

PLAN DIRECTEUR

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

20⁰⁷ 17

*Remédier aux disparités...
Accélérer le changement*



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

COMITÉ DE COORDINATION

Marjolaine Sioui, gestionnaire des opérations, CSSSPNQL : Coordinatrice du projet
Moktar Lamari, Ph.D., consortium d'évaluation et de management stratégiques (CEMS) : rédaction et élaboration
Sophie Garant, conseillère en santé communautaire, CSSSPNQL : rédaction et élaboration
Etienne Carboneau, MA, agent de recherche, CSSSPNQL : analyse, rédaction et recherche
Francine Tremblay, revue de littérature

COLLABORATION SPÉCIALE

Commissions et organismes régionaux
Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL)
Table des experts (voir la liste complète à la page 6)
Communautés des Premières Nations

Photographies de la page couverture : Mamit Innuat

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL, ISBN à venir



4	Mot de M. Ghislain Picard, chef régional
5	Mot de M ^{me} Guylaine Gill, directrice générale de la CSSSPNQL
6	Liste des experts consultés dans le cadre de l'élaboration du Plan directeur
7	Liminaire
9	Chapitre 1- UNE VISION GLOBALE BALISÉE PAR DES PRINCIPES DIRECTEURS
11	Un plan concerté et fondé sur des engagements réitérés
12	Un plan initiateur de changements prometteurs
14	Un plan balisé par des principes directeurs
17	Chapitre 2- UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION
19	État de situation
21	Défis à relever
24	Axes et actions pour l'intervention
27	Ce qui changera d'ici 2017
29	Chapitre 3- DES SOINS DE SANTÉ ACCESSIBLES, CIBLÉS ET COMPLETS
31	État de situation
35	Défis à relever
36	Axes et actions pour l'intervention
40	Ce qui changera d'ici 2017
43	Chapitre 4- DES SERVICES SOCIAUX INNOVANTS, ACCESSIBLES ET DURABLES
45	État de situation
48	Défis à relever
50	Axes et actions pour l'intervention
54	Ce qui changera d'ici 2017
55	Chapitre 5- UNE ACTION COHÉSIVE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE COLLECTIF
57	État de situation
62	Défis à relever
64	Axes et actions pour l'intervention
70	Ce qui changera d'ici 2017
71	Chapitre 6- UN CAPITAL HUMAIN SUFFISANT ET SOUTENU PAR LES ACQUIS DE LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT
73	État de situation
75	Défis à relever
76	Axes et actions pour l'intervention
81	Ce qui changera d'ici 2017
83	Chapitre 7- CONDITIONS DE SUCCÈS, OBJECTIFS ET MESURES DES PROGRÈS
85	Conditions de succès
87	Mesurer les progrès et en rendre compte
91	CONCLUSION
95	Bibliographie
99	Annexe 1- INDICATEURS DE SANTÉ, DE SERVICES SOCIAUX ET DE NIVEAU DE VIE
103	Annexe 2- LISTE DE ACRONYMES

Mot de M. Ghislain Picard, chef régional

La vitalité des nations est largement tributaire de l'état de santé et de la qualité de vie de leurs individus et de leurs communautés. Ce lien est bien établi de par le monde. Or, la santé des Premières Nations du Québec n'a jamais été aussi mauvaise et préoccupante. En dépit des efforts déployés et des promesses répétées, depuis le milieu des années 80, par les instances gouvernementales, les disparités séparant les Premières Nations du reste des Canadiens, en matière de santé, se creusent de jour en jour pour devenir plus alarmante que jamais.

Voilà pourquoi, les Premières Nations du Québec se sont engagés, au cours des derniers mois, à élaborer leur propre Plan directeur en santé et services sociaux. Fruit d'une investigation approfondie et d'une consultation élargie, le Plan directeur de la santé et des services sociaux qui suit propose une révolution de notre façon de faire afin de Remédier aux disparités...Accélérer le changement, 2007-2017.

Ce Plan décennal, qui constitue une première dans l'histoire récente des Premières Nations du Québec, apporte une preuve irréfutable de notre capacité à élaborer et à articuler, rigoureusement et raisonnablement, notre propre vision de la santé globale ainsi que les choix stratégiques pour changer les choses et agir sérieusement en faveur de la santé et la qualité de vie de nos communautés.

Soyons clair, ce Plan s'inscrit en rupture avec le passé en proposant une approche cohésive, globale et inspirée par les véritables besoins et réalités de nos communautés. Il propose de mettre un terme aux approches ponctuelles, aux interventions morcelées et aux financements au compte-goutte qui caractérisent l'intervention gouvernementale. Il invite plutôt les gouvernements à changer leurs façons de faire afin d'agir plus efficacement aux attentes des communautés et renoncer aux politiques désuètes, souvent complices de la dégradation continue de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations.

Pour nous, la santé constitue un tout indivisible. En conséquence, ce Plan met au cœur de ses préoccupations une approche holistique, bien ancrée dans notre histoire et identité. La santé n'est pas uniquement liée au bien-être physique puisqu'elle considère la santé sociale, affective, mentale et spirituelle. De plus, cette approche globale de la santé ne cible pas uniquement l'individu, bien au contraire elle embrasse aussi la santé des familles, des communautés ainsi que des différentes générations, présentes et futures.

Cette vision est la pierre angulaire des orientations et des actions proposées aux communautés, notamment dans les domaines de la prévention, de la lutte contre les

maladies chroniques, le développement des services sociaux, la mise en place des bonnes habitudes de vie, le développement socio-économique, la formation, la recherche-développement et la gouvernance.

L'époque où les décisions se prennent sans nous et souvent, au mépris de nos valeurs identitaires, doit être révolue. Ce Plan est fondé sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale des Premières Nations. Faut-il rappeler que les divers documents de Santé Canada reconnaissent, en théorie, l'importance de l'autodétermination en santé : «Aussi bien les Autochtones que les spécialistes de la santé estiment qu'il sera plus facile de supprimer les disparités et de régler les problèmes touchant le système de santé lorsque les Autochtones prendront eux-mêmes les décisions dans ce domaine» .

Ce Plan confirme l'urgence d'agir. Et comme je l'ai dit, lors du Forum socio-économique (2006) de Mashteuiatsh: le statut quo n'est plus acceptable... le temps est venu pour amorcer, ensemble et de concert, les changements qui nous permettent de renverser la vapeur et de faire en sorte que la santé et la qualité de vie des Premières Nations changent radicalement.

Ce Plan veut redonner aux Premières Nations le droit de décider des choix stratégiques, organisationnels et opérationnels relativement aux soins de santé et aux services sociaux destinés à nos communautés. Il veut aussi ouvrir la voie à une nouvelle ère de collaboration entre les diverses parties prenantes, en vue d'accélérer les véritables changements en matière de santé et de qualité de vie des Premières Nations dans toutes les communautés.

Nous devons, tous, relever le défi de la santé et de la qualité de vie de nos communautés. Nous n'avons pas le droit d'échouer, ni de décevoir les générations montantes qui, dans bien des cas perdent progressivement leur santé ainsi que leur patience et leur espoir. Nous avons une obligation de résultat. Ce défi nous appartient.

Je conclus en félicitant très sincèrement le savoir faire, le talent et le tact de la Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et Labrador qui a piloté, de main de maître, le processus d'élaboration et d'adoption de ce Plan décennal. Je veux aussi remercier le comité de coordination chargé de l'élaboration, ainsi que tous les experts et les spécialistes qui sont venus prêter main forte à ce processus et témoigner objectivement de la gravité de l'état de santé de nos communautés et des impératifs d'agir, sans plus tarder, dans le cadre des perspectives et trajectoires tracées par le présent Plan Directeur 2007-2017, Remédier aux disparités...Accélérer le changement.

Ghislain Picard
Chef régional



Mot de M^{me} Guylaine Gill, directrice générale de la CSSSPNQL

C'est avec joie que j'ai l'honneur de vous présenter le Plan Directeur de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations, Remédier aux disparités... Accélérer les changements, 2007-2017. Ce Plan véhicule un nouvel espoir et soutient qu'un autre avenir est non seulement possible, mais réalisable; un avenir fondé sur la santé et le bien-être collectif des Premières Nations du Québec.

Avec enthousiasme, la Commission de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Labrador s'est engagée pleinement pour mener à bon port les travaux d'élaboration de ce Plan, et ce depuis l'automne 2006. Pour l'élaboration de ce Plan historique, le personnel de la CSSSPNQL et ses collaborateurs se sont mobilisés sans ménagement, avec rigueur et abnégation..

Ce Plan pose les jalons principaux du chemin à suivre et identifie les axes nécessaires pour faire de la décennie 2007-2017 une décennie de changements profonds pour la santé et le bien-être des Premières Nations du Québec.

Notre travail s'appuie en réalité sur les attentes pleinement légitimes de nos communautés qui veulent réaliser la parité en santé et en qualité de vie avec le reste des citoyens du Canada. La santé ne peut être améliorée ou préservée que dans le cadre d'une **vision globale** prenant en compte non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être social, mental, psychologique, environnemental, culturel et économique.

Pour s'assurer de l'adhésion de toutes les communautés et parties prenantes concernées par ce Plan, les travaux d'élaboration se sont appuyés sur un bilan stratégique rigoureux et des consultations élargies qui ont mis à contribution un grand nombre d'experts, de responsables régionaux, de représentants des diverses communautés et d'observateurs avertis de l'état de santé et de la qualité de vie des Premières Nations.

Les analyses menées confirment l'ampleur des défis à relever et montrent l'urgence de changer les paradigmes et les façons de faire pour gouverner et administrer les soins de santé et les services sociaux destinés aux Premières Nations.

A plus d'un titre, ce Plan est novateur, mobilisateur et intégrateur.

- > **Novateur**, parce qu'il veut réussir là où les précédentes politiques gouvernementales de la santé des Premières Nations ont échoué n'ayant pu concevoir des stratégies innovantes, intégrées et adaptées aux besoins des Premières Nations, dans leurs multiples contrastes et diversités.
- > **Mobilisateur**, parce qu'il s'appuie sur une collaboration, un partenariat d'égal à égal et des concertations fructueuses fondés sur la bonne volonté de toutes les parties prenantes.

- > **Intégrateur**, parce qu'il invite tous les intervenants et les partenaires à travailler main dans la main pour assurer une synergie et une cohésion totales à leurs efforts collectifs, de manière à privilégier l'amélioration de l'état de santé et la qualité de vie des Premières Nations.

Les états de situation décrits dans le Plan appellent donc dès maintenant à une mobilisation active et concrète tous les acteurs concernés pour ériger les fondations d'une société plus juste, plus innovante et résolument engagée dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations.

Nos défis sont de taille. Ils impliquent une meilleure gouvernance et proposent, à cette fin, une participation autodéterminée des Premières Nations. Aussi, ce Plan préconise une action vigoureuse, et sans précédent, sur tous les fronts : celui de la santé, celui des services sociaux, celui des déterminants de la santé, ainsi que ceux de la recherche-développement et de la formation de ressources compétentes issues des Premières Nations et spécialisées en santé et services sociaux.

Je tiens à remercier le comité de coordination chargé de l'élaboration de ce Plan directeur, les experts, les spécialistes, les professionnels des commissions et organismes régionaux des Premières Nations et les représentants des communautés qui ont contribué à sa conception, dans les délais impartis et avec des ressources parfois limitées (raretés des données statistiques fiables, inventaires limités, manque de ressources dédiées à la recherche-développement en contexte des Premières Nations du Québec, etc.).

Notre Plan directeur reflète notre engagement permanent en faveur de la prévention, de la promotion de la vie et l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de nos communautés.

La bonne santé des Premières Nations nous tient à cœur.

Grâce à la santé et la qualité de vie, nos communautés ne manqueront pas de créer davantage de richesses collectives qui nous feront participer à nouveau, à notre façon, avec vigueur et générosité à la prospérité de la société tout entière.

Bien que nous soyons heureux de cette réalisation, nous sommes conscients du travail qui reste à accomplir. Nous sommes déterminés à aller de l'avant pour assurer une mise en œuvre efficace de ce Plan décennal, et ce, de concert avec toutes les parties prenantes et les communautés des Premières Nations.

*Guylaine Gill
Directrice générale
Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador*



LISTE DES EXPERTS CONSULTÉS DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION DU PLAN DIRECTEUR

NOM	TITRE
D ^r Gilles Fortin	Pédiatre-neurologue, Hôpital Ste-Justine, Centre de développement
D ^r Christian Sioui	Médecine générale Santé mentale et gériatrie
France Dion	Pharmacienne Conseil de la Nation huronne-wendat
D ^r Emmett Francoeur	Pediatrician Director of Child Development Program Montreal Childrens Hospital
Francine Jourdain	Psychologue
Annie Girard	Psychoéducatrice Centre de forDFM
D ^{re} Suzanne Pelchat	Équipe de santé mentale CLSC Jacques Cartier
D ^{re} Johanne Philippe	Médecine générale Centre de santé de Mashteuiatsh
D ^r Renaud Leroux	Urgentologue
Denise Paul	Infirmière responsable Centre de santé de Mashteuiatsh
Tania Courtois	Technicienne en nutrition Centre de Santé de Betsiamites
Marie Pagé	Diététicienne Centre de Santé de Mashteuiatsh
Suzanne Bruneau	Coordonnatrice unité santé des autochtones Institut national de santé publique, Direction de la Planification, de la Recherche et de l'Innovation
Lily Lessard	Infirmière – Agente et professionnelle de recherche Institut national de santé publique, Direction de la Planification, de la Recherche et de l'Innovation
Jean Verronneau	Dentiste-chercheur



Liminaire

Le Canada est un pays riche, suffisamment riche pour faire partie des sept pays les plus industrialisés et les mieux nantis au monde (G7). En même temps, les Canadiens affichent les meilleurs standards de santé et de niveau de vie au niveau international. Pourtant, les Premières Nations du Canada se classent parmi les nations les moins nanties et dont l'état de santé et la qualité de vie sont des plus précaires et des plus préoccupants sur la scène internationale. Cette situation est confirmée par plusieurs constats et rapports issus de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001)¹.

Comparativement au reste de la population québécoise, et plus largement de la population canadienne, les Premières Nations du Québec accusent un retard alarmant en matière de santé et de qualité de vie. Les statistiques disponibles confirment, sans l'ombre d'un doute, cette cruelle et injuste réalité. Elles montrent que les disparités couvrent quasiment tous les domaines de la santé et du développement social. Pire encore, certaines disparités ont même tendance à s'amplifier, au lieu de se résorber.

À titre indicatif, rappelons qu'aujourd'hui, comparativement au reste de la population canadienne, une personne issue des Premières Nations de la région de Québec :

- > vit en moyenne 6 à 7 ans de moins;
- > est quatre fois plus exposée à l'inaccessibilité et aux carences de soins de santé et de services sociaux;
- > est deux à trois fois plus sujette à l'obésité et à l'embonpoint;
- > encourt deux à trois fois plus de risque d'être atteinte du diabète et huit à dix fois plus de risque d'être atteinte de la tuberculose;
- > risque de vivre, dès sa plus jeune enfance, des situations de pauvreté, de maltraitance et de placements, dans des proportions trois à cinq fois plus élevées;
- > est cinq fois plus exposée au suicide².

C'est pour remédier aux disparités flagrantes, qui séparent les Premières Nations des Québécois et des Canadiens en matière de santé et de qualité de vie, que le présent Plan directeur a été élaboré, sous l'égide de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), et en étroite collaboration avec les communautés et les instances concernées.

Considérant l'ampleur des défis à relever, ce Plan directeur table sur un horizon décennal, soit 2007-2017. Pour faire consensus au sein des communautés et des autres parties prenantes, il s'appuie sur des choix stratégiques rigoureux. Ces choix tiennent compte de toutes les données pertinentes disponibles et des résultats de leur analyse. Aussi, il tire parti d'un processus de planification structuré et fondé sur une participation élargie des Premières Nations.

L'élaboration de ce Plan s'est également alimentée de plusieurs travaux de consultations et de validation qui ont mis à contribution de nombreux experts reconnus en santé et services sociaux, des représentants des communautés des Premières Nations, de diverses instances concernées par la prestation des soins de santé et des services sociaux, sur et hors communauté, et des organismes régionaux relevant de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL).

¹ Organisation mondiale de la santé (2001) : Coordination du travail de l'assemblée mondiale, du Conseil exécutif et du Comité régional.

² Ces données et leurs sources sont exposées en détail dans le reste du document.

Le Plan directeur vise deux finalités stratégiques :

- 1- Remédier progressivement aux disparités qui séparent les Premières Nations du reste des Canadiens en matière de santé et de bien-être collectif;
- 2- Initier un changement structurel dans les perspectives et les approches de gouvernance de la prestation des soins de santé et des services sociaux prodigués aux Premières Nations.

Le Plan directeur est articulé autour de sept chapitres. Le premier présente le cadre conceptuel ayant guidé son élaboration. Le deuxième chapitre aborde la question de la gouvernance du système de santé et des services sociaux mis à la disposition des Premières Nations. Les troisième, quatrième et cinquième chapitres présentent, respectivement, les orientations stratégiques relatives à la santé, aux services sociaux et aux déterminants de la santé. Chaque chapitre expose, dans l'ordre, les constats de la situation, les défis à relever, les axes et les actions retenus pour l'intervention ainsi que les changements anticipés pour 2017. Le sixième chapitre aborde les thèmes du développement des ressources humaines en santé et en recherche et développement (R-D) pour les Premières Nations du Québec. Le septième et dernier chapitre présente les éléments de l'implantation du Plan en mettant de l'avant les conditions de succès et les objectifs escomptés.

UNE VISION GLOBALE BALISÉE PAR DES PRINCIPES DIRECTEURS

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec s'appuie sur une concertation constructive entre les parties prenantes concernées. Sur cette base, il propose un changement structurel fondé sur une approche innovante et en symbiose avec les principes et les valeurs ancrés dans le patrimoine identitaire, historique, politique et culturel des Premières Nations.

1.

UN PLAN CONCERTÉ ET FONDÉ SUR DES ENGAGEMENTS RÉITÉRÉS

Le processus d'élaboration du Plan directeur s'inscrit dans le prolongement des engagements pris par les diverses instances gouvernementales, durant les dernières années, pour juguler les problématiques relatives à la santé et à la qualité de vie des communautés des Premières Nations. Rappelons certains de ces engagements.

En octobre 2006, lors des travaux du Forum socio-économique des Premières Nations du Québec, les gouvernements du Québec et du Canada ainsi que les Premières Nations conviennent d'un commun accord d'initier une nouvelle ère de coopération, mettant de l'avant l'urgence d'un

changement structurel favorisant les soins de santé et les services sociaux mis à la disposition des communautés. Ce Forum réitère l'importance d'une concertation fondée sur le respect mutuel, le dialogue et la reconnaissance des compétences et des droits des Premières Nations. Une telle concertation met à contribution les Premières Nations et les gouvernements du Québec et du Canada en vue de redoubler d'efforts pour atteindre la parité en santé et en qualité de vie.

Auparavant, et faisant suite aux engagements gouvernementaux pris en septembre 2004, lors de la réunion spéciale des Premiers ministres du Canada et des provinces, des ententes avaient été signées en vue d'agir rapidement pour résorber les écarts de santé et de qualité de vie qui séparent les peuples autochtones du reste des citoyens.

Le processus initié, par les gouvernements provincial et fédéral, de concert avec les Premières Nations, reconnaît l'impératif d'une coopération fondée sur des relations de gouvernement à gouvernement. Il reconnaît aussi les engagements des parties pour atteindre trois objectifs stratégiques majeurs :

- > Résorber, sans plus tarder, les écarts en santé et en bien-être collectif séparant les Premières Nations et les autres Canadiens dans le cadre d'une planification résolue et globale tablant sur un horizon de 10 ans;
- > Reconnaître et renforcer les droits ancestraux, et consolider une démarche de gouvernance autodéterminée, plus particulièrement en ce qui a trait aux choix stratégiques en santé et en services sociaux;
- > Établir de nouvelles bases de dialogue fondées sur le respect mutuel et l'imputabilité réciproque.

De tels objectifs ne peuvent être atteints sans une amélioration considérable de l'accessibilité et de la gestion des soins de santé et de services sociaux. C'est pourquoi l'impératif du changement structurel de la gouvernance se trouve au cœur des orientations préconisées par le Plan directeur. Les changements à mettre en place doivent prendre en compte non seulement les soins de santé et les services sociaux, mais aussi les principaux déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être collectif et individuel.

Le Plan directeur élabore ses orientations et ses axes d'interventions sur la base de constats démontrés. Il est conçu pour baliser les efforts à consentir en vue d'honorer de manière concertée et synergique les engagements pris par les différents paliers de gouvernement.



Les peuples des Premières Nations souhaitent que les gouvernements du Québec et du Canada mobilisent, dans le cadre d'un partenariat tripartite, les moyens et les efforts requis pour implanter de façon optimale, et dans l'horizon décennal fixé, les choix stratégiques et les actions préconisées par le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec (2007-2017).

Les Premières Nations espèrent aussi que les promesses et annonces formulées, lors des divers forums et rencontres politiques relativement à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie, se traduisent par des gestes concrets, des actions résolues et des financements à la hauteur des besoins et des impératifs.

Les leaders et les organisations représentatives des Premières Nations s'attendent à retrouver leur autonomie et la latitude nécessaire à la mise en place des systèmes de soins et de services sociaux répondant à leurs besoins réels et diversifiés.

2. UN PLAN INITIATEUR DE CHANGEMENTS PROMETTEURS

Les disparités qui caractérisent l'état de santé et le bien-être collectif des Premières Nations, comparativement au reste des Québécois et Canadiens, sont le résultat d'un processus décisionnel centralisé et d'une gouvernance unilatéraliste de la part des gouvernements.

Les paradigmes et les processus de gouvernance ayant mené à cet état de fait doivent nécessairement être repensés et reconfigurés structurellement. Les changements attendus doivent permettre à toutes les communautés des Premières Nations de bénéficier d'une prestation de soins de santé et d'un développement social autodéterminés, aussi efficaces et viables que ceux en vigueur partout au Canada.

Au même titre que les autres Canadiens, les Premières Nations ont le droit à des soins de santé et de services sociaux de qualité et conformes à leurs identités et spécificités. Elles ont aussi le droit d'avoir la liberté de valoriser pleinement leur patrimoine identitaire, culturel et spirituel dans un système de santé autodéterminé.

Vivre en santé représente, pour les Premières Nations, une préoccupation globale qui intègre non seulement des aspects biologiques et pathologiques, mais aussi des aspects liés aux services sociaux et aux divers déterminants qui conditionnent la santé de l'ensemble de leurs communautés, quelle que soit leur localisation ou leur spécificité. La santé et le bien-être forment donc un tout indissociable qui intègre divers aspects de la vie, y compris la capacité d'accéder et d'exploiter son environnement physique et de maîtriser son avenir.

Les Premières Nations s'attendent légitimement à davantage d'actions concrètes de leurs divers partenaires. Des organismes en charge du financement et ayant la responsabilité de s'assurer que toutes les communautés des Premières Nations aient accès à tous les soins de santé et de services sociaux, les Premières Nations s'attendent à des actions qui s'inscrivent dans la durée, qui se traduisent par des gestes forts et par des moyens financiers à la hauteur des défis à relever. Les Premières Nations s'attendent à une transformation profonde du système

de soins de santé et de services sociaux dispensé, et ce, pour leur permettre de participer pleinement à la conception, à l'implantation et à l'évaluation des services.

Remédier aux disparités en santé et livrer des soins de santé et de services sociaux dans le cadre d'une approche globale et visionnaire issue des Premières Nations exigent un engagement politique fiable, des actions soutenues et durables, ainsi qu'une implication décisive de toutes les communautés et les instances des Premières Nations.

Le changement structurel de la santé et des services sociaux des Premières Nations ne deviendra une réalité que lorsqu'il sera possible d'affirmer les faits suivants :

LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS :

- > Ont atteint une espérance de vie et une qualité de vie comparables à celles du reste des Canadiens.
- > Ont maîtrisé les causes et les facteurs de risque générateurs des maladies évitables, des incapacités et des menaces à la vie qui sévissent aujourd'hui davantage parmi les Premières Nations que dans le reste des communautés canadiennes.
- > Ont accès à des soins de santé et à des services sociaux à la hauteur de ce qui est accessible dans le reste du Québec et du Canada.
- > Trouvent dans la prestation de soins et de services de santé les conciliations et les adaptations culturelles dignes de leurs spécificités nationales, historiques et culturelles.
- > Ont le pouvoir décisionnel et le contrôle qui leur revient relativement à la santé et aux services sociaux dispensés aux individus, aux familles et aux communautés relevant de leurs nations.
- > Ont une maîtrise des divers déterminants affectant leur identité culturelle et leur développement socio-économique, de façon à améliorer sensiblement l'état de leur santé, de leur bien-être et leur autodétermination.

LES PARTENAIRES CONCERNÉS PAR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS :

- > Assument toutes leurs responsabilités vis-à-vis des méfaits et impacts (passés, présents et futurs) des programmes et des politiques canadiennes relativement à la santé et la qualité de vie des Premières Nations.
- > Travaillent en partenariat avec les Premières Nations pour remédier aux méfaits générés par les processus historiques sur la santé globale et la qualité de vie des Premières Nations.
- > Consentent à investir davantage de fonds de manière proactive, durable, suffisante et efficace afin de maîtriser les fléaux de santé et de qualité de vie qui affectent les communautés des Premières Nations.
- > Reconnaissent et respectent les droits ancestraux, la culture, l'autonomie et les modes de vie des Premières Nations.
- > Agissent avec diligence et concrètement pour corriger les dysfonctionnements actuels et pour procurer aux Premières Nations des soins de santé et des services sociaux complets, adaptés, efficaces et innovants.

3.

UN PLAN BALISÉ PAR DES PRINCIPES DIRECTEURS

La vision retenue dans le présent Plan directeur s'appuie sur une approche globale, sur des valeurs inspirées par le patrimoine identitaire et culturel des Premières Nations, sur l'impératif d'un investissement public conséquent en matière de santé et de services sociaux et surtout sur une reconnaissance de la capacité des Premières Nations à autodéterminer leur propre système de santé et de services sociaux.

