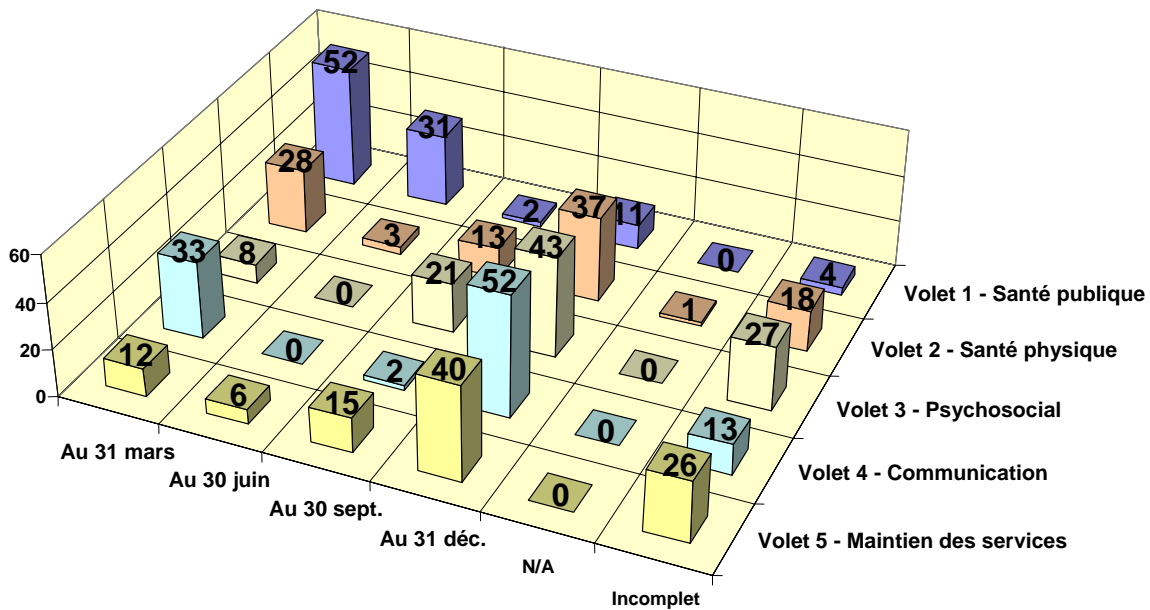
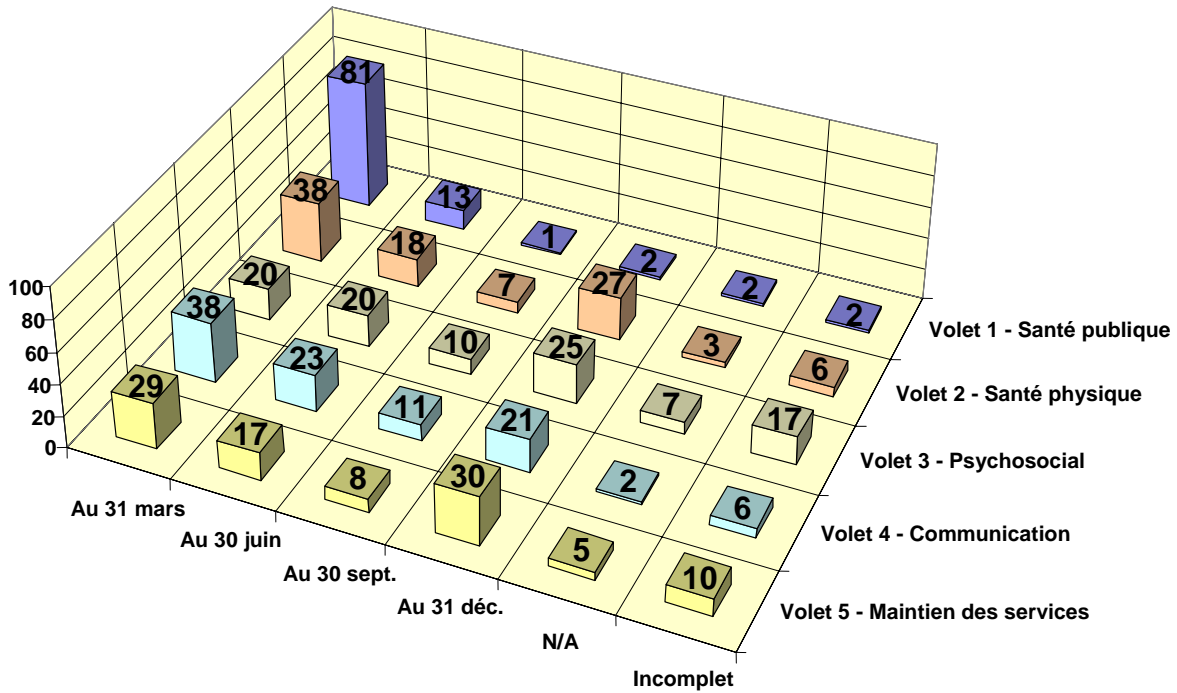


Figure 13

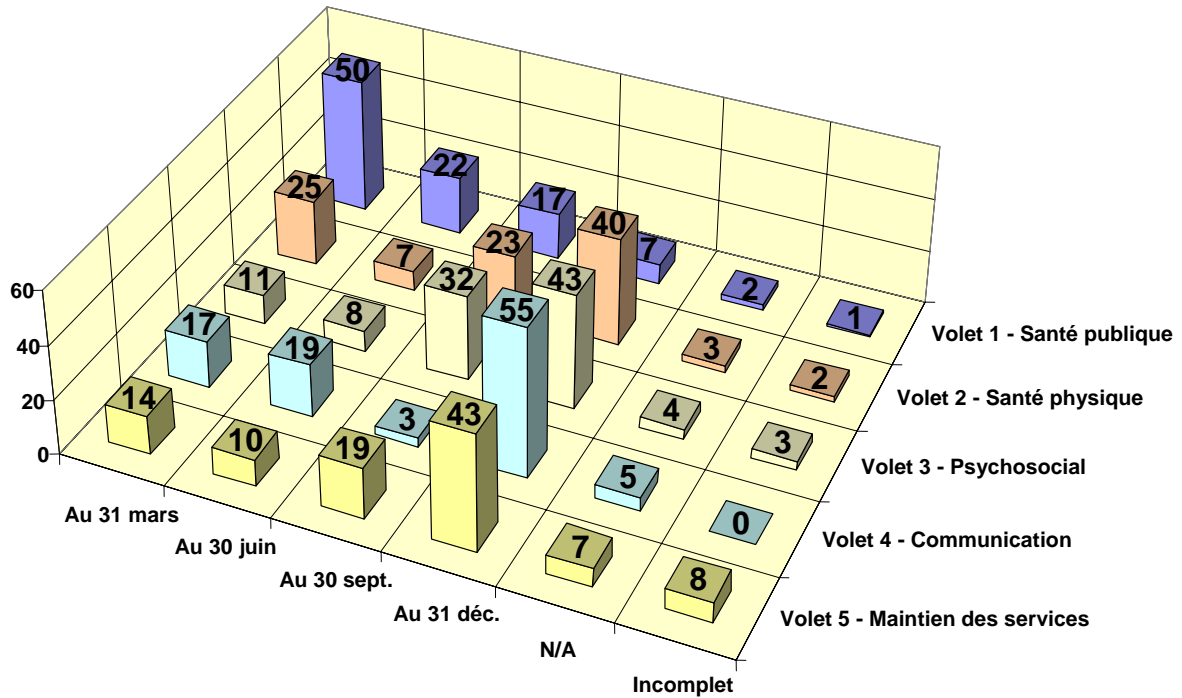
Compilation 5 volets - communautés isolées



Les figures 11, 12 et 13 illustrent la situation dans les communautés non isolées, semi isolées et isolées. Les isolées semblent performer mieux que les autres en santé publique. Les semi-isolées sont particulièrement plus faibles que les autres dans 3 volets : psychosocial (8%) , maintien des services (12%) et santé physique (28%). De façon paradoxale, les communautés isolées performant mieux que les autres dans l'ensemble des volets et particulièrement en santé publique (81%) alors que les semi-isolées paraissent moins bien préparées.

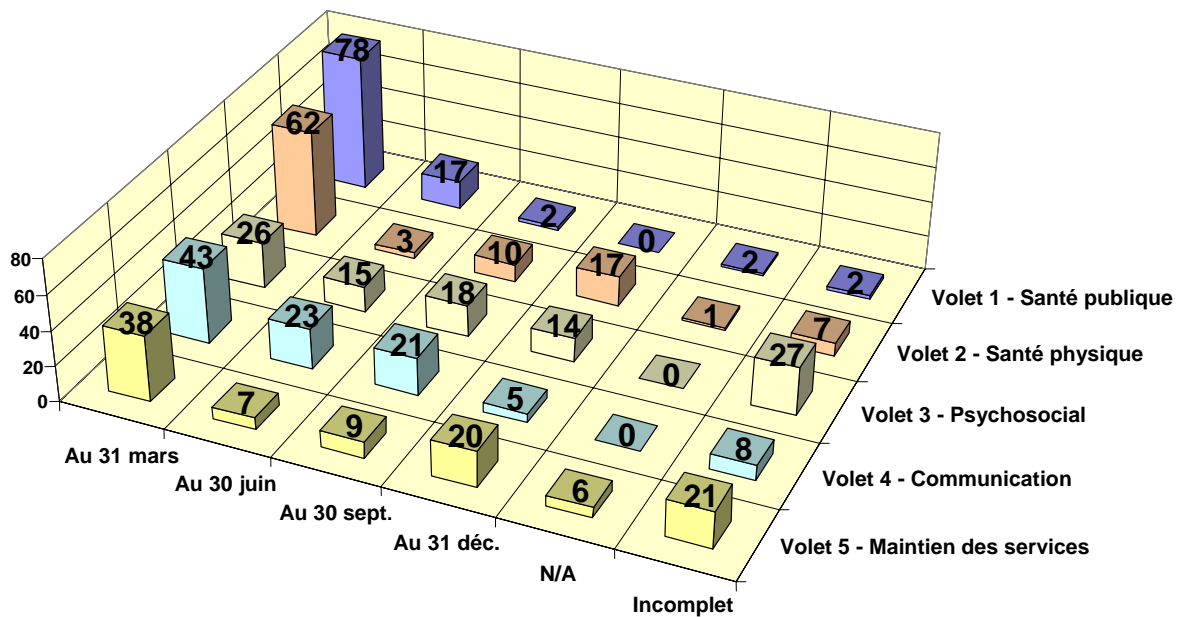
**Figure 14**

**Compilation 5 volets – communautés de moins de 500 personnes**



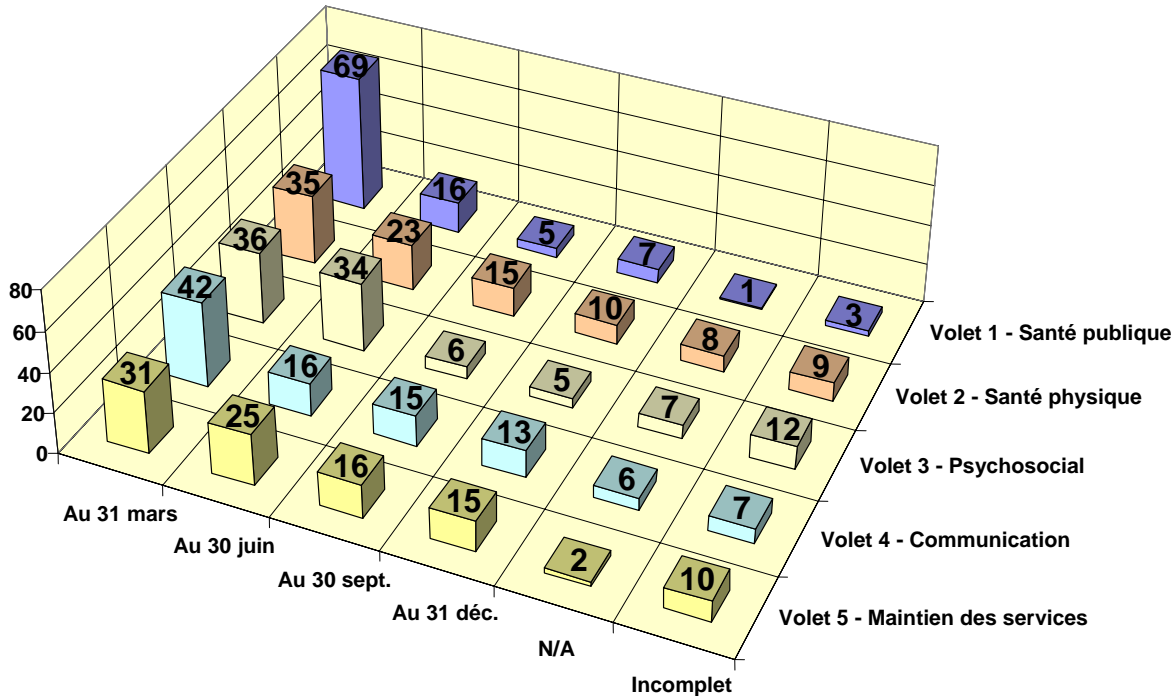
**Figure 15**

**Compilation 5 volets – communautés de 501 à 1000 personnes**



**Figure 16**

**Compilations 5 volets – communautés de 1001 - 3000**



Lorsque l'on compare les données des figures 14, 15 et 16, on note une différence significative dans tous les volets pour les communautés de moins de 500 de population. Leur préparation est nettement inférieure aux autres communautés particulièrement en psychosocial (11%).

**2.1.3 L'état de préparation des communautés : quelques constats**

En cours d'étude, nous avons réalisé que le *Canevas de base* couvre complètement les volets santé publique et santé physique, partiellement les volets communications et maintien des activités et peu ou pas du tout le volet psychosocial. Le partage des responsabilités entre Affaires indiennes et du Nord du Canada et Santé Canada se reflète dans le processus de préparation des PN et crée une dichotomie (santé publique et santé physique d'un côté et volet psychosocial et plan d'urgence tous risques de l'autre). Reste les volets communications et maintien des activités qui semblent plus ou moins dans une zone grise.

Le taux de retour des questionnaires remplis est de 66% (2/3), ce qui semble suffisant pour dégager une tendance significative des résultats. Au moment de rédiger ce rapport (16 mai 2007) 10 communautés (sur 30) n'ont pas répondu, ce qui nous rend perplexes. En effet, nous sommes portés à penser que, soit personne n'est encore désigné pour coordonner le processus de préparation du Plan de pandémie dans ces communautés, soit ces communautés ne sont pas prêtes et ont préféré s'abstenir de répondre. Certaines communautés qui ont répondu nous ont avoué que

la *Liste de vérification* les a aidés et les aidera à suivre le calendrier de leur processus de préparation. Du point de vue de l'évaluateur, nous devons considérer que les communautés qui n'ont pas répondu sont dans la moyenne ou encore moins prêtes que celles qui ont répondu au questionnaire.

Nous devons souligner quelques biais de l'étude. D'abord, le fait qu'il n'y ait pas de choix de réponse au-delà du 31 décembre 2007: un taux élevé de réponses au 31 décembre apparaît comme un indicateur de difficultés de préparation. Un autre biais qui a été introduit par inadvertance dans la lettre d'envoi peut avoir influencé le délai et le taux de réponse. En effet, la lettre d'accompagnement mentionnait que le questionnaire s'adressait aux "communautés non transférées" au lieu de "non conventionnées". Toutefois, nous avons transformé ce biais en opportunité de relance (par télécopieur).

Les résultats sont faibles à très faibles dans tous les volets à l'exception du volet santé publique. Nous avons comparé les résultats de la **figure 3** avec ceux d'une évaluation qualitative par entrevue téléphonique semi structurée menée par la permanence de la CSSSPNQL en août 2006. Sur 29 communautés rejointes, 9 n'avaient aucun plan, 11 un plan en suspend ou à mi-chemin et 9 un plan prêt ou presque prêt. Malgré des résultats faibles dans 4 volets, nous pouvons penser qu'il y a tout de même eu probablement amélioration depuis août 2007.

Plusieurs résultats sont significatifs:

- ⇒ 20 communautés sur 20 étudiées ont une personne responsable du plan de pandémie. 19/20 ont une personne responsable du PMU tous risques. Paradoxalement, plus on s'approche du niveau local (Plan du CSSS) par rapport au niveau provincial (Plan du MSSS) et régional (Plan de l'ASSS), moins les communautés ont reçu le plan, ce qui laisse planer un doute sur la qualité de l'information que reçoivent les communautés des PN au niveau local.
- ⇒ La préparation concernant le volet santé publique apparaît adéquate, mais une attention doit être portée aux communautés qui ont en commun l'usage de l'anglais.
- ⇒ La préparation des volets psychosocial, communications et maintien des activités est faible partout, ce qui n'est pas surprenant puisque ces volets ont peu ou pas été couverts dans la démarche de la DGSPNI étant donné le partage des responsabilités établies entre MAINC et la DSPNI. Le soutien des ASSS en psychosocial est à revoir.
- ⇒ L'arrimage avec le PMU tous risques est faible dans tous les volets et l'APNQL, la CSSSPNQL, MAINC et DSPNI devraient considérer une démarche concertée auprès des communautés.
- ⇒ Le faible taux des réponses positives concernant les 2 indicateurs de la transmission de l'information par les ASSS, le *Coffre à outils du gestionnaire* et la *Planification régionale 2007 – 2008*, tend à démontrer l'importance d'envisager la transmission des informations directement de l'ASSS au niveau local des Premières Nations et non par un intermédiaire comme le CSSS, ce qui empêche les PN de recevoir l'information en temps réel et nuit à leur prise en charge en même temps que les CSSS.

- ⇒ On doit se pencher sérieusement sur la fonction *maintien et développement des compétences* (question 119) du volet *maintien des services* qui donne un résultat positif de 16% seulement !
- ⇒ La liaison avec les partenaires (ASSS, CSSS, CSSSPNQL, SC, MAINC) doit être revue (questions 87 – 92).
- ⇒ De façon surprenante, si l'on regarde les résultats de l'état de préparation au 31 mars, les communautés isolées performant mieux que les semi-isolées dans tous les volets.
- ⇒ Les semi-isolées semblent les plus vulnérables.
- ⇒ De manière évidente, les <500 de population sont particulièrement vulnérables et on devrait leur accorder la priorité.

En conclusion, on peut affirmer qu'il y a probablement eu amélioration au 31 mars 2007 par rapport à août 2006, mais il n'est pas possible de la quantifier. Le niveau de préparation est jugé satisfaisant en ce qui concerne le volet santé publique, faible concernant les volets santé physique et communications, très faible pour les volets psychosocial et maintien des activités.

Beaucoup de travail reste à faire concernant l'arrimage des plans de pandémie avec les plans de mesures d'urgence tous risques.

On devrait accorder la priorité aux communautés de moins de 500 de population et aux communautés semi isolées.

Les liens de communications entre les ASSS, les CSSS et les Services de santé et services sociaux des Premières Nations sont à revoir pour respecter leur autonomie et leur donner une chance de se préparer au même rythme que les CSSS.

Il apparaît clair qu'une action concertée entre le MAINC, la DSPNI, la CSSSPNQL et l'APNQL est nécessaire pour offrir aux Services de santé et de services sociaux des Premières Nations des interventions intégrées, de telle sorte que le cloisonnement vertical en silo des juridictions ne nuise pas à la satisfaction de leurs besoins et de ceux de leur clientèle, besoins qui ne sont pas, eux, cloisonnés.

## **2.2 LES ORGANISATIONS DES PREMIÈRES NATIONS ET LEURS RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIO-SANITAIRE CONTRE LA MENACE PANDÉMIQUE.**

Comme nous l'avons vu plus haut, la *Loi sur les Indiens* reconnaît aux communautés des Premières Nations un certain nombre de pouvoirs nécessaires pour organiser et réaliser des activités politiques, sociales et économiques sur le territoire qui leur est réservé. Toutefois, la plupart de ces activités ne peuvent être réalisées sans tenir compte du contexte beaucoup plus large dans lequel elles s'inscrivent. Par exemple, en matière de santé et de services sociaux, les

problématiques auxquelles peut faire face une communauté, sont souvent similaires à celles des autres communautés autochtones, tandis qu'elles comportent des différences significatives par rapport à la réalité de l'ensemble de la population du Québec. Cela est aussi vrai en matière de développement économique, d'emploi ou de protection de l'environnement.

Dans ce contexte, il est normal que les communautés cherchent à trouver des solutions communes, adaptées à la réalité autochtone et qu'elles s'organisent en conséquence. Plusieurs organismes sans but lucratif ont donc été créés dans ce but au fil des années par les nations membres de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). Le soutien que ces organismes apportent quotidiennement aux communautés leur est indispensable. Il peut aussi être transposé dans le contexte particulier de la lutte à la pandémie d'influenza, en autant qu'on leur en donne les moyens et que leurs partenaires des gouvernements fédéral et québécois acceptent de collaborer avec elles.

En ce qui concerne la lutte à la pandémie, la participation de deux de ces organisations est indispensable, il s'agit du Secrétariat de l'APNQL et, surtout, de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador<sup>117</sup>. Après avoir présenté brièvement la première, nous nous pencherons plus spécifiquement sur la seconde dont la mission est directement liée aux activités de préparation et d'intervention contre la pandémie appréhendée d'influenza.