UNE APPROCHE HOLISTIQUE

qui prend en compte :

- > L'amélioration du bien-être dans toutes ses dimensions : bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel et intellectuel;
- > Une action collective, cohésive et concertée visant tous les déterminants de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations, qu'ils soient socio-économiques, infrastructurels, psychologiques ou culturels;
- > L'impératif d'une exploitation équilibrée et durable des systèmes écologiques et un accès total des Premières Nations aux ressources naturelles relevant des territoires ancestraux de leurs communautés;
- > La valorisation de l'identité des communautés et de la protection des valeurs propres aux Premières Nations.

UNE APPROCHE RESPECTUEUSE DES SPÉCIFICITÉS

qui considère les besoins, notamment, au regard :

- > Des priorités, des besoins et des problématiques liés aux soins de santé de chacune des communautés constituant les Premières Nations, dans toutes les régions du Québec;
- > Des préférences et des besoins particuliers des différentes catégories sociales et particulièrement celles qui sont déjà très vulnérables et exposées à plusieurs problématiques sociales et de santé;
- > Des perspectives d'actions développées et des initiatives mises de l'avant dans les diverses communautés des Premières Nations.

UNE APPROCHE AUTODÉTERMINÉE ET ENDOGÈNE

qui met de l'avant :

- > Le droit inaliénable des Premières Nations dans la détermination des choix stratégiques, organisationnels et opérationnels relativement aux prestations de soins de santé et de services sociaux dispensés à leurs communautés;
- > Une pleine compétence juridictionnelle et un contrôle décisif relativement à la conception, à l'élaboration, à la prestation et à l'évaluation des soins de santé et des services sociaux mis à leur disposition;
- > L'élaboration de stratégies visant à réduire les effets négatifs sur la santé et sur le bien-être collectif des facteurs environnementaux, comme la dégradation de l'environnement (eau, sol, forêt, etc.), les changements climatiques et les autres aléas qui peuvent altérer le développement économique des territoires et la qualité de vie des communautés.

UNE APPROCHE RIGOUREUSE ET ÉCLAIRÉE

mettant de l'avant :

- > La prise en compte et l'analyse approfondie de diverses données empiriques fiables;
- > L'utilisation des données probantes publiées au sujet de la santé et des services sociaux destinés aux Premières Nations (rapports d'évaluation, recherche évaluative, etc.);
- > La consultation des bénéficiaires, des parties prenantes et des experts en matière de santé des Premières Nations.



UNE APPROCHE ANIMÉE PAR UN PARTENARIAT EFFICACE ET SANS FAILLE

qui permettra de :

- > renforcer la collaboration entre, d'une part, les gouvernements fédéral et provincial, et d'autre part, les instances et organisations des Premières Nations, ainsi que les prestataires des services pour les Premières Nations;
- > consolider la cohésion, l'intégration et l'adaptation des programmes et des services de santé au profit de toutes les Premières Nations (en régions urbaines, rurales, éloignées, sur et hors communautés), chacune selon ses besoins et ses spécificités;
- > susciter une adhésion des parties prenantes concernées, notamment dans les communautés des Premières Nations;
- > tenir parole relativement aux promesses, aux décisions et aux engagements rendus publics par les instances gouvernementales durant les dernières années, afin de remédier aux disparités qui séparent les Premières Nations du reste des Canadiens en matière de santé et de services sociaux.

Les promesses et engagements pris par les gouvernements fédéral et provincial et les gouvernements et organisations des Premières Nations doivent s'articuler autour de principes et d'actions bien définis, d'objectifs mesurables et de mécanismes régissant parfaitement les partenariats bilatéraux, trilatéraux et multilatéraux, présents ou futurs.

UNE APPROCHE VÉHICULÉE PAR UN FINANCEMENT CONSÉQUENT, PRÉVISIBLE ET DURABLE

Pour assurer la viabilité du Plan directeur, les parties reconnaissent le caractère crucial et incontournable du financement gouvernemental des services de santé et des services sociaux des communautés des Premières Nations. À cette fin, le Plan directeur table sur la mobilisation :

- > De nouveaux investissements et des augmentations budgétaires proportionnelles aux besoins à combler en matière de ressources humaines, matérielles, technologiques, et autres, requis par le défi de la réduction des disparités en santé et services sociaux;

- > Des financements adaptés aux spécificités nationales, régionales et locales;
- > Des engagements financiers qui s'inscrivent dans la durée et qui évitent les approches discontinues, aléatoires et unilatérales;
- > D'une reddition de comptes réciproque et totalement transparente entre tous les partenaires concernés.

En somme, les Premières Nations considèrent la santé comme un tout indivisible, prenant en compte le bien-être physique, mental, spirituel, émotionnel, économique, environnemental et culturel tant pour les communautés que pour les familles et les individus.

L'analyse des constats de situation montre que la mise à niveau du soutien public à la santé et au bien-être des Premières Nations requiert des changements profonds, autodéterminés et concertés. Ces changements sont détaillés dans le cadre de cinq orientations stratégiques :

- 1- Une gouvernance repensée favorisant l'auto-détermination;
- 2- Des soins de santé accessibles, ciblés et complets;
- 3- Des services sociaux innovants, accessibles et durables;
- 4- Une action cohésive et concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être collectif;
- 5- Un capital humain suffisant et soutenu par les acquis de la recherche-développement.

UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION

Les Premières Nations du Québec ont à leur disposition un système de santé et de services sociaux géré de manière plurijuridictionnelle, impliquant plusieurs paliers de gouvernements et diverses instances décisionnelles. Ce système n'est pas toujours au fait des besoins, des valeurs et des réalités des bénéficiaires issus des Premières Nations. La gouvernance actuellement en vigueur s'appuie sur une approche verticale (top down), qui ne reconnaît pas aux Premières Nations le droit qui leur revient pour autodéterminer les choix stratégiques, organisationnels et opérationnels du système de santé et des services sociaux qui leur sont destinés.

De toute évidence, la gouvernance actuelle du système de prestation des soins et des services sociaux destinés aux Premières Nations comporte plusieurs limites structurelles et pose de nombreux défis à relever.

1.

ÉTAT DE SITUATION

L'état de santé des Premières Nations est actuellement très précaire et préoccupant. Mais, cela n'a pas toujours été le cas. Avant l'arrivée des Européens et la colonisation, les Premières Nations étaient en bonne santé, avaient une organisation sociétale structurée, jouissaient de la pleine autonomie sur leurs territoires tout en reproduisant une civilisation millénaire (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

C'est seulement sous l'emprise de la colonisation que les Premières Nations ont commencé à connaître de nouvelles maladies infectieuses, à perdre leur autonomie et le contrôle sur leurs territoires et patrimoine pour s'appauvrir progressivement et s'exposer à de nouvelles maladies et à diverses déstructurations ravageuses. Cette mise en perspective rappelle, si besoin est, l'importance vitale de l'auto-gouvernance des nations.

Aujourd'hui, les Premières Nations disposent de soins de santé et de services sociaux prodigués par diverses organisations relevant de plusieurs niveaux de juridiction et de compétences extérieures aux Premières Nations. Les programmes, les initiatives et les services issus du gouvernement fédéral, qui sont le plus souvent dispensés localement, se juxtaposent à ceux gérés par le gouvernement provincial.

L'universalité des soins n'est pas toujours garantie, puisque plusieurs programmes livrent leurs services de manière différenciée et changeante selon le statut et le lieu de résidence des Premières Nations (sur ou hors communauté), au gré des aléas budgétaires et des critères d'admissibilité très souvent décidés par les gouvernements, indépendamment de la réalité des fléaux sévissant dans les communautés.

De nos jours, et un peu partout dans le monde, les évaluations des politiques de santé montrent que la complexité et la rigidité de ce type de gouvernance multijuridictionnelle et distante des besoins des communautés contribuent à la dégradation de la santé des nations et des communautés.

Plusieurs dysfonctionnements et carences seraient induits par cette forme de gouvernance, caractérisée par une faible ouverture à l'implication des communautés, de toutes les régions, dans la prise de décision. Diverses zones grises ainsi que de nombreux chevauchements et ambiguïtés dans les responsabilités subsistent dans le système de prestation. Cet état de fait est lourd de conséquences, particulièrement pour les communautés démunies et qui vivent des détresses particulières et des déficits criants en matière de prestation de soins de santé et de services sociaux.

La multiplication des procédures et la superposition des mécanismes décisionnels altèrent l'efficacité de nombreux programmes (délais, listes d'attentes, zones grises, etc.) et engendrent des services peu intégrés et inadaptés. À plus d'un titre, cette situation inquiète les instances des Premières Nations qui, face à cette multiplication des centres de décision, ne peuvent assumer un management cohérent du système de santé et des services sociaux.

Le dispositif de financement de la santé, actuellement en vigueur, privilégie une allocation proportionnelle au nombre de bénéficiaires (per capita). Ce système procure aussi un financement sur proposition de projets jugés pertinents par les instances décisionnelles. Or, dans les deux cas, plusieurs communautés des Premières Nations, peu nombreuses, isolées et démunies, n'ont pas la masse critique suffisante pour bénéficier des financements requis pour mettre en place des services de santé dignes de ce nom. Dans ces communautés, le personnel médical est déjà peu nombreux, débordé et n'a pas le temps d'assumer les multiples formalités et procédures administratives conçues par les hauts fonctionnaires de l'administration fédérale, qui pour la plupart ne dispose pas de tous les éléments requis pour bien comprendre les besoins et les attentes des communautés.



Des problématiques encore plus criantes sévissent dans des communautés éloignées ou limitrophes d'autres provinces. Par exemple, il arrive souvent que des membres de ces communautés aient besoin de soins urgents qui nécessitent de faire appel aux médecins ou aux centres de soins les plus proches, souvent situés dans des provinces voisines. Or, dans de nombreux cas, les honoraires et autres coûts associés à ces visites médicales interprovinciales d'urgence ne sont pas rapidement couverts par le système de santé. Il arrive aussi que ces services ne soient pas du tout couverts, et ce, faute d'entente entre les services gouvernementaux concernés.

Ce contexte occasionne des surcoûts considérables pour les membres des communautés des Premières Nations, déjà démunis et sans marge de manœuvre (coûts de transports, de médicaments, attentes, incertitude, incompréhension, etc.). Aussi cette situation génère de forts coûts de gestion administrative, qui sont forcément prélevés à même les budgets de santé alloués aux Premières Nations. Des estimations récentes montrent que le tiers des budgets publics destinés aux Premières Nations ne parviennent pas aux communautés et restent plutôt dans les organisations gouvernementales gérant le système de santé, et ce pour couvrir les frais élevés d'une gestion administrative lourde, contraignante pour les Premières Nations, et forcément coûteuse¹.

Dans le système actuel, les programmes de santé et de services sociaux dispensés aux Premières Nations sont principalement conçus et implantés, de manière unilatérale, par le gouvernement fédéral. Face à des problématiques structurelles, comme celle du financement asymétrique, le dialogue fructueux reste difficile, étant donné les incertitudes et les coupures intempestives qui planent sur le financement de la santé.

Les instances représentant les Premières Nations ne sont pas automatiquement consultées au sujet des prestations de services destinées à leurs communautés. Quand elles le sont, cela arrive souvent après coup, une fois les décisions prises et les cadres normatifs des services totalement scellés par les instances gouvernementales. Cet unilatéralisme, contreproductif pour les communautés des

Premières Nations, est perçu comme une autre forme de spoliation du contrôle que tout un chacun souhaite avoir sur sa propre santé.

Ce type d'interaction altère la confiance et la satisfaction des Premières Nations à l'égard des partenaires gouvernementaux. Il affecte leur sentiment d'empowerment et d'autodétermination sur l'état de santé. Il renforce l'insécurité culturelle, et mine la force identitaire ainsi que la santé mentale des individus, des familles et des communautés.

Le système actuel ne favorise pas non plus la transparence et la reddition de comptes aux citoyens des Premières Nations. En effet, la performance des soins de santé et de services sociaux destinés aux Premières Nations n'est pas suffisamment documentée et suivie par des indicateurs actualisés et des données régulières, fiables et partagées. Détenues dans des structures relevant de ministères et de gouvernements différents, les données empiriques, quantitatives et qualitatives, qui portent sur les programmes de santé et de services sociaux mis à la disposition des Premières Nations ne sont pas toujours accessibles aux Premières Nations elles-mêmes. Les informations rendues publiques sont éparpillées, partielles et forcément incomplètes pour faire toute la lumière sur les performances globales du système de santé mis à leur disposition.

L'insuffisance de données statistiques fiables et d'informations précises sur les budgets et les programmes destinés aux Premières Nations, prive aussi les parties prenantes des outils requis pour :

- > produire des redditions de comptes réciproques et respectueuses des engagements;
- > caractériser la satisfaction et les véritables besoins des communautés;
- > anticiper les tendances et les problématiques en émergence;
- > rendre compte de tous les effets et impacts des programmes, en terme d'échecs et de succès, dans les communautés des Premières Nations.

¹ Assemblée des Premières Nations (2004) : Financement accordé aux Premières Nations par le gouvernement fédéral.



La fragilité de l'assise financière du système de santé et de services sociaux dont disposent les Premières Nations constitue une autre facette de la précarisation de l'offre de services mis à leur disposition. Ces dernières années, les Premières Nations ont vu leurs populations et leurs besoins en soins de santé augmenter de plus de 10%, alors que les budgets alloués ont évolué de seulement 2 à 3%. Ce constat est corroboré par les données colligées par la Vérificatrice générale du Canada (2006) : « Depuis quelques années, le gouvernement a augmenté le financement des programmes destinés aux Premières Nations, mais cette augmentation n'a pas été proportionnelle à la croissance démographique. En effet, le financement

octroyé par Affaires indiennes et du Nord Canada n'a augmenté que de 1,6% (hors inflation) entre 1999 et 2004, alors que les données du Ministère montrent une croissance démographique de 11,2% chez les Indiens inscrits du Canada. »

En somme, la situation actuelle est caractérisée par un déficit de participation des communautés dans le contrôle de l'offre de services qui leur est destinée par les instances gouvernementales. À cela s'ajoute un financement insuffisant et imprévisible, ce qui est de nature à précariser encore plus la santé des Premières Nations et multiplier les défis à relever.

2. DÉFIS À RELEVER

Pour résorber les fortes disparités en santé entre les Premières Nations et le reste des Canadiens, un changement des paradigmes de gouvernance est requis. Ce changement permettra à toutes les parties prenantes de mieux assumer leurs responsabilités dans le processus d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de toutes les communautés des Premières Nations.

MISER SUR UNE PARTICIPATION EFFECTIVE, ÉLARGIE ET RESPECTUEUSE

Pour être légitime et efficace, le changement qui s'impose doit procurer aux Premières Nations davantage d'autodétermination dans le management du système de santé et de services sociaux qui leur est destiné.

Une volonté politique ferme, et un horizon temporel précis sont requis pour instituer une gouvernance autodéterminée, permettant aux Premières Nations de décider des choix stratégiques, organisationnels et opérationnels portant sur la gestion des soins de santé offerts à leurs communautés.

L'autodétermination est nécessaire pour la bonne gouvernance du système. Les Premières Nations doivent retrouver leur droit de regard et de décision sur les processus décisionnels commandant la con-

ception, la formulation, l'implantation et l'évaluation des programmes en œuvre.

Le respect des cultures des Premières Nations est le premier gage de confiance et de qualité des services.

PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE ET MODULÉE

Le succès du changement structurel tient à la mise en place d'une approche holistique. Une telle approche, déjà bien ancrée dans les valeurs des Premières Nations, intègre, en plus de la santé physique des individus, des familles et des communautés, le bien-être social, émotionnel, spirituel, culturel et environnemental.

Une approche holistique peut aussi concilier, sans difficulté, le meilleur d'une médecine traditionnelle, bien établie dans l'histoire des communautés, avec une médecine conventionnelle fondée sur les progrès scientifiques, mais souvent dispensée par des professionnels peu avertis des cultures des Premières Nations.

Les Premières Nations ont le droit inaliénable de bénéficier de prestations de soins de santé et de services sociaux qui s'adaptent aux spécificités démographiques, historiques et culturelles de leurs communautés. Elles sont différentes des communautés canadiennes d'origine européenne. Elles sont aussi, entre elles, assez hétérogènes, tant du point de vue culturel que national.

Les spécificités démographiques, géographiques, historiques, sociologiques et économiques des Premières Nations génèrent une diversité des besoins de santé et de services sociaux. L'offre des programmes de santé et de services sociaux doit donc être intégrative, plus flexible et mieux modulée pour répondre adéquatement à la demande et aux préférences exprimées par les diverses communautés.

RENFORCER LES FINANCEMENTS ALLOUÉS À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS

La question du financement est aussi cruciale pour l'atteinte de la parité en santé.

Le sous-financement chronique du système desservant les Premières Nations doit être pris en compte, car trop longtemps ignoré. L'indexation des budgets alloués à la santé, aux services sociaux et au développement social des Premières Nations à moins de 3% par an, a contribué à la détérioration de la santé des Premières Nations, durant les dernières années.

Sans assise financière solide et prévisible, les écarts en santé et en qualité de vie vont, en toute logique, se creuser davantage au cours des prochaines années, évidemment au détriment des Premières Nations.

PARIER SUR L'INNOVATION

Plus que jamais auparavant, les soins de santé et les services sociaux doivent s'appuyer sur l'innovation et tirer profit d'une recherche-développement orientée vers la résolution des problématiques et la satisfaction des communautés des Premières Nations.

Le recours aux nouvelles technologies en santé constitue un passage obligé pour renouveler le système de santé et de services sociaux destinés aux Premières Nations.

Le défi à relever consiste à mieux répondre aux besoins, pour procurer avec diligence et efficacité les soins et les services sociaux attendus par les communautés, quelle que soit leur localisation géographique.

Les facteurs qui affectent l'accessibilité, tels que l'éloignement, le transport, les compétences linguistiques (du personnel médical allochtone) et la méconnaissance des valeurs culturelles des Premières Nations, doivent être résolus, entre autres, par le recours aux nouvelles technologies et aux connaissances scientifiques.

MISER SUR LA COORDINATION ET LE DIALOGUE FRUCTUEUX

Pour se concrétiser, le changement escompté doit s'appuyer sur la mise en place d'une approche de coordination intersectorielle, multidisciplinaire et interrégionale.

L'amélioration de l'offre de soins de santé et de services de santé impose une meilleure synergie dans les efforts, une concertation permanente et de tout instant entre toutes les parties prenantes et organismes en charge : les gouvernements (Fédéral/Provincial/Local), les organisations régionales et communautaires, etc.

L'isolement géographique, les rigueurs climatiques et la dispersion géographique des communautés rendent cette coordination encore plus impérative et incontournable.

Une telle coordination requiert aussi des changements d'attitude, du respect mutuel et un dialogue d'égal à égal entre les divers intervenants concernés par les soins de santé et les services sociaux destinés aux Premières Nations.

FAVORISER L'INTÉGRATION ET L'ADAPTATION DES SERVICES

Les programmes dispensés aux Premières Nations, en matière de santé et de services sociaux, doivent être mieux intégrés et adaptés.

L'intégration permettra une offre de services plus cohésive et plus complète. Les fournisseurs de services doivent donc se concerter, instaurer des protocoles de complémentarité et des mécanismes plus flexibles, reflétant les contextes des communautés (diversité, spécificités, éloignement, priorités, etc.).



L'adaptation et l'intégration des services doivent mieux répondre aux besoins, aux attentes et aux perspectives des Premières Nations.

COMPTER SUR UNE REDDITION DE COMPTES RÉCIPROQUE

Une approche de coordination intersectorielle, multidisciplinaire et interrégionale doit, entre autres, faciliter une mise en œuvre efficace des orientations stratégiques, organisationnelles et opérationnelles de la prestation des soins et des services sociaux.

Pour ce faire, de considérables efforts doivent être consentis pour simplifier et fiabiliser la reddition de comptes, pour instaurer des mécanismes d'évaluation crédibles et compatibles avec les besoins des communautés.

Des évaluations crédibles et des redditions de comptes justes, équitables et totalement transparentes facilitent l'accroissement des financements alloués aux soins de santé et aux services sociaux visant les Premières Nations. Ces mécanismes consolident le succès des changements escomptés par ce Plan directeur.

CHANGER DE RHÉTORIQUE POUR PARLER D'INVESTISSEMENT EN SANTÉ PLUTÔT QUE DE DÉPENSES EN SANTÉ

Pour aller de l'avant, le discours public doit évoluer pour mieux sensibiliser et mieux mobiliser.

Désormais les engagements publics en santé et services sociaux des Premières Nations doivent être considérés comme des investissements à optimiser plutôt que des dépenses à compresser à tout prix.

La santé humaine constitue un déterminant clé pour la création des richesses et les progrès du bien-être collectif. Aussi, les maladies altèrent négativement la création des richesses, génèrent d'énormes coûts sociaux (soins, traitements, etc.) et d'importants manques à gagner pour les sociétés (inactivité, faible productivité, etc.).

Le potentiel culturel, historique, démographique et économique des Premières Nations n'est pas considéré à sa juste valeur dans l'évaluation du rendement socio-économique des engagements publics en santé et services dispensés aux Premières Nations. En maintenant en vie leur culture depuis des temps immémoriaux, dans des contextes parfois hostiles et précaires, les communautés ont développé un précieux savoir-faire et un patrimoine socio-économique qui sont loin d'être capitalisés.

La capitalisation de ce savoir-faire et la prise en compte du potentiel humain de ces communautés doivent être mis de l'avant dans l'appréciation des choix stratégiques portant sur la santé des Premières Nations.

Au Canada, pays d'immigration et d'accueil par excellence, le discours véhiculé au sujet des coûts de la santé et des services sociaux dispensés aux Premières Nations n'est paradoxalement pas exempt de préjugés, de sous-entendus et d'évidences souvent trompeuses. Ce discours négatif ne favorise pas un investissement massif en santé et une meilleure mobilisation, au profit d'un développement humain et durable pour toutes les communautés, peu importe la nature de leur relation historique avec l'État.

Investir dans la santé des Premières Nations est bénéfique non seulement pour les Premières Nations, mais aussi pour tous les Canadiens.

3.

AXES ET ACTIONS POUR L'INTERVENTION

Le Plan directeur de la Santé et Services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017, propose des interventions structurales qui s'inscrivent dans le cadre de quatre axes complémentaires :

- > Favoriser une action auto-déterminée et élargir les champs de compétences des Premières Nations;
- > Intensifier et indexer l'allocation des financements publics;
- > Innover dans la prestation de services;
- > Optimiser les programmes de santé et des services sociaux.

3.1 FAVORISER UNE APPROCHE AUTO-DÉTERMINÉE ET ÉLARGIR LES CHAMPS DE COMPÉTENCES DES PREMIÈRES NATIONS

Conscientes de l'importance de l'autodétermination sur la performance du système de santé, les Premières Nations s'attendent à être respectées et impliquées comme partenaires à part entière dans l'élaboration, la dispensation et l'évaluation des programmes de santé et de services

sociaux qui sont à leur disposition. Dans ce cadre, des actions concrètes doivent être mises en place afin de :

Respecter le leadership des Premières Nations

- > Instaurer des mécanismes de collaboration et de consultation impliquant les communautés relativement aux soins de santé et aux services sociaux dispensés aux Premières Nations (Protocole de consultation de l'APNQL, protocoles de partenariat, etc.).
- > Soutenir les initiatives locales et la planification stratégique en santé, pour chacune des communautés.
- > Stimuler la communication intersectorielle et les alliances stratégiques entre, d'un côté, les prestataires de soins de santé et de services sociaux, et de l'autre, les acteurs concernés par les politiques d'emploi, d'éducation, de logement, d'infrastructure, de la justice, et autres déterminants de la santé.

- > Sensibiliser les institutions et le personnel de santé et de services sociaux aux perspectives et aux attentes des Premières Nations en matière de santé et de services sociaux.

Multiplier les passerelles de concertation

- > Octroyer un siège aux Premières Nations dans les Conseils d'administration des Agences de santé provinciales situées dans les régions à forte concentration de population issue des Premières Nations.
- > Renforcer la mise en commun des connaissances et des données sur les programmes et les services offerts aux Premières Nations.
- > Renforcer le dialogue direct et la concertation constructive entre le personnel des ministères concernés et les instances représentatives des Premières Nations.
- > Reconnaître, valoriser et bonifier l'expertise des professionnels agissant dans le système de santé et services sociaux destiné aux Premières Nations.

3.2 INTENSIFIER L'ALLOCATION DES FINANCEMENTS PUBLICS

Pour atteindre la parité en santé, les financements publics alloués à la santé et aux services sociaux des Premières Nations doivent être renforcés de manière significative, d'ici 2017. Plusieurs raisons expliquent cet impératif : poussée démographique, augmentation des coûts des médicaments, nouveaux risques et épidémies de santé (obésité, diabète, influenza, etc.), vieillissement de la population autochtone, besoin de renouvellement des technologies et des équipements médicaux, etc.



Augmenter et indexer le niveau de financement public pour faire le rattrapage

- > Indexer les augmentations budgétaires, pour la prochaine décennie, en tablant sur une double majoration. La première majoration doit tenir compte des augmentations des coûts du système de santé et des services sociaux. L'autre majoration doit refléter le rattrapage à faire pour atteindre la parité en santé et en services sociaux.
- > Compenser les écarts en santé et services sociaux par des augmentations proportionnelles des investissements publics dans la santé et la qualité de vie des Premières Nations.
- > Mettre fin au sous-financement chronique et aux financements distillés au compte-gouttes et qui sont à l'origine de la dégradation et de la détérioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations des Premières Nations.

Quantifier les investissements présents et futurs requis par des études rigoureuses

- > Dresser un portrait dynamique des investissements actuellement consentis pour la santé et les services sociaux des Premières Nations, ainsi que des mécanismes de leur déploiement selon les dépenses et les services.
- > Élaborer des études prospectives en vue d'anticiper les tendances et d'examiner les scénarios d'intervention.
- > Créer un Observatoire dédié à la santé et au développement social des Premières Nations au Québec, et ce, afin de suivre les évolutions tendanciennes de l'état de santé et bien-être dans toutes les communautés.
- > Élaborer une cartographie et une géomatisation complète des programmes dispensant les soins de santé et les services sociaux aux Premières Nations du Québec.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de portrait clair des services offerts aux différentes communautés et par les différents prestataires. Pourtant, cette information est capitale pour une organisation efficace des services au niveau régional et national. Ainsi, la cartographie des services dans les communautés et l'identification des disparités, des zones grises et des chevauchements éventuels dans les régions et les communautés sont des activités essentielles à court terme.

Renforcer la flexibilité des financements

- > Adapter et ajuster les critères d'éligibilité et d'accès aux financements visant la santé et les services sociaux.
- > Ajuster les ententes de financement de façon à inclure les membres non-résidents, ceux-ci ayant droit aux mêmes services que les membres résidents.
- > Renforcer le financement des conseils de bande de manière à prodiguer plus de services aux individus et aux familles vivant hors communauté.
- > Faciliter l'accessibilité aux médicaments et à tous les services de santé non assurés, de manière équitable et viable pour toutes les communautés.
- > Remédier aux rigidités et faciliter les éventuelles réorientations des programmes et réallocation des financements (reliquat, etc.), en fonction des besoins réels et des problèmes rencontrés.
- > Prévoir des mécanismes de transfert pluriannuel des surplus budgétaires destinés aux Premières Nations et non dépensés au terme d'une année.

3.3 INNOVER DANS LES PRESTATIONS DE SERVICES

L'ampleur des défis à relever pour atteindre la parité en santé exige la mise en œuvre d'innovations radicales dans la prestation des soins de santé et des services sociaux aux Premières Nations. Seule une démarche innovante, conçue et implantée par des organismes innovants, permettra aux Premières Nations de tirer profit des meilleures façons de faire et des nouvelles pratiques requises pour procurer les soins de santé et de services sociaux aux communautés. Une telle innovation portera non seulement sur les produits et les services offerts, mais aussi sur les procédés et les formes organisationnelles requis pour le développement d'une prestation adaptée aux spécificités des communautés des Premières Nations, dans toutes les régions.

Innover dans la prestation des soins et services sociaux

- > Promouvoir les meilleures pratiques et subventionner convenablement les initiatives exemplaires des Premières Nations.
- > Favoriser le recours aux nouvelles technologies pour dispenser les meilleurs services.
- > Tirer parti des technologies de la communication et de l'information pour partager l'information et adopter les nouvelles connaissances et les bonnes pratiques.
- > Renforcer la formation continue des compétences et le transfert de l'expertise.
- > Décloisonner les programmes et favoriser le continuum de services à prodiguer.

Intégrer l'offre de services dans une perspective holistique

- > Impliquer les divers niveaux de décision et paliers de gouvernements ainsi que les organismes concernés dans l'intégration des services, de façon à privilégier la santé au détriment des processus administratifs.
- > Clarifier les compétences juridictionnelles pour combler les zones grises (zones sans services) constatées dans le dispositif de santé et services sociaux visant les Premières Nations.
- > Permettre à chacune des parties prenantes (fédéral/provincial/Premières Nations) de jouer un rôle efficace et rassembleur pour une meilleure gouvernance du système de santé et de services sociaux.
- > Élargir le mandat confié aux centres de santé pour couvrir à la fois les soins curatifs et préventifs, et ce, après concertation avec les centres.

Adapter l'offre de services

- > Concevoir une offre de services capable de répondre aux besoins exprimés dans les communautés.
- > Simplifier les protocoles de communication entre les instances locales, régionales et nationales en limitant le nombre de répondants dans les ministères et les procédures qui ne font que rallonger les délais et augmenter les coûts de gestion des programmes.
- > Former et recruter davantage de professionnels et de gestionnaires, issus des Premières Nations, dans le système de santé et de services sociaux.

- > Financer des sessions de formation, de sensibilisation et d'information en vue de réduire les préjugés et de maîtriser les attitudes dévalorisantes, et parfois discriminatoires à l'égard des membres des Premières Nations.
- > Favoriser l'équité et la parité salariale afin de faciliter le recrutement et la rétention des professionnels en santé et services sociaux.

Apporter un appui renforcé aux professionnels de la santé dans les petites communautés

Le fardeau imposé par la multiplication des procédures et exigences handicape encore plus les petites communautés qui n'ont pas suffisamment de ressources à allouer à l'élaboration des projets et qui se trouvent en bout de ligne privées de financement dont elles ont grandement besoin.

- > Simplifier les redditions de comptes et renforcer la transparence.
- > Éviter de détourner des ressources humaines déjà rares de leurs fonctions essentielles en matière de prestation de soins de santé et de services sociaux.
- > Mettre en place des procédures uniformisées pour répondre aux attentes des divers ministères.
- > Subventionner le recours ponctuel et temporaire à des consultants, pour alléger les tâches des gestionnaires et du personnel trop souvent surchargés.

3.4 OPTIMISER LES PROGRAMMES

L'optimisation des investissements publics en santé doit s'appuyer sur une reddition de comptes réciproque, qui donne la pleine mesure des véritables performances de l'offre des services en santé.

Optimiser les investissements publics en santé et services sociaux

- > Instituer, en collaboration avec toutes les institutions concernées, des mécanismes de reddition de comptes efficaces, justes, équitables, de façon raisonnable.
- > S'assurer que les budgets alloués à la santé et aux services sociaux des Premières Nations soit gérés de manière optimale au profit des communautés des Premières Nations.



- > Faire preuve de transparence et instaurer des mécanismes d'accès à l'information et aux données sur les programmes de santé destinés aux communautés des Premières Nations, sur la base d'une collaboration d'égal à égal et dans le respect mutuel.
- > Créer un Conseil d'experts de la santé et des services sociaux des Premières Nations, où siègeront, en plus des représentants des ministères et des Premières Nations, des représentants de la société civile (universitaires, élus, sénateurs, personnalités reconnues, etc.) et dont le mandat sera d'assurer un suivi annuel, objectif et concerté des progrès enregistrés en accordant un intérêt particulier à l'évaluation de l'avancement de l'implantation du Plan directeur.
- > Initier des évaluations sommatives et formatives des principaux programmes de santé et services sociaux destinés aux Premières Nations.
- > Diffuser les résultats et les recommandations des évaluations et établir un tableau de bord d'indicateurs mesurant divers aspects liés à la santé et aux services sociaux dans les communautés des Premières Nations.
- > Faire le suivi des recommandations issues de ces évaluations et des rapports de reddition de comptes.
- > Évaluer les politiques et les approches de soins de santé et de services sociaux, tout en consolidant les rapports d'activités des politiques et programmes dans le but d'éliminer la multiplication des procédures administratives lourdes et redondantes.

Renforcer l'évaluation des programmes et des services dispensés aux Premières Nations

- > Évaluer, sur une base régulière, planifiée et concertée, la pertinence, l'implantation, les résultats et les effets des programmes de santé et de services sociaux destinés aux Premières Nations.
- > Intégrer les diverses informations relatives à chaque programme de santé et de services sociaux dans le cadre d'un seul rapport impliquant les diverses parties concernées et les divers bailleurs de fonds impliqués.

4. CE QUI CHANGERA D'ICI 2017

- > Les Premières Nations ont investi les champs de compétences qui leur permettent d'autodéterminer efficacement les choix stratégiques, organisationnels et opérationnels liés à la gouvernance du système de santé et des services sociaux visant les communautés des Premières Nations.
- > Les Premières Nations sont parties prenantes, à part entière, dans les organismes et instances décisionnels (Conseil d'administration, etc.) ayant des impacts sur le dispositif de la santé visant leurs communautés.
- > Un processus de reddition de comptes fiable et réciproque entre les Premières Nations et les gouvernements est mis en place relativement à la prestation des soins de santé et des services sociaux.
- > Les instances et les leaders représentant les Premières Nations transigent avec les gouvernements et les autorités de santé sur la base de responsabilités clarifiées, de procédures concertées, fiables et adaptées aux besoins des communautés des Premières Nations.
- > Le leadership des Premières Nations est confirmé et reconnu en matière de conception, d'implantation et d'évaluation des soins de santé et des services sociaux prodigués à leurs communautés.
- > Les écarts en matière de santé et de développement social sont observés à la loupe et jugulés de manière rationnelle, ajustée et rassurante pour les Premières Nations.
- > Les Premières Nations disposent de financements publics conséquents pour renforcer le système de santé et de services sociaux destinés à leurs communautés.

DES SOINS DE SANTÉ ACCESSIBLES, CIBLÉS ET COMPLETS

3

Comme souligné précédemment, l'état de santé des Premières Nations est extrêmement plus précaire que celui de la population canadienne ou québécoise. À plus d'un titre, la situation actuelle est préoccupante et leur pérennité est menacée. Des transformations structurelles et urgentes doivent être initiées en vue de remédier aux disparités actuelles et de permettre aux Premières Nations d'espérer un avenir meilleur basé sur une prestation de soins de santé et de services sociaux efficaces et répondant pleinement à leurs besoins.

Il va sans dire que les différents indicateurs de santé illustrent cruellement les difficultés et l'incapacité du système de santé actuellement en place à procurer des soins à la hauteur des attentes des Premières Nations. Pour remédier aux disparités, il convient de commencer par mettre en lumière les constats de situation et les défis à relever.

1.

ÉTAT DE SITUATION

Bien que l'espérance de vie à la naissance ait augmenté sensiblement au cours des deux dernières décennies, il n'en demeure pas moins que l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des Premières Nations et celle du reste de la population canadienne demeure grandement préoccupant. Aujourd'hui, l'espérance de vie à la naissance des Canadiens est de 76 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes, alors qu'elle n'est que de 69 ans pour les hommes et de 77 ans pour les femmes des Premières Nations².

Suite à l'analyse des données disponibles ainsi que des consultations auprès des experts en santé et services sociaux des Premières Nations et des représentants des communautés, certaines problématiques de santé ont été ciblées comme étant prioritaires. Le tableau suivant présente des ordres de grandeur pour situer l'ampleur des disparités.

INDICATEURS DE SANTÉ	Premières Nations Québec ³			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Embonpoint	41,2%	32,2%	36,9%	33%	1,12
Obésité	27,7%	32,7%	30,1%	14%	2,15
Personnes diabétiques	12,5%	16,4%	14,5%	4,1%	3,5
Arthrite	15,1%	21,9%	18,4%	14%	1,3
Allergies	15,2%	22,0%	18,6%	9,1%	2
Hypertension artérielle	12,9%	17,0%	14,9% ⁴	8,5%	1,75
Asthme	7,3%	12,2%	9,7%	5,6%	1,7
Blessures physiques (dernière année)	N/D	N/D	22,0%	11,3%	1,94
Carie dentaire chez les enfants	N/D	N/D	14,8% ⁵	7%	2,1
Obstacles rencontrés pour les soins de santé	N/D	N/D	46,5%	12,5%	3,72

² Statistique Canada (2000).

³ Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué. Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.

⁴ Seuls les problèmes cardio-vasculaires en général sont documentés pour les PN dans CSSSPNQL 2006

⁵ Il s'agit de la carie du biberon

L'OBÉSITÉ ET L'EMBOUPPOINT sont des fléaux grandissants partout au Canada, mais particulièrement ravageurs au sein des communautés des Premières Nations du Québec. Dans les communautés, une grande majorité d'enfants, d'adultes et d'ânés développe un surplus de poids (52%, 67% et 81% respectivement)⁶. Les Premières Nations souffrent deux fois plus d'obésité que la population générale. Ceci laisse présager une augmentation considérable des maladies cardiovasculaires et du diabète dans les prochaines années; l'obésité et l'emboupoint sont des facteurs déterminants de plusieurs maladies chroniques.

LE DIABÈTE menace la santé et la qualité de vie des peuples des Premières Nations. Près de 15% des adultes et 33% des ânés sont atteints de l'un ou l'autre des types de diabète. Les Premières Nations souffrent du diabète 3,5 fois plus que la population générale. Cette maladie précarise fortement la qualité de vie, entraîne des besoins soutenus de soins de santé et occasionne d'importants coûts économiques aux communautés, aux familles et aux individus.

Faute de moyens et de services suffisants, la prévalence du dépistage du diabète reste faible chez les adultes (55%) et exceptionnel chez les enfants (8%). Tout porte à croire que la prévalence du diabète ira en augmentant de manière continue, voire exponentielle, dans les prochaines années, notamment en raison de la prévalence de l'obésité et de l'emboupoint, surtout chez les enfants et les adolescents⁷.

LA SANTÉ DES ENFANTS est au cœur des préoccupations des Premières Nations. Les problématiques de santé de la petite enfance sont nombreuses et ne sont pas dépistées parfaitement ou à temps. L'inaccessibilité des services adéquats empêche les enfants d'avoir les services requis et spécifiques dont ils ont besoin pendant les six premières années de vie. À cela s'ajoutent des habiletés parentales souvent défaillantes et ne permettant pas aux parents d'identifier les besoins spéciaux de leurs enfants.

Même si **LA MORTALITÉ INFANTILE** a décliné durant les 30 dernières années, elle est encore bien plus élevée chez les Premières Nations que dans le reste de la population canadienne. En effet, la mortalité infantile est de 6,2 par 1000 naissances vivantes chez les Premières Nations, comparativement à 5,4 par 1000 dans la population générale, soit presque 15% de plus chez les Premières Nations⁸.

LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE sont fréquentes. Dans les communautés des Premières Nations du Canada, en 2000, une naissance sur cinq (20%) impliquait une mère adolescente contre seulement une sur vingt (5,6%) dans la population générale canadienne⁹.

Pour ce qui est de **L'ALLAITEMENT MATERNEL**, en 2002, 63% des nourrissons des Premières Nations du Canada étaient allaités, comparativement à environ 75% des nourrissons de la population générale canadienne¹⁰.

Faute de ressources au niveau communautaire, la promotion de l'allaitement maternel est souvent faible et partielle. Or, il est connu que l'allaitement nécessite un soutien adapté, considérant les efforts qu'il demande à la mère. Également, les centres hospitaliers où les Premières Nations doivent se rendre pour accoucher font peu ou pas de promotion de l'allaitement maternel pour les Premières Nations.

Même si le trouble du spectre de **L'ALCOOLISATION FŒTALE (TSAF)** est présent dans tous les couches et groupes sociaux du Canada, sa prévalence serait bien plus élevée dans certaines communautés des Premières Nations que dans le reste du Québec. Selon Santé Canada, la prévalence du TSAF dans les populations à haut risque, y compris les communautés des Premières Nations, peut atteindre la proportion de 1 enfant sur 5¹¹. Les troubles liés aux TSAF résultent d'une intoxication alcoolique de l'embryon ou du fœtus, consécutive à la consommation d'alcool par la mère pendant la

⁶ CSSSPN-région du Québec-(2006).

⁷ Government of Canada Report (2003): The Well-Being of Canada's Young Children.

⁸ Santé Canada (2000). Profil statistique de la santé des Premières nations pour l'année 2000.

⁹ NAHO (2006). Report by selected indicators by gender. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03.

¹⁰ Santé Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/famil/preg-gros/intro_f.html (consulté le 21 avril 2007).

¹¹ INSPQ (2004). État de la situation sur le Syndrome d'alcoolisation fœtal au Québec. Gouvernement du Québec.



grossesse. Notons que chez les nouveau-nés des Premières Nations, le TSAF tend à être sous-diagnostiqué et sa prévalence n'est pas encore documentée suffisamment.

Encore aujourd'hui, les hommes et les femmes issus des Premières Nations, payent un lourd tribut aux blessures, qu'elles soient intentionnelles ou non. Les blessures constituent la principale cause de mortalité chez les moins de 45 ans. Le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison **DES BLESSURES** est de loin plus important que celui de toutes les autres causes de décès combinées. Ce nombre (exprimé par 1000 habitants) est presque 3,5 fois plus élevé que pour l'ensemble des Canadiens¹². Comme démontré dans le tableau précédent, les Premières Nations du Québec sont deux fois plus sujettes aux blessures physiques que la population générale. Plusieurs problématiques sociales, telles la consommation d'alcool et de drogue, la violence, la détresse psychologique, contribuent à l'augmentation des blessures. La prise en charge des personnes blessées a des répercussions majeures sur les familles et sur les communautés, en plus de créer une pression considérable sur la demande et les coûts de soins de santé.

Les données disponibles montrent que le **VIH-SIDA** fait des ravages chez les Premières Nations. Ces données portent à croire que 15% des nouveaux cas de VIH-Sida au Canada sont décelés chez les peuples autochtones, alors que ces populations représentent moins de 4% de la population canadienne¹³.

Malheureusement, le dépistage du VIH reste exceptionnel et la prévention largement insuffisante. Les résultats de l'ERLSPN- région du Québec-(2002) démontrent que seulement 30% des hommes adultes et 45% des femmes adultes ont eu recours au test de dépistage. Plus que jamais auparavant, les risques du VIH sont particulièrement élevés, notamment chez les jeunes, et ce, en raison des négligences associées aux habitudes de consommation d'alcool et de drogue, aux relations sexuelles non protégées et à l'échange de matériel d'injection intraveineuse.

Bien que les données pour les Premières Nations du Québec soient encore non disponibles, on sait que l'incidence de **L'HÉPATITE C** est sept fois plus élevée chez les Autochtones du Canada que dans le reste de la population canadienne¹⁴. De plus, **LES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)** sont en croissance, compte tenu de la présence accrue des facteurs de risque chez les Premières Nations.

L'accessibilité aux **SOINS DE SANTÉ CONVENTIONNELS** constitue un enjeu majeur pour les Premières Nations et varie d'une communauté à l'autre. Selon les données disponibles, les membres des Premières Nations sont quatre fois plus nombreux à avoir rencontré des obstacles pour accéder aux soins de santé.

La réalité de l'accessibilité des soins n'est pas la même pour un membre des Premières Nations vivant dans une petite communauté en région éloignée que pour celui vivant dans une grande communauté en zone urbaine. Certaines communautés ne sont pas accessibles par voie terrestre à l'année ou en saison hivernale. Outre l'isolement, le manque et le roulement de personnel de santé ont une incidence considérable sur l'accessibilité des soins. Certains services ne sont pas offerts dans les communautés, et conséquemment, les individus doivent faire de longs trajets pour obtenir les soins nécessaires.

L'accessibilité aux **SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE** de qualité reste faible, dans certains cas, et diffère grandement d'une communauté à l'autre. Le manque de ressources, corrélié à l'éloignement des services de soins, empêche les femmes enceintes et les nouveaux nés d'avoir accès à tous les soins et services sociaux vitaux pour leur santé. Beaucoup de mères, vivant dans la précarité matérielle, auraient besoin d'un suivi plus individualisé et constant, impossible à obtenir dans de nombreuses communautés des Premières Nations.

¹² Santé Canada (2000). Profil statistique de la santé des Premières Nations pour l'année 2000.

¹³ Santé Canada, 2000.

¹⁴ Agence de santé publique du Canada, http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/bbp-pts/pdf/hepb_ab_e.pdf

L'accès aux **SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)** de Santé Canada n'est pas à la portée de toutes les Premières Nations. Cette situation fort problématique requiert une révision profonde et une meilleure gouvernance de ce programme. En effet, le financement et la complexité administrative du programme ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins des Premières Nations. L'augmentation fulgurante de la population jeune issue des Premières Nations, et cumulant de nombreuses problématiques de santé et autres facteurs de risque, est de nature à intensifier considérablement la demande des SSNA au cours des prochaines années.

LES SOINS CONTINUS sont très fragmentaires dans les communautés des Premières Nations du Québec. Seulement sept communautés sur trente-trois disposent d'un centre d'hébergement de longue durée¹⁵. De plus, de nombreux services sont manquants ou incomplets, notamment les soins palliatifs, les soins plus soutenus, les services de santé mentale, les services pour personnes handicapées, etc. Conséquemment, une forte proportion d'ânés doit quitter leur communauté pour recevoir les soins dont ils ont besoin. Ceux qui demeurent dans leur communauté peuvent recevoir divers soins et services à domicile, bien que le manque de ressources au niveau communautaire fasse en sorte que la prestation de plusieurs soins et services repose sur les aidants naturels. Ces derniers n'ont pas toujours le soutien et la reconnaissance qu'ils méritent pour l'ampleur et la qualité des tâches qu'ils doivent accomplir.

L'accessibilité aux **SOINS DE SANTÉ TRADITIONNELS** est également un enjeu important. Un grand nombre des membres des Premières Nations a recours à ce genre de soins pour répondre à des impératifs de santé physique, émotionnelle, spirituelle et sociale. Selon un sondage mené par l'ONSA en 2002, la moitié des membres des Premières Nations a eu recours aux services d'un guérisseur traditionnel autochtone ou à des médicaments traditionnels¹⁶. Or, dans les communautés du Québec, ils sont nombreux à avoir rencontré des difficultés d'accès à ces soins (43% des adultes en 2002)¹⁷. Un autre enjeu

concerne la marginalisation des soins prodigués par la médecine traditionnelle dans les programmes conçus unilatéralement par les instances fédérales.

Dans le contexte où l'accessibilité aux services est difficile, **LA TÉLÉSANTÉ** est un outil technologique très prometteur. Or, le développement de cette technologie accuse un sérieux retard chez les Premières Nations du Québec, comparativement aux communautés autochtones du Canada. À l'heure actuelle, seulement deux communautés des Premières Nations du Québec sur 33 ont un projet de télésanté.

Le personnel médical ne connaît pas nécessairement la culture et ne maîtrise pas les langues et les réalités sociales des Premières Nations, ce qui est de nature à créer des incompréhensions et des insatisfactions chez les bénéficiaires. De plus, une fois de retour dans leur communauté, les services et soins post-intervention ne sont pas toujours disponibles.

Les diverses carences décrites ci-dessus altèrent fortement la santé et la qualité de vie des communautés des Premières Nations. À cet égard, l'Indice du développement humain, construit par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), sur la base des données 2001, place les Premières Nations à l'équivalent d'un 76ème rang (sur 174 nations). Alors que le Canada occupe la 8^e position¹⁸. L'ampleur des inégalités en matière de santé et de développement social entre les Premières Nations et le reste de la population canadienne est encore une fois soulignée par des données irréfutables. Cet indicateur accorde une place de choix aux variables mesurant le développement social et la santé des peuples.

Un indice similaire, construit pour comparer le bien-être des communautés des Premières Nations avec les autres communautés canadiennes allochtones, montre que les Premières Nations du Québec se classent clairement derrière les Premières Nations de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et des provinces de l'Atlantique¹⁹.

¹⁵ CSSSPNQL- (2006) : Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit. Rapport régional du Québec.

¹⁶ APN (2004) : Plan d'action sur la santé des Premières Nations. Rencontre des Premiers ministres.

¹⁷ CSSSPN-région du Québec, ERLSPNQL, 2006.

¹⁸ Assemblée des Premières Nations (2006) : Les dix ans de la Commission royale sur les peuples autochtones : Bilan. http://www.afn.ca/cmslib/general/afn_crpa.pdf

¹⁹ Affaires indiennes et du Nord du Canada (2006) : Mesurer le bien-être des Premières Nations. http://www.aicn-inac.gc.ca/pr/ra/wbp_f.pdf

2. DÉFIS À RELEVER

FAIRE DE LA SANTÉ DES ENFANTS UNE PRIORITÉ POUR TOUS

Investir dans la santé des enfants est reconnu comme une des priorités convenues unanimement par les intervenants et représentants des Premières Nations. L'inaction envers la dégradation de la santé des enfants est catastrophique pour l'avenir des peuples des Premières Nations, autant au plan humain, social, culturel, politique, spirituel qu'économique. La santé des enfants relève de la responsabilité historique et collective de tous les acteurs sociaux, des gouvernements, des leaders des Premières Nations et des familles.

FREINER L'APPARITION DE L'OBÉSITÉ, DU DIABÈTE ET DES AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Ces fléaux sévissent dramatiquement et risquent de s'accroître dans un avenir rapproché. À l'heure actuelle, les interventions sont insuffisantes pour contrer ces problématiques lourdes de conséquences physiques, psychologiques et sociales.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR TOUTES LES POPULATIONS

Ce défi conditionne grandement l'atteinte de la parité en santé pour les Premières Nations, au cours des prochaines décennies. Pour relever le défi de la parité, des efforts additionnels doivent être consentis afin de faciliter l'accès aux soins et aux services et de permettre aux Premières Nations de profiter, au même titre que les autres Canadiens, des progrès en matière de santé et de qualité de vie. Sans ces efforts, l'état de santé des Premières Nations risque de rester précaire, voire même de se dégrader encore plus, durant les prochaines années. Cette dégradation aura certainement des impacts socio-économiques néfastes pour le développement local, pour le niveau et la qualité de vie des populations.

RÉHABILITER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Le volet prévention et promotion de la santé doit caractériser les nouvelles stratégies de santé, et ce pour agir de manière proactive et stratégique sur les problèmes avant même leur apparition. La structure actuelle est préoccupante et les programmes fédéraux adoptent très souvent une vision privilégiant les soins curatifs aux dépens des services préventifs. Aujourd'hui, le manque des ressources financières et humaines oblige les communautés à parer au plus pressant, en sacrifiant grandement la prévention au profit de l'action curative. À l'avenir, le volet préventif, incluant le dépistage précoce des maladies, ne peut être laissé pour compte. Des mesures concrètes doivent être prises, de manière impérative, et ce, en vue d'éviter l'amplification des problèmes de santé.

RÉCONCILIER MÉDECINE TRADITIONNELLE ET MÉDECINE CONVENTIONNELLE

Considérant les besoins des membres des Premières Nations relativement à la médecine traditionnelle, le système de santé doit laisser une place de choix à cette dernière dans les programmes qui leur sont destinés. De plus, des efforts doivent être investis afin de permettre aux Premières Nations de renforcer l'apport de la médecine traditionnelle dans les communautés. La marginalisation ou le délestage de cet aspect important des cultures autochtones ne peut aucunement favoriser l'adaptation des programmes et services de santé aux besoins des Premières Nations.

METTRE À LA DISPOSITION DES POPULATIONS DES RÉGIONS ISOLÉES PLUS D'ALIMENTS SAINS ET ABORDABLES

Les communautés vivant dans les régions éloignées et/ou isolées n'ont pas toujours un accès équitable aux aliments jugés sains et bénéfiques pour la santé. Les coûts de transport poussent à la hausse les prix de vente de nombreux produits

alimentaires : laitage, légumes, viandes, fruits, boissons, etc. Ainsi, dans certaines communautés les prix des produits laitiers, végétaux, et autres, sont trois fois plus élevés que les prix de vente observés dans les grandes villes du Québec. La situation est préoccupante, surtout que les salaires et le niveau de vie des Premières Nations ne sont pas aussi élevés que ceux enregistrés dans le reste du Québec.