## **2.2.1 Le Secrétariat de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador**

### *2.2.1.1 Statut juridique, pouvoirs et responsabilités*

Le Secrétariat de l'APNQL est un organisme à but non lucratif dont la mission est de représenter les intérêts de l'ensemble des communautés autochtones du Québec et du Labrador. Il s'agit d'un organisme non incorporé qui existe légalement en tant qu'association tacite à vocation administrative, pour laquelle les représentants des 42 communautés membres de l'APNQL agissent comme membres votants<sup>118</sup>.

Le Secrétariat administre les fonds de consultation et d'exploitation octroyés par les gouvernements à l'APNQL, en plus de coordonner les activités des différentes commissions. Il est important de souligner que ce rôle central de coordination des différentes organisations autochtones ne repose pas sur une base légale, mais qu'il est exercé par le Secrétariat pour des raisons d'efficacité administrative et à cause de la très grande légitimité dont il jouit au sein de l'ensemble des communautés et des organisations autochtones elles-mêmes.

Le Secrétariat se divise plus ou moins formellement en deux branches. Il y a d'une part, un bureau politique représenté par le Chef régional et, d'autre part, un bureau administratif relevant de l'attaché politique de ce dernier<sup>119</sup>. Le Chef régional agit notamment en tant que porte-parole

<sup>117</sup> Ci-après, la Commission.

<sup>118</sup> Ce type d'association existe légalement en vertu de l'article 2186 al. 2 et des articles 2267 et suivants du *Code civil du Québec*, L.Q. 91 c. 64 — Source : NADIR André, Avis juridique remis à l'APNQL en date du 22 février 2005, pp.4-5 et 10-11 (document interne).

<sup>119</sup> *Id.*, Nadir André, p. 4.

de l'APNQL auprès des gouvernements autochtones et non-autochtones à l'échelle canadienne et internationale. Il exerce aussi ce même rôle auprès du comité exécutif de l'Assemblée des Premières Nations (APN) au niveau national canadien, en plus de cumuler des responsabilités inhérentes au dossier de la santé<sup>120</sup>. Pour sa part, l'attaché politique seconde le Chef et agit en tant que directeur administratif du Secrétariat<sup>121</sup>. Il supervise le travail de plusieurs personnes responsables des dossiers sectoriels. Parmi ces derniers, on retrouve celui de la sécurité publique qui englobe les activités de soutien aux communautés pour leur préparation du plan d'urgence tous risques.

### 2.2.1.2 Responsabilités particulières envers la menace pandémique — le plan d'urgence tous risques

Une importance très grande est accordée par l'APNQL à la présence dans chaque communauté autochtone, d'un plan d'urgence tous risques efficace et opérationnel. En effet, ce dernier permettra d'atténuer les effets néfastes d'une éventuelle pandémie sur les activités socio-économiques des communautés, tout en supportant les services communautaires de santé et services sociaux dans la mise en œuvre des mesures sociosanitaires.

Étant donné son rôle légitime d'organisme de coordination, le Secrétariat de l'APNQL a reçu au cours de l'année 2006, une proposition du MAINC visant à lui attribuer la coordination des activités de mise à jour des plans tous risques dans les communautés des Premières Nations<sup>122</sup>. L'APNQL s'est engagée à assumer ce rôle et elle a nommé un responsable de ce dossier en février 2007. En plus de voir à la coordination du plan d'urgence tous risques, le Secrétariat contribuera aussi à soutenir les communautés pour réaliser un plan de continuité des opérations<sup>123</sup>.

## 2.2.2 La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

### 2.2.2.1 Statut juridique, pouvoirs et responsabilités

Juridiquement distincte de l'APNQL, la Commission est une association tacite qui a été créée en 1994 par l'Assemblée des Chefs des Premières Nations du Québec et du Labrador<sup>124</sup>. Elle a pour mission de promouvoir le mieux-être physique mental, émotionnel et spirituel des familles et des communautés des Premières Nations à travers la prestation de programmes globaux de santé et

<sup>120</sup> En ligne : [http://www.affairesautochtones.com/contenu/gouvernements/gouvernements\\_apnql.html](http://www.affairesautochtones.com/contenu/gouvernements/gouvernements_apnql.html).

<sup>121</sup> Nadir André, *op.cit.*, note 3, p. 4.

<sup>122</sup> Voir, CSSSPNQL, **Résumé sommaire de la rencontre des Directeurs de la santé du 22 août 2006 : Pandémie**, p.1 (document interne) ; aussi, Note de service interne en date de 3 août 2006 de la coordonnatrice à la santé de la Commission à l'intention de 3 membres du groupe de travail des directeurs santé services sociaux des PN sur la pandémie.

<sup>123</sup> *Op.cit.*, note 63.

<sup>124</sup> Résolution 3-94. Tout comme le Secrétariat de l'APNQL, la Commission est régie par l'article 2186 al. 2 et les articles 2267 et suivants du *Code civil du Québec*. En outre, même si elle n'est pas immatriculée, elle est inscrite aux registres des entreprises du Québec.

services sociaux adaptés à la culture et conçus par les organisations autochtones, lesquelles sont reconnues et sanctionnées par les citoyens des Premières Nations et leurs gouvernements<sup>125</sup>.

Son rôle est d'agir en tant que conseiller technique et consultant auprès des communautés des Premières Nations et de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador en matière de santé et services sociaux.<sup>126</sup>

La Commission poursuit plusieurs objectifs et parmi ceux-ci on retrouve notamment l'offre d'un soutien technique à la recherche, l'élaboration et la promotion de systèmes et modèles de services de santé et services sociaux communautaires, et ce, à la demande des communautés des Premières Nations<sup>127</sup>. Elle s'assure aussi que le système de livraison de services du gouvernement des Premières Nations respecte les besoins fondamentaux des citoyens autochtones<sup>128</sup>. De plus, elle encourage le libre échange d'information et d'idées touchant tous les aspects reliés aux initiatives de développement de services de santé et services sociaux des communautés membres<sup>129</sup>.

La Commission est dirigée par un conseil d'administration tandis que sa gestion régulière relève d'une direction générale assistée d'un gestionnaire des opérations et d'une direction des services administratifs et des ressources humaines. Elle comporte une structure organisée en fonction des quatre programmes principaux qu'elle administre: les services de santé, les services à la petite enfance, les services sociaux à la collectivité et le bureau de développement social. Outre son service des finances et celui du développement (recherche et technologie de l'information), la Commission compte un secrétariat administratif comportant une professionnelle des communications. Il s'agit donc d'une organisation bien structurée employant près d'une quarantaine de personnes. Son financement repose principalement sur les contributions du MAINC et de Santé Canada et pour une faible part sur ceux du MSSS.

#### 2.2.2.2 *Responsabilités particulières relativement à la préparation et à l'intervention contre la menace pandémique : la mission santé*

Créée en 1994, la Commission a été mise sur pied en mars 1995, soit depuis maintenant plus de 12 ans. Les arguments qui ont été invoqués lors de l'assemblée de création témoignent bien des préoccupations inhérentes à l'ensemble des communautés autochtones et qui les ont amenés à mettre sur pied cet organisme:

- Le désir de mieux identifier et faire valoir leurs préoccupations en matière de santé et de services sociaux;
- la volonté d'adopter une approche cohérente dans la définition, la coordination et la défense des différentes préoccupations des communautés en matière de santé et de services sociaux ;

<sup>125</sup> CSSSPNQL, *Charte et règlements généraux*, juin 1997, (ci-après, Charte) art. 3.

<sup>126</sup> *Id.*, art. 5.

<sup>127</sup> *Id.*, art. 4 par. 2.

<sup>128</sup> *Id.*, art. 4 par. 3.

<sup>129</sup> *Id.*, art. 4 par. 4.

- le besoin de dissiper la confusion concernant les initiatives des deux principaux niveaux de gouvernement, souvent menées sans consultation préalable auprès des communautés ;
- la volonté de tenir un discours concerté capable de produire une sensibilisation à grande échelle à propos des problèmes des Premières Nations et faire le démarchage nécessaire en vue de leur résolution;
- le besoin de faire face à une infrastructure technologique gouvernementale croissante et de plus en plus exigeante en terme de demandes et de reddition de comptes<sup>130</sup>.

**Or, ce sont des motifs semblables qui ont amené les directeurs des services de santé et des services sociaux des communautés des Premières Nations à demander à la Commission de jouer un rôle actif dans le soutien à leurs communautés relativement à la préparation de la lutte à la pandémie appréhendée d'influenza.**

En effet, lors de la rencontre des directeurs de la santé et des services sociaux des Premières Nations tenue le 22 août 2006, à laquelle participaient aussi les représentants de l'APN, de l'APNQL, de Santé Canada (DSPNI), du MAINC et du MSSS, la Commission avait présenté les résultats d'un sondage téléphonique qu'elle avait mené quelques jours auparavant, lequel révélait, comme mentionné plus haut, que sur 29 communautés rejointes seulement 9 avaient un plan prêt ou presque prêt. La Commission a sensibilisé les communautés à la nécessité de se préparer davantage et ces dernières ont appuyé massivement la proposition de la Commission de trouver le financement nécessaire et d'assurer elle-même la coordination des activités de lutte contre la pandémie d'influenza et dans la clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs<sup>131</sup>.

Cet appui des directeurs santé et services sociaux des communautés des Premières Nations a motivé le conseil d'administration de la Commission à créer une unité de coordination et de définir son mandat dans les termes suivants :

«L'unité de coordination sera particulièrement active en phase pré-pandémique (préparation). Elle aura pour mandat de :

- 1- Veiller à ce que l'ensemble des communautés ait un plan de lutte à la pandémie communautaire ;
- 2- Veiller à ce que l'ensemble des communautés puissent (sic) mettre à jour leur plan de mesures d'urgence (travailler en étroite collaboration avec l'APNQL) ;
- 3- Assister les communautés dans l'élaboration et la vérification de leur plan de mesures d'urgence et leur plan de pandémie ;
- 4- Informer les communautés sur la pandémie et de stimuler la mobilisation communautaire ;

<sup>130</sup> Voir, CSSSPNQL, **Plan d'action quinquennal 2003-2008**, Annexe - Plan opérationnel, septembre 2002, p. 7.

<sup>131</sup> CSSSPNQL, lettre du 27 septembre 2006 à l'intention de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant pour objet : «Demande de financement pour la coordination de la préparation à la pandémie d'influenza»,. Annexe A. Aussi, CSSSPNQL, **Résumé sommaire de la rencontre des Directeurs de la santé du 22 août 2006 : Pandémie**, p. 4 (document interne).

- 5- Veiller à ce que le personnel de la santé de l'ensemble des communautés ait accès à des formations sur la pandémie d'influenza ;
- 6- Assurer les liens de communication entre les différents acteurs ;
- 7- Favoriser les liens entre les Agences de santé / Centres de Santé et de Services Sociaux et les communautés des Premières Nations qui le désirent ;
- 8- Veiller à ce que l'ensemble des communautés soient consultées (sic) dans l'élaboration des plans régionaux (Agences de santé / centres de Santé et de Services Sociaux).<sup>132</sup> »

En outre, en plus du soutien des directeurs, rappelons que l'intervention de la Commission est aussi soutenue financièrement par la DSPNI, le MAINC et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre du plan d'action du Forum socioéconomique des Premières Nations<sup>133</sup>.

Pour réaliser son mandat le plus efficacement possible, la Commission a d'abord voulu procéder à une évaluation approfondie de l'état de préparation des communautés et les résultats de cette évaluation ont été présentés plus haut dans la sous-section 2.1.2. Toutefois, en ce qui concerne la Commission elle-même, il faut reconnaître que l'ensemble de sa préparation reste à faire en ce qui concerne son plan de lutte à la pandémie et son plan de continuité des activités. La même situation semble aussi prévaloir au sein du Secrétariat de l'APNQL et des autres organisations autochtones du Québec. Sur la base des constats effectués dans le présent chapitre, nous allons maintenant présenter un certain nombre de recommandations utiles avec l'analyse qui les sous-tend.

### **3.0 OFFRIR AUX MEMBRES DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS UNE PROTECTION COMPARABLE À CELLE DES CITOYENS DES MUNICIPALITÉS LOCALES DU QUÉBEC : QUELQUES RECOMMANDATIONS**

#### **3.1 RENDRE LES COMMUNAUTÉS APTES À LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA PANDEMIE**

##### **3.1.1 Élaboration d'un plan d'action intégré pour la mise en œuvre des programmes gouvernementaux**

Après lecture des résultats du sondage effectué auprès des communautés, on peut dire qu'à l'exception du volet santé publique, un effort important sera nécessaire au cours de la présente année, pour améliorer de façon satisfaisante le degré de préparation des communautés. Le défi ne consistera pas seulement à dégager les ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre cet objectif, mais aussi à les utiliser avec cohérence afin d'en maximiser les effets concrets sur le terrain, au sein même des communautés. Or, en toute logique, on peut

<sup>132</sup> CSSSPNQL, lettre du 27 septembre 2006 à l'intention de Santé Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant pour objet : «Demande de financement pour la coordination de la préparation à la pandémie d'influenza», voir la section 2.3 du document.

<sup>133</sup> Voir *supra*, notes 33 et 37 et texte correspondant. Le MSSS a aussi réservé 60 000\$ à la Commission pour la coordination et la liaison entre les communautés et le réseau de santé québécois.

difficilement exiger de ces dernières, compte tenu de la faiblesse de leur structure et de leurs moyens, de devoir corriger seules les incohérences administratives de leurs partenaires gouvernementaux.

Il faut reconnaître que les bureaux régionaux de la DGSPNI et du MAINC ne sont pas responsables des décisions qui sont prises aux échelons supérieurs par leurs administrations centrales respectives. Cependant, il serait souhaitable qu'au niveau de la région du Québec, les responsables des deux ministères conviennent ensemble de la nécessité de mieux planifier la mise en œuvre de leurs programmes respectifs à l'intérieur d'un plan d'action intégré à l'échelle du Québec. En tant que délégués des communautés, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL contribueraient à l'élaboration de ce plan, notamment en utilisant la banque de données sur l'état de préparation des communautés présentée dans le chapitre précédent. Celle-ci pourrait être utile pour identifier les communautés qui, compte tenu de leur niveau de préparation, nécessitent un soutien particulier pour la mise en œuvre de l'un ou l'autre des programmes. Il serait aussi possible de déterminer quelles communautés sont suffisamment préparées pour participer à des programmes de formation plus avancés. Les programmes seraient implantés graduellement en fonction du niveau de préparation des communautés.

***Recommandation 1: QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL voient à ce qu'un plan d'action intégré soit élaboré à l'échelle du Québec pour encadrer la mise en œuvre des programmes fédéraux reliés à la lutte à la pandémie. Ce plan serait réalisé conjointement par Santé Canada (DSPNI), MAINC, MSSS, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL.***

### **3.1.2 Élaboration d'un plan d'action pour le soutien aux communautés**

Parmi les constats dégagés au chapitre précédent, il y en a certains qui supposent l'établissement de priorités d'action pour pallier certaines lacunes dans la préparation des communautés. Il serait donc nécessaire que la Commission, de concert avec le Secrétariat de l'APNQL, élabore un plan d'action visant à identifier les communautés ou les catégories de communautés qui devront être soutenues en priorité au cours des prochains mois, autant pour la mission santé, le plan de mesures d'urgence que le plan de maintien des opérations. La banque de données constituée à partir du sondage devrait être utilisée pour cibler davantage les communautés qui ont besoin de soutien dans leur préparation à la lutte à la pandémie. Afin d'avoir un tableau plus juste de la situation, il serait important de communiquer à nouveau avec les communautés qui n'ont pas complété le sondage. Ce sera aussi l'occasion de vérifier si cette omission est liée à une préparation déficiente ou à une autre raison. Pour les communautés ciblées, il y aura lieu ensuite de vérifier avec elles la forme que prendra le soutien, sur quels aspects il portera et quelles ressources de la Commission et de l'APNQL seront requises pour le faire.

En ce qui concerne la mission santé, il sera toujours nécessaire de se concerter avec la DSPNI pour connaître le type de soutien qu'elle compte fournir et les communautés visées, afin d'éviter les chevauchements inutiles.

***Recommandation 2: QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL élaborent un plan d'action conjoint visant à identifier les communautés ou les catégories de communautés qui devront être soutenues en priorité au cours des prochains mois, autant pour la mission santé,***

*le plan de mesures d'urgence que le plan de maintien des opérations. Un tel plan porterait sur la période 2007-2009.*

### **3.1.3 L'harmonisation des différents plans d'urgence**

Comme nous l'avons mentionné à quelques occasions au cours des chapitres précédents, la lutte à la pandémie requiert la collaboration de plusieurs organisations qui doivent se concerter pour être capable de mener leur action efficacement. Même s'ils poursuivent le même objectif, soit la sécurité de la population, son bien-être, ainsi que le maintien des structures institutionnelles et socio-économiques, les systèmes de sécurité civile du Québec et du Canada sont organisés différemment et doivent être encadrés par des mécanismes de coordination et de concertation particuliers pour être en mesure de mener une action cohérente.

Dans le cas des communautés des Premières Nations, la nécessité d'un arrimage étroit avec les municipalités voisines et les organisations du gouvernement du Québec est encore plus grande, car elles devront réaliser ensemble des actions concrètes sur le terrain. Puisque se sont les communautés qui auront le plus souvent besoin de l'aide des municipalités et des organisations gouvernementales québécoises et que ces dernières fonctionnent déjà à l'intérieur d'un système bien établi, les communautés devront faire un effort plus grand pour adapter leurs plans à celui de leurs partenaires à l'échelon local et régional. En effet, les municipalités locales et les organismes gouvernementaux ne bénéficient pas d'une autonomie comparable à celle dont peuvent disposer les communautés relativement au contenu de leurs plans. La *Loi sur la sécurité civile*, la *Loi sur la sécurité incendie* et les autres lois québécoises régissent à la fois les objectifs, la structure et les modalités de planification et de fonctionnement de ces organisations. En conséquence, les communautés devront voir à ce que leurs plans soient mieux harmonisés pour pouvoir s'arrimer correctement avec ceux de leurs partenaires québécois.

À cet égard, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL devraient exercer un leadership clair en s'assurant que les programmes actuels et futurs du MAINC et de la DSPNI portant sur l'élaboration ou la mise à jour des plans de lutte à la pandémie mission santé, des plans d'urgence tous risques et des plans de continuité des opérations prévoient, d'une part, une harmonisation du contenu de ces trois types de plans entre eux et, d'autre part, une harmonisation de ces plans avec le modèle québécois de sécurité civile (principes directeurs, terminologie, organisation, mode de fonctionnement, etc.). Cette harmonisation devrait aussi s'étendre au contenu de la formation des intervenants ainsi qu'à la documentation et au matériel d'information qui leur sont destinés. De plus, les budgets nécessaires pour réaliser l'harmonisation du contenu des plans et de la formation aux intervenants seraient ajoutés aux allocations des programmes. Bien entendu, l'harmonisation proposée serait aussi adaptée aux particularités culturelles, sociales et administratives des communautés.

***Recommandation 3 : QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL exercent un leadership clair en s'assurant que les programmes actuels et futurs du MAINC et de la DSPNI portant sur l'élaboration ou la mise à jour des plans de lutte à la pandémie mission santé, des plans d'urgence tous risques et des plans de continuité des opérations prévoient, d'une part, une harmonisation du contenu de ces trois plans entre eux et, d'autre part, une harmonisation de ces plans avec le modèle québécois de sécurité civile. Cette harmonisation devrait aussi***

*s'étendre au contenu de la formation des intervenants ainsi qu'à la documentation et au matériel d'information qui leur sont destinés.*

***Recommandation 4: QUE les budgets additionnels nécessaires à la Commission et au Secrétariat de l'APNQL pour la réalisation de ces activités d'harmonisation soient prévus dans les programmes fédéraux.***

### **3.1.4 La création de nouveaux liens à l'échelon régional entre les services de santé et les services sociaux des communautés et le réseau de santé québécois.**

#### **Situation actuelle**

Dans le cadre de son plan de lutte à la pandémie appréhendée d'influenza, le MSSS a la responsabilité d'assurer la protection de l'ensemble de la population située sur le territoire québécois, incluant celle des communautés des Premières Nations et des Inuits. Cela signifie que dans chacune des régions du Québec où se trouve une communauté autochtone, les services de santé et les services sociaux de celle-ci devraient être intégrés dans le plan local de lutte à la pandémie qui relève du CSSS. Toutefois, étant donné le statut juridique particulier des communautés des Premières Nations et l'autonomie dont elles disposent, sauf exception, une telle intégration ne correspond pas aux rapports habituels existant entre les deux entités<sup>134</sup>.

Les postes de soins infirmiers ou les centres de santé des communautés constituent des établissements de santé distincts, mais analogues à ceux du réseau québécois. Ils doivent donc être considérés comme tels. Pour cette raison, les établissements de santé des communautés et les CSSS maintiennent des liens complémentaires en ce qui concerne la distribution régulière de services à l'échelon local. Les premiers assurent les services de première ligne aux populations des communautés, tandis que les seconds fournissent les services généraux et spécialisés nécessaires pour compléter ceux des établissements des Premières Nations en cas de débordement.