3. AXES ET ACTIONS POUR L'INTERVENTION

Afin de répondre à ces défis, différents axes d'intervention ont été identifiés et doivent être privilégiés dans le choix des actions à mener, au cours de la prochaine décennie.

3.1 MISER SUR LA SANTÉ DES ENFANTS

L'avenir des Premières Nations dépend de la santé de leurs enfants. L'état de la situation démontre l'ampleur des fléaux qui touchent cette population vulnérable. Des actions doivent être initiées afin de préserver cette richesse et d'assurer un avenir meilleur pour les prochaines générations.

Renforcer les soins de santé maternelle et infantile

- > Mettre en place des services prénataux et post-nataux offerts dans toutes les communautés afin de procurer de précieux enseignements pour l'adoption de saines habitudes de vie pendant et après la grossesse et de fournir de précieuses informations sur l'accouchement et la vie avec son enfant.
- > Assurer le suivi des enfants à long terme en vue de prévenir différentes problématiques de santé chez l'enfant, de renforcer les habiletés parentales, de prévenir et de dépister de manière précoce les diverses problématiques sanitaires et sociales, d'identifier et de référer les enfants ayant des besoins spéciaux, de soutenir les parents et de favoriser un sain développement de l'enfant.
- > Accorder un intérêt particulier à ces services cruciaux pour la santé des mères et des enfants.

Adopter une approche de santé familiale

- > Miser sur la santé des familles en faisant la promotion de la santé des parents, dans toutes ses dimensions, selon une approche intégrée de santé familiale afin d'éviter que les programmes «à la pièce» ne couvrent qu'une partie des besoins et volets de la santé familiale, comme c'est le cas actuellement. Le développement et la mise en œuvre d'une nouvelle approche constituent un élément incontournable pour l'amélioration de la santé des enfants, des familles et des communautés.
- > Développer les services et les programmes visant les soins de santé à domicile.
- > Initier une promotion efficace et renforcée de l'allaitement maternel, la prévention des grossesses à l'adolescence, le soutien des parents adolescents, la prévention des divers syndromes qui touchent la petite enfance, carie dentaire, etc.
- > Concevoir des programmes et des services adaptés aux besoins des aînés et assurer à ces derniers les soins continus requis dans leurs régions.

Créer des services spécialisés pour les enfants ayant des besoins spéciaux

- > Mettre en place un dépistage précoce dans les services destinés à la petite enfance afin d'éviter le dépistage des enfants ayant des besoins spéciaux tardifs, comme cela se fait bien souvent.



- > Instaurer des programmes et des services spécialisés rapprochés des communautés afin d'éviter que les enfants ayant des besoins spéciaux quittent leur communauté pour obtenir des services spécialisés, qui sont bien souvent non adaptés à leur culture et à leurs besoins.

3.2 AGIR DE MANIÈRE GLOBALE POUR LUTTER CONTRE L'OBÉSITÉ, LE DIABÈTE ET LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Parmi toutes les priorités de santé identifiées par les Premières Nations, la lutte contre l'obésité et le diabète apparaît en tête de liste. Il est capital de mobiliser les ressources et les efforts nécessaires afin de lutter contre ces fléaux grandissants et dévastateurs. Les Premières Nations ont maintes fois souligné ces urgences, compte tenu de l'ampleur de l'épidémie d'obésité et de diabète qui guette tous les groupes de la population, et particulièrement les enfants et les jeunes.

Dans ce cadre, les actions suivantes doivent être mises en œuvre, dans les meilleurs délais :

- > Adopter une approche holistique communautaire fondée sur des programmes de prévention de l'obésité et de diabète qui comprend la participation importante des instances des Premières Nations aux projets connexes des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- > Promouvoir et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie;
- > Travailler en collaboration avec diverses instances locales (santé, éducation, sports, loisirs, conseil de bande) pour susciter la mobilisation communautaire;
- > Développer ou renforcer les activités de promotion de la santé axées sur l'activité physique et sur la saine alimentation;
- > Promouvoir les bienfaits nutritionnels de l'alimentation traditionnelle et faciliter l'accès à celle-ci;
- > Développer des partenariats afin de faciliter l'accès aux aliments sains dans l'ensemble des communautés des Premières Nations;
- > Poursuivre les travaux de développement d'ateliers pratiques au sujet de la nutrition dans les écoles, les garderies, les Centres de la petite enfance et autres initiatives communautaires exemplaires;
- > Promouvoir toutes les activités et pratiques pouvant avoir un effet bénéfique sur la santé mentale et la qualité de vie en général;
- > Faciliter l'accès aux aliments frais et sains dans les régions isolées et éloignées et subventionner les coûts de transport et de mise en marché dans ces régions.
- > Développer des coopératives d'alimentation, des banques alimentaires et des cuisines collectives dans les communautés.

3.3 AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

Les multiples obstacles à l'accessibilité des soins de santé que vivent les Premières Nations sont, évidemment, des injustices qui ne peuvent être tolérées, dans un pays reconnu pour la qualité de son système de santé, à travers la planète. Afin d'améliorer l'accessibilité des Premières Nations aux services et aux soins de santé, les actions suivantes sont recommandées.

Procéder à une cartographie des soins de santé dispensés et combler les services manquants

- > Élaborer un portrait clair des services offerts dans les différentes communautés et les différents types de prestataires, et ce, pour mieux répondre aux besoins et améliorer l'accès aux soins et aux services.
- > Cartographier les services dans les communautés et identifier les disparités entre les différents types de prestataires, entre les régions, et entre les communautés.
- > Renforcer les ressources humaines et les effectifs médicaux dans les communautés et intensifier les investissements dans les infrastructures, fournitures et équipements médicaux, en fonction des besoins identifiés grâce à la cartographie.
- > Comblent les services manquants au niveau communautaire, en vue d'assurer un véritable continuum dans les services de santé dispensés aux communautés.

Mettre en œuvre le nouveau programme de soins de santé maternelle et infantile pour toutes les communautés

- > Accélérer l'implantation du nouveau programme de soins de santé maternelle et infantile pour éviter que les services demeurent fragmentaires et sous-financés, comme c'est le cas dans la majorité des communautés.
- > Élargir son implantation à toutes les communautés des Premières Nations du Québec.

Réformer le programme de services de santé non assurés (SSNA)

- > Procéder au transfert de la gestion de ce programme, pour l'adapter aux besoins réels des Premières Nations, et non seulement aux enveloppes budgétaires prédéterminées.
- > Réformer l'administration et l'accès aux services couverts, dans les meilleurs délais, afin de refléter les besoins réels des Premières Nations et d'assurer une meilleure équité dans l'accès.

Promouvoir et faciliter l'accès aux soins de santé traditionnels

- > Apporter le soutien nécessaire aux guérisseurs traditionnels, quant à la reconnaissance, au financement de la recherche et de la formation, au même titre que pour le personnel médical, afin d'assurer la vitalisation et la poursuite de leurs activités.
- > Assurer la relève des guérisseurs traditionnels et inciter le transfert de l'expertise des détenteurs du savoir-faire médicinal ancestral, puisque d'entraîner la disparition d'un savoir-faire millénaire, adapté aux contextes et modes de vie.
- > S'assurer que la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle forment deux piliers importants du système médical.

3.4 MISER SUR LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, ET RENFORCER LES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LES COMMUNAUTÉS

Investir dans la prévention et la promotion de la santé

- > Mettre en œuvre une prévention efficace pour réduire la demande en soins curatifs, comme le font plusieurs pays industrialisés, dont le Canada, notamment pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.

- > Développer des actions allant dans le sens des cinq secteurs stratégiques de la promotion de la santé qui ont été identifiés dans la Charte d'Ottawa (1986) : i) Élaborer des politiques publiques favorables à la santé, ii) Créer des environnements favorables à la santé, iii) Renforcer l'action communautaire, iv) Mettre en valeur les habiletés personnelles, v) Réorienter les services de santé. Ces stratégies devront s'insérer dans un cadre de santé publique des Premières Nations. Toute action dans ce sens aura des impacts bénéfiques sur la santé des Premières Nations.

Intégrer la prévention dans le cadre d'une approche globale et cohésive

- > Développer une approche holistique communautaire, découlant d'un modèle régional, pour mettre fin au morcellement des interventions et pour se doter d'une stratégie cohérente et capable de générer les impacts souhaités sur plusieurs déterminants de la santé, y compris les déterminants non médicaux, comme la pauvreté, les conditions sociales, le logement, etc.

Renforcer les activités de dépistage précoce des maladies

- > Développer des moyens pour contrer les nombreux obstacles au dépistage, identifiés par les Premières Nations, qui laissent présager une sous-estimation de la prévalence de certaines maladies traitables.
- > Étendre le dépistage précoce afin de faire diminuer le nombre de personnes des Premières Nations, qu'on estime fort nombreux actuellement infectées ou atteintes de certaines maladies sans le savoir. Les carences actuelles en matière de dépistage ont de graves répercussions sur la fiabilité des diagnostics situationnels et sur la pertinence des programmes et des priorités en santé et services sociaux.
- > Renforcer les moyens d'actions en vue de lutter contre la croissance des cancers.



Renforcer les liens de confiance entre les services et la population

- > Mettre en oeuvre une évaluation rigoureuse des services de santé et faire en sorte que les Premières Nations agissent de manière active dans la conduite de ces évaluations, afin de mieux cibler les besoins et de créer la confiance entre prestataires et bénéficiaires des services. Sans la confiance des Premières Nations et des communautés, les efforts et documents de sensibilisation et de prévention risquent de rester lettre morte.
- > Revoir leurs modes de financement afin d'assurer une continuité des activités nécessaires à l'atteinte de résultats escomptés. Le financement par programme (plutôt que par politique) et les coupures répétées dans les programmes de prévention mettent en péril les acquis et les progrès réalisés.

3.5 METTRE À NIVEAU LES INFRASTRUCTURES ET INVESTIR DANS LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Renouveler les infrastructures de santé

- > Viser la parité au niveau des infrastructures et des nouvelles technologies. Les centres de santé doivent avoir accès aux équipements médicaux les plus à jour et en quantité suffisante pour offrir les soins à tous les patients. Faute d'un état de situation clair, les communautés s'accordent à dire que les infrastructures médicales mises à leur disposition, particulièrement dans les régions éloignées sont très souvent désuètes.
- > Faire bénéficier les Premières Nations de l'avancement des connaissances et des technologies en santé et services sociaux, au même titre que les populations habitant les centres urbains au Canada. Sans ces avancées, les disparités ne peuvent que s'accroître et l'état de santé des Premières Nations pourrait se détériorer.

Investir dans le développement des compétences

- > Faciliter l'accès aux ressources humaines chargées de la santé dans les communautés à des connaissances actualisées, à des compétences à la fine pointe des technologies, tout en favorisant un meilleur encadrement et une rétention du personnel agissant auprès des communautés.

- > Faciliter, à terme, la décentralisation des décisions afin de contribuer à doter les Premières Nations du capital humain requis par une gestion autodéterminée et efficace.
- > Favoriser l'intégration entre formation issue des Premières Nations et celles issues des institutions gouvernementales, et ce, pour la santé et les services sociaux.

Implanter l'infrastructure requise par l'impératif de la télésanté et santé électronique

- > Mettre en place des infrastructures de la télésanté qui constitue un atout considérable pour le développement de la santé et des services sociaux mis à la disposition des communautés les plus éloignées et les plus précaires.
- > Développer la télésanté et la santé électronique dans les communautés des Premières Nations, considérant l'isolement de certaines communautés, la pénurie de personnel spécialisé en régions éloignées, les difficultés rencontrées par les Premières Nations d'accessibilité aux services de santé et les coûts reliés au transport pour raisons médicales.
- > Accompagner cet effort par le développement de compétences humaines au niveau communautaire. Le développement de compétences peut se faire à distance, grâce notamment à des communications facilitées par les nouvelles technologies électroniques.

Initier des mécanismes de veille sur les technologies et savoir-faire utiles

- > Développer un système de veille des nouvelles technologies offertes à la population générale afin de faciliter la diffusion des connaissances et de l'information utiles à la santé et aux services sociaux.
- > Investir dans la mise en place de réseaux de communications, de cliniques virtuelles et de regroupements virtuels pour permettre aux communautés des Premières Nations de tirer parti des nouvelles technologies. Alors que les urgences du quotidien accaparent l'essentiel des efforts des communautés des Premières Nations, les nouvelles technologies pourraient être d'un grand secours pour le développement et la qualité des soins dispensés aux Premières Nations.



COURS DE CUISINE SANTÉ À BETSIAMITES

En 2005, la communauté de Betsiamites organisait des camps en forêt pour les personnes diabétiques. Lors de ces événements, la sensibilisation à la consommation de nourriture saine pour prévenir et réduire les impacts négatifs du diabète était à l'honneur. En plus d'engendrer un grand intérêt dans la communauté, ces initiatives ont incité la nutritionniste de la communauté à concevoir et offrir des cours sur l'alimentation saine et la cuisine santé à un public plus vaste. Ces projets ont été financés par l'Initiative sur le diabète chez les autochtones de Santé Canada et s'adaptaient ainsi aux besoins réels des membres de la communauté, soit d'acquiescer et d'intégrer des habitudes alimentaires plus saines dans la vie quotidienne. Environ une quarantaine de personnes (en plus de leurs familles et proches) ont participé aux cours de cuisine-santé.

Afin de maximiser les résultats, la nutritionniste s'est adjoint les services d'un cuisinier professionnel qui a adapté son enseignement à la réalité de la communauté. Ainsi, les participants ont su identifier les aliments sains disponibles localement et les intégrer à une alimentation saine qui convient à leur goût, tout en leur permettant de découvrir de nouvelles saveurs. Ce projet de promotion de la santé novateur a su répondre aux besoins exprimés par les personnes diabétiques de la communauté.

L'élan d'intérêt pour le projet a motivé les intervenants locaux à l'étendre à d'autres bénéficiaires. Ainsi, les enfants et les jeunes parents pourraient bientôt bénéficier de formations, visant une alimentation saine, offertes par le centre de santé et ses experts. Voilà un projet très prometteur qui bénéficiera à tous les membres de la communauté pour l'adoption de saines habitudes alimentaires!



**WIGOBISAN :
ORGANISME DE PRÉVENTION DES ABUS SEXUELS ET DE LA VIOLENCE FAITE
AUX ENFANTS À LAC SIMON**

Ayant vu le jour en 2000, cet organisme a été conçu et développé pour et par les membres de la communauté algonquine de Lac Simon. Il s'agit d'une initiative novatrice et pionnière en matière de prévention des abus sexuels et de la violence. Une forte mobilisation communautaire est à l'origine de l'identification de la problématique par les membres de la communauté. Par son approche communautaire, l'organisme Wigobisan mise sur l'implication de tous les membres de la communauté tout en préservant la transmission des valeurs et traditions autochtones. Afin d'assurer le maximum de compréhension et de collaboration au programme de Wigobisan, de nombreuses démarches communautaires, dont la sensibilisation d'intervenants-clés de la communauté, des rencontres avec les aînés, des rencontres avec la population et la formation de l'ensemble des travailleurs dans la communauté ont d'abord été réalisées. Ce très fort volet communautaire vise à impliquer les parents et tous les membres de la communauté dans la résolution de la problématique, à favoriser l'ouverture aux services, à sensibiliser, prévenir, corriger les facteurs de risque de développement de la problématique sexuelle, tout en soutenant les actions de l'équipe auprès des enfants et des familles référés.

Dès les premières étapes de son développement, Wigobisan a informé, sensibilisé et consulté la population afin de s'assurer que les approches développées respectent les besoins et le rythme de la communauté. L'esprit et la culture anishnabe ont animé chacune des étapes de son développement et une grande importance a été accordée à la place centrale de la famille anishnabe et à la transmission de ses valeurs.

Wigobisan offre plusieurs services spécialisés de traitement individuel et de groupe, de prévention, d'éducation, de sensibilisation et de ressourcement. À titre d'exemple, des ateliers de prévention et d'éducation sexuelle sont dispensés directement dans les écoles, des ateliers de sensibilisation et d'information sur la problématique sont destinés aux adultes de la communauté, des activités thérapeutiques traditionnelles ont lieu dans la forêt, des services de traitement sont offerts aux personnes ayant commis des agressions sexuelles, etc.

Pour sa créativité, son ingéniosité et sa souplesse, l'organisme Wigobisan s'est vu décerner le prestigieux prix de la Fondation Marie-Vincent en 2002 à l'occasion de la Journée mondiale de l'enfance. Voici un modèle inspirant d'une approche communautaire en prévention et promotion de la santé enracinée dans les besoins et priorités d'une communauté des Premières Nations et entièrement maîtrisée par celle-ci.

4.

CE QUI CHANGERA D'ICI 2017

- > Les services destinés aux enfants sont intégrés dans une approche de santé familiale répondant aux besoins des familles et des communautés.
- > Les enfants ayant des besoins spéciaux ont accès à des services de santé de qualité.
- > La progression de l'obésité est freinée et des programmes de lutte contre ce fléau sont développés et renforcés au niveau communautaire.
- > Le dépistage du diabète est fait de manière précoce et les personnes diabétiques ont accès aux soins requis.
- > Des ressources suffisantes et adaptées sont mises à la disposition des Premières Nations pour qu'elles aient accès à une gamme complète de soins de santé curatifs et préventifs, notamment dans les domaines de la maternité et des soins infantiles, des soins de santé non assurés et des soins continus.
- > Les Premières Nations peuvent bénéficier de soins traditionnels accessibles et revitalisés.
- > Les Premières Nations vivent plus longtemps et en meilleure santé. Ils encourent moins de risque de contracter les maladies que l'on peut prévenir.
- > Les communautés des Premières Nations ont accès à de meilleurs programmes de promotion de la santé et des services de prévention contre les maladies, les facteurs de risques et les blessures, pour réduire drastiquement les méfaits de la mortalité et la morbidité.
- > Les communautés bénéficient d'infrastructures et d'équipements médicaux tenus à jour sur une base continue.
- > Les communautés vivant l'éloignement et/ou l'indisponibilité des services à proximité de leur milieu de vie ont accès à des services de télésanté et de liaison qui permettent d'assurer des services de qualité.
- > Des programmes et des initiatives exemplaires sont gérés par les Premières Nations en vue d'assurer aux enfants les ressources et le soutien nécessaires à leur développement et protection.
- > Des actions vigoureuses sont mises en œuvre pour renforcer les habiletés parentales et le soutien aux parents et tuteurs vivant la précarité et le dénuement.

DES SERVICES SOCIAUX INNOVANTS, ACCESSIBLES ET DURABLES

L'accessibilité aux services sociaux de qualité conditionne fortement l'état de santé et la qualité de vie des individus et des communautés. En situation de détresse et de précarité, les services sociaux, sous toutes leurs formes, apportent un précieux réconfort et procurent un soutien vital aux personnes en proie à des difficultés psychologiques et autres symptômes du mal-être.

4

1.

ÉTAT DE SITUATION

De nos jours, les Premières Nations du Québec vivent de plein fouet la recrudescence de nombreuses problématiques sociales qui mettent en péril les catégories sociales les plus vulnérables et parfois des communautés entières.

Les statistiques disponibles montrent que les Premières Nations sont plus exposées que le reste de la population canadienne à de nombreuses précarités préoccupantes qui requièrent une intervention plus vigoureuse, mieux orchestrée et surtout plus adaptée. Faute de quoi, les problématiques risquent d'empirer une situation déjà alarmante, marquée par le cumul de plusieurs fléaux sociaux : dépendance à l'alcool et aux drogues, maladies mentales, violence, abus, suicide, placements d'enfants, etc.

De nombreux facteurs de risque doivent être pris en compte pour mieux comprendre ces problématiques sociales, notamment la pauvreté matérielle et sociale, la négligence et les mauvais traitements subis à l'enfance, la perte identitaire et culturelle²⁰, le surpeuplement des logements, l'expérience des pensionnats autochtones, le racisme, la ségrégation, la perte d'autonomie communautaire, le manque d'opportunités d'avenir, le désespoir, etc. En raison du nombre important de facteurs influençant la santé psychologique, émotionnelle et sociale des Premières Nations, une approche globale de prévention et d'intervention dans ce domaine est capitale²¹.

Les données disponibles confirment l'ampleur des problèmes nécessitant l'intervention.

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE et PROBLÉMATIQUES	Premières Nations Québec ^I			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a\b
Ayant tenté le suicide durant leur vie	13,1%	18,5%	18,4%	3,5%	5,25
Ayant tenté le suicide au cours des 12 derniers mois			1,2%	0,5% ^{II}	2,4
Idéation suicidaire au cours de la vie			39,0%	N/D	N/D
Idéation suicidaire au cours des 12 derniers mois			4,5%	3,9%	1,15
Éducation de niveau secondaire non complétée			49,0%	31,0%	1,58
Éducation supérieure complétée (Bac ou plus)			6,1%	19,3%	0,31
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 1 fois/semaine)			43,3%	29,8%	1,5
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 5 fois/12 mois)			70,2%	23,2%	0,31
Consommation de drogue ou de médicaments sans ordonnance au cours des 12 derniers mois			65,8%	20%	3,29

Les sources de ces données sont mentionnées dans les annexes

²⁰ Scott Kim et Conn (1987). Pathogenèse sociopolitique de la maladie.

²¹ Kim Scott (2006). Broadening the lens. Proceeding of a roundtable on aboriginal people's health.

I Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.

Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.

II Chez les 15 ans et plus, 1998, au Québec.

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/283-FeuilletEpidemioSuicide.pdf>

Le **SUICIDE** arrive en tête de liste des fléaux sévissant dans les communautés. Cette cause de mort prématurée et tragique sévit partout dans les communautés des Premières Nations. Tous groupes d'âge confondus, les individus issus des Premières Nations encourrent 4 à 5 fois plus de risque de se suicider que la population canadienne générale. Chez les Premières Nations du Québec, l'ERLSPN (région Québec) démontre que 47% des adolescentes et 24% des adolescents ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie, et 12% d'entre eux ont fait au moins une tentative de suicide. Chez les adultes, 39% ont pensé au suicide et 18% d'entre eux ont fait une tentative. Le suicide a des répercussions dramatiques sur les familles et les communautés.

Bien que les signes de **DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE** soient en augmentation partout au Canada, la situation est encore plus dramatique chez les Premières Nations. Faisant partie des tabous, la détresse psychologique est encore très mal diagnostiquée et traitée dans les communautés des Premières Nations. On estime que les adultes des Premières Nations présentent des taux de dépression, modérée à grave, deux fois plus élevés que les taux enregistrés dans les communautés non-autochtones ²².

Pire encore, au sujet de la détresse psychologique, les Premières Nations consultent les spécialistes deux fois moins que le reste des Canadiens. Il faut dire aussi que la plupart des communautés souffrent d'un manque chronique de ressources financières pour offrir les services requis, et pour disposer dans leurs communautés des infrastructures et des services adaptés aux problèmes de la santé mentale.

Les **DÉPENDANCES À L'ALCOOL, AUX DROGUES, AUX MÉDICAMENTS ET AUX JEUX DE HASARD** sont des fléaux grandissants et très ravageurs pour les Premières Nations. Ces dépendances engendrent de graves conséquences pour la vie familiale et sur la santé. Elles ruinent des familles entières et altèrent grandement l'équilibre psychologique des individus et des communautés. Face à ces dépendances, les

Premières Nations ne disposent pas de suffisamment de ressources pour le traitement et pour la prévention. Mis à part les quelques centres de traitement existants, le nombre d'agents de prévention des toxicomanies dans les communautés est insuffisant pour mener des actions préventives et des interventions appropriées.

Dans ce contexte d'accumulation de précarités, la petite enfance paye un lourd tribut. Les données montrent la forte prévalence de la négligence à l'égard des enfants. Pour les protéger, l'intervention des autorités s'effectue au moyen du retrait des enfants de leur milieu familial. Les données portant sur les **PLACEMENTS DES ENFANTS** des Premières Nations sont alarmantes. En 2005-2006, on comptait entre 191 000 et 200 000 nuitées de placement pour plus de 1000 enfants placés²³.

Ainsi, sur un total d'environ 11 000 enfants recensés dans les Premières Nations du Québec, le problème du placement touche environ 10% d'entre eux. Dans certaines communautés, cette proportion peut atteindre les 40%. Notons que très souvent, le placement de ces enfants est fait en dehors de la communauté d'appartenance de l'enfant, ce qui n'arrange pas les parents et encore moins les enfants. Ceux-ci sont pénalisés doublement en étant retirés de force de leurs communautés, perdant ainsi tout contact privilégié avec leur culture, leurs racines et leurs repères les plus rassurants. Ajoutons que la majorité des communautés ne peut pas financer le soutien requis pour les familles vivant des difficultés particulières et nécessitant des services spécialisés peu présents dans les régions. Les services visant l'amélioration des compétences parentales ne sont pas à la hauteur des besoins.

Le placement des enfants, tel que pratiqué actuellement, constitue une mesure d'exception (issue de la loi provinciale), appliquée de manière systématique, faute de ressources destinées à la prévention et au soutien aux familles et aux enfants concernés. Le niveau de financement public consenti à la protection des enfants reste insuffisant et les modes d'interventions, actuellement en œuvre, sont décriés par les communautés et les experts consultés.

²² Organisation nationale de la santé autochtone Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits 1997, Résumé du rapport national et des rapports régionaux, janvier 2004.

²³ APNQL, 2006, Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations, Agir maintenant...pour l'avenir, Mashteuiatsh, octobre 2006.



La **VIOLENCE**, y compris les abus sexuels, sévit dans de nombreux foyers. Même si les données précises à ce sujet font souvent défaut, les quelques estimations utilisées par les instances spécialisées sont inquiétantes. Selon une étude réalisée auprès des intervenants de différents organismes locaux des Premières Nations, 57,1% des répondants sondés estiment qu'au moins la moitié des membres de leur communauté ont, par le passé, été victime d'abus sexuel, alors que 42,8% des répondants estiment que la proportion est de l'ordre de 70% et plus²⁴.

Malgré les multiples doléances et requêtes formulées par les communautés et instances des Premières Nations, les services sociaux pour les personnes violentées restent cruellement insuffisants.

Les données disponibles montrent qu'une large proportion des parents d'aujourd'hui ont vécu des sévices divers lors de séjours dans les « **PENSIONNATS INDIENS** ». Ces parents, empreints de ces expériences déroutantes et néfastes pour leurs compétences parentales, se trouvent dans l'incapacité d'assumer pleinement leur rôle de parents. À cela s'ajoute le lot de problématiques sociales et de santé vécues par les parents vivant la précarité (chômage, pauvreté, logement inadéquat, faible niveau d'éducation, dépendances diverses, etc.). Remédier à ces situations ne peut se faire sans une action collective vigoureuse au profit du développement des compétences parentales.

La **CRIMINALITÉ** constitue un autre fléau qui affecte le bien-être des Premières Nations. Elle est en croissance continue et touche de plein fouet les communautés, les familles et même les jeunes issus des Premières Nations. Bien qu'elles ne forment qu'environ 4% de la population canadienne, les Premières Nations composent 17% de la population carcérale au Canada²⁵. Les diverses dépendances aux substances nocives et au jeu pathologique notamment, sont des facteurs favorisant le recours aux activités illégales, l'insécurité au sein des communautés et l'éclatement d'un tissu social déjà précarisé par diverses conditions sociales et sanitaires peu enviables.

L'**ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES SOCIAUX** varient grandement d'une communauté à l'autre. Le nombre insuffisant de travailleurs sociaux des Premières Nations, d'agents de prévention des toxicomanies, de psychologues et autres intervenants psychosociaux fait en sorte qu'un nombre grandissant d'individus et de familles ne reçoit pas les soins et les services dont ils ont besoin. De plus, de nombreux intervenants sociaux ne sont pas originaires de la communauté dans laquelle ils travaillent et/ou sont allochtones, ce qui est de nature à rendre plus difficile la formation du lien de confiance (et de confidentialité) nécessaire à l'intervention psychosociale.

La **SANTÉ MENTALE** pose aussi de sérieux problèmes pour un grand nombre de personnes et de communautés. Les personnes les plus vulnérables n'ont pas toujours accès aux ressources requises pour faire face aux situations difficiles et parfois dramatiques. Cette précarité serait en grande partie liée à l'accumulation des problématiques du vécu, à une perte de contrôle sur les choix et les ressources, à une perte identitaire et parfois aux séquelles intergénérationnelles du régime des pensionnats indiens sur les survivants, leurs familles et les communautés.

²⁴ GRIPMA, 2005, Projet USSI-INIUM, Étude sur l'abus sexuel chez les Premières Nations du Québec, rapport final, mars 2005.

²⁵ CSSSPQNL, 2006, Prévention de la criminalité chez les enfants 0-6 ans et les familles des Premières Nations.

2. DÉFIS À RELEVER

La prestation des services sociaux prodigués aux Premières Nations est à l'évidence insuffisante pour faire face à la recrudescence des problématiques sociales. Les défis à relever sont nombreux et complexes.

Partir d'un bilan analytique et exhaustif des besoins en services sociaux

Aujourd'hui, peu de données statistiques et d'analyses rigoureuses sont disponibles au sujet de la situation actuelle de l'ensemble des services sociaux offerts aux Premières Nations. Les données disponibles sont ponctuelles et partielles, et ce, malgré les préoccupations sans cesse manifestées, par les communautés et les décideurs politiques, à l'égard de la gravité des problématiques sociales vécues par les communautés des Premières Nations.

Afin d'agir efficacement en matière de prestation de services sociaux, les Premières Nations doivent élaborer un bilan exhaustif et analytique de l'ensemble des services et moyens mis à la disposition de leurs communautés. Ce bilan doit identifier les carences et les disparités qui caractérisent l'offre des services sociaux en tenant compte des problématiques et des besoins recensés dans les communautés et les régions.

Faute d'un portrait détaillé de l'état actuel des services sociaux dispensés aux Premières Nations et sans une analyse prospective des besoins, la lutte contre les fléaux sociaux ne peut être qu'imparfaite et insuffisante pour répondre efficacement à l'ensemble des besoins des Premières Nations en cette matière.

Créer un continuum dans les services sociaux

Les Premières Nations ont le droit de bénéficier d'une offre de services sociaux adaptée à leurs besoins. Tout indique que la gamme des services sociaux disponibles est incomplète dans quasiment toutes les communautés. Les services spécialisés dispensés par des intervenants et para-professionnels issus des Premières Nations sont rares et difficilement accessibles.

Les initiatives menées par les communautés pour lutter contre certaines problématiques restent, malgré les efforts consentis, insuffisantes, segmentées et financées par le gouvernement sur une base plutôt discrétionnaire et rarement prévisible. Pourtant, ces initiatives doivent être multipliées, renforcées et mieux arrimées entre elles pour juguler les problématiques mentionnées précédemment.

Pour mieux étoffer l'offre de services sociaux, une approche intégrée et adaptée doit être adoptée. Ceci permettra d'offrir un continuum de services qui inclut les différents services de prévention, de dépistage, d'intervention et de postvention.

L'innovation dans la prestation de services est synonyme d'intensification de la recherche-action-évaluation. Les services requis doivent être conçus par et pour les Premières Nations, et ce pour éviter le financement de programmes qui n'ont pas fait leurs preuves dans le contexte des Premières Nations.

Miser sur la prévention et la promotion de la vie

La prévention et la promotion de la vie sont de piliers essentiels pour toute approche de promotion de la santé mentale.

L'expérience montre que les programmes segmentés, dispensés au compte-gouttes par des financements dérisoires, ponctuels et inflexibles sont voués à l'échec.

Seule une approche globale associant prévention et promotion de la vie peut faire reculer sur une base durable les problématiques qui sévissent dans diverses catégories sociales des Premières Nations.

Les services luttant contre la violence, la détresse psychologique, le suicide, l'alcoolisme, la drogue, le jeu pathologique, etc. ne peuvent agir efficacement sans synergie et complémentarité.



Mobiliser et sensibiliser pour mieux agir

L'ampleur des problématiques sociales met en péril plusieurs communautés des Premières Nations. Cette ampleur requiert un soutien politique ferme pour venir en aide à des catégories sociales déjà très vulnérables et fortement exposées aux problématiques sociales, notamment la violence et les abus divers.

Agir contre ces fléaux ne peut se faire sans un engagement politique franc et sans équivoque. La mobilisation de toutes les parties prenantes (décideurs politiques, institutions gouvernementales, communautés des Premières Nations, organisations autochtones, médias, etc.), au Québec et au Canada, doit aussi bénéficier de l'intérêt de l'action collective visant la santé et la qualité de vie des Premières Nations.

Sans un engagement politique ferme et sans la mobilisation des moyens requis, les Premières Nations, et surtout les communautés les plus exposées, risquent de perdre espoir et de sombrer davantage dans la marginalisation et la déchéance.

Parier sur le développement social de la petite enfance

Les enfants des Premières Nations souffrent d'une multitude de problématiques et de handicaps sociaux hérités du vécu collectif. La prochaine décennie est cruciale pour contrer ces limites et handicaps. Des actions concrètes doivent être menées.

Investir dans les services sociaux dispensés à la petite enfance n'est pas seulement un impératif moral et humain; c'est aussi une action rentable du point de vue social et économique. Comme le montrait James Heckman, lauréat du prix Nobel en économique (2000), les investissements consentis pour les services sociaux sont plus rentables quand ils visent la petite enfance que lorsqu'ils visent les adultes. Traitant des services sociaux mis à la disposition de la petite enfance, cet économiste de renommée internationale, démontre que plus tôt les jeunes sont soutenus par les services sociaux appropriés, mieux c'est pour eux et pour la société dans son ensemble²⁶.

Apporter les soins requis aux enfants ayant des besoins spécifiques, rehausser les habiletés parentales, offrir de l'aide aux familles en difficultés, etc., s'avèrent autant d'actions nécessaires pour venir en aide aux enfants et aux générations futures des Premières Nations.

Remédier à la détresse psychologique et à ses conséquences permettra de briser le cercle infernal de la négligence, de la maltraitance, de la violence, du placement des enfant, etc.

²⁶ James J. Heckman and Dimitriy V. Masterov, "The Productivity Argument for Investing in Young Children", Working Paper 5, Invest in Kids Working Group, Committee for Economic Development, October 4, 2004.

3.

AXES ET ACTIONS POUR L'INTERVENTION

Le Plan directeur en santé et services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017, prévoit des interventions structurelles qui s'inscrivent dans le cadre de quatre axes complémentaires :

- > Développer et diversifier les services sociaux;
- > Intensifier et adapter les mesures visant un développement sain de l'enfance;
- > Améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux intervenants de première ligne;
- > Adapter et améliorer les services offerts aux populations les plus vulnérables.

3.1 DÉVELOPPER ET DIVERSIFIER LES SERVICES SOCIAUX

Aux prises avec une multitude de problématiques sociales, dans un contexte où les ressources humaines et financières sont limitées, le volet prévention et promotion de la vie est souvent négligé, voire même inexistant dans le système de santé opérant au profit des Premières Nations. Comparativement aux services dispensés aux allochtones, les disparités sont énormes. Malgré l'importance des besoins, le gouvernement fédéral continue de sous financer ces services qui relèvent totalement de sa responsabilité.

La prévention et la promotion de la vie sont des leviers essentiels pour endiguer les fléaux sociaux, pour juguler les obstacles qui hypothèquent l'avenir et l'espoir des populations actuelles, ainsi que des générations futures. Plusieurs mesures structurantes et concrètes doivent être mises en place au profit des communautés.

Évaluer et financer convenablement les initiatives prometteuses

- > Mettre en place une stratégie d'évaluation rigoureuse menée de concert avec les Premières Nations, pour évaluer plusieurs services sociaux, financés par le gouvernement fédéral (tel que le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones, etc.). Ces évaluations permettent d'améliorer l'efficacité de ces programmes et pourraient même justifier la mobilisation de nouveaux financements.

- > Renforcer l'ajustement et la mise à jour des programmes de services sociaux, et ce, pour favoriser une meilleure adaptation des programmes aux besoins grandissants et spécifiques de chaque communauté.
- > Allouer des financements additionnels pour renforcer les initiatives exemplaires au niveau communautaire et régional et pour élargir leur portée.

Comblar les chaînons manquants et offrir une gamme complète de services sociaux

- > Initier et diversifier les mesures requises pour compléter le continuum des services manquants, et ce, à partir d'un bilan analytique et exhaustif des besoins et des services disponibles au niveau communautaire, pour :
- > Permettre aux Premières Nations de développer des initiatives de lutte contre la violence, sous toutes ses formes, pour tous les groupes de populations affectés par ce fléau;
- > Mettre sur pied et promouvoir des ressources alternatives au niveau communautaire, régional et hors communauté;
- > Offrir une gamme complète de services dans les communautés et les Centres de traitement afin de contrer l'ensemble des fléaux de dépendance, y compris le jeu pathologique et les drogues synthétiques, etc.

Intégrer les services sociaux au niveau communautaire

- > Faire bénéficier les programmes en place des efforts d'intégration et de viabilisation afin d'assurer une offre de services continue et diversifiée. Actuellement, en raison des financements fragmentaires et de la rigidité des critères de gestion gouvernementale, les communautés et les organisations autochtones font ce qu'elles peuvent pour mener des activités de prévention et de promotion de la vie selon leurs propres besoins et en fonction des rares ressources à leur disposition.



- > Développer et encourager le travail en équipe multidisciplinaire au niveau communautaire et régional, et ce, pour favoriser le développement et la mise en œuvre d'une approche globale de prévention et de promotion de la vie et de stimuler la mobilisation de tous les acteurs de la communauté pour le mieux-être de la population.
- > Initier des programmes innovateurs en vue de faire de la promotion de la vie un dénominateur commun à tous les services sociaux dispensés aux Premières Nations.

Créer une entité issue des Premières Nations pour prendre en charge le placement des enfants

- > Réviser la structure actuelle en charge du placement des enfants des Premières Nations, trop marquée actuellement par une judiciarisation excessive qui reflète une profonde incompréhension des réalités contextuelles. En effet, en raison des lacunes des services sociaux au niveau communautaire, les intervenants des communautés doivent souvent faire appel aux services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) du Québec pour assurer l'accès aux services. Les enfants pris en charge par la DPJ sont généralement hébergés en milieu non autochtone où ils vivent l'isolement de leur communauté et le déracinement identitaire.
- > Maîtriser les répercussions négatives des placements pour les enfants, les familles et les communautés, et ce, à travers le développement autodéterminé d'un service de protection de la jeunesse autochtone.
- > Assurer à ce nouveau service les moyens nécessaires pour qu'il soit en mesure d'adapter les services aux enfants des Premières Nations et de faire le pont avec les services d'aide aux familles en difficulté en milieu communautaire. La situation actuelle montre que les parents à qui on a enlevé les enfants ne reçoivent pas le soutien et l'aide nécessaire pour régler les problématiques qui ont mené au placement de leurs enfants, d'où le ballottage répété des enfants entre leurs familles et les services de la DPJ.
- > Développer des cadres de concertation avec les organismes de sécurité publique.

3.2 INTENSIFIER ET ADAPTER LES MESURES DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANCE

Comme mentionné précédemment, le développement de l'enfance est au cœur des préoccupations des Premières Nations. Actuellement, les enfants font face à différents problèmes sociaux qui précarisent leur développement, leur qualité de vie et leur avenir. Des actions urgentes sont nécessaires afin de favoriser le développement sain et prometteur pour tous les enfants des Premières Nations.

Mieux arrimer le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN) aux besoins des communautés

- > Embaucher et former de manière continue le personnel pour la réalisation et la mise en œuvre des objectifs du PAPPN.
- > Adapter et moduler les services, pour mieux tenir compte de l'hétérogénéité des besoins et des priorités manifestés par les communautés.

Adapter et intégrer les services destinés à la petite enfance

- > Mettre en place et renforcer une action d'adaptation et d'intégration des programmes fédéraux et provinciaux visant la petite enfance.
- > Renforcer le programme éducatif provincial pour mieux répondre à la diversité des réalités et des besoins des Premières Nations.

Investir en matière de développement des compétences parentales

- > Investir dans le développement sain de l'enfance en mettant en place des interventions auprès des parents et de la famille élargie.
- > Soutenir les parents, les tuteurs et les parents adoptifs et les sensibiliser à leur rôle dans le sain développement de leur enfant.
- > Créer des ressources d'aide et d'entraide pour les mères et les pères aux prises avec des difficultés altérant leurs compétences parentales.
- > Développer un programme cohérent et culturellement adapté de soutien thérapeutique aux personnes touchées par les effets intergénérationnels du régime des pensionnats indiens.

3.3 AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ AUX INTERVENANTS EN SERVICES SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE, SUR ET HORS COMMUNAUTÉ

Les personnes vivant différentes problématiques sociales et ayant besoin d'aide doivent pouvoir accéder aux services d'intervenants de première ligne facilement et rapidement. Or, la réalité des communautés des Premières Nations est constituée de nombreux obstacles et entraves limitant l'accès aux services sociaux. Des mesures doivent être mises en œuvre pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux intervenants de première ligne sur et hors communauté.

Renforcer les ressources humaines formées en prévention et en intervention psychosociales

- > Soutenir de façon vigoureuse les intervenants, dans le cadre d'actions et programmes initiés au niveau communautaire, local et régional. À l'heure actuelle, peu de programmes dispensent des services de prévention et d'intervention spécialisés au profit des communautés des Premières Nations. Les quelques intervenants disponibles sont fréquemment à bout de souffle, faute de ressources financières et humaines.
- > Motiver et encourager les intervenants, puisque beaucoup d'entre eux finissent par se démotiver et lâcher prise, et ce, faute du soutien nécessaire à la poursuite de leur fonction.
- > Favoriser la rétention et reconnaître les mérites et les efforts consentis par le personnel de santé et services sociaux dans les communautés des Premières Nations.
- > Créer des programmes de formation en santé et services sociaux pour les aidants naturels.

Créer des équipes pluridisciplinaires dans les communautés des Premières Nations

- > Encourager les projets initiés en équipe pluridisciplinaire, et ce, pour apporter une complémentarité difficile à obtenir autrement : partage de connaissances, motivation, soutien aux intervenants en poste, etc.
- > Développer une dynamique de soutien des collègues pour appuyer le travail des intervenants qui, à l'heure actuelle, doivent affronter seuls diverses demandes et attentes parfois désespérées.

- > Créer des collaborations requise avec les instances concernées pour freiner la progression des réseaux de prostitution et de vente de drogues.

Créer la synergie entre les intervenants concernés

Les groupes à risque sont souvent difficiles à rejoindre pour bénéficier de tous les soins de santé et de services sociaux dont ils ont besoin.

- > Promouvoir un décloisonnement total des services publics dans les communautés: santé, revenu, éducation, entreprises, conseil de bande, médias communautaires, etc., ceci pour renverser la tendance, car seule une action intégrée et globale en faveur de la prévention et de la promotion de vie peut faire de la santé et du bien-être un projet de société pour toutes les communautés des Premières Nations.
- > Impliquer les différents milieux de vie dans lesquels évoluent les individus dans la prévention. Les milieux de vie constituent des terrains privilégiés pour des actions continues de prévention et de promotion de la vie puisqu'ils peuvent intégrer ces aspects à leurs activités régulières.
- > Initier des programmes de création de réseaux de collaboration et de synergie pour générer les complémentarités et les expertises requises pour mieux rejoindre des populations difficiles à joindre et nécessitant le soutien des services sociaux.

Offrir une gamme complète de services sociaux dans les Centres d'amitié autochtones

- > Inciter les Centres d'amitié autochtones à dispenser davantage de services adaptés à la réalité autochtone. Les Premières Nations vivant hors communauté, en milieu urbain, consultent très souvent ces centres, non seulement en cas de besoins de services, mais aussi, pour garder le contact avec leur culture et identité.



- > Soutenir financièrement ces Centres qui souffrent d'un manque chronique de ressources financières et matérielles, pour qu'ils puissent offrir une gamme complète de services, y compris les services sociaux. Dans bien des cas, ces Centres ne peuvent répondre aux demandes croissantes des individus issus des Premières Nations vivant hors communauté.

3.4 ADAPTER ET AMÉLIORER LES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES

Des prestations de services sociaux innovantes, durables et de qualité impliquent une approche qui cible les groupes exposés aux risques liés aux différentes problématiques sociales. Afin de répondre à leurs besoins spécifiques, les services sociaux doivent être adaptés pour prioriser les actions qui rejoignent les groupes les plus vulnérables.

Implanter des services sur et hors communautés pour venir en aide aux populations vulnérables

- > Moduler les services de santé et services sociaux en fonction des besoins exprimés par les différents groupes et catégories sociales. Les services peuvent prendre différentes formes, telles des maisons des jeunes des Premières Nations, des Centres d'hébergement pour femmes, des Maisons de la famille, des ressources d'aide pour les hommes, centres de désintoxication, et autres types d'organismes communautaires.
- > Renforcer ces infrastructures et mieux les équiper pour agir en faveur des populations vulnérables.
- > Créer des programmes spécifiques venant en aide aux handicapés dans toutes les régions.

Adapter les services offerts à la population hors communauté aux réalités et besoins des Premières Nations

- > Renforcer le soutien aux différentes populations vulnérables, que ce soit, entre autres, les personnes atteintes du VIH, les femmes victimes de violence, les itinérants ou les personnes souffrant de dépendances.

- > Moduler les services aux divers besoins de ces populations, notamment celles vivant hors communauté qui doivent, en plus, faire face à des préjugés et à de la discrimination, malheureusement trop souvent présents dans les services du réseau québécois.

3.5 RENFORCER LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Une action vigoureuse doit être initiée pour renforcer les services spécialisés en matière de santé mentale. Plusieurs interventions doivent être mises en place, durant les années à venir.

- > Caractériser les carences dans la prestation des services, surtout que les données actuelles montrent l'inexistence d'équipes multidisciplinaires et de médecins disponibles sur place pour offrir les services et faire le point sur l'évolution de l'état de santé mentale dans les communautés.
- > Faciliter l'accessibilité, notamment dans les communautés qui sont éloignées et isolées des grands centres urbains.
- > Adapter les services au contexte des communautés en offrant un service compatible avec la culture et les langues parlées dans les communautés.
- > Renforcer le dépistage, le traitement et le suivi des personnes à risque, aussi bien sur que hors communauté.
- > Agir sur les perceptions du risque pour atténuer notamment la consommation abusive d'alcool et de drogues, les abus sexuels, la violence, l'absence de projet mobilisateur, le faible sentiment de contrôle sur la vie. Les services offerts actuellement ne mesurent pas toujours l'ampleur de ces déterminants dans le contexte de la santé mentale des Premières Nations. À cela, s'ajoute, dans les communautés, les attitudes de réprobation sociale associée à la dépression, ce qui génère chez la personne atteinte divers sentiments, dont la honte et le retrait, qui n'aident en rien à améliorer son état, et qui peuvent même l'empêcher de cheminer et d'aller chercher l'aide dont elle a besoin.

4. CE QUI CHANGERA D'ICI 2017

- > Comme le reste des Canadiens, les Premières Nations ont accès à une palette complète de services sociaux adaptés à leurs besoins et à leur culture.
- > Les personnes vulnérables sont identifiées de manière précoce et sont soutenues par des intervenants compétents issus des Premières Nations, dans leur communauté et dans leurs milieux de vie.
- > Les enfants et leurs familles sont mieux soutenus et ont accès à des services adéquats.
- > Les programmes et services adoptent une approche holistique et sont soutenus à long terme par des financements récurrents, adaptés et flexibles.
- > Des services adéquats sont mis à la disposition des handicapés et des personnes vivant des problématiques de santé mentale.

UNE ACTION COHÉSIVE ET CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE COLLECTIF

L'état de santé des individus et des communautés n'est pas uniquement déterminé par la qualité des soins de santé prodigués par les médecins et professionnels du système de santé.

Bien au contraire, cet état de santé est largement tributaire de nombreux autres déterminants ayant trait :

- > Au statut socio-économique des individus : niveau d'éducation (formelle et informelle, tacite ou codifiée, etc.), répartition de la richesse, niveau d'activité et de création de richesse, revenu disponible, etc.;
- > Aux habitudes de vie : régimes alimentaires, activités physiques et sédentarité, consommation de substances nocives, tabagisme, pratiques sexuelles, etc.;
- > À la vigueur des valeurs culturelles, à la spiritualité, à la langue, aux formes d'expressions, art, etc.;
- > À l'état psychosocial des individus : fierté identitaire, résilience, estime de soi, etc.;
- > À la qualité des services de soutien à l'enfance, aux parents et aux familles : besoins spécifiques de la petite enfance, compétences parentales, grossesse, etc.;
- > À la qualité de l'environnement : disponibilités des infrastructures de base, qualité des logements, accès à une eau de qualité, qualité de l'air, accès aux ressources naturelles, etc.;
- > À l'organisation des services de santé : accessibilité, disponibilité, équité, qualité, adaptation à la culture et aux besoins;
- > À l'autodétermination du système de santé et des services sociaux, du système de gestion des ressources naturelles, du système d'éducation : autocontrôle, pouvoir décisionnel, accès aux finances, etc.²⁷

L'amélioration de la santé et de la qualité de vie des individus et des communautés des Premières Nations est donc multidimensionnelle. Cette amélioration ne peut se faire sans une action globale, concertée et cohésive portant sur les divers déterminants de la santé en cause. Or, la situation actuelle des Premières Nations présente de nombreuses précarités très préoccupantes.

²⁷ Kim Scott (2006). Broadening the lens, Proceedings of a Roundtable on Aboriginal peoples health. Online : Canadian Population Health Initiative (consulté le 21 mars 2007).

1.

ÉTAT DE SITUATION

La précarité du niveau de vie des Premières Nations est confirmée par plusieurs indicateurs.

Le chômage sévit de manière inégale au Canada. Selon les statistiques disponibles, 52% de la population des Premières Nations en âge de travailler est aujourd'hui sans emploi et donc sans revenu décent. Le taux de chômage des adultes des Premières Nations était de 20,2% en 2001²⁸, soit le double de celui des allochtones de la province de Québec²⁹. De larges franges de la population vivent modestement ou dans la précarité totale.

Le fléau de la pauvreté est omniprésent dans les communautés. Presque 60% des adultes ont un revenu annuel inférieur à 20 000\$. Les femmes sont plus exposées à ce fléau que les hommes : deux femmes sur trois ont un revenu annuel inférieur à 10 000\$. La dépendance des Premières Nations à l'égard de l'assistance gouvernementale est 5 fois plus importante que celle des autres communautés québécoises ou canadiennes³⁰.

Avec à un faible niveau de scolarité et de minces opportunités d'emplois stables et suffisamment rémunérés, les Premières Nations vivent pleinement le cercle vicieux de la pauvreté et de la précarité. Cet état de fait réduit le pouvoir d'achat des ménages et réduit drastiquement les conditions de vie des familles et des communautés. Le développement de la petite enfance, l'estime de soi des adultes, l'alimentation, les soins et autres stress psychologiques se trouvent ainsi affectés par cette pauvreté rampante et qui n'épargne aucune caté-

gorie sociale (sur ou hors communauté, enfants, femmes, aînés, etc.). La détérioration de la santé mentale et physique est étroitement liée à la faiblesse du niveau de vie des individus, des familles et des collectivités. Elle est aussi liée à la perte d'autonomie, à la déstructuration du système socio-économique, à la rupture avec le territoire et le mode de vie traditionnel.

Il est bien connu qu'une scolarisation autodéterminée influence fortement l'état de santé et le niveau de vie des individus. La scolarisation facilite l'accès à des emplois rémunérateurs permettant des conditions de vie saines et épanouissantes. Elle permet aussi l'accès à des connaissances et des savoir-faire favorables à l'adoption de comportements sains. Or, les Premières Nations sont caractérisées par un très faible niveau de scolarisation. L'échec et le décrochage scolaires constituent des fléaux assez répandus. Comme mentionné précédemment, près de la moitié³¹ des membres des Premières Nations n'ont pas terminé leurs études secondaires contre 31%³² pour le reste des Canadiens. Cette énorme disparité contribue au maintien d'iniquités importantes et prépare le terrain au chômage, au désœuvrement et à des conditions de vie et de logement des plus précaires. Le manque de perspective d'avenir professionnel dans les communautés et l'éventualité de quitter le milieu de vie familial pour poursuivre des études secondaires ou postsecondaires constituent de véritables freins à la poursuite des études.