En situation normale, ce modèle plutôt souple présente l'avantage de respecter l'autonomie des établissements des Premières Nations et la spécificité culturelle des communautés, tout en permettant à leurs populations de bénéficier de services généraux et spécialisés accessibles dans le réseau québécois. Cependant, ce modèle répond mal aux exigences inhérentes à la mise en œuvre efficace du plan québécois de pandémie dans les communautés. En effet, la plupart des établissements de santé des Premières Nations se retrouvent tout au bout de la chaîne de services du réseau et n'entretiennent pas ou peu de liens directs avec l'agence qui dessert leur territoire. Plusieurs directeurs des services de santé des Premières Nations n'auront ainsi pas accès en même temps que les CSSS à la documentation et aux informations essentielles devant permettre une préparation adéquate de leurs services (programmes de formation, protocoles de traitement, validation, etc.) dans les cinq volets prévus dans le plan de pandémie québécois. Or, tout délai supplémentaire pouvant survenir dans la transmission de ces informations peut signifier des retards encore plus importants dans la préparation des intervenants de la santé et des services

<sup>134</sup> En réalité, les CS/PSI sont considérés comme des organismes qui font tout simplement partie du territoire d'un CSSS, au même titre qu'une clinique médicale, un Groupe de médecine familiale (GMF), un organisme communautaire ou une communauté culturelle.

sociaux dans les communautés. En effet, plusieurs d'entre elles doivent adapter et faire traduire la documentation ainsi que le matériel de formation destinés à leur personnel, afin de se conformer à leurs spécificités culturelles.

Dans ce contexte, dès que nous franchirons la phase 4 de l'échelle établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>135</sup>, il deviendra très difficile aux services de santé de ces communautés d'atteindre ou même de conserver un niveau de préparation comparable à celui des établissements des CSSS. Il s'agit pourtant là d'une condition essentielle pour que les populations de ces communautés puissent bénéficier d'un niveau de protection qui soit à tout le moins comparable à celui prévu par le réseau de santé québécois. Afin de corriger les lacunes du système actuel, la sous-section 3.1.6 propose quelques recommandations visant à améliorer les mécanismes de communication et de concertation entre les composantes des services de santé des Premières Nations et celles du réseau de santé québécois.

Afin d'intégrer véritablement les établissements de santé des communautés aux plans locaux et régionaux de lutte à la pandémie d'influenza, il apparaît indispensable de prévoir leur participation au sein même des lieux de concertation déjà établis à l'échelon régional qui ont été exposés plus haut.

### **Participation aux tables de concertation régionales**

Les tables de concertation régionales permettent aux établissements de santé de l'ensemble d'une région de se réunir périodiquement avec les représentants de l'agence régionale pour faire le point sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de leur programmation d'activités dans l'un ou l'autre des cinq volets du plan de lutte à la pandémie. C'est aussi un lieu d'échange sur les problèmes rencontrés ou appréhendés qui permet la prise en compte d'aspects particuliers et la recherche commune de solutions appropriées. Il est essentiel que tous les établissements de santé des Premières Nations y soient invités sur une base régulière afin d'établir et maintenir des liens plus étroits avec les autres établissements du territoire. Ils pourront ainsi mieux connaître l'évolution du plan de lutte à la pandémie aux échelons local et régional, tout en sensibilisant et en informant les représentants de l'agence régionale et des établissements du territoire de l'impact que pourraient avoir certaines mesures sur les services aux communautés des Premières Nations.

Ce lieu de concertation favoriserait à coup sûr une meilleure compréhension de la structure administrative des services de santé et services sociaux des communautés par les responsables des agences régionales et des établissements du réseau de la santé québécois. Il favoriserait aussi, chez les partenaires du réseau, une meilleure prise en compte des contraintes géographiques, sociales et culturelles qui s'imposent aux établissements de santé des communautés des Premières Nations. L'organisation des plans régionaux de lutte à une pandémie d'influenza (PRPI) et des plans locaux de lutte à une pandémie d'influenza (PLPI) pourrait alors être mieux adaptée aux besoins des communautés.

---

<sup>135</sup> Voir *supra*, p. 5, tableau 1.

***Recommandation 5 : QUE le MSSS s'assure que tous les établissements de santé des Premières Nations soient invités aux tables de concertation régionales sur une base régulière afin d'établir et maintenir des liens plus étroits avec les autres établissements du territoire.***

### **Participation aux activités régionales de préparation à la pandémie**

La participation des établissements de santé des Premières Nations aux tables de concertation régionales ne résout pas à lui seul le déficit qu'ils accusent en matière de communication et d'information relativement aux activités de préparation pré-pandémique du réseau de santé québécois. En effet, pour être en mesure de suivre le rythme de préparation des établissements membres des CSSS et participer efficacement aux plans locaux et régionaux, les établissements de santé des communautés des Premières Nations doivent eux aussi être sur la liste de diffusion du réseau intranet que l'agence régionale utilise pour diffuser l'information aux CSSS. Rappelons ici qu'en cas de pandémie, les CSSS n'interviendront le plus souvent que pour suppléer aux services des établissements des Premières Nations et non pas l'inverse. Il est donc tout aussi important que les postes de soins infirmiers et les centres de santé des communautés des Premières Nations reçoivent les informations utiles en même temps que les CSSS, puisqu'ils constituent des établissements de santé ayant les mêmes responsabilités, soit celles de desservir une communauté et un territoire qui leur sont propres, et ce, dans les cinq volets de la mission santé.

Pour les mêmes raisons, ils doivent aussi être invités à l'ensemble des activités régionales organisées par l'agence concernant la formation, la validation, les protocoles, etc. auxquelles sont conviés les autres établissements de la région dans le cadre du plan de lutte à la pandémie.

Par ailleurs, la création de ces nouveaux canaux de concertation et de coordination permettrait aux communautés des Premières Nations (CPN) elles-mêmes d'adapter adéquatement leur plan d'urgence tous risques en fonction des besoins de leurs établissements de santé en cas de pandémie. Les communautés pourraient donc être mieux arrimées, aux échelons local et régional, au Plan national de sécurité civile (PNSC) – Mission Santé établi par le gouvernement du Québec.

La figure 17 (page suivante) expose bien à quels niveaux se situeraient les nouveaux liens de communication exposés précédemment. Il présente aussi ceux qui sont proposés en faveur de la Commission pour assurer un meilleur arrimage des Premières Nations au plan québécois.

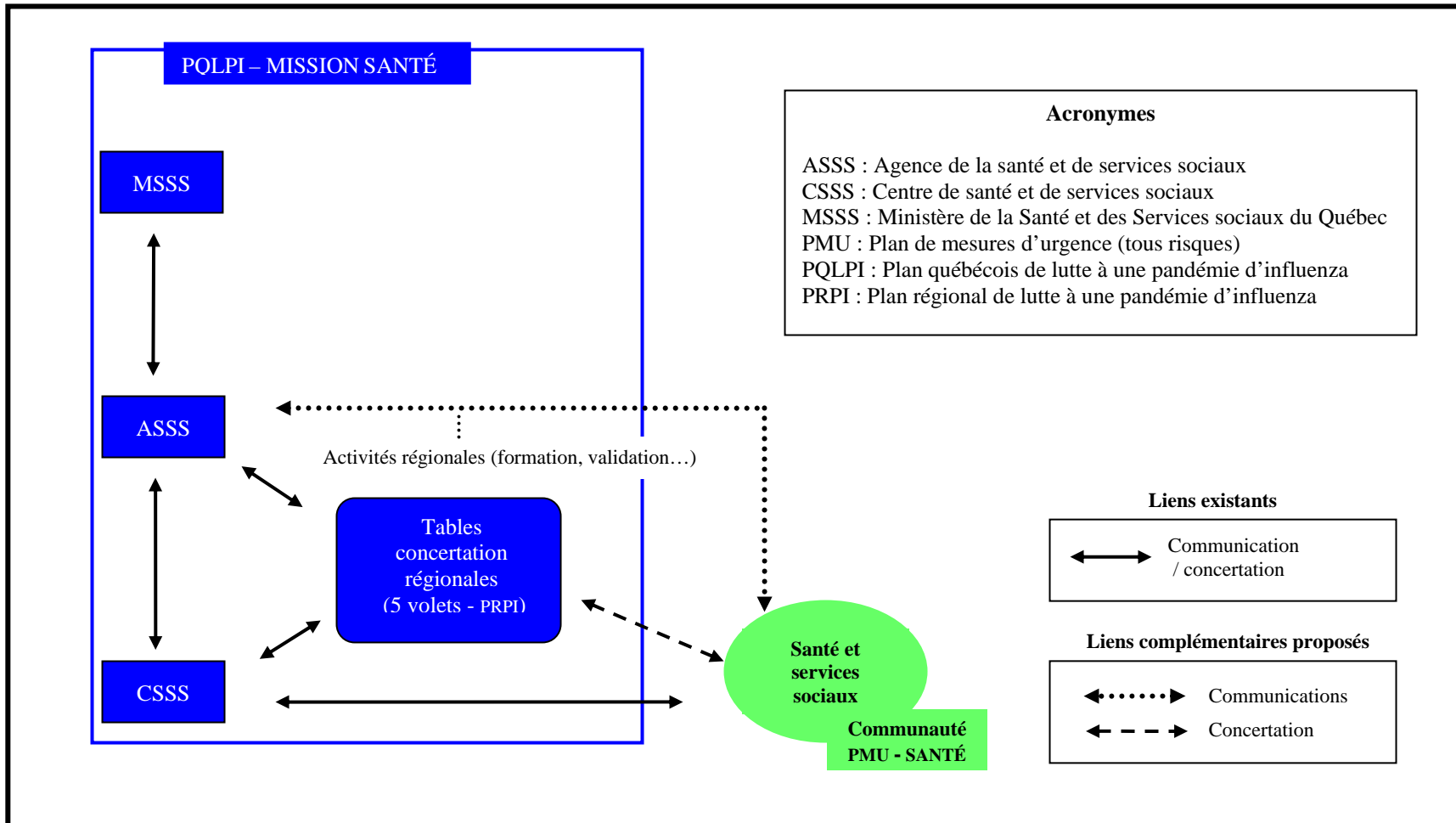
Ce modèle de communication entre les CS/PSI des Premières Nations existe actuellement à l'échelle provinciale dans le quotidien pour tout ce qui touche le support des directions régionales de santé publique concernant les programmes d'immunisation, la fourniture des vaccins, la formation continue, les enquêtes épidémiologiques, etc.

Pour ce qui est des autres volets du plan régional de sécurité civile – mission santé, la preuve de l'efficacité du modèle proposé peut se vérifier dans le cas d'au moins une communauté, celle de Wendake.

***Recommandation 6: QUE le MSSS s'assure que les établissements de santé et de services sociaux des communautés des Premières Nations soient inscrits sur la liste de distribution que l'agence régionale utilise pour diffuser l'information aux CSSS.***

***Recommandation 7: QUE le MSSS s'assure que les établissements de santé des communautés des Premières Nations soient invités à l'ensemble des activités régionales organisées par l'agence régionale concernant la formation, la validation, les protocoles, etc. auxquelles sont conviés les établissements des CSSS de leur région dans le cadre du plan de lutte à la pandémie.***

**FIGURE 17 : LIENS EXISTANTS ET PROPOSÉS ENTRE LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTÉS DE PREMIÈRES NATIONS AUX ÉCHELONS RÉGIONAL ET LOCAL DU PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE À LA PANDMIE D'INFLUENZA**



### 3.2 CONSOLIDER LE RÔLE DE LA COMMISSION AU SEIN DES PREMIÈRES NATIONS ET VIS-À-VIS SES PARTENAIRES GOUVERNEMENTAUX DANS LES PLANS DE LUTTE À LA PANDÉMIE.

#### 3.2.1 Reconnaissance du statut de la Commission en tant qu'acteur essentiel dans les plans gouvernementaux de lutte à la pandémie.

Au Québec, plusieurs communautés autochtones ont déjà été confrontées à des sinistres naturels tels que des inondations ou des incendies de forêt qui ont entraîné jusqu'à l'évacuation temporaire de toute une population. Devant des risques de cette nature, qui ne menacent généralement qu'un petit nombre de communautés à la fois, les élus et les intervenants de la communauté sont généralement en mesure de prendre les décisions qui s'imposent et d'organiser eux-mêmes les mesures d'intervention, le cas échéant, avec l'aide des municipalités voisines et des autorités gouvernementales fédérales et québécoises.

Dans le cas de la pandémie appréhendée d'influenza, la menace est très différente de celles auxquelles sont normalement confrontées les communautés autochtones. En effet, l'ampleur de la menace fait en sorte que c'est toute la population autochtone de l'ensemble du territoire québécois qui peut être affectée. De plus, la nature complexe du phénomène signifie que les mesures de prévention, de contrôle et de lutte requièrent la mise en place de procédures spécifiques qui doivent être bien comprises par le personnel d'intervention et l'ensemble de la population. Enfin, pour limiter la propagation de la maladie sur l'ensemble du territoire québécois et canadien, la gestion des interventions doit reposer sur un modèle partant des paliers d'autorité supérieurs vers les paliers inférieurs («*top-down*»)<sup>86</sup>, contrairement au modèle habituel de gestion de la sécurité civile qui repose d'abord sur les décisions des autorités locales que vient ensuite soutenir l'aide gouvernementale.

Dans ce mode de gestion «*top-down*», les services de santé et les services sociaux des communautés des Premières Nations se situent donc tout en bas de la chaîne de décision, de transmission de l'information et de service du réseau québécois de la santé. Du côté fédéral, les services de santé des communautés reçoivent un soutien financier et technique de la DSPNI (Santé Canada), tandis que les services sociaux reçoivent un soutien financier du MAINC. Ce support repose donc sur plusieurs programmes, lesquels sont administrés en parallèle par ces ministères.

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette situation reproduit en fin de compte, les rapports habituels qui existent entre les services de santé et les services sociaux des communautés et les organismes des deux ordres de gouvernement. Elle oblige les communautés à transiger avec plusieurs interlocuteurs gouvernementaux et à tenter elles-mêmes d'effectuer l'harmonisation entre des programmes cloisonnés. Par exemple, nous savons que le plan québécois de pandémie prévoit une préparation de la mission santé en fonction de cinq volets : santé publique, santé physique, psychosocial, communication et maintien des services. Or, l'aide financière et technique fournie par Santé Canada jusqu'en mars 2007 s'est concentrée principalement sur la préparation des deux premiers<sup>87</sup>, tandis que le MAINC a financé la réalisation (par la

<sup>86</sup> QUEBEC, **Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé**, MSSS, 2006, p. 20.

<sup>87</sup> Soulignons ici qu'une partie du support reçu de Santé Canada (la réalisation du *Canevas de base* et la visite dans les communautés d'une professionnelle pour en expliquer le contenu) n'a pas été précédé d'une consultation préalable auprès de la Commission pour définir précisément les besoins à combler relativement aux cinq volets de la mission santé.

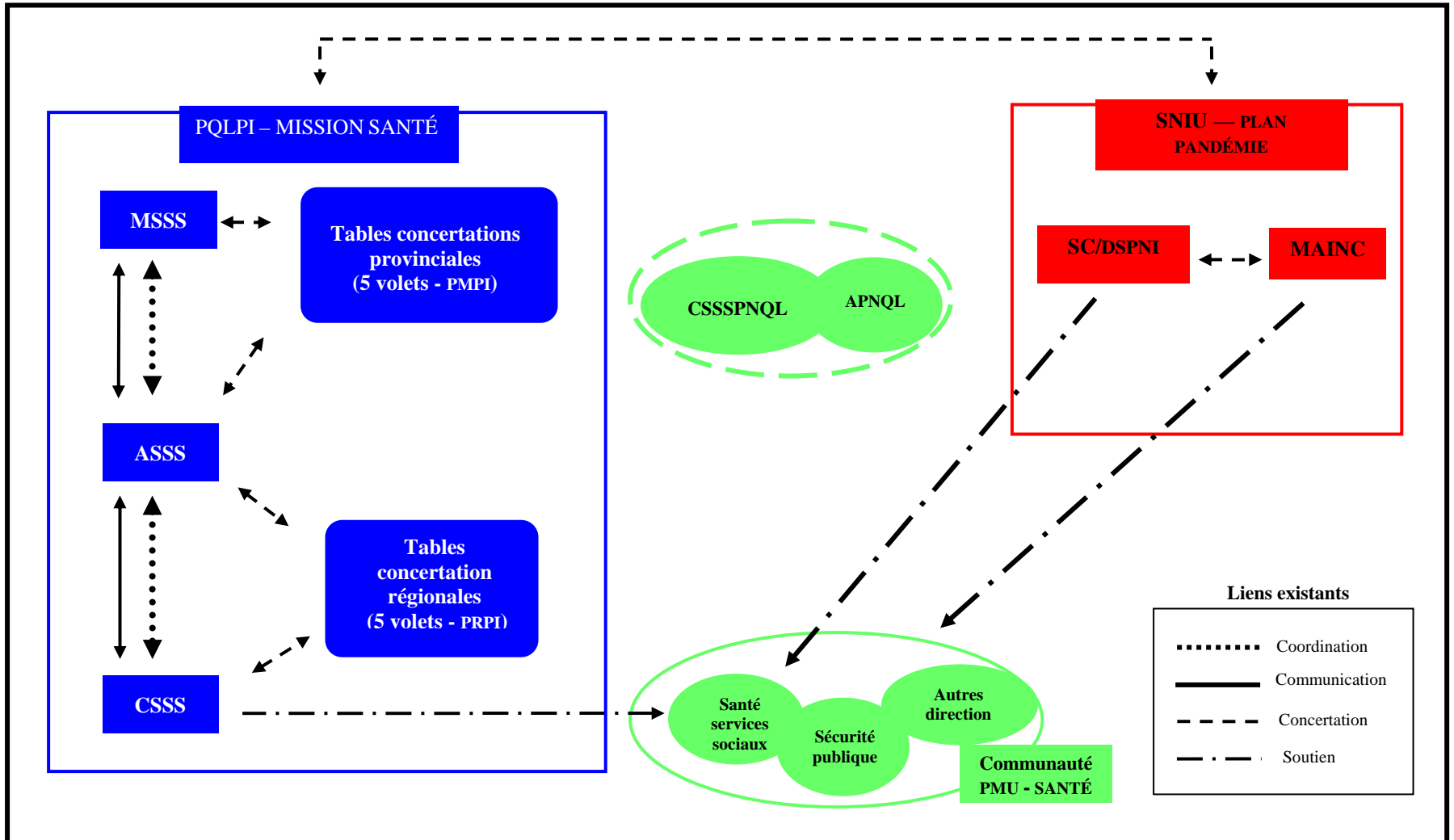
Commission) d'une formation en psychosocial. Les communautés n'ont donc pas reçu de véritable soutien gouvernemental pour la réalisation des deux autres volets (communication et maintien des services). Elles ignorent encore si elles en obtiendront et, le cas échéant, quel organisme gouvernemental en assumera le financement ni quelles en seront les modalités.

En situation normale, la Commission intervient auprès des communautés qui le veulent pour dissiper la confusion générée par l'existence de programmes gouvernementaux cloisonnés. Elle les aide à adapter ces programmes à leurs besoins et répondre ainsi à leurs particularités culturelles. Les délais encourus par le démarchage auprès des ministères et organismes pour la quête d'informations et de financement supplémentaires n'empêchent généralement pas la Commission et les communautés de fournir un service adapté aux particularités des populations des Premières Nations.

Toutefois, ce mode de fonctionnement est complètement inefficace dans le cadre de la préparation à la pandémie parce qu'il repose sur une organisation éclatée, peu compatible avec les exigences d'une coordination centralisée caractérisant la gestion des sinistres majeurs. En effet, on retrouve d'une part, 32 communautés (les communautés non conventionnées) qui transigent séparément avec les différents ministères et organismes gouvernementaux et, d'autre part, la Commission (et le Secrétariat de l'APNQL) qui se retrouve à l'extérieur des canaux de communication et de coordination établis par les gouvernements fédéral et québécois dans le cadre de leurs plans respectifs de lutte à la pandémie. Les services de santé et les services sociaux des communautés ne bénéficient pas de liens de concertation et de communication aussi forts que ceux dont bénéficient les établissements de santé du réseau québécois, tandis que leurs liens avec les ministères fédéraux sont distants et cloisonnés. Pour sa part, la Commission ne réussit pas à établir des liens de support réels en faveur des communautés afin de remplir son rôle habituel, parce qu'elle n'est pas informée directement des initiatives gouvernementales, en amont du processus décisionnel «*top down*» de lutte à la pandémie, avant que celles-ci ne soient mises en œuvre dans les communautés.

La figure 18 de la page suivante illustre bien l'isolement auquel sont soumis la Commission et le Secrétariat de l'APNQL par rapport aux administrations fédérales et québécoises ainsi que l'absence de liens forts entre les communautés et les intervenants québécois et fédéraux (si l'on exclut les liens proposés précédemment avec les agences de santé). Il révèle aussi très bien l'impossibilité actuelle pour les Premières Nations d'exercer elles-mêmes une coordination véritable de leurs activités de préparation à la lutte pandémique pour l'ensemble des communautés. Seule la création de nouveaux liens de communication et de nouveaux lieux de concertation permettra de réaliser le degré de coordination visé. Toutefois, avant d'aborder cet aspect, il y a lieu de préciser davantage le rôle que devrait jouer la Commission dans la phase de préparation à la pandémie.

**FIGURE 18 : LIENS ENTRE LES PREMIÈRES NATIONS ET LES PARTENAIRES FÉDÉRAUX ET QUÉBÉCOIS AU 31 MARS 2007 - PHASE DE PRÉPARATION DU PLAN DE LUTTE À LA PANDMÉIE APPRÉHENDÉE D'INFLUENZA**



### 3.2.1.1 *Un rôle d'agent de coordination, de liaison, de soutien et d'animation*

Pour débiter, précisons que le rôle de coordination que doit jouer la Commission en matière de lutte à la pandémie, autant dans la phase de préparation à la pandémie que lors de la phase éventuelle d'intervention, ne peut être exercé qu'en complémentarité avec les ministères et organismes des gouvernements québécois et fédéral concernés. Or, il existe des aspects qui ne peuvent être couverts par ceux-ci pour des raisons diverses : responsabilités supplémentaires trop lourdes, méconnaissance de la réalité culturelle et organisationnelle des communautés des Premières Nations, atteinte à l'autonomie politique des communautés ou dépassement de leur propre mission.

Une première tâche de la Commission devrait être d'**assurer la surveillance des canaux de communication et de concertation aux échelons local et régional**. Elle vérifierait si les informations en provenance du réseau de la santé québécois ou des ministères fédéraux, que les services de santé et les services sociaux des communautés devraient avoir reçues, leur ont bien été transmises de façon exhaustive et dans les délais requis. Dans le cas où la transmission des informations serait déficiente, la Commission aurait le devoir de chercher les causes de ces déficiences et de participer à la recherche de solutions appropriées avec les partenaires gouvernementaux concernés. Évidemment, pour assumer efficacement ce rôle, la Commission devra être formellement liée aux ministères et organismes des gouvernements fédéral et québécois de façon à pouvoir obtenir de leur part, toute l'information qui lui sera nécessaire. Les propositions sur la mise en place de ces liens feront l'objet de la section 3.2.2.

Une seconde tâche de la Commission, serait celle d'offrir aux services de santé et services sociaux des communautés **le soutien nécessaire pour réaliser les actions visant à élaborer et mettre en œuvre adéquatement leur plan de lutte à la pandémie**. Ce soutien de la Commission peut s'effectuer auprès des communautés qui le désirent en répondant à leurs demandes sur la façon d'organiser les services, d'élaborer certaines procédures opérationnelles dans les cinq volets de la mission santé ou d'appliquer certains protocoles de traitement transmis par l'agence de la santé. La Commission pourrait aussi effectuer des vérifications auprès des communautés qui le désirent afin de s'assurer de la conformité aux normes et aux pratiques recommandées, des règles et des procédures, de l'organisation générale des services, des installations matérielles et de l'équipement ainsi que de la qualification du personnel assigné à certaines fonctions critiques. Elle pourrait les aider à évaluer les progrès réalisés tout au long de leur préparation et, à cette fin, les assister dans l'élaboration d'exercices et de simulations avec leurs partenaires locaux et régionaux (services de la communauté, ASSS, CSSS, etc.).

Enfin, la Commission pourrait aussi assumer un rôle de catalyseur et d'animateur auprès de certaines communautés en **stimulant leur participation** aux activités de préparation à la lutte pandémique. Elle le ferait en tenant des ateliers de sensibilisation et d'information destinés non seulement aux intervenants des services de santé et des services sociaux, mais aussi à l'intention de l'ensemble des élus et des autres décideurs de la communauté visitée. Évidemment, des séances publiques d'information devraient aussi être tenues à l'intention de la population locale. De telles activités pourraient être tenues conjointement avec les représentants de l'APNQL. Dans certains cas, elles pourraient aussi être conjointes avec des représentants régionaux d'organismes relevant du Québec ou du gouvernement fédéral.

La Commission devrait, le cas échéant, assurer un suivi de la participation aux tables de concertation régionales et autres instances semblables, des responsables des services de santé et des services sociaux des communautés. Elle devrait sensibiliser les responsables concernés à la nécessité de s'arrimer le mieux possible au plan local de lutte à la pandémie (PLPI) et au plan régional de lutte à la pandémie (PRPI), notamment par leur participation aux activités régionales de l'agence de santé et aux lieux de concertation qu'elle anime.

### *3.2.1.2 Un rôle de collecteur et d'interprète de l'information*

Comme nous l'avons déjà mentionné, les informations sur la lutte à la pandémie que reçoivent les communautés proviennent de diverses sources gouvernementales et sont le plus souvent fragmentaires. Elles doivent être regroupées en un tout cohérent pour être bien comprises des intervenants communautaires et leur permettre de planifier adéquatement leurs actions à venir. **La Commission peut jouer ce rôle de collecteur et d'interprète de l'information**, en autant qu'elle obtienne rapidement l'information complémentaire sur les actions en cours ou projetées de la part des organismes gouvernementaux et qu'elle ait accès aux données scientifiques et techniques utiles. Elle les présenterait ensuite aux intervenants du plan de lutte à la pandémie des communautés qui le demandent, en les interprétant dans le contexte approprié, c'est-à-dire en prenant en considération les particularités de la culture et de l'organisation politique et administrative de la communauté concernée.

Par ailleurs, les directeurs des services de santé et services sociaux des Premières Nations ont déjà manifesté leur désir de partager leurs expériences respectives de façon à pouvoir appliquer dans leur communauté, des solutions originales en provenance d'autres communautés<sup>88</sup>. La commission pourrait alors jouer le rôle d'agent de collecte et de diffusion entre communautés de ces connaissances et pratiques favorisant ainsi l'émergence graduelle d'une culture de sécurité civile propre aux Premières Nations.

Enfin, le rôle d'interprète de la Commission se traduirait par les moyens qu'elle prendrait pour que l'ensemble de la documentation et de l'information destiné aux intervenants des services de santé et des services sociaux des communautés (et à leurs substituts) soit accessible dans les deux langues officielles et, le cas échéant, dans la langue d'origine de la communauté. Il est en effet essentiel que les intervenants soient en mesure de bien comprendre l'information qui leur est transmise et que la maîtrise de la langue ne constitue pas un obstacle à cette compréhension.

La Commission serait bien placée pour accomplir cette mission, en autant qu'elle puisse compter sur des ressources professionnelles qualifiées ayant pour principale fonction d'assurer la coordination et le soutien spécifique propre à la lutte pandémique jusqu'à ce que la menace soit écartée.

Pour lui permettre de jouer les rôles qui viennent d'être présentés, certains liens doivent être ajoutés entre plusieurs organisations gouvernementales fédérales et québécoises impliquées dans la lutte à la pandémie. Ces liens ont pour but d'intégrer la Commission et son partenaire, le

---

<sup>88</sup> Voir, CSSSPNQL, **Résumé sommaire de la rencontre des Directeurs de la santé du 22 août 2006 : Pandémie**, p.6 (document interne).

Secrétariat de l'APNQL, entre les dispositifs québécois et fédéral de lutte à la pandémie, en ce qui concerne les services aux communautés des Premières Nations.

### **3.2.2 Intégration de la Commission aux activités de coordination interministérielles affectant les Premières Nations**

#### *3.2.2.1 Nouveaux liens de communication proposés entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Commission*

La mise en œuvre des recommandations 4 à 6 présentées plus haut, concernant l'ouverture aux établissements de santé des Premières Nations de lieux de concertation et de liens de communication au sein du réseau de santé québécois, ne signifie pas que ceux-ci les utiliseront régulièrement. En effet, l'autonomie dont jouissent ces établissements n'a généralement pas favorisé jusqu'à maintenant le maintien de liens étroits avec le réseau québécois. De plus, le manque de personnel cadre et de professionnels dans les établissements des Premières Nations entraîne souvent une dispersion des ressources entre différentes activités et pourrait rendre difficile leur participation à des activités additionnelles. Dans ces conditions, le déficit d'information qu'ils accusent pourrait subsister et nuire à leur état de préparation. C'est pourquoi il apparaît opportun d'accroître l'implication de la Commission dans le processus de concertation et d'échange d'information dans le but de soutenir les établissements de santé des communautés et créer les conditions favorables à une meilleure préparation de leur plan de lutte à la pandémie.

Afin de compléter les mécanismes de liaisons proposés plus haut aux échelons local et régional, il y a donc lieu d'établir des mécanismes analogues à un échelon supérieur, c'est-à-dire au palier central. Des liens de communication plus formels entre le Ministère et la Commission devraient être créés de façon à ce que celle-ci puisse accéder rapidement à toute l'information utile pour sa propre préparation ainsi que pour soutenir les communautés dans leur plan de lutte à la pandémie.

#### **Participation de la Commission aux tables de concertation provinciales**

La Commission devrait être invitée aux tables de concertation provinciales afin de connaître les mesures et les actions projetées en matière de lutte à la pandémie, de façon à pouvoir en apprécier les impacts sur les communautés et, le cas échéant, informer directement les responsables du MSSS et des agences régionales qui y participent sur l'existence ou non de problèmes particuliers pouvant se présenter dans la mise en œuvre de certaines mesures de préparation. Il en résulterait une efficacité accrue du plan québécois de lutte à la pandémie.

Il est important que la Commission puisse intervenir le plus en amont possible du processus décisionnel, afin de permettre que les besoins des Premières Nations soient pris en compte dès le départ, soit en même temps que cela se fait pour la majorité de la population du Québec. La Commission pourrait ainsi jouer un rôle de coordination et de liaison auprès des responsables du MSSS relativement aux informations concernant la réalité des communautés des Premières Nations et leur transmettre certaines préoccupations qu'elles ont exprimées. Sa participation faciliterait les rapports entre le ministère et les agences régionales d'une part, et les Premières Nations d'autre part. En outre, cela assurerait au processus décisionnel du ministère davantage de transparence à l'égard de ces dernières. La figure 19 (page 63) illustre les liens proposés.

Par ailleurs, la Commission pourrait servir de courroie de transmission pour compléter l'information recueillie par l'APNQL, ce qui permettrait ensuite de définir une stratégie d'action concertée des deux instances auprès des communautés, en vue de les soutenir dans la préparation des cinq volets de la mission santé, ainsi que dans le plan d'urgence tous risques qu'elles doivent mettre à jour.

***Recommandation 8: QUE le MSSS invite la Commission aux tables de concertation provinciales auxquelles participent ses représentants et ceux des agences régionales, afin de connaître les mesures et les actions projetées de façon à pouvoir en apprécier les impacts sur les communautés des Premières Nations et en informer directement les responsables du MSSS et des agences.***

### **Création de liens de communication formels entre le MSSS et la Commission**

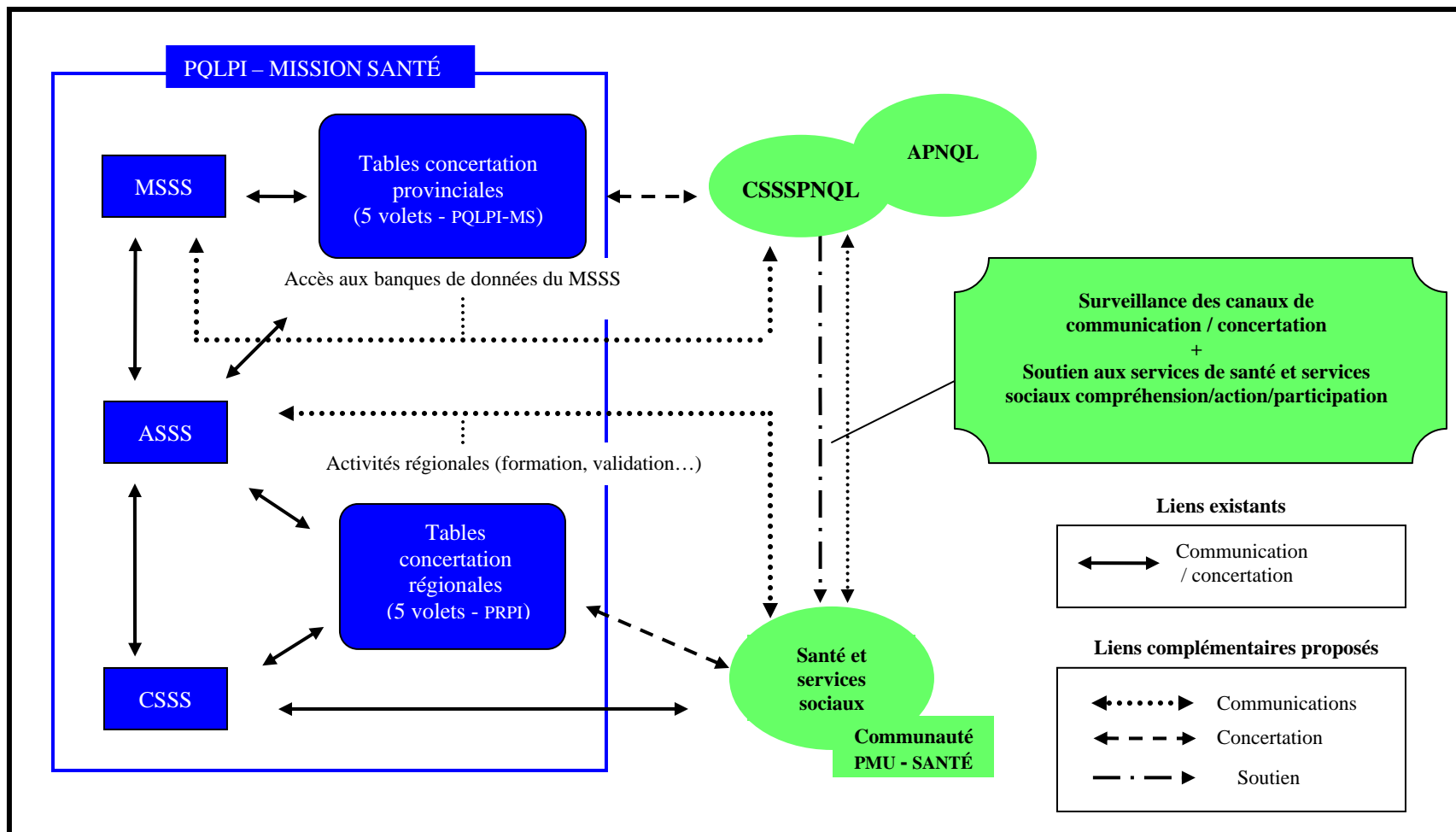
Pour être en mesure de réaliser sa propre préparation en vue de la pandémie ainsi que le maintien de ses activités de soutien auprès des communautés, la Commission doit entretenir des liens étroits avec le MSSS. Tout d'abord, elle devrait pouvoir accéder au dépôt électronique des documents officiels du MSSS dans lequel puisent les agences, pour être en mesure d'obtenir rapidement l'information la plus récente qui est diffusée aux établissements du réseau (et éventuellement à ceux des communautés) concernant la préparation à la pandémie. Elle devrait aussi obtenir directement de la part du Ministère, l'ensemble de la documentation et des informations qui sont acheminées aux agences régionales dans le but d'être ensuite diffusées aux établissements relativement aux activités régionales de préparation à la pandémie.

La Commission pourrait ensuite effectuer une surveillance des canaux de communication dans les différentes régions, en vérifiant si les établissements des communautés reçoivent bien et en temps voulu l'ensemble des informations et des documents qui leur sont destinés. Lorsque des difficultés attribuables au fonctionnement même du réseau québécois surviendraient, la Commission pourrait alors le signaler au Ministère et convenir avec lui de certaines solutions à apporter au processus. Toutefois, si les difficultés proviennent des établissements de santé des Premières Nations eux-mêmes, la Commission devrait alors assurer un rôle de leadership auprès des dirigeants des communautés pour les sensibiliser aux exigences d'une bonne préparation des établissements en phase pré-pandémique et à la nécessité de s'arrimer au réseau québécois. La Commission participerait alors utilement à la coordination des activités de préparation à la lutte à la pandémie auprès des communautés, dans le respect de leur autonomie politique et de la mission des partenaires gouvernementaux.

***Recommandation 9: QUE la Commission ait accès au dépôt électronique des documents officiels du MSSS dans lequel puisent les agences, ou à une solution équivalente, pour être en mesure d'obtenir rapidement l'information la plus récente qui est diffusée aux établissements du réseau concernant la préparation à la pandémie.***

***Recommandation 10: QUE le MSSS transmette directement à la Commission l'ensemble de la documentation et des informations qui sont acheminées aux agences régionales, mais qui sont à l'intention des établissements relativement aux activités régionales de préparation à la pandémie.***

**FIGURE 19 : LIENS EXISTANTS ET PROPOSÉS ENTRE LES PREMIÈRES NATIONS ET LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX — PHASE DE PRÉPARATION DU PLAN DE LUTTE À LA PANDEMIE D'INFLUENZA**



### 3.2.2.2 *Création de lieux de concertation et de liens de communication en amont du processus décisionnel*

L'arrimage décrit précédemment, entre les communautés non conventionnées, la Commission et les organismes du réseau de la santé québécois créerait, s'il se réalisait, un cadre organisationnel propice à une réponse plus rapide et plus efficace de la part de leurs services de santé et services sociaux à l'échelon local. La Commission serait alors en mesure de jouer son rôle d'agent de coordination et de soutien auprès des communautés. Cependant, un tel cadre ne serait pas suffisant pour lui permettre de résoudre les difficultés engendrées par le cloisonnement des programmes gouvernementaux et par l'absence de prise en compte des particularités des Premières Nations en amont du processus décisionnel. En ce qui concerne le cloisonnement des programmes, celui-ci existe sur deux plans : il y d'abord celui qui correspond au clivage entre le gouvernement fédéral et le gouvernement québécois; et, il y ensuite celui existant entre les différents ministères d'un même palier de gouvernement.

#### **Création d'une table de concertation intergouvernementale sur la lutte à la pandémie**

Pour atténuer l'impact du cloisonnement entre le gouvernement fédéral et le gouvernement québécois, il serait possible de créer formellement une table de concertation sur la lutte à la pandémie réunissant des représentants du MSSS, de Santé Canada (DSPNI) et du MAINC, ainsi que ceux de la Commission et du Secrétariat de l'APNQL. Il s'agirait en fait de formaliser un lieu de concertation entre ces organisations qui existe depuis peu sous la forme de réunions *ad hoc*<sup>89</sup>.

Le rôle de cette table de concertation intergouvernementale serait de permettre aux diverses organisations participantes de faire le point sur l'évolution de l'état de préparation des communautés des Premières Nations et des mesures prises par le gouvernement du Québec, le gouvernement fédéral et les organisations autochtones pour assurer leur soutien. Elle constituerait un lieu propice de discussion sur l'incidence que peuvent avoir les nouvelles mesures gouvernementales de préparation à la lutte pandémique sur les communautés et les organisations autochtones elles-mêmes. Elle permettrait aux Premières Nations d'être mieux informées sur les projets du gouvernement du Québec en matière de lutte pandémique, ses plans d'action et les modalités de leur mise en œuvre.

D'une durée proposée d'environ deux ans, cette table permettrait de clarifier et mettre à jour le partage des responsabilités entre les intervenants qui y siègent en ce qui concerne les programmes en cours de réalisation et ceux à venir. Elle pourrait servir en même temps de lieu d'échange et de discussion utile pour s'assurer qu'ils partagent tous une compréhension commune du contenu des mesures ou des programmes qui y sont discutés. De cette façon, il serait possible aux membres de la table de concertation de diffuser un message unifié aux communautés des Premières Nations ainsi qu'à leurs partenaires du réseau de la santé à l'échelon local et régional.

<sup>89</sup> À l'instigation de Santé Canada (DSPNI), deux réunions sur la préparation à la pandémie se sont tenues les 16 janvier et 8 mai 2007. Elles réunissaient des représentants de la DSPNI, du MAINC, du MSSS, de la Commission et du Secrétariat de l'APNQL.

Par ailleurs, compte tenu de la portée très large des mesures de préparation que nécessite la lutte pandémique, il serait plus utile que les questions abordées autour de cette table de concertation ne se limitent pas à la seule mission santé, mais s'étendent aussi aux programmes relatifs aux plans de mesures d'urgence tous risques et aux plans de maintien des opérations dans les communautés. Dans ces conditions, il serait opportun d'inviter un représentant du ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP) pour discuter des moyens à mettre en place afin d'arrimer le mieux possible les deux types de plans au système de sécurité civile du Québec, à l'échelle des MRC et des organisations régionales de sécurité civile (ORSC). Afin de ne pas alourdir le processus de concertation, il serait aussi possible, le cas échéant, d'envisager une alternance de la participation du MSSS et du MSP en fonction des priorités identifiées par l'ensemble des partenaires.

***Recommandation 11: QUE la DSPNI et le MAINC effectuent les démarches nécessaires auprès du gouvernement du Québec pour créer formellement une table de concertation intergouvernementale sur la lutte à la pandémie pour les années 2007 à 2009. Cette table réunirait des représentants de la Commission, du Secrétariat de l'APNQL, de Santé Canada (DSPNI), du MAINC et des représentants du MSSS et du MSP. Les réunions se tiendraient dans la Ville de Québec à une fréquence d'au moins trois fois par année (en hiver, au printemps et à l'automne).***

### **Création d'une table de concertation sur la lutte à la pandémie entre les Premières Nations du Québec et le gouvernement fédéral**

Comme il a été mentionné au début de la présente section, il existe aussi un clivage entre les ministères d'un même palier de gouvernement. Dans le cas présent, celui qui a sans doute l'incidence la plus grande sur les communautés des Premières Nations se situe au palier fédéral et il concerne Santé Canada (DSPNI) et le MAINC.

En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, le financement de la lutte à la pandémie dans les communautés non conventionnées repose essentiellement sur les programmes administrés par le MAINC et Santé Canada. Or, même si ces programmes poursuivent des objectifs complémentaires et que leur mise en œuvre doit s'effectuer simultanément dans les communautés, ils ne font pas l'objet d'une approche véritablement concertée de la part des deux ministères responsables<sup>90</sup>. Au cours de l'année 2006, cette situation a été source de confusion chez les communautés et celles-ci ont demandé que la Commission intervienne afin de clarifier les responsabilités respectives des différents partenaires, qu'elle aide à définir les priorités d'action et qu'elle fasse les demandes nécessaires pour obtenir de l'aide technique et un financement suffisant<sup>91</sup>.