²⁸ CSSSPNQL (2006). ERLSPN 2002, Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés, p.106

²⁹ INSPQ (2001). Le Québec et les 18 régions socio-sanitaires http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf (consulté le 21 mars 2007)

³⁰ 72,2% des Premières Nations recevaient un revenu ou une allocation d'un pallier de gouvernement en 2001. CSSSPNQL (2006). ERLSPN 2002, Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés, p.106

³¹ CSSSPNQL (2006) ERLSPN 2002, Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés, p.104

³² [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat_scolr/\(2\)15-24niv_sco_hist.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat_scolr/(2)15-24niv_sco_hist.htm) (25 ans et plus, Québec, 2001)

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Ayant tenté le suicide durant leur vie	13,1%	18,5%	18,4%	3,5%	5,25
Ayant tenté le suicide au cours des 12 derniers mois			1,2%	0,5%	2,4
Idéation suicidaire au cours de la vie			39,0%	N/D	N/D
Idéation suicidaire au cours des 12 derniers mois			4,5%	3,9%	1,15
Éducation de niveau secondaire non complétée			49,0%	31,0%	1,58
Éducation supérieure complétée (Bac ou plus)			6,1%	19,3%	0,31
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 1 fois/semaine)			43,3%	29,8%	1,5
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 5 fois/12 mois)			70,2%	23,2%	0,31
Consommation de drogue ou de médicaments sans ordonnance au cours des 12 derniers mois			65,8%	20,0%	3,29

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Habitudes de vie					
Tabagisme : fumeur quotidien ou occasionnel	53,9%	56,1%	55,0%	20%	2,75
Usage de la médecine traditionnelle	37,5 %	39%	38,3% ^{IV}	N/A.	
Allaitement maternel	n/a		38,7%	80%	0,48
Activité physique (équivalent à 30 min jr/6jrs par semaine)	53,6% ^V	37,3% ^{VI}	45,5%	37%	1,23
Consommation d'aliments peu nutritifs chez les adolescents au moins une fois par jour			57,8 – 65,2%	17% – 22% ^{VII}	2,96

DÉMOGRAPHIE	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Espérance de vie à la naissance	70,4	75,5 ^{VIII}		77,7 ^H et 82,2 ^F ^{IX}	0,9 ^H et 0,92 ^F
Taux de natalité			23,4/1000	10,3/1000	2,33
Taux de mortalité infantile			6, 4/1000	5,4/1000	1,18
Age médian (ans)			24,7	37,1	0,66

III Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.
Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006),
sauf lorsqu'indiqué.

IV Ces données concernent les enfants

V Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

VI Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

VII http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2004/enq_nutrition04c7.pdf

VIII Les deux données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp

Les données sont valides pour 2001, pour les PN de l'ensemble du Canada

IX Les deux données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp

INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Famille avec au - 2 enfants âgés de – 18 ans (%)	N/A	N/A	41,0%	23%	2
Revenu du ménage inférieur à 20 000\$/an	N/A	N/A	24,3%	11%	2,21
Revenu personnel inférieur 20 000\$/an ^x	55,2%	65,5%	60,3%	51%	1,18
Bénéficiaires de revenus gouvernementaux ^{xi}	60,3%	80,9%	72,2% ^{xii}	13%	5,5
Enfant vivant sous le seuil de pauvreté			25% ^{xiii}	10%	2,5
Indicateur du bien-être collectif	0,71	0,74	0,72	0,89	0,8
Prestataires de l'assistance-emploi	24,3%	16,1%	20,2% ^{xiv}	9,6% ^{xv}	2,1
% de personnes bénéficiant d'un salaire provenant d'un emploi	51,1%	47,0%	49,0% ^{xvi}	61,1% ^{xvii}	0,80
Familles monoparentales			43,7% ^{xviii}	20,5% ^{xix}	2,13
Proportion d'ainés vivant seuls (65-74 ans)			33,2% ^{xx}	24,9% ^{xxi}	1,33

À l'évidence, l'appauvrissement des Premières Nations est accompagné par une détérioration rapide des valeurs ancestrales d'entraide sociale, des normes de réciprocité et de partage des ressources rares pendant les périodes difficiles (chômage, détresse psychologique, crise de toutes formes). C'est ce capital social, qui a toujours contribué à la pérennité et à la survie des membres des Premières Nations, qui se trouve aujourd'hui soumis à rudes épreuves. Encore aujourd'hui, de multiples politiques publiques contribuent à l'assimilation et

l'acculturation des Premières Nations en altérant les fondements de leurs modes de vie (accès aux territoires, etc.) et en dévalorisant sciemment les référents culturels ancestraux.

Pourtant, plusieurs recherches canadiennes et québécoises montrent la présence d'une association positive entre le développement du capital social d'une communauté et le bon état de santé de ses individus³³.

³³ Health Canada (2003). Social Capital as a Health Determinant - How is it Defined? ISBN 0-662-32985-6

X Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

XI Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

XII Donnée révisé de l'ERSPNQL 2002-03, Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

XIII http://action.web.ca/home/c2000/alerts.shtml?x=93174&AA_EX_Session=6766226b4e3173e98abb0ea55940c096

XIV En 2001

XV INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf

XVI Au cours de l'année 2001, sans égard à la durée de l'emploi

XVII http://www.cmquebec.qc.ca/documents/terr_pop/t2.6_copy1.pdf. Le taux présenté inclut les 15-64 ans, celui des Premières Nations inclut les 18-54 ans.

XVIII Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007 (proportion de ménages comportant seulement un adulte et au moins un enfant de 17 ans ou moins.

XIX INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf

XX Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007. 55 ans et plus

XXI INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf



Véhicule de toutes les valeurs sociales et socle essentiel des cultures et des civilisations autochtones, les langues ancestrales des Premières Nations sont, plus que jamais auparavant, menacées de disparaître. Cette déperdition progressive génère des ruptures de liens intergénérationnels, handicape le transfert des connaissances et de l'expertise, et fragilise irrémédiablement le ciment culturel qui a permis la survie millénaire des cultures autochtones.

Les habitudes de vie constituent un autre facteur de précarisation de l'état de santé des Premières Nations. Plusieurs habitudes de vie et dépendances à des substances nocives altèrent directement l'état de santé des Premières Nations. Le tabagisme sévit fortement au sein des Premières Nations. À cet effet, l'écart qui sépare les Premières Nations du reste de la population canadienne est de l'ordre de 35%³⁴. Les membres des Premières Nations commencent à fumer de plus en plus jeunes. Plus de 35% des fumeurs adultes ont effectivement commencé à 13 ans ou moins³⁵. La pauvreté et le faible niveau de scolarité sont souvent associés à une forte prévalence du tabagisme. La combinaison de ces déterminants laisse présager un maintien des hauts niveaux de maladies cardio-respiratoires et des diverses pathologies associées au tabagisme. En outre, l'espérance de vie, déjà défavorable aux Premières Nations, ne trouve pas en cette situation un terrain propice pour évoluer.

La consommation excessive d'alcool est 30% plus fréquente parmi les Premières Nations que parmi les autres Québécois³⁶. L'alcoolisme et ses méfaits ravageurs sont donc fortement présents parmi les Premières Nations. La consommation de drogues connaît une progression inquiétante. Les jeunes issus des Premières Nations et âgés de 18 à 24 ans consomment de la drogue ou des médicaments sans ordonnance dans une proportion de 66% en 2001³⁷, contre seulement 20% en 1998³⁸.

Cette réalité accablante, bien connue des intervenants du milieu des Premières Nations, est lourde de conséquences : violence, criminalité, maladie, blessures, etc. Mais, face à ces fléaux, les services sociaux restent rares dans les communautés, et ce, malgré l'intérêt accordé dans des programmes canadiens, tels que le Programme national de lutte à l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones.

Une alimentation saine constitue une condition cruciale pour rester en bonne santé. Or, les communautés des Premières Nations ont tendance à adopter des régimes alimentaires de plus en plus déconseillés et inadaptés pour la promotion de la santé. Ces tendances sont particulièrement préoccupantes chez les adolescents. Deux adolescents sur trois (65%,) basent leur alimentation quotidienne (consommation trois fois par jour) sur des aliments non nutritifs peu indiqués pour la santé³⁹. À titre de comparaison, au Québec, seul un adolescent sur cinq (22%)⁴⁰ consomme ce type d'aliments, et ce, uniquement une fois par jour.

La précarité du régime alimentaire des Premières Nations est aussi créée par le coût et l'accès des produits alimentaires dans les régions. Les aliments, dans les régions éloignées, peuvent coûter le triple de ceux dans les centres urbains bien desservis par les infrastructures de transport. Ces prix prohibitifs empirent la précarité alimentaire des ménages vivant déjà en dessous du seuil de pauvreté.

La transition rapide d'un mode de vie nomade à un mode de vie sédentaire, la marginalisation des aliments sains et la déperdition progressive des modes de préservation et de préparation des aliments traditionnels ont contribué à instaurer de nouveaux régimes alimentaires préjudiciables à la santé des Premières Nations. L'insuffisance de la prévention et de la promotion des saines habitudes alimentaires continue à empirer l'état de santé des Premières Nations.

³⁴ 21,6% de fumeurs au Canada en 2001. Heneman (2006), Prévalence du tabagisme au Québec : Qu'en est-il? <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/tabac/prevalence-etabagisme.pdf> (consulté le 17 avril 2007), 55% des adultes des Premières Nations fumaient en 2002. CSSSPNQL (2006) ERLSPN 2002, Rapport sur le tabagisme. p. 19)

³⁵ Calculé à partir de CSSSPNQL (2006) ERLSPN 2002, Rapport sur le tabagisme, p.26

³⁶ 72,2% des membres des Premières Nations ont consommé 5 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion au moins 5 fois en 12 mois. CSSSPNQL (2006) ERLSPN 2002, Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés, p.144. 23,2% des membres des autres Québécois ont consommé 5 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion au moins 5 fois en 12 mois. <http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/210410.html>. ÉCOSANTÉ 2007 (consulté le 17 avril 2007)

³⁷ CSSSPNQL (2006) Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007

³⁸ CSSSPNQL (1999) Enquête médicale régionale portant sur la santé des membres des Premières Nations.

³⁹ Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPN 2002. Non-publié. CSSSPNQL 2007

⁴⁰ http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2004/enq_nutrition04c7.pdf (Consulté le 17 avril 2007)



Sur un autre plan, la situation actuelle est marquée par une croissance rapide des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et l'hépatite C. À titre d'exemple, certaines populations autochtones présentent des taux de prévalence de chlamydie génitale et d'infections gonococciques très élevés, jusqu'à dix fois plus que l'ensemble du Québec. De même, plus de 60% des nouvelles infections d'hépatite C sont causées par l'injection de drogue intraveineuse⁴¹. L'adoption de saines pratiques sexuelles, ainsi que la réduction des méfaits de la consommation de drogue intraveineuse, chez les jeunes et les adultes, passent par une sensibilisation et des activités de prévention ciblées et adaptées aux cultures des Premières Nations.

Les infrastructures résidentielles constituent un autre facteur de précarisation de la santé et de la qualité de vie. De nombreuses familles des Premières Nations n'ont pas encore accès à un logement décent et viable. Le déficit de logement a tendance à se creuser sous l'effet d'une poussée démographique importante, stimulée par un taux de natalité chez les Premières Nations qui est deux fois plus élevé que celui des allochtones du Québec. Cette poussée démographique met sous pression le parc immobilier des Premières Nations. Le surpeuplement des logements ne favorise pas la santé, il engendre plutôt de mauvaises conditions d'hygiène et facilite la propagation des maladies contagieuses. Dans certaines communautés, la tuberculose sévit huit à dix fois plus que dans le reste du Canada⁴².

En 2006, les données disponibles montrent une véritable crise de logements dans les communautés des Premières Nations. Un retard de construction de presque 10 000 logements est constaté. De plus, près de 40% des logements habités ont besoin de réparations et de rénovations⁴³. Le financement disponible pour le logement des Premières Nations ne permettra pas de répondre à ce déterminant essentiel de la santé et de la qualité de vie. Tout porte à croire que le surpeuplement des logements ira en augmentant, apportant son lot de problèmes sociaux, d'hygiène, de promiscuité et de maladies diverses. Les troubles cardio-respiratoires et les

maladies pulmonaires pourraient décupler si la situation demeure aussi préoccupante dans les années à venir.

L'accès à une eau courante de qualité constitue une condition incontournable pour la viabilisation des logements habités par les Premières Nations. Les données disponibles montrent qu'une maison sur quatre ne dispose pas d'eau courante exempte de polluants. Plusieurs sondages montrent aussi que la confiance des Premières Nations envers les systèmes d'adduction et de traitement de l'eau potable s'érode progressivement. L'eau disponible dans les maisons est jugée impropre à l'utilisation par le tiers des adultes des Premières Nations⁴⁴.

La pollution de l'environnement ne se limite pas à l'eau. Plusieurs lacs, forêts et rivières sont exposés à une exploitation intensive, inadaptée et dégradante. Les Premières Nations, dont la culture est ancrée dans un territoire ouvert et diversifié, ont été atteintes dans leur propre identité lorsque la gestion des territoires a cessé de répondre à leurs critères et attentes culturelles. De même, les conflits politiques qui résultent de divergences d'intérêts sur les territoires, entre les Premières Nations et les autorités gouvernementales, maintiennent les communautés dans une attente qui compromet l'accès et la valorisation des ressources naturelles et des territoires ancestraux.

En raison de la proximité des écosystèmes menacés ou contaminés, la dégradation environnementale a un impact négatif plus grand sur les Premières Nations que sur les autres Québécois et Canadiens. Pourtant, l'exploitation intensive et la dégradation qui en résulte profitent principalement aux non autochtones. Par ailleurs, la conservation de l'environnement est encore pensée et implantée par les gouvernements à partir de schémas de pensée et de concepts souvent étrangers aux modes de vie autochtones. Si la contamination prive les Premières Nations d'un accès à des ressources saines, la conservation configurée sans l'apport des Premières Nations risque de les priver d'un accès vital aux ressources (par exemple, dans le cas de zones de conservation stricte qui ne tiennent pas compte de l'usage traditionnel du territoire).

⁴¹ MSSS, (2004) : Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du Sida au Québec. Gouvernement du Québec.

⁴² Forum socioéconomique des Premières Nations (2006), Gouvernement du Québec.

⁴³ APNQL 2007 (données préliminaires non-publiées)

⁴⁴ CSSSPNQL, 2007 (données non-publiées)

2. DÉFIS À RELEVER

L'amélioration de la santé ne peut se faire sans une action globale dans tous les domaines qui touchent aux déterminants de la santé.

La situation actuelle des déterminants de la santé expose les Premières Nations à des défis majeurs. Pour y faire face, le développement d'un modèle de santé des populations, qui inclut l'ensemble des déterminants de la santé des Premières Nations, est un élément incontournable. Une forte volonté politique des gouvernements est plus que nécessaire afin que les déterminants de la santé soient considérés dans toutes les négociations et décisions concernant les Premières Nations. Pour agir de manière globale sur les déterminants de la santé, voici quelques-uns des défis majeurs qu'aucune des instances ne peut ignorer.

ÉRADIQUER LA PAUVRETÉ ET BANNIR L'EXCLUSION SOCIALE

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale constitue un passage obligé pour un avenir en santé et porteur d'espoir pour les Premières Nations. Au Canada et au Québec, les politiques fédérales et provinciales abordent cet important déterminant de la santé avec attention et de nombreuses actions sont initiées auprès de leurs populations.

Les Premières Nations, au même titre que les autres Canadiens et Québécois, ont le droit de bénéficier d'initiatives de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale qui leur sont propres, selon leurs aspirations et leurs besoins. Pour ce faire, une volonté politique affirmée des gouvernements est capitale.

REHAUSSER L'APPRENTISSAGE DANS TOUTES SES FORMES ET RÉDUIRE LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE

L'apprentissage et l'éducation constituent des déterminants clés pour la santé et la qualité de vie. Les Premières Nations ne bénéficient pas de toutes les opportunités mises en place au Canada pour donner un accès soutenu et universel à un appren-

tissage adapté et à une éducation de qualité. L'absence d'institutions postsecondaires (et parfois secondaires) dans le milieu de vie des Premières Nations constitue un frein à l'éducation.

Le décrochage scolaire est pandémique dans les communautés des Premières Nations. À cela s'ajoute le manque d'opportunités professionnelles intéressantes. Le tout fait que les Premières Nations sont fortement dépendantes des revenus gouvernementaux et à la merci des rares emplois disponibles dans les communautés.

Le développement de compétences en gestion constitue un catalyseur des changements escomptés pour améliorer la santé et le bien-être de toutes les Premières Nations.

REVITALISER LES CULTURES ET LES LANGUES DES PREMIÈRES NATIONS

La conservation et la vitalisation des cultures et des langues des Premières Nations sont des éléments centraux de la santé des Premières Nations. Elles favorisent une santé sociale et une identité culturelle forte et épanouie.

En faisant la promotion des cultures et des langues des Premières Nations, on permet aux jeunes des Premières Nations d'être les porteurs d'une identité forte, affirmée et nécessaire au développement de la santé et à la poursuite des efforts vers l'amélioration des conditions de vie.

ADOPTER DE SAINES HABITUDES DE VIE

Comme on le sait, les habitudes de vie sont influencées par des facteurs individuels, environnementaux et structurels.

Les habitudes de vie d'une large frange des populations issues des Premières Nations sont en effet fragilisées par divers facteurs dont la pauvreté,



le faible niveau d'éducation (formelle ou informelle), la violence, les dépendances. Pour améliorer la santé et le développement social des Premières Nations, les vulnérabilités à la source de ces facteurs doivent être maîtrisées.

L'accessibilité à des aliments nutritifs et abordables, à des activités sportives et de loisir et des infrastructures adaptées deviennent un impératif incontournable.

La sensibilisation et l'éducation à la santé doivent permettre aux individus d'avoir accès à toutes les informations nécessaires pour faire des choix éclairés concernant les saines habitudes de vie.

FACILITER L'ACCÈS AUX LOGEMENTS ADÉQUATS

Considérant le droit fondamental à un logement décent, il est impératif que tout membre des Premières Nations y ait accès, sans égard à son revenu, son âge ou à la taille de sa famille.

Le surpeuplement et la forte promiscuité, qui contribuent à des conditions de vie familiale tendues et à des conditions sanitaires indésirables, doivent être enrayerés par la construction et la rénovation de logements.

Relever ce défi implique des engagements gouvernementaux et des investissements majeurs et urgents pour la construction d'un nombre suffisant de logements et la remise en état du parc immobilier existant.

VALORISER LES TERRITOIRES ET PRÉSERVER LES RESSOURCES NATURELLES

Le défi de la participation réelle, pleine et entière des Premières Nations dans les initiatives d'utilisation et de conservation du territoire est crucial pour le développement du niveau de vie des communautés.

En partenariat et dans le respect de tous les utilisateurs du territoire, cette participation permet de tirer parti des ressources et d'intégrer les technologies dans les collectivités.

Dans un pays riche et développé comme le Canada, il est inacceptable que certaines communautés n'aient pas accès à de l'eau potable. L'accès à l'eau de qualité pour tous est un défi crucial.

ANTICIPER LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Les Premières Nations occupent des espaces géographiques qui seront particulièrement exposés aux changements climatiques. Les communautés doivent pouvoir se préparer et prévoir les actions requises pour réduire les impacts de ces changements sur leur santé, sur leur mode de vie et sur le bien-être collectif.

Faute de moyens, rien n'est fait pour anticiper ces changements et les considérer pleinement dans les agendas des Premières Nations. Les dispositifs gouvernementaux en matière de conservation des écosystèmes et de la biodiversité doivent aussi ajuster leurs pratiques à leurs discours.

L'adhésion des gouvernements à l'ensemble des conventions internationales, qui reconnaissent les droits des Premières Nations à un environnement sain et viable, doit s'actualiser et se traduire par des mesures appropriées et adaptées aux droits acquis, aux besoins et aux particularités des Premières Nations.

3.

AXES ET ACTIONS POUR L'INTERVENTION

Le Plan directeur en santé et services sociaux des Premières Nations, 2007-2017, opte pour des interventions structurelles qui s'inscrivent dans le cadre d'une complémentarité entre les diverses instances issues des Premières Nations et qui œuvrent dans divers domaines névralgiques comme l'éducation, la culture, le développement économique, le développement des ressources humaines, le développement durable, le logement, la promotion de la jeunesse, etc. Les axes retenus dans ce cadre sont au nombre de cinq et sont issus des consultations effectuées spécifiquement auprès des instances régionales concernées.

3.1 POUR UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, L'EXCLUSION SOCIALE ET LA PRÉCARITÉ

La pauvreté vécue par les Premières Nations constitue la plus grave injustice sociale au Canada. La lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité doit mobiliser les initiatives pour permettre aux Premières Nations de vivre en santé et d'accéder à une qualité de vie décente.

Le Québec prend conscience de l'ampleur du problème et s'est doté, depuis 2003, d'une Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette stratégie, qui vise à améliorer les conditions de vie des plus pauvres, à favoriser leur

autonomie et à bâtir une société meilleure, doit être renforcée et adaptée pour les communautés des Premières Nations.

Les Premières Nations, aux prises avec des écarts socio-économiques remarquables, comparative-ment à la population québécoise et canadienne, doivent bénéficier davantage de moyens et de nouveaux programmes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Créer davantage d'opportunités d'emploi, de revenu et de création de richesse dans les communautés

Plusieurs communautés des Premières Nations sont maintenues dans la précarité en raison, notamment, du manque d'opportunités d'emploi bien rémunéré et permanent. Cette situation maintient la dépendance des Premières Nations à l'égard de divers programmes gouvernementaux d'aide au

revenu. Le cercle de la dépendance doit être rompu par la multiplication d'initiatives locales, régionales et publiques visant à créer de la richesse et des opportunités d'emploi.

La création d'une dizaine de milliers d'emplois est requise durant la prochaine décennie pour atteindre la parité avec la population générale du Québec en matière d'emploi. Pour atteindre cette cible, parmi les mesures envisagées par les instances compétentes des Premières Nations, mentionnons les suivantes :

- > Implanter de grands programmes favorisant la création d'emploi dans les communautés.
- > Développer une démarche de lutte contre la pauvreté adaptée aux Premières Nations.
- > Transférer et développer les compétences en matière de gestion de sécurité des revenus aux Premières Nations.
- > Inciter l'émergence d'entreprises créatrices d'emplois dans les communautés des Premières Nations; notamment dans les métiers et secteurs économiques prometteurs.
- > Développer davantage de services d'information et de soutien aux personnes à la recherche d'un emploi.
- > Renforcer la formation continue et l'insertion professionnelle des personnes issues des communautés dans les corps de métiers et les ordres professionnels établis.
- > Promouvoir l'insertion des femmes issues des Premières Nations dans les métiers non traditionnels.
- > Mettre en place des programmes qui réconcilient insertion sociale et insertion professionnelle des membres des communautés.
- > Doter les Premières Nations des ressources requises pour initier des programmes créateurs d'emplois et de richesses collectives.



Stimuler les investissements publics et privés

Agir sur les causes de la pauvreté, réduire les inégalités et favoriser l'inclusion des personnes nécessitent une mobilisation forte et continue de tous les partenaires. Les gouvernements et les Premières Nations doivent renforcer leur leadership dans ce domaine pour mobiliser davantage d'initiatives novatrices et créatrices d'emplois pour les populations issues des Premières Nations. Pour ce faire, les instances des Premières Nations doivent disposer des moyens d'agir en vue de :

- > Diversifier l'économie et conquérir des débouchés dans les marchés mondial, national, régional et local.
- > Intensifier l'entrepreneuriat et l'innovation technologique.
- > Créer des partenariats d'affaires bénéfiques aux Premières Nations.
- > Développer des entreprises touristiques issues des Premières Nations.
- > Créer de nouveaux incitatifs et des outils de financement adaptés au développement économique des communautés des Premières Nations.

Inciter et promouvoir le développement d'une économie sociale

Les Premières Nations manifestent un intérêt particulier pour le développement d'une économie sociale fondée sur l'innovation des formes organisationnelles, la mise en place de fondations, de coopératives, de système de micro-crédits, etc. À l'évidence, les valeurs sous-jacentes à ce type de développement sont comparables avec celles en vigueur chez les Premières Nations. À cette fin, il convient de :

- > Créer des incitatifs pour la mise en place de coopératives et de nouvelles formes d'organisations des activités productives ancrées dans la vie des communautés.
- > Valoriser l'entraide au sein des communautés.
- > Créer des coopératives de logements.
- > Créer des formations et un dispositif d'encadrement et de soutien financier pour les initiatives porteuses pour le développement social.

3.2 RENFORCER ET RÉNOVER LES INFRASTRUCTURES RÉSIDENTIELLES ET COLLECTIVES

L'accès à un logement acceptable, c'est-à-dire de taille et de qualité convenables, tout en étant abordable, constitue un droit inaliénable pour toute personne vivant sur le territoire canadien. Pour être viable, un logement doit respecter les normes de santé publique concernant l'hygiène, la salubrité et l'espace disponible pour chaque résident. Or, les infrastructures résidentielles dans les communautés des Premières Nations sont, dans plusieurs cas, en piètre état. Plus que partout ailleurs au Québec, les habitations sont, dans bien des cas, désuètes, très exiguës ou non sécuritaires. Il est inquiétant d'y trouver un aussi grand nombre de logements non conformes ou aux prises avec des problèmes de contamination.

Une nouvelle approche en matière de logement a été maintes fois réclamée par les Premières Nations afin de contrer la crise actuelle et de préserver les populations contre les méfaits de cette réalité. Cette nouvelle approche couvre notamment l'exercice de l'autorité en matière de conception de nouveaux modes de gestion et de financement, la mise en œuvre d'une politique de construction, de rénovation et d'appropriation de l'habitat, etc.

Notons qu'un travail important a été réalisé par l'APNQL dans le domaine du logement. Afin d'aller plus loin et pour renforcer la qualité et la quantité de logements ainsi que des infrastructures communautaires, il est important d'accélérer la cadence de la construction et de la rénovation des logements. Il faut donner aux Premières Nations les moyens de développer leurs capacités dans le domaine.



Comblant le déficit en logements dans les communautés et arrêter sa progression d'ici 2012

Une habitation de qualité permet aux Premières Nations de mieux lutter contre plusieurs pathologies liées à un habitat précaire, d'avoir une qualité de vie décente et de donner les meilleures conditions de développement et d'épanouissement aux jeunes générations. Pour remédier aux carences constatées en matière de logement, des mesures doivent être initiées en vue de :

- > Accélérer le transfert et l'allocation de nouveaux territoires pour les besoins de construction.
- > Assainir les milieux et espaces dédiés ou occupés par les constructions résidentielles.
- > Faciliter l'accès des Premières Nations aux financements et incitatifs visant la construction résidentielle et l'aménagement des quartiers et espaces dédiés aux résidences.
- > Faciliter la rénovation et la décontamination de logements.
- > Mettre en place une structure de concertation et de négociations pour le développement d'une nouvelle approche en matière de logement sur et hors communauté.
- > Favoriser le logement des personnes âgées en perte d'autonomie et des handicapés.

Investir dans la création et le maintien en état des infrastructures requises

Les conditions de vie sont largement facilitées par la présence des infrastructures suffisantes et réparées de manière équitable entre les régions et les communautés. Au Canada, les Premières Nations accusent un retard croissant en matière d'infrastructures requises pour accéder à une eau de qualité et pour traiter les eaux usées. Au Québec, les efforts consentis ont grandement amélioré la situation à ce chapitre. Il n'en demeure pas moins des besoins importants pour relier des collectivités à un réseau routier fonctionnel et sécuritaire, et leur donner les moyens d'échanger parfaitement les biens et services. Pour combler ces retards, des actions doivent être initiées en vue de :

- > Désenclaver les nombreuses communautés autochtones vivant aujourd'hui l'isolement par un réseau routier sécuritaire et adapté.
- > Normaliser les réseaux routiers dans les communautés.

- > Maintenir de hauts standards d'approvisionnement en eau potable et de traitement des eaux usées.
- > Donner aux Premières Nations les moyens de développer leurs capacités dans la gestion des infrastructures routières, des aqueducs et des réseaux de traitement des eaux usées.
- > Améliorer les infrastructures sportives et de loisirs dans toutes les communautés des Premières Nations.

3.3 RENFORCER L'APPRENTISSAGE ET FAIRE VALOIR LE SAVOIR

La situation actuelle est marquée par une disparité importante et grandissante entre les Premières Nations et les allochtones, en matière d'éducation et de diplomation. Elle est aussi marquée par un recul des valeurs culturelles, des langues des Premières Nations et par une sensibilisation insuffisante à l'égard de nombreuses habitudes de vie bénéfiques à la santé et à la qualité de vie.

Des actions concrètes et urgentes doivent être engagées en vue d'augmenter le niveau de scolarisation, améliorer la réussite scolaire, réduire le décrochage et accroître les compétences du capital humain des Premières Nations. Pour ce faire, l'intervention collective est requise dans de nombreux domaines identifiés par les instances représentatives des Premières Nations en matière d'éducation, notamment :

Lutter contre le décrochage scolaire et gratifier la réussite

- > Instaurer et diversifier les incitatifs et les gratifications qui valorisent la réussite scolaire des jeunes.
- > Créer ou renforcer les partenariats avec les institutions scolaires québécoises pour le développement de programmes spécifiques aux Premières Nations.
- > Adapter les formations aux besoins culturels, linguistiques et identitaires des Premières Nations.
- > Développer un matériel didactique adapté aux régions et diverses communautés.
- > Soutenir les parents dans leurs efforts d'encadrement et de prise en charge des enfants scolarisés.



Introduire les nouvelles technologies dans le système éducatif

- > Mettre les technologies à la disposition de toutes les communautés des Premières Nations. Les nouvelles technologies constituent un précieux levier pour dispenser des formations qualifiantes et de qualité.
- > Installer les équipements et infrastructures requises pour brancher toutes les communautés aux réseaux grands débits et aux réseaux Internet sans fil.
- > Susciter l'intérêt pour le savoir et initier les bonnes pratiques et les valeurs reliées à l'acquisition et à la maîtrise des nouvelles technologies.
- > Investir dans la construction de terrains de jeux aménagés.

Équiper les écoles et les communautés de suffisamment de matériels et équipements sportifs

- > Investir dans la mise à niveau des équipements sportifs disponibles actuellement pour favoriser la pratique des activités sportives.
- > Créer de nouveaux centres sportifs dans toutes les communautés.
- > Subvenir aux coûts d'équipements, d'entretien et d'animations sportives dans l'ensemble de ces infrastructures.

Favoriser le développement des compétences qualifiantes

- > Inciter le retour aux études des membres des Premières Nations sur et hors communautés considérant que le développement des compétences facilite la création des richesses et réduit la pauvreté et que, de nos jours, la formation doit se faire tout au long de la vie et prendre plusieurs formes.
- > Renforcer la formation professionnelle et technique, sur et hors communautés.
- > Développer les compétences de la main-d'œuvre des Premières Nations dans les domaines de la formation technique et professionnelle.
- > Sensibiliser les jeunes aux nouveaux métiers et les soutenir dans l'acquisition des compétences requises.
- > Instituer une instance relevant des Premières Nations qui sera chargée de l'harmonisation et de l'optimisation des activités d'éducation des adultes.

- > Faciliter l'accès à des qualifications professionnelles dans des secteurs en demande et porteurs pour l'avenir.
- > Développer et adapter des formations spécifiques à mettre en place dans les communautés, selon les besoins exprimés par les communautés.

3.4 PROMOUVOIR ET FACILITER L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

- > Développer une approche intégrée et systématique pour agir sur les habitudes de vie afin de faciliter le changement des comportements néfastes à la santé.
- > Poursuivre et intensifier les initiatives de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations.
- > Sensibiliser les jeunes générations sur les méfaits de la sédentarité et de l'inactivité physique.
- > Renforcer et maintenir les initiatives visant à faire prendre conscience des bienfaits d'une alimentation saine et équilibrée ainsi que de l'alimentation traditionnelle (cours de cuisine saine, petits déjeuners sains en milieu scolaire, etc.).
- > Faciliter l'accès aux aliments sains et abordables et favoriser les activités physiques.
- > Créer des milieux de vie favorables à l'adoption de saines habitudes de vie en adoptant, par exemple, des approches telles *Écoles en santé*, *Communautés en santé*, etc.
- > Contrer les comportements et les effets pervers liés aux diverses formes de dépendance aux drogues.
- > Innover dans le domaine de l'éducation sexuelle afin de favoriser l'adoption de saines pratiques sexuelles.

3.5 STIMULER L'IDENTITÉ CULTURELLE, L'EMPOWERMENT ET LE CONTRÔLE COMMUNAUTAIRE DE LA GESTION DES RESSOURCES NATURELLES

Aujourd'hui, l'autonomie des Premières Nations dans la gestion des affaires collectives de leurs communautés n'est que partielle. La reconnaissance du leadership et du contrôle par les Premières Nations est crucial pour les années à venir.



Sécuriser l'identité culturelle et réhabiliter le sentiment d'appartenance des Premières Nations

Les Premières Nations vivent mal la perte progressive de leur culture et de leur identité. Pour contrer cette réalité, il convient de :

- > Mettre en place des initiatives visant à raviver l'espoir chez les Premières Nations. Cela inclut la possibilité de vivre dans une communauté sécuritaire, pacifique, autonome, la possibilité de réaliser ses propres projets de vie, des opportunités d'emploi, etc.
- > Apporter un soutien public pour valoriser la culture, réhabiliter les valeurs communautaires et raffermir l'identité dès l'enfance.
- > Reconnaître la valeur ajoutée par les peuples des Premières Nations à travers le Canada et le Monde et ainsi, renforcer la fierté d'être autochtone et diminuer le racisme et la ségrégation que vivent trop souvent les Premières Nations.
- > Mettre en tête des politiques de santé et de développement social le défi de la sécurité identitaire et culturelle. Une identité en sécurité, forte et fière ressuscitera l'espoir, redonnera confiance et servira, sans nul doute, à l'atteinte de l'autonomie gouvernementale et au rayonnement des Premières Nations dans le Canada et dans le Monde.
- > Renforcer ces campagnes de communication et de sensibilisation publiques au sujet des conditions de vie et de santé des Premières Nations.

Promouvoir une valorisation des ressources naturelles bénéfiques aux Premières Nations

- > Intégrer pleinement les Premières Nations aux processus de prise de décision relatifs à la gestion et à la valorisation des ressources naturelles et territoires historiquement utilisés puisqu'elles sont au cœur de l'améliorer de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations.
- > Intégrer la valorisation des cultures des Premières Nations, incluant le mode d'organisation du territoire, dans le cadre de projets de société et de développement humain pour les résidents des régions dont les ressources sont très convoitées.
- > Réhabiliter et protéger les droits ancestraux dans la gestion de ces ressources.
- > Consulter les Premières Nations au sujet des principales politiques environnementales ayant un impact sur leurs modes de vie et leur qualité de vie.

Anticiper les changements climatiques et les contrer de manière proactive

- > Donner le droit et les moyens aux Premières Nations de participer pleinement aux décisions canadiennes visant à lutter contre les changements climatiques et à réduire des émissions de gaz à effet de serre, et à favoriser l'atteinte des objectifs du Protocole de Kyoto.
- > Développer des nouvelles sources d'énergie renouvelable et compatible avec la pérennité des ressources naturelles présentes dans les écosystèmes habités, occupés ou revenant de droit aux Premières Nations.
- > Sensibiliser les communautés des Premières Nations aux changements climatiques.
- > Soutenir les communautés dans les mutations des écosystèmes écologiques et faciliter, dans ce cadre, une meilleure coordination entre les ministères concernés par les changements climatiques.
- > Faire l'inventaire des impacts possibles et prévisibles en matière de changement climatique et de leurs effets sur les Premières Nations.



WAPIKONI MOBILE : PROJET CINÉMATOGRAPHIQUE DANS LES COMMUNAUTÉS INNUES, ALGONQUINES, ATIKAMEKWS

Le Wapikoni mobile est un véritable studio de cinéma roulant qui parcourt les communautés innues, algonquines et atikamekws depuis juin 2004. Il offre aux jeunes un lieu de rêve, de rencontres entre pairs, d'expression, d'apprentissage, d'échange et de valorisation. Le Wapikoni mobile a parcouru plus de 16 000 km au cours de la dernière année, et il poursuit sa route. À chacune de ses escales, ses formateurs accueillent une douzaine de jeunes créateurs en tournage, en montage, en formation ou en visionnement. Depuis son premier kilomètre, le Wapikoni mobile a effectué près de 25 escales dans les communautés. Un site Internet, donnant accès à plus de 70 films, est accessible au grand public qui peut, de cette manière, pénétrer la réalité des jeunes cinéastes autochtones et comprendre leur univers.

Cette initiative a pour mission de donner la parole aux jeunes et leur permettre d'exprimer les réalités parfois difficiles qu'ils vivent. Ce droit de parole permet aux jeunes de développer un sentiment de fierté et un renouvellement de leur identité autochtone, en plus de mettre à profit leur esprit créatif. De plus, leurs productions permettent de présenter au public l'univers de vie quotidienne des jeunes membres des Premières Nations et de réduire ainsi les préjugés dont ils sont trop souvent victimes. L'espoir et la motivation portent les participants, au grand enthousiasme de leurs parents, aînés et autorités politiques qui voient en ce projet novateur et créatif un véritable véhicule positif de l'identité autochtone.

Le projet fait des petits grâce à l'appui de partenaires et le dévouement des intervenants locaux qui reconnaissent la valeur de l'initiative. En effet, le projet Wapikoni a maintenant des studios permanents dans les communautés de Mashteuiatsh, Kitcisakik et Wemontaci où les jeunes peuvent se rencontrer autour de la création vidéo, contribuant ainsi à leur épanouissement personnel et social. Voici une initiative novatrice qui augmente l'estime de soi des jeunes et le pouvoir d'agir individuel et collectif et aide à prévenir de nombreuses problématiques sociales chez les jeunes.

4. CE QUI CHANGERA D'ICI 2017

- > Les gouvernements agissent de manière vigoureuse pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale chez les Premières Nations et font de cet enjeu une priorité nationale.
- > Le pourcentage de familles et d'enfants vivant sous le seuil de la pauvreté est similaire à celui observé dans le reste du Canada.
- > Le décrochage scolaire diminue significativement dans toutes les régions et communautés des Premières Nations.
- > Les opportunités d'emploi et d'entrepreneuriat, ainsi que les revenus disponibles pour les familles et communautés des Premières Nations sont en croissance régulière.
- > Les infrastructures collectives et résidentielles, y compris les logements, sont présentes de manière suffisante et satisfaisante dans toutes les communautés des Premières Nations.
- > L'appartenance identitaire et le patrimoine culturel des Premières Nations sont revitalisés et leur pérennité est assurée.
- > Les communautés accèdent, au territoire et sont en mesure de valoriser et préserver les ressources naturelles.
- > Des programmes visant la promotion et l'adoption de saines habitudes de vie sont en place dans les écoles, lieux de socialisation et milieux de travail.
- > Les infrastructures et les équipements sportifs sont disponibles et totalement fonctionnels dans toutes les communautés des Premières Nations.

UN CAPITAL HUMAIN SUFFISANT ET SOUTENU PAR LES ACQUIS DE LA RECHERCHE- DÉVELOPPEMENT

De nos jours, les Premières Nations accusent un grave déficit en matière de ressources humaines et d'institutions de recherche capables de relever, de manière endogène, le défi de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des communautés. Or, relever les défis de la santé requiert un capital humain à la hauteur des ambitions des Premières Nations. Cela va de soi, les communautés des Premières Nations ont besoin d'être mieux comprises et mieux soignées, dans leurs langues et dans le respect de leur identité et de leurs valeurs culturelles. À plus d'un titre, les compétences culturelles en matière de prestation des soins de santé et des services sociaux constituent une préoccupation majeure des communautés des Premières Nations.

Avec les ressources actuellement disponibles, les Premières Nations du Québec n'ont pas toujours la capacité de produire suffisamment de données fiables et actualisées pour documenter et analyser les problématiques sanitaires et sociales auxquelles elles font face. Le manque de données précises empêche les Premières Nations et les organismes en charge de la prestation des services de santé d'identifier l'ampleur des problématiques, les évolutions tendancielles et les priorités à cibler. Cette carence prive aussi les Premières Nations de l'expertise requise pour promouvoir l'innovation et expérimenter de nouvelles façons de faire dans tous les domaines de la santé et des services sociaux.

1.

ÉTAT DE SITUATION

L'attachement à l'héritage culturel et aux valeurs ancestrales donne à la médecine traditionnelle une place importante dans les soins et services sociaux rendus disponibles par les communautés à leurs membres. Les enquêtes menées récemment montrent que plus du tiers des membres des communautés des Premières Nations (37%) ont recours à des médications traditionnelles et plus de la moitié de la population (51%) consulte des guérisseurs traditionnels. De facto, les guérisseurs et les prestataires de la médecine traditionnelle constituent des ressources fort convoitées par les Premières Nations.

Dans un contexte de rareté de professionnels de la santé issus des Premières Nations, peu de membres des Premières Nations peuvent bénéficier de services de santé dispensés par des praticiens parlant leur langue, comprenant leur culture et leur mode de vie. Les données disponibles montrent que, au sein des Premières Nations, presque une personne sur deux préfère consulter et être traitée par des prestataires de soins issus des Premières Nations. L'absence et la rareté des prestataires et des professionnels issus de leurs communautés amèneraient plusieurs membres de communautés à se priver des soins et des services sociaux requis.

Le niveau de scolarité de la population est préoccupant. Le décrochage et l'échec scolaires constituent une autre facette de l'insuffisance des ressources humaines spécialisées en santé et services sociaux. Les données disponibles montrent que près de la moitié des adultes (49%) n'ont pas complété leurs études secondaires. Chez les adolescents, près de la moitié ont déjà redoublé une année scolaire et près des deux tiers (63%) ont affirmé avoir eu des difficultés scolaires⁴⁵. Ceci présage que le décrochage scolaire chez les adolescents sera considérable dans les prochaines années. Notons que dans la majorité des cas, les jeunes doivent s'expatrier pour aller étudier dans des centres urbains avec des allochtones. Ils le font à contre-cœur puisque quitter la communauté est souvent

mal perçu, ce qui nuit à une réussite scolaire, déjà bien fragilisée par l'éloignement et le manque de soutien familial.

En comparaison aux allochtones du Québec, les membres des Premières Nations ont trois fois moins de chances de terminer leurs études secondaires et quatre fois moins de chances d'obtenir un diplôme de premier cycle universitaire. Les difficultés de scolarisation des jeunes générations issues des Premières Nations ne sont pas de nature à faciliter la formation d'un nombre suffisant de professionnels compétents en santé tant sur les plans techniques que culturels ou linguistiques.

Les professionnels autochtones spécialisés en santé ne dépassent guère la proportion de trois pour mille relativement au total des professionnels en santé de l'ensemble du Canada, alors que le poids démographique des Premières Nations dans le total canadien approche les 4% (40 pour mille). Déjà en 1996, la Commission Royale d'Enquête sur les Peuples Autochtones (1996) estimait nécessaire la formation de plus de 10 000 professionnels de la santé issus des Premières Nations canadiennes, et ce, pour renforcer les compétences culturelles en matière de santé et de services sociaux dispensés aux Premières Nations.

C'est aussi pour cette raison que la planification et l'élaboration de programmes en santé pour les Premières Nations continuent d'être l'apanage quasi exclusif des autorités gouvernementales fédérales et provinciales. Celles-ci ne semblent pas se préoccuper suffisamment de la formation du capital humain en santé dans les Premières Nations. Pourtant, le Rapport de la Commission Royale d'Enquête sur les Peuples Autochtones

⁴⁵ CSSSPNQL, (2002). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations du Québec et du Labrador - rapport des Premières Nations vivant dans les communautés.

a souligné l'importance de la disponibilité des ressources humaines locales dans le développement des services de santé et de services sociaux en indiquant : « il est évident qu'un plus grand nombre de services, si ces services sont imposés de l'extérieur, ne donnera pas les résultats voulus ».

La forte rotation des professionnels de la santé constitue une autre source de préoccupation. Les données disponibles montrent une grande mobilité du personnel médical dans les communautés qui prive les patients de la proximité culturelle et de la compassion utile pour atténuer les souffrances de la maladie. Elle ne permet pas non plus aux professionnels et dispensaires de santé d'accumuler l'expérience professionnelle requise pour dispenser des services adaptés, continus et rassurants.

Le défi de la santé requiert aussi la production de suffisamment de nouvelles données statistiques éclairant la prise de décision concernant les programmes et les services en matière de santé et de services sociaux à mettre en place. Or, la production des statistiques et autres données utiles à la prise de décision en santé autochtone souffre de plusieurs problèmes.

Les organisations et instituts publics de collecte de données excluent presque invariablement les communautés des Premières Nations de leurs échantillons, ne distinguent pas entre les différentes identités autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis) et produisent des données réductrices et nécessairement biaisées au sujet des Premières Nations. C'est aussi pour cette raison que les communautés sont de plus en plus réticentes à collaborer avec les collectes de données statistiques ne relevant pas de leurs instances.

Il faut dire aussi que pour des raisons éthiques, les Premières Nations s'opposent bien souvent à la collecte d'informations sur leurs populations si elles n'en retirent que très peu de bénéfices, si elles ne sont pas impliquées dans le processus d'élaboration, ou ne voient pas les motivations de ces collectes de données. Très souvent, les enquêtes menées par les organismes de recherche

et de statistiques ne respectent pas le protocole de recherche de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador qui inclut les principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP).

Les enquêtes non-autochtones offrent un portrait national des autochtones et rarement des données précises au sujet de ceux du Québec. Aujourd'hui, il est n'est pas facile d'obtenir des données statistiques par communauté ou par nation, ce qui entrave fortement l'identification des besoins et des services requis. Cette carence est d'autant plus déplorable quand on connaît l'importance des budgets engloutis dans diverses institutions de statistiques fédérales, notamment l'Institut de statistiques des Premières Nations, qui relève de Statistique Canada et qui ne procurent que des données segmentées et peu représentatives du vécu des Premières Nations dans toutes les communautés de la région du Québec.

Sur le plan de la Recherche-Développement (R-D), le déficit est encore plus marqué. Les Premières Nations du Québec n'ont pas à leur disposition suffisamment de structures et de ressources en R-D, pouvant traiter de l'état de santé et de services sociaux dans leurs communautés. Cette carence ne facilite pas la production de connaissances nouvelles et la mise en place d'innovation en santé et services sociaux des Premières Nations.

Les quelques jeunes et rares organisations de recherche issues des Premières Nations sont sous-financées. Cette carence dans le financement ne facilite pas l'amélioration des compétences et la formation continue. Orienté par les fonds subventionnaires, ce financement n'est disponible que pour soutenir des enquêtes qui répondent aux priorités gouvernementales, mais rarement à celles des Premières Nations. D'ailleurs, les Premières Nations sont très peu consultées et les agendas de recherche sont souvent dictés par les instances gouvernementales. De plus, ce financement privilégie les enquêtes et sondages qui ne correspondent pas nécessairement aux aspirations ou aux programmes de recherche émanant des Premières Nations.



Ceci a pour effet de précariser la recherche initiée et dirigée par les Premières Nations qui, si elle ne répond pas aux orientations des bailleurs de fonds, reste sans ressources. En somme, dans cette situation, très peu de ressources sont consenties au développement de capacités des Premières Nations en recherche.

Des questions éthiques sont posées, surtout parce que certaines communautés des Premières Nations ne sont pas suffisamment familiarisées avec les impératifs de l'éthique de recherche et des principes PCAP. Alors qu'une minorité de communautés ont des protocoles éthiques régulant la recherche, plusieurs autres participent à ces recherches sans en retirer le moindre avantage.

Il n'existe aucune structure de collecte systématique de données administratives au niveau communautaire, mis à part des outils de gestion de cer-

tains programmes fédéraux destinés à alimenter les instances gouvernementales. Un outil de compilation d'informations créé par et pour les Premières Nations pourrait servir la planification et la gestion des services communautaires et régionaux.

Faute de ressources, les Premières Nations ne bénéficient pas suffisamment du transfert de connaissances et d'expertises provenant des autres groupes autochtones à travers le Canada ou ailleurs dans le Monde. Pourtant, le transfert de connaissances pourrait être bénéfique pour faire avancer les savoir-faire et tirer parti des expériences et modèles de santé destinés aux Premières Nations et peuples autochtones.

Tous ces éléments font que la compréhension et la surveillance en santé publique des Premières Nations restent insuffisamment développées pour relever les défis de la santé et des services sociaux.

2. DÉFIS À RELEVER

PARIER SUR LES COMPÉTENCES ISSUES DES PREMIÈRES NATIONS

Pour améliorer la planification et la qualité de la prestation de soins et de services sociaux aux Premières Nations, la formation du capital humain devient une condition nécessairement incontournable. D'où l'importance de l'instauration d'une stratégie de formation des ressources humaines en santé pour les Premières Nations.

Des soins de santé et des services sociaux adaptés aux Premières Nations requièrent une forte participation et représentation des professionnels issus des Premières Nations, tant dans la prestation de services que dans la planification stratégique en santé.

Au même titre que les autres Canadiens, les Premières Nations ont droit à des services dans la langue de leur choix. Cela exige un renforcement significatif des compétences

culturelles et linguistiques adaptées aux multiples contextes vécus par les Premières Nations pour l'ensemble du personnel allochtone (et autochtone, au besoin).

La formation des ressources humaines qualifiées en santé suppose une progression rapide du taux de diplomation au secondaire. Ceci requiert aussi la mise en place de stratégies et de conventions avec les universités et les cégeps en vue de former davantage et de favoriser les membres des Premières Nations qui désirent faire carrière dans les secteurs prioritaires en santé et en services sociaux.

ATTIRER ET RETENIR LES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

L'attraction et la rétention des ressources humaines compétentes en santé et issues des Premières Nations exigent la conception et la mise en place d'incitatifs capables de remédier à la rareté et à la forte mobilité des compétences en santé dans les régions isolées.

L'expérience montre que seul un petit nombre de jeunes professionnels des Premières Nations formés à l'extérieur de leur communauté reviennent pratiquer leur métier dans leurs communautés d'origine. Le manque d'opportunités intéressantes dans les communautés contribue certainement à cet exode massif et irréversible des cerveaux et des compétences issus des Premières Nations.

INVESTIR DANS LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

Alors que la recherche en santé bénéficie d'importants investissements publics, la recherche portant sur la santé et les services sociaux des Premières Nations reste marginale.

Pourtant, les problématiques de santé et de services sociaux chez les Premières Nations ne peuvent être résolues sans innovation et sans recours inten-

sif aux nouvelles technologies et connaissances. Les évidences montrent que l'innovation porteuse de changement ne peut se faire uniquement par imitation.

D'où l'importance de la R-D dans le développement de compétences et de capacités. Les organismes des Premières Nations ont besoin de financements additionnels et sur une base récurrente pour mener des activités de R-D relativement aux problématiques de santé et services sociaux chez les Premières Nations du Québec.

Le défi de l'innovation et de la R-D ira de pair avec celui de la collecte de statistiques épidémiologiques et du développement de compétences d'analyse, de planification et de formation adaptées aux besoins ponctuels de communautés ou organisations des Premières Nations.

Les instances représentant les Premières Nations, notamment la CSSSPNQL, doivent jouer un rôle grandissant en matière de planification, d'analyse et d'évaluation des prestations des soins de santé et des services sociaux. Cela passe par la mobilisation d'un financement suffisant, prévisible et récurrent pour développer les capacités d'analyse et de R-D.

3. AXES ET ACTIONS POUR L'INTERVENTION

Afin de répondre à ces défis, différents axes d'intervention ont été identifiés.

3.1 FORMER, ATTIRER ET RETENIR LES COMPÉTENTES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Pour les prochaines années, la formation d'un nombre suffisant de professionnels issus des Premières Nations, qualifiés en santé et services sociaux constitue la pierre angulaire de toute politique voulant remédier aux disparités actuelles et améliorer l'état de santé des Premières Nations. La réussite scolaire repose grandement sur la qualité et la disponibilité des infrastructures d'apprentissage, de cursus et de formateurs compétents et

capables de stimuler les jeunes dans la conquête du savoir. La réussite scolaire des jeunes générations requiert une action collective concertée et impliquant la collaboration des divers organismes agissant pour les Premières Nations, tels que le Conseil en Éducation des Premières Nations (CEPN), l'Institut culturel et éducatif montagnais (ICEM), la CSSSPNQL, etc.

Des actions vigoureuses doivent être initiées dans ce domaine, car c'est uniquement à ce prix que les Premières Nations arriveront à susciter l'intérêt de leurs jeunes pour le savoir, la réussite et la santé.