D'autres programmes vont bientôt s'ajouter pour la préparation des communautés à la pandémie. Par exemple, le MAINC prévoit mettre l'emphase en 2007-2008 sur la mise à jour des plans d'urgence tous risques et sur une première formation de base destinée aux intervenants dans les

<sup>90</sup> Voir *supra*, section 2.1.1.

<sup>91</sup> Voir, CSSSPNQL, Résumé sommaire de la rencontre des Directeurs de la santé du 22 août 2006 : Pandémie, (document interne).

communautés. Par la suite une 2<sup>e</sup> phase de formation plus avancée est prévue en plus d'un mécanisme de mise à jour annuelle des plans d'urgence<sup>92</sup>. Il est impératif que ces initiatives soient mises en œuvre de façon à être harmonisées au contenu du *Canevas de base* produit par Santé Canada et des cinq volets que comprend la mission santé. Elles devront aussi tenir compte de l'organisation régionale du système de sécurité civile québécois de façon à pouvoir s'y arrimer facilement.

Étant donné l'impact important de ces programmes fédéraux sur l'état de préparation des communautés en matière de lutte à la pandémie et puisque la Commission et le Secrétariat de l'APNQL sont appelés à soutenir celles-ci, il serait nécessaire de créer une instance réunissant formellement ces deux organisations à leurs partenaires fédéraux. La création d'une table de concertation à cet effet semble être la meilleure solution. Présidée par la Commission, elle deviendrait une instance de discussion et d'échange sur les programmes et les plans d'action fédéraux en matière de pandémie, au moins jusqu'à la fin de l'année 2009. Le contenu des nouveaux programmes y serait expliqué. L'incidence possible de l'un deux sur les autres en cours ou projetés y serait aussi évalué et discuté, de sorte que les membres de la table pourraient acquérir ensemble une compréhension commune des différentes mesures à appliquer avant qu'elles ne soient mise en œuvre.

La table de concertation sur la pandémie «Premières Nations du Québec – gouvernement fédéral» favoriserait l'établissement progressif d'une meilleure coordination des actions de la part des organisations membres. Elle pourrait être le siège où les Premières Nations et leurs partenaires fédéraux définissent ensemble leurs responsabilités respectives et identifient leurs priorités d'action. C'est donc à cette table de concertation qu'un plan d'action et un échéancier communs pourraient être établis pour la mise en œuvre harmonisée de mesures de soutien technique aux communautés, la formation, le financement, etc<sup>93</sup>. De cette façon, il serait possible d'adapter les programmes de Santé Canada et du MAINC créés à l'intention des populations autochtones de l'ensemble du Canada, en fonction des besoins particuliers des communautés des Premières Nations du Québec et en tenant compte de l'organisation administrative des institutions québécoises. En outre, si l'on fait en sorte qu'une stratégie de communication commune accompagne le plan d'action établi, **les communautés devraient subir le moins possible les effets du cloisonnement des programmes et des responsabilités entre les deux ministères fédéraux.**

Pour maintenir la concertation entre les organisations membres de la table en dehors des réunions, un lien de communication continu doit être établi entre la Commission, le MAINC et Santé Canada (DSPNI) pour que la Commission puisse obtenir le plus tôt possible, la transmission des documents et de l'information relative aux initiatives gouvernementales en matière de lutte à la pandémie. Ceci afin de lui laisser le temps nécessaire pour en évaluer l'incidence sur les cinq volets de la mission santé et sur l'arrimage avec le plan d'urgence tous risques. Pour des raisons analogues, le Secrétariat de l'APNQL devrait aussi avoir un lien de

<sup>92</sup> Réunion interministérielle du 8 mai 2007 sur la préparation à la pandémie, *op.cit.*, note 63.

<sup>93</sup> Cette table de concertation constituerait donc le lieu idéal pour la mise en œuvre des mesures proposées dans les recommandations 1 et 3.

communication continu avec le MAINC afin de lui accorder le temps requis pour évaluer l'impact des mesures gouvernementales sur la préparation des plans de mesures d'urgence tous risques (et des plans de continuité des opérations) dans les communautés. Ensemble, les deux organisations autochtones pourraient ainsi définir une stratégie commune de soutien aux communautés<sup>94</sup> et faire part ensuite de leurs points de vue à leurs partenaires fédéraux par l'entremise des mêmes liens de communication continus. Si nécessaire, la Commission pourrait convier les membres à une réunion de la table de concertation pour que les représentants des Premières Nations exposent leurs points de vue et tentent de définir un plan d'action commun avec leurs partenaires fédéraux.

Enfin, la table de concertation proposée entre les organisations autochtones et les deux ministères fédéraux serait un lieu propice pour aplanir les divergences de vues qui peuvent exister, notamment en ce qui concerne les rapports entre les communautés et les institutions québécoises aux échelons local et régional<sup>95</sup>. Elle favoriserait une prise de position commune des Premières Nations et de leurs partenaires fédéraux lors des travaux de la table de concertation intergouvernementale sur la pandémie proposée plus haut.

***Recommandation 12 : QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL proposent conjointement à Santé Canada et au MAINC, de créer formellement une table de concertation sur la lutte à la pandémie entre les Premières Nations du Québec et le gouvernement fédéral pour les années 2007 à 2009 inclusivement. Cette table serait présidée par un représentant de la Commission et elle réunirait des représentants du Secrétariat de l'APNQL, de Santé Canada (DSPNI) et du MAINC. Les réunions se tiendraient dans la Ville de Québec à une fréquence d'au moins trois fois par année (en hiver, au printemps et à l'automne).***

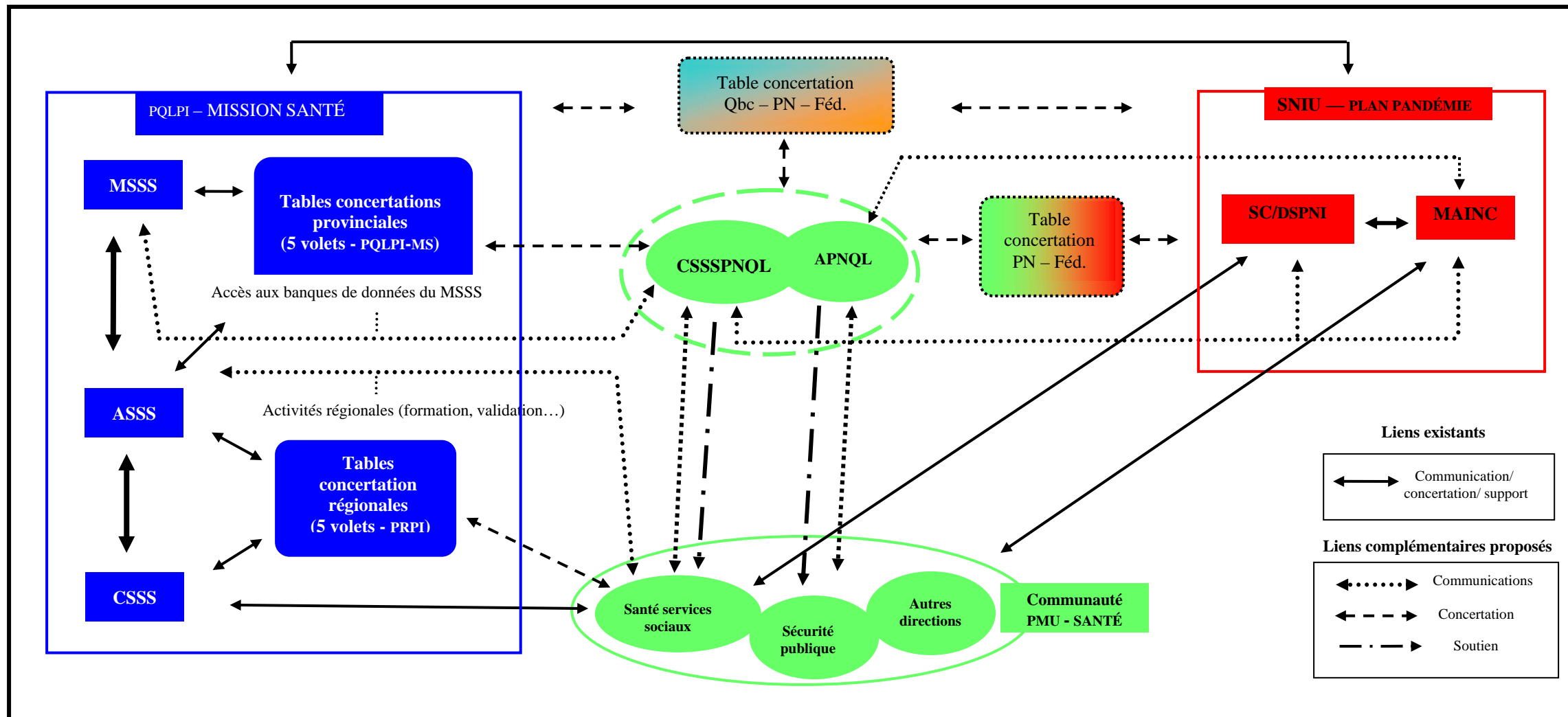
***Recommandation 13 : QUE la DSPNI et le MAINC s'engagent à transmettre à la Commission et au Secrétariat de l'APNQL toutes les informations concernant les programmes et autres initiatives gouvernementales reliés de près ou de loin à la lutte contre la pandémie, avant qu'elles ne le soient aux communautés.***

La figure 20 de la page 69 illustre bien de quelle façon l'établissement des liens de communication et des lieux de concertation proposés, briserait l'isolement actuel (illustré dans la figure 18) de la Commission et du Secrétariat de l'APNQL. Ce modèle permettrait d'insérer ceux-ci au centre du dispositif mis en place par les deux paliers de gouvernement pour soutenir les communautés des Premières Nations.

<sup>94</sup>94 Tel que proposé dans notre recommandation 2.

<sup>95</sup>95 Par exemple, la volonté de la Commission de voir les communautés établir des liens directs avec les agences régionales de santé et de participer aux tables de concertation régionales (voir les recommandations 4 à 6, *supra* section 3.1.4) n'est pas encore véritablement partagée par les représentants de la DSPNI.

**FIGURE 20 : LIENS PROPOSÉS ENTRE LES PREMIÈRES NATIONS ET LES PARTENAIRES DES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL ET QUÉBÉCOIS — PHASE DE PRÉPARATION DU PLAN DE LUTTE À LA PANDEMIE APPRÉHENDÉE D'INFLUENZA**



Ces mesures auraient aussi pour effet de donner aux deux organisations autochtones, à la fois la possibilité d'aider les ministères fédéraux et québécois en amont du processus d'implantation de leurs programmes, et celle de compléter les liens proposés en faveur des communautés auprès du réseau de la santé québécois à l'échelon régional. Les Premières Nations bénéficieraient alors d'une structure souple respectant l'autonomie politique des communautés, mais qui serait aussi capable de mener une coordination efficace des communications et des mesures de soutien en matière de préparation à la lutte pandémique.

### **3.2.3 Mise en œuvre des mesures de préparation à la lutte à la pandémie au sein de la Commission et des autres organisations autochtones du Québec**

Les recommandations contenues jusqu'ici dans ce chapitre ont identifié plusieurs mesures devant être prises par la Commission, le Secrétariat de l'APNQL et leurs partenaires gouvernementaux visant à créer un cadre organisationnel et fonctionnel mieux orienté sur les besoins des communautés en matière de préparation à la lutte à la pandémie. Nous allons maintenant compléter ce cadre en identifiant quelques actions précises devant être réalisées par la Commission pour qu'elle puisse soutenir adéquatement les communautés, notamment par le leadership quelle est appelée à assumer auprès des autres organisations autochtones.

#### *3.2.3.1 Fonctions de l'unité de coordination de la lutte à la pandémie de la Commission*

Pour réaliser son mandat, lequel a été présenté dans la section 2.2.2.2<sup>96</sup>, la Commission avait prévu à l'automne 2006<sup>97</sup> de créer une unité de coordination. Outre l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de travail pour la région du Québec, cette unité, devait réaliser les tâches suivantes :

- Agir en tant qu'agent de liaison entre la province, le fédéral, les communautés et organismes des Premières Nations ;
- clarifier les rôles et responsabilités des ministères et ratifier une entente;
- travailler étroitement avec les communautés pour la mise à jour des mesures d'urgence et le développement d'un plan de pandémie;
- apporter le support technique nécessaire aux communautés;
- développer un plan de communication et des outils appropriés ;
- offrir des formations nécessaires aux intervenants de la santé et autres secteurs d'activité ;
- revoir et adapter les matériels ;
- travailler en collaboration avec les autres secteurs de la CSSSPNQL<sup>98</sup>.

La création d'une telle unité demeure nécessaire ainsi que les tâches qui lui ont été initialement définies. Toutefois, l'évaluation qui a été faite de l'état de préparation des communautés et de

<sup>96</sup> *Supra*, p. 46.

<sup>97</sup> Voir CSSSPNQL, lettre du 27 septembre 2006 à l'intention de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant pour objet : «Demande de financement pour la coordination de la préparation à la pandémie d'influenza», section 2.4.

<sup>98</sup> *Id.*

celui de la Commission elle-même révèle l'ampleur du mandat. Nous croyons que la composition de l'unité de coordination ne doit pas se limiter uniquement à un poste d'agent de liaison, comme il était proposé initialement, mais qu'elle doit réunir aussi au moins un membre appartenant à chacun des secteurs d'activité suivants : services de santé, services à la petite enfance, services à la collectivité (services sociaux) et bureau du développement social.

Contribuant à raison de quelques heures par mois aux travaux de l'unité, la tâche de ces quatre personnes serait d'abord de transmettre les connaissances et les informations portant sur les particularités des communautés visées, dans le but d'aider l'agent de liaison à définir les meilleures stratégies à adopter pour soutenir leur préparation dans chacun des cinq volets de la mission santé. Aussi, en collaboration avec l'agent de liaison, ces personnes devraient définir quel rôle leur secteur d'activité jouera en situation de pandémie pour soutenir les communautés et, en même temps, mobiliser les employés de ce secteur pour qu'ils se préparent à cette tâche. Elles contribueront pour une grande part à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de continuité des opérations de la Commission.

***Recommandation 14 : QUE la Commission crée une unité de coordination de lutte à la pandémie comprenant au moins un agent de liaison à temps plein et quatre personnes à temps partiel, chacune provenant d'un des secteurs d'activité suivants : services de santé, services à la petite enfance, services à la collectivité (services sociaux) et bureau du développement social. Cette unité aura pour mission principale de soutenir les communautés dans leur préparation à la pandémie ainsi que de définir les services que rendra la Commission dans la phase d'intervention.***

### **Soutien aux communautés dans la phase de préparation**

Conformément à la recommandation no.2 du présent rapport, le plan de travail de l'unité de coordination devra être harmonisé avec le plan d'action conjoint proposé entre la Commission et le Secrétariat de l'APNQL. Sous réserve des priorités identifiées à la suite de l'analyse des résultats du sondage compilés dans la banque de données, les éléments suivants devraient être prévus au plan de travail :

- Entreprendre au plus tôt des démarches supplémentaires auprès des communautés qui n'ont pas complété le sondage afin qu'elles le fassent;
- soutenir prioritairement les communautés les plus vulnérables, particulièrement celles de moins de 500 habitants;
- tenir dès l'automne 2007, en collaboration avec l'APNQL, des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des élus, administrateurs des services, dirigeants d'entreprises et d'organismes communautaires, en insistant sur l'importance respective des trois types de plans : plan de lutte à la pandémie mission santé, plan d'urgence tous risques et plan de continuité des opérations;
- effectuer une seconde évaluation de l'état de préparation des communautés au milieu de l'automne 2007;

- en ce qui concerne l'arrimage du plan de lutte à la pandémie mission santé et du plan d'urgence tous risques, la Commission doit collaborer avec l'APNQL pour s'assurer auprès des communautés que cet arrimage s'effectue correctement. À cette fin, la Commission devrait élaborer, conjointement avec l'APNQL, un exercice qui sera proposé aux communautés les mieux préparées pour vérifier leur état de préparation et la cohérence des divers plans d'urgence entre eux (incluant le plan de continuité des opérations de la communauté);
- puisque tous les volets de la mission santé n'ont pas été soutenus également jusqu'à maintenant, en ce qui concerne le volet psychosocial, la Commission devra accompagner la diffusion de la trousse d'intervention qui vient d'être complétée par une offre de soutien à la formation dans les communautés;
- des séances de travail sur le terrain au sein des communautés devront être tenues pour aider plus spécifiquement les communautés à préparer adéquatement les volets psychosocial, communications et maintien des activités;
- fournir de l'aide technique telle que des conseils cliniques donnés par un professionnel de la santé aux communautés en matière de santé publique, de santé physique et du psychosocial;
- colliger l'ensemble de l'information transmise par les ministères et organismes gouvernementaux concernant tous les aspects utiles aux communautés pour leur préparation contre la lutte à la pandémie, afin de pouvoir les informer.

### **Clarification des rôles et responsabilité entre les organisations**

La mise en œuvre de plusieurs des recommandations présentées dans ce chapitre nécessitera la réalisation des activités suivantes par l'unité de coordination:

- Démarches auprès des ministères fédéraux et provinciaux pour mettre sur pied les tables de concertation et les liens de communication/information proposés ;
- conclusion d'ententes formelles entre la Commission et ses partenaires gouvernementaux ;
- soutien aux communautés dans la négociation et la conclusion d'ententes formelles avec leurs partenaires à l'échelon local et régional ;
- préparation de dossiers pour la participation à des tables de concertation et à des réunions interministérielles sectorielles provinciales et régionales;
- préparation, convocation et animation d'au moins une table de concertation trois fois par année ;
- surveillance des mesures prévues dans les ententes formelles provinciales et locales pour voir si elles sont mises en œuvre conformément à ce qui a été convenu ; notamment celles qui concernent les voies de transmission de l'information aux échelons local et régional pour garantir l'accès des communautés aux informations.

## Soutien aux communautés en situation de pandémie

En situation de pandémie, la Commission et l'APNQL doivent assumer une mission de liaison et de coordination auprès des partenaires gouvernementaux pour signaler les besoins des communautés et s'assurer que les mesures nécessaires soient prises pour y répondre. En l'occurrence, les deux organisations pourraient réaliser les fonctions suivantes :

- Participer à l'élaboration d'un modèle de rapport de situation (*rapsit*) qui identifie l'information relative aux communautés des Premières Nations ;
- collaborer avec les partenaires gouvernementaux pour la collecte d'information sur la situation des communautés ;
- canaliser les demandes des communautés à l'intention des organismes gouvernementaux, de façon à simplifier la coordination de l'aide et à éviter les doublons dans la mobilisation des ressources ;
- s'assurer, le cas échéant, de la disponibilité d'une ressource locale (et de son substitut) pour traduire en anglais ou dans la langue d'origine l'information reçue du réseau de la santé à l'intention des intervenants (traduction orale ou écrite). Au besoin, recourir aux ressources de la Commission ou d'un partenaire des Premières Nations pour fournir ce service.

L'intervention de la Commission en situation de pandémie implique que celle-ci soit intégrée au réseau d'alerte des communautés et des gouvernements. Elle devra pouvoir recevoir l'alerte du MSSS ou de la communauté concernée pour ensuite activer sa procédure de déploiement.

En cas de déclaration d'état d'urgence local d'un conseil de bande, la Commission devra vérifier si le CSSS concerné a été avisé et s'il mobilise des ressources supplémentaires, tandis que l'APNQL effectuerait la même démarche auprès des municipalités et des organisations gouvernementales participant au plan local et régional de lutte à la pandémie.

***Recommandation 15 : QUE la Commission entreprenne les démarches nécessaires auprès du MSSS, de la DSPNI, du MAINC et des communautés, afin d'être intégrée à leurs procédures d'alerte lorsque survient une situation d'urgence hors de l'ordinaire.***

Par ailleurs, lorsque survient une situation d'urgence hors de l'ordinaire, selon la nature du sinistre, les communautés sont en droit de s'attendre à ce que le MAINC, la DSPNI, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL assurent un service continu de réponse aux communautés 24 heures sur 24 et cela 7 jours par semaine<sup>99</sup>. Selon nos informations, le MAINC offre déjà un tel service aux communautés de façon à ce que les responsables des communautés touchées puissent obtenir rapidement le soutien nécessaire en cas de besoin.

---

<sup>99</sup> Les directeurs de la santé des communautés des Premières Nations du Québec ont manifesté leur volonté de pouvoir compter sur un tel service lors de la Réunion des Directeurs du réseau de la santé des Premières Nations du Québec qui s'est tenue à Québec les 12-13 juin 2007.

Dans le but de permettre la mise en place d'un soutien qui soit simple et mieux intégré en situation de sinistre majeur, il serait opportun de créer un service de réponse réunissant les deux organisations les plus concernées et qui connaissent le mieux l'impact de ce genre de situation lorsqu'elle survient dans les communautés : la Commission et l'APNQL.

***Recommandation 16*** : *QUE la Commission et l'APNQL créent conjointement un service continu 24/7 en cas de pandémie ou d'urgence majeure afin de soutenir les communautés. Un tel service serait en liaison continue avec le MAINC et la DSPNI. Dans le cas d'une pandémie d'influenza, cette mesure devrait s'appliquer dès que la phase 4 de la pandémie sera déclarée.*

### *3.2.3.2 La formation des intervenants et l'adaptation des services aux particularités culturelles et sociales des communautés.*

La Commission doit recevoir l'information sur les activités de formation qui se donnent dans le réseau de la santé, même si elles ne sont pas reliées directement à la pandémie, afin d'identifier celles qui pourraient être utiles pour améliorer le degré actuel de qualification et de préparation des intervenants des services de santé et des services sociaux des communautés. Après évaluation de celles-ci, la Commission pourrait choisir les plus pertinentes et négocier les ententes nécessaires avec le MSSS pour pouvoir adapter les formations choisies. Les budgets additionnels nécessaires pour l'adaptation des formations et leur traduction seraient alors demandés au MAINC ou à Santé Canada.

Nous avons recommandé dans ce rapport (recommandation 3) que la Commission exerce conjointement avec le Secrétariat de l'APNQL, un leadership relativement à l'harmonisation du contenu de la formation et de la documentation sur les plans d'urgence qui sont destinées aux intervenants des communautés. L'intervention des deux organisations ne doit pas se limiter aux seules formations proposées par le gouvernement fédéral, mais elle doit aussi s'étendre aux formations offertes au Québec par différentes institutions, principalement celles qui ont fait l'objet d'une accréditation par le ministère de la Sécurité publique. L'avantage de ces formations est qu'elles sont conçues spécifiquement en fonction du système de sécurité civile québécois et qu'elles permettraient aux intervenants de mieux le comprendre, facilitant ainsi l'arrimage avec leurs partenaires municipaux ou gouvernementaux à l'échelon local et régional.

Nous pensons qu'il serait opportun d'effectuer une analyse de ces formations afin de déterminer si elles seraient utiles aux intervenants des communautés et d'évaluer parmi celles qui seraient choisies, les adaptations qui pourraient être nécessaires. Un programme d'adaptation et de traduction pourrait alors être négocié avec les fournisseurs et si les conditions sont raisonnables, une demande pourrait être présentée au MAINC pour financer ce projet sur deux ou trois ans.

**Les communautés pourraient ainsi bénéficier de la même formation que les municipalités du Québec et être en mesure d'atteindre non seulement les objectifs fixés pour la préparation à la pandémie, mais aussi ceux visant à répondre à toutes les catégories de risques. En facilitant l'arrimage des communautés à leurs partenaires municipaux et gouvernementaux, ces formations spécifiques au Québec permettraient au MAINC de respecter davantage les principes de la *Loi sur la protection civile* et de la *Loi sur la gestion des urgences* qui la remplacera.**

### 3.2.3.3 *Le plan de gestion du risque de pandémie et le plan de continuité des activités de la Commission*

Le présent rapport révèle l'ampleur de la mission qui devra être assumée par la Commission, si celle-ci respecte les conditions du mandat qui lui a été dévolu par son conseil d'administration. Pour y arriver, elle devra non seulement créer l'unité de coordination déjà prévue, mais aussi préparer l'ensemble de son organisation à soutenir les communautés quelque soit la phase de la pandémie en cours. Évidemment, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'unité de coordination assumera une part importante du travail, notamment en élaborant un plan de gestion du risque de pandémie pour le personnel de la Commission et un plan de continuité des activités pour la poursuite des activités de soutien aux communautés en situation de pandémie.

Aux fins du rapport, nous ne développerons pas davantage sur le contenu de ces plans, mais suggérons plutôt au lecteur de consulter les nombreux guides qui existent, notamment celui des Manufacturiers et exportateurs du Canada<sup>100</sup>, ainsi que ceux accessibles sur le site québécois spécifique à la lutte à la pandémie<sup>101</sup>. Toutefois, nous tenons à attirer l'attention sur un aspect important qui devra être abordé dans le plan de continuité des activités, c'est celui relatif à l'organisation du réseau de communications entre la Commission et les 32 communautés non conventionnées du Québec.

Par ailleurs, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL proposeraient aux autres organisations autochtones de mettre en place elles aussi leur plan de gestion du risque de pandémie pour le personnel et un plan de continuité des activités pour les activités de soutien qu'elles pourraient fournir aux communautés en situation de pandémie.

***Recommandation 17 : QUE la Commission développe son propre plan de lutte à la pandémie et son plan de continuité des activités en plus de supporter l'APNQL, les commissions et les organisations régionales autochtones dans le développement de leurs plans respectifs de lutte à la pandémie.***

***Recommandation 18 : QUE la Commission obtienne le financement additionnel nécessaire à la réalisation de son plan de lutte à la pandémie, de son plan de continuité des opérations et pour ses activités de soutien aux organisations et aux communautés autochtones en matière de préparation à la pandémie.***

#### **Réseaux de télécommunication et systèmes informatiques**

Nous avons constaté à travers le sondage écrit et la relance téléphonique que nous avons réalisés auprès des communautés, qu'il est difficile de communiquer rapidement avec une personne en autorité dans plusieurs communautés.

<sup>100</sup> *Op.cit.*, note 7.

<sup>101</sup> Voir, Gouvernement du Québec : en ligne : <http://www.pandemiequebec.ca/fr/actualites/actualites.aspx>

## L'usage des courriels

Alors que le courriel constitue sans doute le moyen technologique le plus efficace pour transmettre rapidement à distance des informations claires et des documents volumineux, il perd souvent de son efficacité du seul fait que certains directeurs ou responsables n'effectuent pas un contrôle régulier de leurs messages ou qu'en leur absence, ce contrôle n'est pas délégué à une autre personne (secrétaire, adjoint, etc.). Dans certains cas, les personnes préfèrent travailler à partir d'une adresse *Hotmail* différente de celle inscrite officiellement sur la liste de la Commission. **Il serait nécessaire de mieux intégrer et de mieux organiser l'usage des courriels dans les pratiques administratives des directions de santé et de services sociaux, afin que ce mode de transmission de l'information devienne plus fiable en toutes circonstances.**

Par ailleurs, dans au moins un cas, nous avons rencontré temporairement un problème de conversion qui nous empêchait de lire le sondage complété, parce que celui-ci nous avait été transmis après avoir été converti dans la dernière version du logiciel *Office* de Microsoft. **Cela constitue un indice que des besoins de mise à niveau des systèmes informatiques puissent se poser d'ici 2 ou 3 ans, à cause de l'évolution des logiciels qui seront vendus sur le marché. Cela nécessitera des investissements supplémentaires pour la mise à niveau des équipements informatiques utilisés par la Commission, les autres organisations autochtones et surtout ceux utilisés par les services publics des communautés.**

## Les appels téléphoniques

Notre relance téléphonique a démontré qu'il peut être difficile de parler rapidement à un membre des directions de la santé et des services sociaux, parce que ceux-ci sont souvent en déplacement, en réunion ou en congé et que peu de membres du personnel sont bien informés des dossiers, (principalement du dossier de la pandémie) ou en mesure d'apporter une aide quelconque. Dans certains cas, les seuls numéros inscrits sur la liste des directeurs de santé et de services sociaux nous conduisent uniquement à une boîte vocale, sans possibilité de transfert à un autre membre du personnel. On doit alors faire des appels fréquents ou attendre jusqu'à 2 jours avant d'avoir un retour d'appel.

## Le télécopieur

Le télécopieur s'est avéré être un moyen efficace pour rejoindre les responsables dans les communautés. Il semble que ce mode de communication soit mieux intégré aux pratiques administratives internes des communautés. Toutefois, il ne permet pas la transmission efficace d'informations claires ni celle de documents volumineux. Tout en étant probablement un excellent moyen d'alerter et de mobiliser les organisations en situation d'urgence, son usage doit cependant être associé au courriel ou au téléphone lorsque l'information est abondante ou nécessite plus de précision.

**Dans un contexte de pandémie, l'usage intensif de ces trois modes de communication signifierait une surcharge additionnelle des réseaux téléphoniques qui en assurent seuls le**

**support dans la plupart des régions. En outre, une possibilité de surcharge du réseau serait sans doute plus grande dans les régions les plus touchées par la pandémie.**

### La visioconférence

Lors de nos activités de soutien et d'évaluation auprès des communautés, nous n'avons pas utilisé le système de visioconférence existant au siège du Secrétariat de l'APNQL à Wendake. Toutefois, étant donné que la plupart des communautés en sont maintenant équipées, il sera plus économique et plus pratique de réduire le nombre de voyages en recourant à ce mode de communication. Nous croyons qu'à moyen et long terme, il sera utilisé fréquemment pour assurer le suivi des activités de préparation, notamment pour la tenue de séances d'information, pour de la formation et aussi lors de la tenue d'exercices pratiques (simulations). **Toutes les communautés devraient en être équipées pour assurer une meilleure qualité des communications entre ces dernières et les organisations autochtones regroupées à Wendake.**

### Une étude du réseau de télécommunication et des systèmes informatiques

Compte tenu de l'importance qu'il faut accorder aux réseaux de télécommunication et informatiques en situation de sinistre, il nous semble opportun qu'une étude soit effectuée le plus tôt possible sur la capacité du réseau téléphonique et sur celle des systèmes informatiques utilisés dans les organisations autochtones et les communautés des Premières Nations. Cette étude porterait aussi sur la capacité des infrastructures de télécommunication et des réseaux informatiques de la Commission et du Secrétariat de l'APNQL à desservir simultanément une dizaine de communautés, voire deux fois plus en situation de crise. Rappelons qu'au 32 communautés non conventionnées pourraient aussi s'ajouter des communautés nordiques désireuses d'obtenir de l'aide de la part de leurs organisations représentatives. De plus, il y aurait lieu de ne pas limiter l'étude à la seule capacité des systèmes, mais aussi de l'étendre à la compatibilité qui existe entre ceux-ci et les besoins éventuels de mise à niveau qui se présenteraient.

À partir de l'évaluation qui sera faite de ces infrastructures, il sera possible d'élaborer le plan de communication interne et externe de la Commission et du Secrétariat de l'APNQL, en nous basant au départ sur les capacités réelles des systèmes et de prévoir les modifications à apporter aux infrastructures dans les années à venir.

***Recommandation 19 : QU'une étude soit réalisée pour évaluer les capacités techniques des réseaux de télécommunications et des systèmes informatiques à soutenir efficacement un réseau intégré de communication et de traitement de l'information en situation de pandémie, lequel relierait les communautés des Premières Nations à la Commission, au Secrétariat de l'APNQL et aux autres organisations autochtones.***

Par ailleurs, comme plusieurs directeurs des services de santé et des services sociaux l'ont déjà suggérés dans le passé, la Commission devrait utiliser son site Internet pour colliger et rendre accessible des informations sur la pandémie, les plans d'urgence, la formation disponible, etc.

Elle pourrait aussi créer un babillard électronique permettant les échanges d'expérience entre les communautés.

***Recommandation 20 : QUE la Commission puisse utiliser son site Internet pour colliger et rendre accessibles les informations sur la lutte à la pandémie et crée un babillard électronique permettant les échanges d'expérience entre les communautés.***

Enfin, pour être en mesure d'accomplir leurs missions respectives en situation de pandémie ou de sinistres majeurs, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL devraient mettre conjointement en place un centre de coordination comportant les équipements de communication, le matériel de bureau et les locaux nécessaires pour pouvoir coordonner efficacement le soutien aux communautés en situation de pandémie.

***Recommandation 21 : QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL puissent aménager conjointement un centre de coordination pour gérer les activités de soutien aux communautés en situation de pandémie ou lors d'autres situations d'urgence majeures.***



## CONCLUSION

Toute étude portant sur la gestion des risques de sinistres majeurs comporte une part de réflexion sur le partage des responsabilités qui doit s'établir entre les nombreux intervenants issus des gouvernements, des organismes de services publics, des entreprises privées, des autorités locales, etc. La préparation à la pandémie appréhendée d'influenza nécessite une approche globale et n'échappe donc pas à cette réalité. En ce qui concerne les Premières Nations, la complexité des rapports organisationnels en situation de crise revêt une importance particulière, puisqu'il s'insère à l'intérieur d'un contexte politique et juridique imprécis qui évolue constamment.

L'objectif principal du présent rapport était d'évaluer l'état de préparation des communautés des Premières Nations du Québec relativement au plan de lutte à la pandémie appréhendée d'influenza, et de définir les moyens à prendre par la Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador pour soutenir efficacement leur préparation.

En ce qui concerne l'état de préparation des communautés, les résultats obtenus en date du 31 mars 2007 indiquent une amélioration probable du niveau de préparation des communautés, depuis le mois d'août 2006. L'état de préparation des communautés est jugé satisfaisant en ce qui concerne le volet santé publique et faible pour les volet santé physique et communications. Il est par contre très faible en ce qui concerne les volets psychosocial et maintien des services. On peut aussi dire que beaucoup de travail reste à faire concernant l'arrimage des plans de pandémie avec les plans de mesures d'urgence tous risques. Enfin, les communautés dont la population est inférieure à 500 personnes et celles qui sont semi-isolées mériteraient qu'on leur accorde une attention particulière.

Une dimension qui a pris de l'importance dans ce rapport est la clarification des rôles et des responsabilités entre les partenaires gouvernementaux et les organisations autochtones. À ce chapitre, notre contribution visait surtout à présenter une vision d'ensemble du partage qui existe et de définir les voies à emprunter pour résoudre les problèmes causés par les faiblesses structurelles du système de sécurité civile actuel.

Les principes qui ont guidé nos recommandations peuvent se résumer ainsi :

- Premièrement, il fallait créer les conditions favorables pour permettre aux communautés des Premières Nations d'agir avec plus d'autonomie à l'échelon local et régional;
- deuxièmement, les moyens proposés devaient favoriser une concertation véritable entre les partenaires concernés, à tous les échelons, afin de leur permettre la recherche de solutions communes aux problèmes structurels qui leur sont imposés ;
- troisièmement, la participation de la Commission ne devait pas alourdir le fonctionnement du système par l'ajout d'étapes additionnelles.

À notre avis, les recommandations formulées dans ce rapport respectent ces principes. Elles permettraient aux communautés qui le désirent d'accroître leur capacité et leur rapidité d'action, grâce à l'arrimage qu'elles auraient établi avec leurs partenaires québécois à l'échelon local et régional. En situation de pandémie, l'autonomie d'action additionnelle qu'elles développeraient permettrait de réduire la convergence des demandes vers les ministères fédéraux, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL.

Ensuite, la participation des représentants des Premières Nations au sein de tables de concertation existantes ou nouvelles, leur permettra de collaborer avec leurs partenaires fédéraux et québécois à différents échelons, pour la recherche de solutions qui tiennent compte de la réalité particulière des peuples des Premières Nations.

Enfin, la création de deux nouvelles tables de concertation aux échelons supérieurs du processus décisionnel n'alourdit pas ce dernier. Elle ne fait que déplacer vers l'amont la prise en compte des particularités des communautés, au lieu d'attendre à la fin du processus pour que celle-ci s'effectue, comme c'est le cas actuellement. La création de ces tables de concertation ne fait que repositionner à leur vraie place, les consultations portant sur l'applicabilité de certains programmes, comme cela se fait normalement pour l'ensemble de la population.

Après cette synthèse globale, le lecteur est invité à relancer sa réflexion en consultant la liste qui suit des recommandations présentées dans ce rapport.

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

**Recommandation 1:** *QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL voient à ce qu'un plan d'action intégré soit élaboré à l'échelle du Québec pour encadrer la mise en œuvre des programmes fédéraux reliés à la lutte à la pandémie. Ce plan serait réalisé conjointement par Santé Canada (DSPNI), MAINC, MSSS, la Commission et le Secrétariat de l'APNQL.*

— p. 45

**Recommandation 2:** *QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL élaborent un plan d'action conjoint visant à identifier les communautés ou les catégories de communautés qui devront être soutenues en priorité au cours des prochains mois, autant pour la mission santé, le plan de mesures d'urgence que le plan de maintien des opérations. Un tel plan porterait sur la période 2007-2009.* — p. 45

**Recommandation 3:** *QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL exercent un leadership clair en s'assurant que les programmes actuels et futurs du MAINC et de la DSPNI portant sur l'élaboration ou la mise à jour des plans de lutte à la pandémie mission santé, des plans d'urgence tous risques et des plans de continuité des opérations prévoient, d'une part, une harmonisation du contenu de ces trois plans entre eux et, d'autre part, une harmonisation de ces plans avec le modèle québécois de sécurité civile. Cette harmonisation devrait aussi s'étendre au contenu de la formation des intervenants ainsi qu'à la documentation et au matériel d'information qui leur sont destinés.* — p. 46

**Recommandation 4:** *QUE les budgets additionnels nécessaires à la Commission et au Secrétariat de l'APNQL pour la réalisation de ces activités d'harmonisation soient prévus dans les programmes fédéraux.* — p. 47

**Recommandation 5:** *QUE le MSSS s'assure que tous les établissements de santé des Premières Nations soient invités aux tables de concertation régionales sur une base régulière afin d'établir et maintenir des liens plus étroits avec les autres établissements du territoire.*

— p. 49

**Recommandation 6:** *QUE le MSSS s'assure que les établissements de santé et de services sociaux des communautés des Premières Nations soient inscrits sur la liste de distribution que l'agence régionale utilise pour diffuser l'information aux CSSS.* — p. 50

**Recommandation 7:** *QUE le MSSS s'assure que les établissements de santé des communautés des Premières Nations soient invités à l'ensemble des activités régionales organisées par l'agence régionale concernant la formation, la validation, les protocoles, etc. auxquelles sont conviés les établissements des CSSS de leur région dans le cadre du plan de lutte à la pandémie.* — p. 50

**Recommandation 8:** *QUE le MSSS invite la Commission aux tables de concertation provinciales auxquelles participent ses représentants et ceux des agences régionales, afin de connaître les mesures et les actions projetées de façon à pouvoir en apprécier les impacts sur*

*les communautés des Premières Nations et en informer directement les responsables du MSSS et des agences. — p. 58*

***Recommandation 9:*** *QUE la Commission ait accès au dépôt électronique des documents officiels du MSSS dans lequel puisent les agences, ou à une solution équivalente, pour être en mesure d'obtenir rapidement l'information la plus récente qui est diffusée aux établissements du réseau concernant la préparation à la pandémie. — p. 58*

***Recommandation 10:*** *QUE le MSSS transmette directement à la Commission l'ensemble de la documentation et des informations qui sont acheminées aux agences régionales, mais qui sont à l'intention des établissements relativement aux activités régionales de préparation à la pandémie. — p. 58*

***Recommandation 11:*** *QUE la DSPNI et le MAINC effectuent les démarches nécessaires auprès du gouvernement du Québec pour créer formellement une table de concertation intergouvernementale sur la lutte à la pandémie pour les années 2007 à 2009. Cette table réunirait des représentants de la Commission, du Secrétariat de l'APNQL, de Santé Canada (DSPNI), du MAINC et des représentants du MSSS et du MSP. Les réunions se tiendraient dans la Ville de Québec à une fréquence d'au moins trois fois par année (en hiver, au printemps et à l'automne). — p. 61*

***Recommandation 12:*** *QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL proposent conjointement à Santé Canada et au MAINC, de créer formellement une table de concertation sur la lutte à la pandémie entre les Premières Nations du Québec et le gouvernement fédéral pour les années 2007 à 2009 inclusivement. Cette table serait présidée par un représentant de la Commission et elle réunirait des représentants du Secrétariat de l'APNQL, de Santé Canada (DSPNI) et du MAINC. Les réunions se tiendraient dans la Ville de Québec à une fréquence d'au moins trois fois par année (en hiver, au printemps et à l'automne). — p. 63*

***Recommandation 13:*** *QUE la DSPNI et le MAINC s'engagent à transmettre à la Commission et au Secrétariat de l'APNQL toutes les informations concernant les programmes et autres initiatives gouvernementales reliés de près ou de loin à la lutte contre la pandémie, avant qu'elles ne le soient aux communautés. — p. 63*

***Recommandation 14:*** *QUE la Commission crée une unité de coordination de lutte à la pandémie comprenant au moins un agent de liaison à temps plein et quatre personnes à temps partiel, chacune provenant d'un des secteurs d'activité suivants : services de santé, services à la petite enfance, services à la collectivité (services sociaux) et bureau du développement social. Cette unité aura pour mission principale de soutenir les communautés dans leur préparation à la pandémie ainsi que de définir les services que rendra la Commission dans la phase d'intervention. — p. 66*

***Recommandation 15:*** *QUE La Commission entreprenne les démarches nécessaires auprès du MSSS, de la DSPNI, du MAINC et des communautés, afin d'être intégrée à leurs procédures d'alerte lorsque survient une situation d'urgence hors de l'ordinaire. — p. 68*

***Recommandation 16 :*** *QUE la Commission et l'APNQL créent conjointement un service continu 24/7 en cas de pandémie ou d'urgence majeure afin de soutenir les communautés. Un tel service serait en liaison continue avec le MAINC et la DSPNI. Dans le cas d'une pandémie d'influenza, cette mesure devrait s'appliquer dès que la phase 4 de la pandémie sera déclarée.*  
— p. 69

***Recommandation 17 :*** *QUE la Commission développe son propre plan de lutte à la pandémie et son plan de continuité des activités en plus de supporter l'APNQL, les commissions et les organisations régionales autochtones dans le développement de leurs plans respectifs de lutte à la pandémie.*— p. 70

***Recommandation 18 :*** *QUE la Commission obtienne le financement additionnel nécessaire à la réalisation de son plan de lutte à la pandémie, de son plan de continuité des opérations et pour ses activités de soutien aux organisations et aux communautés autochtones en matière de préparation à la pandémie.* — p. 70

***Recommandation 19 :*** *QU'une étude soit réalisée pour évaluer les capacités techniques des réseaux de télécommunications et des systèmes informatiques à soutenir efficacement un réseau intégré de communication et de traitement de l'information en situation de pandémie, lequel relierait les communautés des Premières Nations à la Commission, au Secrétariat de l'APNQL et aux autres organisations autochtones.* — p. 72

***Recommandation 20 :*** *QUE la Commission puisse utiliser son site Internet pour colliger et rendre accessibles les informations sur la lutte à la pandémie et crée un babillard électronique permettant les échanges d'expérience entre les communautés.* — p. 73

***Recommandation 21 :*** *QUE la Commission et le Secrétariat de l'APNQL aménagent conjointement un centre de coordination pour gérer les activités de soutien aux communautés en situation de pandémie ou lors d'autres situations d'urgence majeures.* — p. 73



## BIBLIOGRAPHIE

### TEXTE CONSTITUTIONNEL

*Loi constitutionnelle de 1867*, L.R.C. 1985, Appendice II, no. 5.

### LOIS FÉDÉRALES

*Loi sur les mesures d'urgence*, L.R.C., c. E- 4.5.

*Loi sur la protection civile*, L.R.C., c. E- 4.6.

*Loi sur l'Agence de santé publique du Canada*, L.C., 2006 c. 5 [L.R.C. c. P 29.5]

*Loi sur les indiens*, L.R.C., c. I-5

*Loi sur la mise en quarantaine*, L.C. 2005 c. 20 [L.R.C. c. Q-1.1]

*Loi sur la gestion des urgences*, Projet de loi C-12 (adopté le 11 décembre 2006), 1<sup>ère</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (Can.)

### LOIS QUÉBÉCOISES

*Code civil du Québec*, L.Q. 91 c. 64

*Loi sur la sécurité civile* L.R.Q., c. S-2.3

*Loi sur la sécurité incendie* L.R.Q., c. S-3.4

*Loi sur la santé publique* L.R.Q., c. S-2.2

### OUVRAGES

ABRAN, France et al., *Le cadre juridique de la gestion des sinistres au Québec*, Étude réalisée pour la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998. C.R.D.P., Publications du Québec éd., Sainte-Foy, Québec, avril 1999, p.13 à 29

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, *La pandémie d'influenza – Préparation du plan de pandémie de la région de la Capitale nationale*, février 2006.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, *Session d'information sur le dossier : pandémie d'influenza*, 20 février 2006.

APNQL, *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations*, Forum tenu à Mashteuiatsh les 25, 26 et 27 octobre 2006.

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS DU QUÉBEC, *Guide de préparation au risque de pandémie de grippe*, août 2006, <http://www.lautorite.qc.ca/userfiles/File/bulletin-publications/publication-institutions-financieres/amf-pandemie-de-grippe-f.pdf>.

CANADA, , *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur santé*, Agence de santé publique du Canada, 2006, en ligne : [http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index_f.html).

CHAMBRE DE COMMERCE DE L'ONTARIO, *Pandemic Planning Tool Kit* , <http://occ.on.ca/Policy/Reports/281>, janvier 2007.

GARIÉPY, C., *De l'influenza à la pandémie d'influenza*, Direction de santé publique de la région de Montréal, 26 mai 2005.

MANUFACTURIERS ET EXPORTATEURS DU CANADA, *Pandémie de grippe – Guide de planification de la continuité pour les entreprises canadiennes*, mars 2006, p. 6 et 81. En ligne : [http://www.cme-mec.ca/pdf/CME\\_Pandemic\\_GuideFR.pdf](http://www.cme-mec.ca/pdf/CME_Pandemic_GuideFR.pdf) .

OMS, *Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO*, en ligne: OMS:

[http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2007\\_05\\_16/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_05_16/en/index.html)

QUÉBEC, *Pandémie d'influenza – Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2006,

En ligne : Ministère de la Santé et des Services sociaux :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf> .

QUÉBEC , *Pandémie d'influenza – Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf>.

ROY, Nathalie, *L'organisation des soins de santé destinés aux autochtones du Canada — À la recherche d'un espace de partage*, Mémoire de maîtrise présenté au Département de science politique, Faculté des sciences sociales, Université Laval, août 2003, 158 p

SANTÉ CANADA, *Canevas de base d'un plan communautaire contre une pandémie d'influenza — Mission santé*, DGSPNI (région du Québec), novembre 2006.

VENNE, S., *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 26 octobre 2004.

## DOCUMENTS INTERNES

CSSSPNQL, lettre du 27 septembre 2006 à l'intention de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ayant pour objet : «Demande de financement pour la coordination de la préparation à la pandémie d'influenza», annexe A

CSSSPNQL, Note de service du 3 août 2006, Objet : Mise à jour – Plan de lutte à la pandémie.

CSSSPNQL, Résumé sommaire de la rencontre des Directeurs de la santé du 22 août 2006 : Pandémie.

CSSSPNQL, *Plan d'action quinquennal 2003-2008*, Annexe - Plan opérationnel, septembre 2002.

NADIR André, Avis juridique remis à l'APNQL en date du 22 février 2005.

## **ARTICLES**

CHAMPAGNE, A.-L., «Pandémie de grippe aviaire – le jeu de l'offre et de la demande sera bouleversé», *Le Soleil*, Cahier C, p. 1, 14 mars 2006.

DESCHÊNES, Michel, «Les pouvoirs d'urgence et le partage des compétences au Canada» (1992) 33 *Les Cahiers de Droit*, p.1181 à 1206

THÉROUX, P., «Grippe aviaire : votre entreprise est-elle prête ?» , *Les Affaires*, 18 mars 2006, p.12.



## **ANNEXES**



## **ANNEXE A**

### **QUESTIONNAIRE DU SONDAGE D'ÉVALUATION SUR L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES COMMUNAUTÉS**



## D'INFLUENZA 2006 - 2007

### 1. Mise en contexte

La Commission de santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a reçu le mandat d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de travail, pour coordonner efficacement la préparation des communautés en vue de répondre à la menace grave que représente la pandémie appréhendée d'influenza.

Ce mandat peut se résumer en trois fonctions principales:

- veiller à ce que les communautés aient un plan de lutte à la pandémie et les soutenir dans leurs activités de préparation et de mise en œuvre;
- favoriser les liens entre les différents acteurs du réseau de la santé québécois et les communautés qui le désirent;
- veiller à ce que toutes les communautés soient consultées dans l'élaboration des plans régionaux de santé et de services sociaux du Québec.

Afin de permettre à la Commission d'accomplir son mandat, il lui est nécessaire d'évaluer l'état de préparation de chacune des communautés dans les cinq volets du plan de lutte à la pandémie d'influenza de la mission santé, ainsi que l'arrimage qui existe entre ces cinq volets et le plan d'urgence tous risques des communautés.

### 2. Document d'évaluation à compléter

À cette fin, avec le soutien de Santé Canada, la Commission vous fournit un outil d'aide à la planification de la mission santé du plan de lutte à la pandémie, tout en procédant en même temps à un sondage visant à connaître votre état de préparation. Vous trouverez dans les pages qui suivent un bref questionnaire servant à recueillir certaines informations de base, ainsi qu'une liste de vérification présentée sous forme de tableau et qui permet d'évaluer l'état de préparation des services de santé et des services sociaux de votre communauté, par rapport à un certain nombre d'éléments de planification qui devraient être complétés dans chacun des 5 volets lors de votre préparation en vue de la pandémie appréhendée d'influenza (phases 1 à 5 de l'échelle de l'Organisation mondiale de la santé).

**Nous vous demandons donc de compléter ce document de la façon indiquée et de nous le retourner par courriel ou télécopieur au plus tard le 31 mars 2007.**

Par ailleurs, comme mentionné plus haut, cette liste de vérification a aussi été conçue de façon à pouvoir vous aider dans votre préparation. Elle a été élaborée à partir du contenu du Canevas de base produit par Santé Canada et du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza produit par le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Elle peut vous servir d'instrument de contrôle pour évaluer les progrès de votre préparation au cours des prochains trimestres de l'année 2007. Nous vous invitons donc à en conserver un exemplaire et à vérifier votre état de préparation à la fin de chacun des trimestres indiqués dans les 3 dernières colonnes de droite du tableau.

### **Abréviations et acronymes**

<b>ASSS</b>	<b>Agence de la santé et des services sociaux (auparavant la Régie régionale)</b>
<b>CSSS</b>	<b>Centre de santé et de services sociaux</b>
<b>CS/PSI</b>	<b>Centre de santé / poste de soins infirmiers (communautés des Premières Nations)</b>
<b>CSSSPNQL</b>	<b>Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador</b>
<b>DSPNI</b>	<b>Direction de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada)</b>
<b>MAINC</b>	<b>Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada</b>
<b>MSSS</b>	<b>Ministère de la Santé et des services sociaux</b>
<b>PMU</b>	<b>Plan de mesures d'urgence tous risques (communautés des Premières Nations)</b>

**Liste de vérification sur l'état de préparation à la pandémie appréhendée  
d'influenza des directions de santé et services sociaux des communautés  
Mars 2007**

**Confidentialité :** Les renseignements recueillis dans ce document par la Commission sont confidentiels. Ils ne seront communiqués aux tiers qu'avec l'autorisation écrite des directions santé et services sociaux des communautés concernées. La Commission pourra cependant utiliser les données recueillies pour la production de rapports et de statistiques, en autant que les résultats présentés demeurent généraux et ne permettent pas d'identifier les communautés concernées.

**DONNEES DE BASE**

- a) Nom de la communauté : \_\_\_\_\_
- b) Y a-t-il une personne responsable de la coordination générale du plan sociosanitaire de lutte contre la pandémie appréhendée d'influenza dans votre CS/PSI? \_\_\_\_\_
- c) Dans l'affirmative, veuillez indiquer son nom et son titre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_
- d) Nom et fonction de la personne responsable du plan de mesures d'urgence tous risques (PMU) de la communauté: \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_
- e) À quand remonte la dernière révision du volet santé et services sociaux du plan de mesures d'urgence tous risques de la communauté? \_\_\_\_\_
- f) Quel est le nombre de résidents permanents membres de votre communauté sur votre territoire? \_\_\_\_\_

**QUESTIONS g) à j) : Si vous ne disposez pas des informations requises pour répondre à l'une ou l'autre de ces questions, inscrivez ND (pour non disponible). Nous vous suggérons toutefois d'obtenir ces informations au cours des prochains mois, afin d'être en mesure d'évaluer de façon plus précise l'ampleur des besoins réels de votre communauté, dans l'éventualité où surviendrait une pandémie d'influenza ou tout autre sinistre majeur.**

- g) Quel est le nombre de résidents permanents d'autres origines sur le territoire ? \_\_\_\_\_
- h) À combien estimez-vous, à part les résidents permanents, le nombre maximal de résidents saisonniers ou temporaires (travailleurs, touristes, etc.) pouvant séjourner sur le territoire? \_\_\_\_\_
- i) Pendant quel(s) mois de l'année ces résidents saisonniers ou temporaires séjournent-ils? \_\_\_\_\_
- j) À combien estimez-vous le nombre maximal de personnes pouvant se trouver en même temps sur le territoire de votre communauté? \_\_\_\_\_

**FORMATION ET DOCUMENTATION RECUES**

- k) La direction des services de santé et des services sociaux a-t-elle un exemplaire du **Canevas de base d'un plan communautaire contre une pandémie d'influenza – Mission santé** qui est distribué par Santé Canada? \_\_\_\_\_
- l) Y a-t-il au moins un représentant de la direction responsable des services de santé et des services sociaux qui a déjà suivi la rencontre d'aide à la préparation du canevas qui est donnée par une représentante de Santé Canada dans les différentes communautés du Québec? \_\_\_\_\_
- m) Avez-vous reçu un exemplaire du **Coffre à outils des gestionnaires (MSSS)**? \_\_\_\_\_
- n) Avez-vous un exemplaire (version papier ou électronique) du **Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (MSSS)**? \_\_\_\_\_
- o) Avez-vous un exemplaire (version papier ou électronique) du **Plan régional de lutte à la pandémie d'influenza (ASSS)**? \_\_\_\_\_

COMMISSION DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIERES NATIONS  
DU QUEBEC ET DU LABRADOR

- p) Avez-vous un exemplaire (version papier ou électronique) du **Plan local de lutte à la pandémie d'influenza** (CSSS)? \_\_\_\_\_
- q) Avez-vous reçu la Programmation d'activité 2006-2007 contre la pandémie d'influenza de l'ASSS de votre région? \_\_\_\_\_

Complété par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Nom et titre

Quelle est votre responsabilité dans le processus de préparation à une pandémie appréhendée :

\_\_\_\_\_

### **INSTRUCTIONS POUR COMPLETER LES TABLEAUX**

Pour chacun des éléments de planification énumérés dans les tableaux qui suivent, veuillez indiquer «O» pour Oui dans la colonne du 31 mars lorsque celui-ci est complété au 31 mars 2007. Dans le cas où cet élément n'est pas complété au 31 mars 2007, veuillez indiquer «N» pour Non.

Lorsque vous indiquez «N» dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété (30 juin, 30 sept. ou 31 déc.)

Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, veuillez indiquer «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la section réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 1 — SANTE PUBLIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>1) Les modalités de surveillance épidémiologique</b>					
1	Une personne responsable de la coordination du volet santé publique en situation de pandémie et son substitut sont identifiés, acceptée par la direction et connue des intervenants du CS/PSI.				
2	Un responsable de la surveillance épidémiologique a été désigné pour la communauté et son nom a été communiqué à l'ASSS et au CSSS.				
3	Un répondant de la surveillance épidémiologique a été désigné pour la communauté et son nom a été communiqué à l'ASSS et au CSSS.				
4	Votre service est inclus dans la liste de diffusion régionale des cas de l'ASSS.				
5	Les règles de transmission des données sur les cas de contamination sont connues de votre service.				
<b>2) L'adaptation des mesures de prévention des infections à la pandémie.</b>					
6	L'étiquette respiratoire a été implantée dans l'ensemble des salles d'attente des milieux de soins.				
7	Les secteurs d'isolement dans le centre de santé et/ou le poste de soins infirmiers (CS/PSI) ont été identifiés.				
8	Tout le personnel du CS/PSI a été informé des mesures de prévention et de protection personnelle spécifiques en fonction de l'évolution des phases 3 à 5 de la pandémie				
9	Les aides à domicile externes aux services de santé (ex. : agences privées) et qui sont en contact quotidien avec les personnes en maintien en domicile ont été informées des mesures de prévention et de protection personnelle spécifiques en fonction de l'évolution des phases 3 à 5 de la pandémie.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 1 — SANTE PUBLIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>3) L'administration des mesures de vaccination</b>					
10	Les mesures favorisant la vaccination contre l'influenza saisonnier chez les groupes à risques ont été mises en place.				
11	Des plans de gestion ont été complétés pour assurer le maintien de la chaîne de froid lors de l'entreposage et la distribution des antiviraux et des vaccins.				
12	L'ASSS a été informée par écrit des modalités de distribution des vaccins dans la communauté (lieux d'entreposage, formulaires de commande, etc.).				
13	Un plan de sécurité des vaccins a été complété pour contrôler les personnes ayant un accès direct aux réserves de vaccins ainsi que pour leur transport et leur entreposage.				
14	Les intervenants concernés ont été informés des procédures d'administration des vaccins.				
15	Les membres des groupes prioritaires ont été identifiés sur une liste nominale.				
16	Le nombre d'individus estimé des groupes prioritaires a été transmis à l'ASSS ou au CSSS.				
17	La liste du personnel nécessaire aux cliniques de vaccination est établie et les responsabilités ont été définies.				
18	Une liste du personnel supplémentaire pour les cliniques de vaccination est établie.				
<b>4) La gestion des cas et des contacts</b>					
19	Le personnel qui constituera les équipes de gestion individuelle des cas et contacts a été identifié.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 1 — SANTE PUBLIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
-----	---	------------------------	---------------	----------------	---------------

<b>5) L'arrimage du volet santé publique avec le plan de mesures d'urgence tous risques (PMU)</b>					
20	Une personne a été identifiée dans le PMU comme responsable de la sécurité et du soutien aux activités de distribution et d'entreposage des vaccins.				
21	Les responsables et les intervenants du PMU ont été désignés comme membres du groupe prioritaire des dispensateurs de services essentiels.				
22	Dans le cas où du personnel supplémentaire est attendu pour servir dans les cliniques de vaccination, les lieux d'hébergement de celui-ci sont identifiés dans le PMU.				
23	La direction des services de santé et services sociaux de la communauté a tenu une séance d'information et de sensibilisation auprès du coordonnateur des mesures d'urgence et de l'ensemble des directions de la communauté sur l'ampleur du problème, les conséquences d'une pandémie et sur l'importance pour ceux-ci de se préparer à y faire face.				
24	La direction des services de santé et services sociaux de la communauté a tenu une séance d'information et de sensibilisation auprès du conseil de bande sur l'ampleur du problème, les conséquences d'une pandémie et sur l'importance à accorder à la préparation de l'ensemble de la communauté.				
25	La direction des services de santé et services sociaux de la communauté a tenu une séance d'information et de sensibilisation auprès des dirigeants d'entreprises et d'autres organisations publiques ou privées sur l'ampleur du problème, les conséquences d'une pandémie et sur l'importance à accorder à la préparation de leur organisation.				



LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 2 — SANTE PHYSIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>1) La connaissance de l'autosoins</b>					
26	La personne responsable de ce volet en situation de pandémie et son substitut sont identifiés, acceptée par la direction et connue des intervenants du CS/PSI.				
27	Les cadres et les employés des directions et des services publics de la communauté ont été formés au guide autosoins.				
28	Les intervenants des services publics et les bénévoles qui les soutiennent font la promotion du guide autosoins.				
<b>2) L'adaptation des services à domicile</b>					
29	Le plan de service régulier des programmes de maintien et de soutien à domicile a été adapté dans un plan spécifique à la situation de pandémie d'influenza.				
30	Il y a eu une évaluation des besoins supplémentaires de services à domicile pour les personnes atteintes de d'influenza et des possibilités de recourir à différents organismes pour y répondre.				
31	Des mécanismes de collaboration ont été établis avec ces organismes.				
32	Le responsable du maintien spécifique à domicile et son substitut ont été identifiés et leurs noms ont été transmis au responsable du CSSS et de l'ASSS.				
33	Les mécanismes d'identification et de suivi des personnes atteintes de l'influenza sont définis.				
<b>3) L'accès au service d'info-santé</b>					
34	Les modalités d'accès spécifiques de la communauté au service d'info-santé sont définis.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 2 — SANTE PHYSIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
35	Les modalités de collaboration avec le CSSS sont établies et adaptées aux besoins de la communauté.				
36	En l'absence d'accès spécifique au service d'info-santé, des stratégies alternatives ont été créées pour la communauté afin d'assurer un service d'information téléphonique continu (24hrs / 7 jours) dans la communauté.				
37	Si un tel service est établi dans la communauté, du personnel infirmier de remplacement a été prévu pour assurer un service d'information téléphonique 24 heures / 7 jours.				
38	Un programme de formation spécifique est prévu pour le personnel affecté au service d'information téléphonique dans la communauté.				
<b>4) Les services préhospitaliers d'urgence</b>					
39	L'estimation de l'augmentation du volume de demande de transport ambulancier et de la planification des actions pour y répondre (ex. : chauffeurs additionnels ou de remplacement qualifiés) a été complétée en collaboration avec l'ASSS.				
40	Les protocoles de priorisation des appels, du transport et de l'intervention ont été adaptés en fonction de la pandémie, selon les indications du MSSS.				
41	L'évaluation des autres types de transports comme complément aux transports ambulanciers en cas de débordement (ou absence de transport) a été complétée.				
42	L'adaptation des règles de transfert / transport avec les partenaires offrant le transport complémentaire a été complétée.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 2 — SANTE PHYSIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
43	Les moyens ont été pris pour assurer le financement de l'augmentation de 15% prévue au volume de transport subventionné.				
<b>5) La prestation des services et les priorités des soins</b>					
44	L'identification des services essentiels est complétée.				
45	La hiérarchie des soins et des services a été établie en fonction de la gravité de la situation et du lieu de service.				
46	Les trajectoires de soins, incluant les lieux de triage, d'évaluation et les ressources nécessaires sont déterminées.				
47	Les mesures de triage et de prévention des infections pour l'arrivée massive de personnes malades sont déterminées pour les postes de soins infirmiers et les centres de santé selon le formulaire de triage de l'ASSS.				
48	Un accès téléphonique et informatique direct avec le CSSS a été identifié pour que les intervenants obtiennent l'information scientifique, technique ou organisationnelle dont ils ont besoin.				
49	Une grille a été établie pour l'affectation prioritaire (lieux/horaires) des ressources humaines en fonction des besoins les plus urgents en situation de pandémie, incluant les bénévoles et le personnel alternatif.				
<b>6) Les traitements aux antiviraux</b>					
50	Les intervenants ont été formés par l'ASSS sur les guides de soins et les protocoles de traitement des antiviraux.				
51	Les sites sécurisés pour l'entreposage des antiviraux dans les communautés désignées ont été identifiés conformément aux directives ministérielles du MSSS.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 2 — SANTE PHYSIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
52	Le nombre de personnes faisant partie des groupes prioritaires pour les antiviraux a été estimé conformément aux indications fournies par l'ASSS.				
53	Un responsable et son substitut ont été identifiés pour le dénombrement des personnes faisant partie des groupes prioritaires.				
<b>7) La disposition des dépouilles</b>					
54	Un plan de gestion des dépouilles a été établi en collaboration avec les services funéraires de la communauté et en conformité avec le plan régional de l'ASSS.				
55	Le personnel médical ou autre (ex. : policiers) apte à constater les décès a été identifié en nombre suffisant.				
<b>8) L'arrimage du volet santé physique avec le plan de mesures d'urgence tous risques (PMU)</b>					
56	Des organismes de la communauté ou des organismes externes ont été identifiés dans le PMU pour soutenir les services à domicile.				
57	Le PMU assure un soutien matériel et technique (ex. : équipement téléphonique additionnel) lorsque des stratégies alternatives ont été créées pour la communauté afin d'assurer un service d'information téléphonique continu (24hres / 7 jours) dans la communauté.				
58	Lorsqu'un service d'information téléphonique est créé dans la communauté et qu'il requiert l'apport de personnel additionnel, le PMU en assure le soutien: ex. : hébergement et approvisionnement du personnel infirmier supplémentaire qui provient de l'extérieur de la communauté.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLEMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 2 — SANTE PHYSIQUE	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
59	Les ajustements à apporter au PMU pour répondre à la hausse importante de la demande de transport ambulancier ont été définis (dégagement et entretien des voies prioritaires, entretien des véhicules, etc.).				
60	La disponibilité de modes de transports complémentaires au service ambulancier a été établie en collaboration avec des organismes publics ou privés et MAINC.				
61	Un soutien technique prioritaire est prévu dans le PMU pour les télécommunications du CS/PSI.				
62	Un responsable du PMU a été désigné pour assurer la sécurité et soutenir la distribution et l'entreposage des antiviraux et des vaccins.				
63	Les lieux de prise en charge des dépouilles sont identifiés dans le PMU et un accès continu leur est prévu.				
64	Des adaptations ont été planifiées pour assurer le respect des rites funéraires tout en prévenant les risques de contamination				



LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 3 — PSYCHOSOCIAL	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>1) La coordination des services psychosociaux</b>					
65	Le coordonnateur du volet psychosocial et son substitut sont identifiés et leurs noms ont été transmis au CSSS.				
66	Les fonctions du coordonnateur sont définies et adaptées aux besoins spécifiques de la pandémie.				
67	Le volet psychosocial du plan local des mesures d'urgence est adapté aux besoins spécifiques de la pandémie et une procédure d'intervention établie.				
68	Les procédures de collaboration avec les établissements spécialisés et les organismes communautaires sont établies.				
<b>2) Le repérage psychosocial</b>					
69	La clientèle vulnérable (connue) sur le plan psychosocial a été identifiée.				
70	L'inventaire de la clientèle vulnérable connue remonte antérieurement jusqu'à 2 ans.				
71	L'inventaire de la clientèle vulnérable connue est contenu dans une base de données informatisée.				
72	Les motifs de consultation psychosociale ont été inventoriés et les procédures de transmission des données au CSSS sont établies.				
73	Les méthodes de repérage de la clientèle non connue sont établies.				
74	Les méthodes de repérage du personnel de la santé et des services sociaux nécessitant une intervention psychosociale à cause de la pandémie sont établies.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 3 — PSYCHOSOCIAL	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>3) L'intervention psychosociale</b>					
75	Une liste a été établie pour identifier les intervenants et le personnel alternatif mobilisables pour assurer des services d'intervention et de suivi de crise.				
76	Les liens fonctionnels et la nature des contributions ont été définis avec les partenaires de la communauté et hors de la communauté.				
77	Les activités courantes autres que celles reliées à la pandémie ont été identifiées et une priorité accordée à chacune.				
78	Un système de réponse psychosociale téléphonique fondé sur le guide d'intervention spécifique à la pandémie (du MSSS) est établi.				
79	Les services d'intervention individuelle, conjugale, familiale et de crise sont définis et prêts à être dispensés.				
80	Un service de réponse psychosociale téléphonique à l'intention de la population de la communauté est planifié conjointement avec celui d'info-santé (il devient un service d'info santé / social).				
<b>4) La supervision clinique</b>					
81	Les noms des responsables de la fonction « supervision clinique » des intervenants de votre CS/PSI sont identifiés et répertoriés par l'ASSS.				
82	Les modalités de supervision clinique pour les intervenants de votre CS/PSI ont été établies avec le CSSS ou l'ASSS ou des services privés.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLEMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 3 — PSYCHOSOCIAL	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
-----	---	------------------------	---------------	----------------	---------------

<b>5) Le soutien de l'ASSS</b>					
83	Les modalités de consultation des intervenants psychosociaux auprès des experts-conseils de l'ASSS sont établies relativement à la pandémie.				
<b>6) L'arrimage du volet psychosocial avec le plan de mesures d'urgence tous risques (PMU)</b>					
84	Le PMU a identifié les organismes communautaires participant au volet psychosocial.				

<b>VOLET 3 — PSYCHOSOCIAL : QUESTIONS / COMMENTAIRES / PRÉCISIONS</b>					



LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 4 — COMMUNICATIONS	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>1) Liaison avec les partenaires</b>					
85	Un responsable du volet communications et son substitut ont été désignés pour gérer les communications des services de santé et des services sociaux relatives à la pandémie.				
86	Un plan de communication de l'ensemble des communications des services de santé et des services sociaux a été rédigé spécifiquement pour la pandémie d'influenza.				
87	Des liens de communication continus (7j / 24h) et spécifiques à la pandémie ont été définis avec le CSSS pour permettre les échanges d'information (information et rétroaction) avec les CS/PSI et les intervenants du volet psychosocial.				
88	Des liens de communication continus (7j / 24h) et spécifiques à la pandémie ont été définis avec l'ASSS pour permettre les échanges d'information (information et rétroaction) avec les CS/PSI et les intervenants du volet psychosocial.				
89	Une stratégie a été mise en place pour s'assurer que l'information et la documentation en provenance de l'ASSS ou du CSSS est bien comprise par les intervenants des volets santé et psychosocial, leurs substituts ainsi que le personnel alternatif et les bénévoles (adaptation, traduction, séances d'informations, etc.).				
90	Des liens de communication continus et spécifiques à la pandémie ont été définis avec le responsable des communications de la communauté et les autres services de l'administration publique de la communauté pour permettre les échanges d'information (information et rétroaction).				
91	Des liens de communication continus et spécifiques à la pandémie ont été définis avec les organismes de la communauté pour permettre les échanges d'information (information et rétroaction).				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 4 — COMMUNICATIONS	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
92	Des liens de communication continus ont été définis avec Santé Canada et le MAINC pour permettre les échanges d'information spécifiques à la pandémie (information et rétroaction).				
93	Des liens de communication continus ont été définis avec la CSSSPNQL pour permettre les échanges d'information spécifiques à la pandémie (information et rétroaction).				
94	Le service d'info-santé / social est en lien continu et direct avec le CS/PSI pour permettre les échanges d'information spécifiques (information et rétroaction) à la pandémie.				
95	Dans le cas où un service téléphonique alternatif d'info-santé / social (24h - 7j) a été mis sur pied dans la communauté par le CS/PSI, celui-ci est en lien continu et direct avec le CSSS ou l'ASSS pour permettre les échanges d'information spécifiques à la pandémie (information et rétroaction).				
	<b>2) Communication à la population</b>				
96	Un responsable et son substitut ont été désignés pour valider l'information qui sera diffusée à la population et aux médias.				
97	En collaboration avec le responsable des communications du PMU, une stratégie est définie pour déterminer quelles informations devront être transmises aux responsables du PMU <u>avant</u> d'être diffusées à la population (à cause de leur impact potentiel sur la sécurité publique et les autres missions du PMU, ex. : livraison prochaine de vaccins).				
98	Les profils linguistiques de la population sont connus et une stratégie a été mise en place pour s'assurer que les consignes et les informations reçues du MSSS à l'intention de la population en français ou en anglais puissent être transmises dans la langue ancestrale de la communauté lorsque nécessaire (ex. : Radio communautaire).				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 4 — COMMUNICATIONS	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
99	Les moyens de diffusion choisis pour transmettre l'information à la population sont multiples, adaptés à ses besoins (radio, télévision, téléphone, haut-parleur mobiles, porte-à-porte, etc.) et permettent de rejoindre l'ensemble des résidents du territoire.				
<b>3) L'arrimage du volet communication avec le plan de mesures d'urgence tous risques (PMU)</b>					
100	Le responsable des communication du PMU est connu.				
101	Les liens de communication entre le CS/PSI et le centre de coordination du PMU en cas de pandémie sont établis.				
102	La personne responsable du PMU chargée de recevoir en priorité l'information sensible est connue du responsable du volet communications de la mission santé.				
103	Le responsable des communications du PMU a identifié certains groupes ne comprenant bien que la langue ancestrale de la communauté et dispose d'un interprète désigné pouvant soutenir les services de santé et psychosociaux.				
104	Le responsable des communications du PMU a identifié les moyens de diffusion les plus efficaces pour rejoindre l'ensemble de la population sur le territoire et prévoit les rendre disponibles pour les besoins des services de santé et psychosociaux.				



LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
-----	--	------------------------	---------------	----------------	---------------

<b>1) Gestion des mouvements de main-d'oeuvre</b>					
105	La personne responsable du volet maintien des services en cas de pandémie et son substitut sont bien identifiés et connus du personnel santé et services sociaux du CS/PSI.				
106	Un plan d'utilisation de la main-d'oeuvre inhabituelle (personnel alternatif et bénévole) a été établi pour assurer les services à la population lors d'une pandémie.				
107	Les tâches essentielles pouvant être compromises par une pénurie du personnel ont été identifiées.				
108	Les conséquences possibles d'un absentéisme élevé (35%) sur les services ont été évaluées.				
109	Un plan de réaffectation exceptionnelle des tâches du personnel en place a été établi et les limites imposées par les conventions collectives ou les normes du travail ont été prises en compte.				
110	Les mécanismes de recensement du personnel alternatif devant être mobilisé ont été définis et leur disponibilité est périodiquement validée pour la liste de rappel.				
111	Les tâches que devra accomplir le personnel alternatif sont définies.				
112	Le champ d'action des bénévoles et leurs tâches ont été définis.				
113	Le rôle des proches aidant les usagers a été défini et un mécanisme d'information à leur intention a été mis en place.				
114	Une procédure de transmission des demandes et de l'offre en personnel alternatif a été établie avec l'ASSS.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>2) Recours aux ressources communautaires</b>					
115	Une liste des organismes communautaires indiquant les services qu'ils offrent et leur nombre d'employés a été dressée.				
116	Les organismes indiqués sur la liste ont été informés des besoins éventuels à combler.				
<b>3) Maintien et développement des compétences</b>					
117	Les groupes d'intervenants de la communauté appelés à remplir de nouvelles fonctions en santé et services sociaux ont été identifiés avec précision sur une liste.				
118	Le plan de formation élaboré par le MSSS à l'intention du personnel alternatif et des intervenants de la communauté est appliqué et il précise le matériel pédagogique à utiliser, l'organisation de la logistique, les technologies de l'information (ordinateurs, logiciels, etc.) disponibles et un échéancier de réalisation.				
119	Les consultations ont été menées auprès du CSSS, de l'ASSS, de la CSSSPNQL, de Santé Canada et du MAINC afin de connaître le partage des responsabilités entre ces organismes dans le programme de formation.				
<b>4) Gestion de l'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements</b>					
120	La liste des fournitures médicales nécessaires à la communauté en situation de pandémie a été dressée et son contenu a été validé avec la DSPNI.				
121	La quantité requise de chacun des produits de la liste a été définie en fonction des besoins de la communauté.				
122	Un lieu d'entreposage sécuritaire et conforme aux normes et aux recommandations a été défini pour la mise en place d'une réserve de fournitures médicales.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
123	Les besoins supplémentaires en aménagement de locaux, en fourniture de bureau, en équipement informatique et de télécommunications qui seront nécessaires pour répondre aux surplus d'appels téléphoniques prévu vers le CS/PSI ont été identifiés.				
124	Les fournisseurs de matériel et de fournitures médicales sont tous connus et ont confirmé avoir un plan de contingence visant à assurer l'approvisionnement même en situation de pandémie.				
125	Les entreprises qui assument le transport du matériel médical sont toutes connues et elles ont confirmé avoir un plan de contingence visant à poursuivre leur service à votre communauté en situation de pandémie.				
126	Des solutions alternatives fiables ont été déterminées pour les situations où un fournisseur ou transporteur serait dans l'incapacité de remplir son engagement en situation de pandémie.				
127	Les locaux qui seront utilisés pour les formations dispensées aux intervenants de la lutte à la pandémie sont choisis.				
128	Les aménagements mineurs à apporter aux espaces actuels pour en maximiser l'usage ont été planifiés (cloisons, paravents...).				
129	Le réaménagement des locaux prévoit un cloisonnement physique strict entre les lieux destinés aux personnes grippées et ceux destinés aux autres cas.				
130	La capacité maximale d'accueil des malades a été définie pour la communauté et le CSSS ainsi que l'ASSS en ont été informés.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
<b>5) Maintien des réseaux d'information et de télécommunications</b>					
131	Les bureaux et les postes de travail des cadres et des employés des services de santé et des services sociaux de la communauté sont tous équipés d'un matériel informatique à niveau, qui permet l'échange rapide de courriels ainsi que la cueillette d'informations et l'accès aux banque de données sur internet.				
132	Un réseau intranet relie efficacement toutes les directions et les services administratifs de la communauté.				
133	Les besoins additionnels en équipement informatique (ordinateurs, écrans, imprimantes, logiciels, serveur...) nécessaires pour assurer les activités de préparation et d'intervention contre la pandémie ont été définis.				
134	Des mesures alternatives ont été identifiées en cas de panne du serveur ou de la liaison informatique avec les partenaires externes (usage du télécopieur, de la visioconférence, etc.).				
135	Les besoins additionnels en équipement téléphonique filaire ou cellulaire ainsi qu'en télécopieurs nécessaires pour communiquer efficacement en situation de pandémie ont été définis.				
136	Les besoins additionnels en équipement de radiocommunication nécessaires pour communiquer efficacement en situation de pandémie ont été identifiés.				
137	Les besoins additionnels en équipement de visioconférence nécessaires pour communiquer efficacement en situation de pandémie ont été identifiés.				
<b>6) L'arrimage du volet maintien des services avec le plan de mesures d'urgence tous risques (PMU)</b>					
138	Les organismes susceptibles d'être sollicités par les services de santé sont identifiés dans le PMU avec la nature de leur contribution et le nombre d'employés ou de bénévoles retenus.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
139	Le responsable de la sécurité du PMU a été informé de l'emplacement de la réserve médicale et des besoins en matière de sécurité.				
140	Un responsable des ressources matérielles, immobilières et informationnelles a été désigné dans le PMU.				
141	Le responsable des ressources matérielles du PMU a été consulté sur les besoins supplémentaires en locaux, en réaménagement de locaux, en fourniture de bureau.				
142	Le responsable des transports du PMU a été consulté sur les solutions alternatives possibles en matière de transport de matériel médical.				
143	Les besoins en matériel informatique qui sont nécessaires pour permettre la liaison avec les partenaires en situation de pandémie ont été définis conjointement avec la personne responsable des ressources matérielles, immobilières et informationnelles du PMU.				
144	Les besoins en matériel téléphonique (téléphones filaires, cellulaires, téléavertisseurs) et en télécopieurs qui sont nécessaires pour permettre la liaison avec les partenaires en situation de pandémie ont été définis conjointement avec la personne responsable des ressources matérielles, immobilières et informationnelles du PMU.				
145	Les besoins en matériel de communication radio nécessaires pour permettre la liaison avec les partenaires en situation de pandémie ont été définis conjointement avec la personne responsable des ressources matérielles, immobilières et informationnelles du PMU.				
146	Les besoins en matériel de communication de visioconférence nécessaires pour permettre la liaison avec les partenaires en situation de pandémie ont été définis conjointement avec la personne responsable des ressources matérielles, immobilières et informationnelles du PMU.				

LISTE DE VERIFICATION DE L'ETAT DE PREPARATION  
DES DIRECTIONS DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTES A LA PANDEMIE APPREHENDEE D'INFLUENZA  
– MARS 2007 –

**Instructions :** Pour chacun des éléments de planification énumérés dans le tableau, indiquez si celui-ci sera complété au 31 mars 2007. Dans le cas où vous indiquez «N» (pour non) dans la colonne du 31 mars, veuillez faire un X dans l'une des trois autres colonnes correspondant à l'échéance où vous prévoyez l'avoir complété. Si vous jugez qu'un élément de planification ne s'applique pas à votre communauté, indiquez «NA» (pour non applicable) dans la colonne du 31 mars et expliquez-en les raisons dans la partie réservée aux commentaires qui se trouve à la fin de chacun des volets.

No.	ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION COMPLETES EN 2007 VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES	Au 31 mars O / N	Au 30 juin	Au 30 sept.	Au 31 déc.
147	En cas de panne d'électricité, il est prévu dans le PMU qu'un nombre suffisant d'unités électrogènes d'urgence sera assigné prioritairement à desservir les lieux d'entreposage réfrigérés pour antiviraux et vaccins, le CS/PSI et autres locaux de soins, la réserve de fournitures médicales ainsi que les réseaux informatiques et de communication téléphonique et radio nécessaires au fonctionnement efficace des services de santé.				
148	Tous les lieux nécessaires aux services de santé et services sociaux ont été désignés dans le PMU comme étant des lieux où l'électricité doit être rétablie en priorité en cas de panne.				

VOLET 5 — MAINTIEN DES SERVICES : QUESTIONS / COMMENTAIRES / PRÉCISIONS					



## ANNEXE B

LETTRE DE LA C<sup>SS</sup>SPNQL DU 27 SEPTEMBRE 2006 A L'INTENTION DE SANTE CANADA  
ET DU MINISTRE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC AYANT POUR  
OBJET : «DEMANDE DE FINANCEMENT POUR LA COORDINATION DE LA PREPARATION  
A LA PANDEMIE D'INFLUENZA»

### — REPRODUCTION DU TEXTE DE L'ANNEXE A —

«Suite à un portrait de la préparation des communautés des Premières Nations à une éventuelle pandémie d'influenza et suite aux incertitudes manifestées par les Directeurs de la santé des communautés quant aux rôles et responsabilités des différents acteurs en phase pré-pandémique, pandémique et post-pandémique, la C<sup>SS</sup>SPNQL tire les constats suivants:

#### **Constat 1 :**

La préparation des communautés diffère grandement d'une communauté à l'autre. Alors que la minorité des communautés ont élaboré un plan de pandémie, la grande majorité des communautés n'ont pas commencé leur plan ou l'élaboration de leur plan est en suspend. Les principaux obstacles mentionnés par ces communautés sont le manque de ressources financières, humaines et techniques pour l'élaboration d'un plan de lutte communautaire, le manque d'information et de sensibilisation dans la communauté et le manque de mobilisation des différents acteurs communautaires.

#### **Constat 2 :**

Plusieurs communautés ont besoin d'un soutien technique, en plus de ressources financières adéquates, pour :

- a) préparer et valider leur plan de lutte à la pandémie;
- b) informer les acteurs communautaires et la population;
- c) former les intervenants de la santé dans les communautés;
- d) obtenir des équipements et des fournitures médicales supplémentaires;
- e) mettre à jour leur plan de mesures d'urgence;
- f) créer des liens avec les Agences de santé / le C<sup>SS</sup>S de leur région; etc.

#### **Constat 3 :**

Il y a un urgent besoin de clarifier les rôles et les responsabilités du M<sup>SS</sup>S, des Agences de santé provinciales, des C<sup>SS</sup>S, de Santé Canada, du MAINC et des communautés des Premières Nations en phase pré-pandémique, pandémique et post-pandémique. Certains ponts restent à construire ou à renforcer (*sic*) entre les différents acteurs.

**Constat 4 :**

Il y a un urgent besoin d'officialiser les rôles et les responsabilités de tous les acteurs afin d'éviter toutes ambiguïtés maintenant, au cours de l'élaboration des plans communautaires et au moment d'une pandémie.

**Constat 5 :**

Plusieurs communautés n'ont pas de plan de mesures d'urgence à jour. Cela est particulièrement inquiétant puisqu'un plan de pandémie se doit d'être une annexe d'un plan de mesures d'urgence actualisé et fonctionnel. L'avènement de la pandémie est une occasion sans précédent de mettre à jour le plan de mesures d'urgence des communautés.

**Constat 6 :**

Plusieurs communautés ont mentionné le manque de connaissances techniques pour élaborer et articuler leur plan communautaire de lutte à la pandémie. Un nombre considérable de communautés n'ont pas assisté aux rencontres de préparation organisées par Santé Canada et les Agences de santé et ne se sont pas prévalu (*sic*) du financement disponible pour élaborer leur plan communautaire.

**Constat 7 :**

La grande majorité des communautés des Premières Nations n'ont pas été consultés par les Agences de santé / les CSSS lors de l'élaboration des plans régionaux. Certains ponts restent à construire ou à renforcer (*sic*) entre les différents acteurs.

**Constat 8 :**

De nombreuses confusions demeurent dans les communautés quant aux actions à venir et aux rôles et responsabilités des différents acteurs. Afin (*sic*), des enjeux de communication et de transparence devront être résolus afin que l'ensemble des communautés puisse avoir accès aux mêmes informations.»



**Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières nations du Québec et du Labrador  
250, place Chef Michel Laveau (local 102)  
Wendake (Québec) G0A 4V0**

**Tél. : (418) 842-1540  
Télec. : (418) 842-7045**