Renforcer la motivation des jeunes pour les études

- > Doter les écoles des différentes régions d'enseignants compétents et motivés.
- > Mettre à la disposition des jeunes générations un personnel de soutien qualifié et porteur de projets collectifs et d'espoir.
- > Doter toutes les écoles des dernières technologies éducatives requises : informatiques, manuels, logiciels, laboratoires.
- > Équiper les écoles et les régions de suffisamment de lieux, d'équipements et de personnel d'encadrement pour favoriser la pratique d'activités sportives et récréatives, toute l'année.

Favoriser la réussite scolaire et le mérite

- > Inciter les jeunes à persévérer dans les cursus d'apprentissage et de formation (formelle ou informelle).
- > Favoriser l'accès aux formations qualifiantes, même dans les régions les plus reculées.
- > Promouvoir l'excellence et le mérite dans toutes les écoles et couches sociales.
- > Innover dans les moyens de prévention du décrochage scolaire.
- > Multiplier les ententes de partenariats en vue d'adapter les cours de formation aux besoins et réalités des communautés des Premières Nations.

Valoriser les études supérieures débouchant sur des carrières en santé

- > Rapprocher davantage les professionnels de la santé et des services sociaux, particulièrement ceux issus des Premières Nations, avec les jeunes de leurs communautés.
- > Créer des modèles et des représentations inspirant l'envie de s'impliquer davantage dans l'amélioration de la santé et du bien-être des communautés.
- > Créer des bourses d'études et des subventions académiques pour mieux aider les jeunes issus des Premières Nations à aller plus loin dans leurs études.
- > Former en santé et services sociaux, d'ici 2017, au moins 1 000 professionnels additionnels issus des Premières Nations du Québec.

Instaurer des mesures incitatives de rétention des professionnels en santé et services sociaux

- > Mettre en place des incitatifs efficaces : crédits d'impôt, congés fiscaux, gratifications financières, etc., pour attirer et retenir les professionnels de la santé dans les régions habitées par les Premières Nations.
- > Inciter les professionnels issus des Premières Nations ou non, à travailler au sein des collectivités éloignées et les stimuler à considérer cette réalité comme une opportunité valorisante.
- > Faciliter l'installation ou le retour dans les régions pour des membres des communautés qui entreprennent des études en santé et services sociaux.
- > Inciter les professionnels en santé à s'installer dans les régions et à pratiquer la médecine et les services sociaux dans les régions habitées par les Premières Nations.
- > Créer des distinctions et des insignes de reconnaissance pour les professionnels issus des Premières Nations et qui, par leur persévérance et excellence, arrivent à améliorer la santé et les services sociaux dans les régions.

3.2 RECONNAÎTRE ET PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES CULTURELLES

Les Premières Nations ont une culture, une histoire, une organisation sociale et des modes de vie distincts de ceux de la société québécoise ou canadienne. Or, plusieurs de ces distinctions ne sont pas prises en compte dans le système de prestation de services de santé et de services sociaux. Il s'avère ainsi difficile, voire impossible, de répondre adéquatement et efficacement aux besoins des Premières Nations, sans mener une adaptation des formations aux besoins des communautés. L'adaptation des cursus de formation doit se situer au cœur des changements à mener au profit des praticiens de la santé. Ces derniers, qu'ils soient issus des Premières Nations ou, plus fréquemment, de la société québécoise ou canadienne, doivent acquérir les compétences associées à la prestation de soins en contexte des Premières Nations, au cours de leur cursus scolaire.

Adapter les formations en santé et services sociaux aux besoins des communautés

- > Intégrer les compétences culturelles dans les cursus de formation destinés aux professionnels et praticiens en santé et de services agissant auprès des communautés autochtones.
- > Instituer des protocoles et des modules de formation courts pour mettre à jour les compétences culturelles.
- > Bonifier les formations en compétences professionnelles par des offres de stages rémunérés en milieu communautaire des Premières Nations.

Multiplier les consultations et encourager les initiatives

- > Créer des forums de réflexion et de consultations au sujet de la motivation et de l'encouragement des compétences professionnelles vouées à la pratique de la médecine et des services sociaux auprès des Premières Nations.
- > Développer des recherches évaluatives au sujet des compétences culturelles en santé, et ce, en partenariat avec le milieu de la formation académique collégial et universitaire.
- > Procurer des primes salariales aux professionnels ayant acquis les compétences culturelles requises par la santé et les services sociaux dans les communautés des Premières Nations.
- > Diversifier les formations et agir en vue d'assurer une meilleure intégration entre formations issues des Premières Nations et celles assurées par les institutions d'enseignement.

3.3 PROMOUVOIR L'INTELLIGENCE STRATÉGIQUE ET LE TRANSFERT D'EXPERTISE**Développer l'intelligence stratégique en santé et services sociaux**

- > Développer, pour les Premières Nations du Québec, les ressources permettant de réaliser la veille, la prospective, l'étalonnage et l'analyse des problématiques de santé et de services sociaux dans leurs communautés. Ces fonctions sont nécessaires pour éclairer la prise de

décision et valoriser les connaissances acquises et les pratiques exemplaires en matière de conception, d'administration, de prestation ou d'évaluation des mesures ayant un impact sur l'état de santé des Premières Nations.

- > Inciter les initiatives d'intelligence stratégique en santé et services sociaux des Premières Nations.
- > Renforcer la planification des stratégies et programmes de santé et de services sociaux au sein des instances représentatives des Premières Nations afin d'adapter et de développer les différentes initiatives.
- > Multiplier les ententes de collaboration avec d'autres institutions des Premières Nations et institutions non-autochtones pour mieux observer et informer sur les fléaux à endiguer et sur les solutions à apporter.

Développer des réseaux d'expertise et faciliter le transfert du savoir-faire

- > Financer la mise en place des mécanismes facilitant la valorisation et le transfert de l'expertise : site web, publications, conférence, colloque des professionnels des Premières Nations, liste de service électronique, etc.
- > Créer des mécanismes de monitorat qui permettent aux plus expérimentés d'encadrer les moins expérimentés et ce faisant faire capitaliser l'expertise en la transférant d'une génération à l'autre.
- > Favoriser les initiatives visant le transfert de l'expertise accumulée par les aînés au regard de la santé et des services sociaux.
- > Créer des réseaux mettant en liaison les experts et les compétences spécialisés en services sociaux adaptés aux Premières Nations.

3.4 ÉCLAIRER LA PRISE DE DÉCISION PAR LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

L'amélioration de la santé et des services sociaux prodigués aux Premières Nations gagnerait à être soutenue par une recherche-développement adaptée aux problématiques et besoins des Premières Nations. Une telle R-D procure à la prise de décision des évidences probantes et des statistiques fiables, impossible d'obtenir autrement, au sujet des Premières Nations du Québec.



Les problématiques vécues par les Premières Nations sont spécifiques. Elles posent des défis particuliers rarement explorés par la recherche-développement appliquée aux populations allochtones.

- > Créer des structures de R-D orientées vers la résolution des problématiques socio-économiques des Premières Nations et contrôlées par les instances des Premières Nations.
- > Mobiliser des budgets additionnels pour entreprendre une R-D centrée sur les problématiques des Premières Nations du Québec.
- > Promouvoir la R-D faite par et/ou pour les Premières Nations sur la base des protocoles de recherche de l'APNQL et des principes PCAP dans les institutions publiques et universitaires.
- > Investir dans les infrastructures de R-D portant sur les problématiques de santé et services sociaux sévissant chez les Premières Nations.
- > Développer des indicateurs de santé fiables et affecter des ressources aux organismes des Premières Nations pour en assurer la surveillance.
- > Maintenir et renforcer l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et obtenir un financement adéquat pour la bonifier et l'actualiser.
- > Mettre en œuvre des procédures efficaces pour faire en sorte que la prise de décision en matière de santé et du bien-être collectif soit toujours fondée sur les nouvelles connaissances issues de la R-D.
- > Instaurer des procédures systématiques de recherche-action pour optimiser les performances des projets, programmes ou politiques mises en place en matière de santé et de bien-être.
- > Valoriser les connaissances tacites issues des milieux de la pratique de santé et de services sociaux dans les communautés des Premières Nations.
- > Diffuser et tirer parti des connaissances issues des programmes de R-D en contexte de santé et services sociaux dans les Premières Nations.
- > Renforcer la compréhension des déterminants de la performance des projets, programmes et politiques de santé et services sociaux dans les communautés des Premières Nations et produire des indicateurs qui permettent d'en faire le suivi.
- > Stimuler et encadrer la formation de professionnels dédiés à la R-D et issus des Premières Nations.



L'ENQUÊTE RÉGIONALE LONGITUDINALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Parallèlement au déploiement de diverses enquêtes sur la santé des populations canadiennes réalisées par Statistique Canada, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERL-SPN) a été créée afin de combler le manque d'information sur la santé des Premières Nations – les enquêtes canadiennes excluent les communautés des Premières Nations – et pour permettre aux Premières Nations de s'approprier les processus de création de connaissances et de l'information sur la santé des communautés et de leurs membres. Il s'agit d'un pas majeur vers l'autodétermination et la gouvernance par les Premières Nations en matière de recherche.

Lors de la vague de 2002, des données ont été recueillies dans la région du Québec auprès de 3785 répondants à l'aide d'un questionnaire exhaustif qui aborde toutes les dimensions de la santé holistique (physique, psychologique, communautaire, spirituelle, etc.). La vaste collecte de données a été rendue possible grâce à la participation de 100 intervieweurs membres des Premières Nations formés dans 23 communautés et trois milieux urbains. Pour l'ensemble du processus, le code d'éthique de l'ERLSPN a été mis en œuvre. Ce code implique le respect des quatre principes fondamentaux, soit la Propriété, le Contrôle, l'Accès et la Possession des données d'enquête (PCAP), principes qui assurent que toutes les étapes de l'Enquête sont maîtrisées par les Premières Nations et visent leur bien-être. Un comité indépendant d'évaluation de l'Université de Harvard a approuvé la valeur scientifique et éthique de l'ensemble de la démarche de l'ERS à l'échelle nationale et régionale (Québec).

En 2006, le lancement des 4 rapports d'enquête a été l'occasion de mobiliser l'opinion publique sur les inégalités sociales et de santé entre les Premières Nations et les autres Québécois. Les résultats contribuent désormais à alimenter les leaders politiques et les intervenants des Premières Nations à l'échelle communautaire ou régionale. Que ce soit pour l'identification de priorités en santé ou pour l'atteinte de la parité en santé, ces leaders et intervenants disposent d'un outil valide, représentatif et entièrement réalisé par et pour les Premières Nations de la région du Québec. Une réussite qui s'étendra pour encore trois vagues, jusqu'en 2014!

4. CE QUI CHANGERA D'ICI 2017

- > Les Premières Nations sont dotées de suffisamment de compétences humaines en nombre suffisant pour remédier aux disparités en santé et en services sociaux.
- > Comparativement à la situation prévalente en 2007, plus de 1 000 nouveaux professionnels de la santé issus des Premières Nations sont au service de celles-ci.
- > Les jeunes, étudiants et étudiantes issus des diverses communautés des Premières Nations sont mieux soutenus et terminent leurs études avec succès pour faire carrière en santé et en services sociaux dans les communautés des Premières Nations.
- > Des mesures incitatives sont mises en place pour favoriser la rétention du personnel et diminuer la mobilité et le roulement de personnel en santé afin d'assurer la qualité de services de santé et de services sociaux et d'offrir des soins adaptés à la culture et aux besoins spécifiques des communautés.
- > Un organisme dédié à la R-D et à la statistique des Premières Nations du Québec est créé et fournit aux communautés et aux organismes des Premières Nations des données utiles, fiables et actualisées pour assurer une planification et un suivi régulier de l'état de santé et des services sociaux des Premières Nations.
- > Les Premières Nations ont à leur disposition un tableau de bord dynamique et valide sur leur état de santé, sur l'ensemble des problématiques de santé, sur les problématiques sociales et les déterminants de la santé dans leurs communautés.

CONDITIONS DE SUCCÈS, OBJECTIFS ET MESURES DES PROGRÈS

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec vise à améliorer la santé et la qualité de vie des Premières Nations, de manière à atteindre la parité avec le reste des populations canadiennes. À cette fin, il propose un ensemble d'orientations stratégiques et des axes d'intervention qui s'inscrivent dans le cadre d'une perspective globale. Il tient compte de la mise à jour de la gouvernance du système de santé, de l'impératif de renforcer les soins de santé, de l'intégration des services sociaux, sans négliger la prise en charge des déterminants de la santé et la nécessité de la formation des compétences humaines et le renforcement des ressources allouées à la recherche-développement en contexte des Premières Nations.

Les transformations retenues dans le présent Plan directeur visent à mettre en place un système des soins de santé et de services sociaux cohésif, efficace et qui :

- > Assume ses responsabilités face aux résultats obtenus ou à obtenir;
- > Confère aux Premières Nations le droit d'autodéterminer les choix stratégiques, organisationnels et opérationnels qui s'imposent;
- > Reflète la diversité des besoins et les priorités des différentes communautés des Premières Nations;
- > Encourage les individus, les familles et les communautés à prendre soin de leur santé et à promouvoir la prévention;
- > Procure un financement capable de relever, de manière viable et durable, les défis de la santé et des services sociaux dans les communautés des Premières Nations du Québec.

1.

CONDITIONS DE SUCCÈS

Plusieurs conditions de succès sont requises pour assurer l'aboutissement et la performance du Plan directeur. Parmi celles-ci, il convient de noter les suivantes.

UNE OFFRE DE SERVICES INTÉGRÉS ET ADAPTÉS

Plus que jamais auparavant, la prestation des soins et des services sociaux dispensés aux

Premières Nations du Québec doit être gérée de manière à :

- > Conférer aux Premières Nations une pleine compétence juridique et une parfaite autodétermination des soins de santé et des services sociaux destinés aux communautés des Premières Nations. Les Premières Nations ont une responsabilité à assumer dans la conception, l'implantation et l'évaluation des soins et services dispensés à leurs communautés.
- > Mobiliser les ressources budgétaires et matérielles requises dans le cadre d'une perspective proactive, continuellement ajustée, équitable et visant l'atteinte de la parité en matière de santé des individus et des communautés.
- > S'assurer que les budgets additionnels couvrent non seulement l'augmentation des coûts récurrents du système de santé et des services sociaux, mais aussi les rattrapages à faire pour assurer la parité en santé et en qualité de vie.
- > Agir de manière globale, efficace et cohésive sur les autres déterminants de la santé que sont le niveau d'éducation, la lutte contre la pauvreté, la création d'emploi, l'amélioration du logement, les habitudes de vie, la valorisation de l'écosystème environnemental, etc.
- > Respecter la culture millénaire et le patrimoine identitaire des Premières Nations. L'offre de services de santé et de services sociaux doit se faire dans un environnement culturel réconfortant et hautement sécurisant pour la préservation du patrimoine identitaire et linguistique des Premières Nations.
- > Faire cohabiter de manière complémentaire la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle, le tout dans le cadre d'une vision intégrée de la santé et des services sociaux.
- > Développer une perspective holistique, dans laquelle la prestation des soins de santé et des services sociaux couvre la santé physique, le bien-être social, émotionnel, spirituel et culturel de l'ensemble des communautés des Premières Nations.
- > Innover et procurer des modèles de soins de santé et de services sociaux compatibles avec la diversité des besoins, étant donné que les communautés ne sont pas culturellement et socialement homogènes.



- > Inciter l'innovation, l'adaptation et l'accessibilité des services de santé et de services sociaux dispensés aux Premières Nations;
- > Renforcer de manière soutenue et durable les services de première ligne. C'est de la qualité et de l'accessibilité à ces services que dépendront l'amélioration de l'espérance et de vie, la baisse de la morbidité et l'amélioration de la qualité de vie des communautés des Premières Nations.
- > Coordonner et intégrer la prestation des soins de santé et de services sociaux de manière intersectorielle, interdisciplinaire et interinstitutionnelle. Les divers paliers du gouvernement (fédéral, provincial, régional, local, etc.), les prestataires de services (soins primaires, soins secondaires, etc.), les bailleurs de fonds et les représentants des communautés des Premières Nations doivent travailler de concert pour relever le défi.

DES ENGAGEMENTS RÉITÉRÉS ET LIANTS LES PAROLES AUX GESTES

Pour être effective, la transformation structurelle du système de santé et des services sociaux destinés aux Premières Nations doit être soutenue par des engagements liant les promesses et les paroles aux gestes et à des actions concrètes et imputables.

- > Désormais, il faut mobiliser davantage de budgets et d'initiatives politiques et médiatiques en faveur de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de toutes les communautés des Premières Nations.
- > La santé et la qualité de vie des Premières Nations doivent s'inscrire dans l'agenda politique et dans les préoccupations prioritaires des différents niveaux de gouvernement et des divers partis au pouvoir. Les gouvernements fédéral et provincial doivent tenir leurs promesses et agir de manière concrète pour remédier aux disparités alarmantes actuellement constatées.

UNE PLANIFICATION ARTICULÉE ET RÉGULIÈREMENT MISE À JOUR

Le Plan directeur de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec table sur un horizon décennal : 2007-2017. Il identifie les défis et les choix stratégiques qui doivent orienter les interventions à venir en matière de prestation des soins de santé et de services sociaux prodigués aux Premières Nations.

- > Une mise en œuvre efficace de ce Plan requiert une planification stratégique à moyen terme. Dans ce cadre, un Plan stratégique tri-annuel est conçu pour l'horizon 2007-2010 avec une planification mise à jour tous les trois ans.
- > Évidemment, une planification annuelle est requise pour opérationnaliser toutes les actions et les mesures à réaliser pour chacune des années à venir.
- > Un travail de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes accompagnera la mise en œuvre des programmes initiés dans le Plan directeur. Ce travail s'appuiera sur des mesures et des indicateurs rendant compte des résultats obtenus, des responsabilités en cause et des améliorations à entreprendre.
- > Ce processus de planification doit être soutenu par une démarche éclairée, innovante et flexible. Cette démarche tient compte des changements, des impondérables et doit laisser une place à l'ajustement continu.

2. MESURER LES PROGRÈS ET EN RENDRE COMPTE

- > Les Premières Nations et les gouvernements, du Québec et du Canada, travailleront ensemble, en coopération et en harmonie, pour l'atteinte des finalités, objectifs et résultats escomptés dans le cadre du Plan directeur.
- > Ensemble, ils sont tenus imputables et responsables d'une mise en œuvre soutenue et efficace de ce premier Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec.
- > Le suivi des performances permettra aussi aux diverses parties prenantes d'assumer leurs responsabilités sur la base de droits et des devoirs définis à l'avance, de manière concertée et respectueuse.
- > Les progrès seront suivis et mesurés grâce aux indicateurs de performances identifiés par les experts et les acteurs consultés dans le cadre des travaux de préparation du Plan directeur. Ces mesures et indicateurs sont associés à un ensemble d'objectifs à atteindre.

2.1 OBJECTIFS À ATTEINDRE

Objectif général

Le Plan directeur vise à procurer aux Premières Nations une santé et une qualité de vie, au moins égale à celles de la population canadienne, et ce, dans le respect de l'identité culturelle, des droits des Premières Nations à l'autodétermination, de la dignité des individus, des principes de justice et d'égalité.

Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général et stratégique, des objectifs spécifiques sont fixés relativement à l'espérance de vie, à la morbidité, à la mortalité, à l'accès aux services et à la maîtrise de certains phénomènes sociaux néfastes pour la santé et la qualité de vie.

Ces objectifs spécifiques sont listés comme suit :

- > Accroître l'espérance de vie des Premières Nations;
- > Réduire le taux de mortalité;
- > Réduire le taux de mortalité infantile;
- > Renforcer l'accès aux services et améliorer la qualité de la prestation de tous les soins, pour toutes les Premières Nations afin de mieux remédier et réduire considérablement les :
 - Maladies chroniques, particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires;
 - Maladies contagieuses, particulièrement les maladies infectieuses chez les enfants et les aînés, ainsi que les maladies sexuellement transmissibles et l'hépatite C;
 - Maladies mentales, détresses psychologiques, traumatismes et suicide;
 - Blessures, empoisonnements et dépendances nocives;
 - Violence, abus et maltraitances;
 - Précarités liées à la santé maternelle et infantile.

2.2 CIBLES POUR LE SUIVI DES PROGRÈS

Pour faciliter la mesure des progrès et de l'amélioration dans la santé et les services sociaux des Premières Nations, le présent Plan directeur table sur l'atteinte de résultats et des cibles précis.

Considérant la finalité du Plan qui consiste à résorber progressivement les disparités en santé entre les Premières Nations et le reste du Canada, les cibles se baseront sur l'ampleur de la réduction des écarts constatés au vu des plus récentes données disponibles lors de l'élaboration du présent Plan, soit en 2007.



Ces cibles sont définies en fonction des taux moyens qui prévalent dans l'ensemble du Canada et sont énoncées comme suit, pour l'horizon 2017 :

- > Réduire l'écart dans l'espérance de vie de 35%;
- > Réduire l'écart dans le taux de mortalité de 35%;
- > Réduire l'écart dans le taux de suicide de 50%;
- > Réduire l'écart dans le taux de mortalité infantile de 50%;
- > Réduire l'écart dans la prévalence du diabète de 50%;
- > Réduire l'écart dans la prévalence de l'obésité des enfants de 50%.

À cela s'ajoute une cible absolue qui vise à former et à insérer, dans le dispositif de santé et de services sociaux à la disposition des Premières Nations, 1 000 professionnels en santé et en services sociaux, d'ici 2017.

Ces différents objectifs sont théoriquement atteignables et plusieurs analyses et avis d'experts confirment leur faisabilité au courant de la décennie à venir, si toutes les interventions retenues par le présent Plan directeur étaient retenues et mises en œuvre.

L'intensification des services de santé, notamment ceux de première ligne, est de nature à procurer des impacts, à moyen et à long terme, qui peuvent augmenter considérablement l'espérance de vie et réduire drastiquement le taux de mortalité.

Les évidences observées de par le monde confirment cette réalité, puisque, en une décennie (entre les années 1940 et 1950), l'espérance de vie des amérindiens des États-Unis d'Amérique a enregistré un gain de l'ordre de 9 ans¹. En Nouvelle Zélande, l'espérance de vie des aborigènes a connu une augmentation de 12 ans en moyenne entre les années 1940 et 1960².

2.3 UN CONSEIL D'EXPERTS CHARGÉ DU SUIVI DES PROGRÈS

Pour procurer à ce Plan directeur le maximum de chances de réussir, son suivi doit être piloté par un comité représentatif des partenaires de la santé des Premières Nations, tout en associant des élus, universitaires et membres de la société civile.

Ce Conseil se réunira sur une base périodique et produira un rapport périodique faisant l'état des lieux de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations et des avancements enregistrés en matière de mise en œuvre du présent Plan. Le témoignage objectif et impartial de ce Conseil aidera à clarifier les responsabilités et à identifier les pistes de solution pour corriger les éventuelles carences.

2.4 INDICATEURS DE SUIVI DES RÉALISATIONS ET DES IMPACTS

Le présent Plan propose aussi des indicateurs de suivi qui s'inscrivent pleinement dans le cadre des orientations stratégiques et des axes retenus pour l'intervention. Plus de soixante-dix indicateurs valides sont donc suggérés, à titre non exclusif.

Orientation stratégique relative à la Gouvernance

1. Niveau de contrôle communautaire des services de santé et des services sociaux.
2. Investissements gouvernementaux (fédéraux et provinciaux) en santé et services sociaux au PNQL (sur et hors communauté).
3. Budgets gérés par les Premières Nations relativement aux dépenses totales allouées à la santé et aux services sociaux au profit des Premières Nations du Québec.
4. Coûts liés à la gestion gouvernementale des budgets alloués à la santé des Premières Nations relativement au total de ces budgets.
5. Nombre d'organismes fédéraux et provinciaux en santé et services sociaux ayant des membres des Premières Nations dans leur conseil d'administration.

¹ Indian Health Service (1989), Trends in Indian Health, 1989 Tables, Rockville, MD.

² Tilton E. (2001). Aboriginal Health : an historical approach, in Condon J, Warman G, & Arnold (eds), The health and welfare of territorians. Territory Health services, Darwin.



Orientation stratégique relative à la Santé
Indicateurs de l'état de santé (relativement à la population totale)

6. Espérance de vie à la naissance.
7. Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité).
8. Mortalité infantile.
9. Immunisation des enfants.
10. Vaccination contre les maladies contagieuses les plus fréquentes.
11. Dépistage de différentes maladies (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, VIH-Sida, ITSS, hépatite C, etc.).
12. Prévalence du diabète.
13. Prévalence de l'embonpoint ou de l'obésité.
14. Victimes de blessures non intentionnelles (accidents de la route, noyade, empoisonnement, etc.).
15. Prévalence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, du VIH-Sida.
16. Ratio pour toutes les hospitalisations graves (relativement au total de la population).
17. Ratio pour l'admission d'urgence en centre hospitalier.
18. Ratio pour l'hospitalisation pour cause de diabète.
19. Ratio pour l'hospitalisation pour cause de maladie mentale.
20. Naissances de faible poids.
21. Enfants ayant des besoins spécifiques.
22. Grossesses à l'adolescence.
23. Prévalence du TSAF.
24. Nombre d'années de vie perdues pour cause de mortalité (par 1000 personnes).
25. Taux de mortalité lié au diabète.
26. Taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires.
27. Taux de mortalité lié aux blessures non intentionnelles.
28. Taux de mortalité lié aux cancers.

Indicateurs relatifs à l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux

29. Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux services de santé et aux services sociaux.
30. Personnes ayant rencontré des problèmes d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux.
31. Personnes ayant rencontré des problèmes d'accessibilité au programme Services de santé non assurés (SSNA).
32. Accès aux soins de santé maternelle et infantile complets dans les communautés.
33. Personnes ayant rencontré des problèmes d'accessibilité aux soins de santé traditionnels.
34. Accès aux soins à domicile et aux soins de longue durée.
35. Accès à des services de soutien pour les aidants naturels.
36. Distance à parcourir pour accéder aux centres de soins de santé et un hôpital.
37. Accès à la médecine traditionnelle.

Orientation stratégique relative aux Services sociaux

38. Dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux pathologiques.
39. Ratio d'admission dans les centres de traitement des dépendances.
40. Enfants violentés ou négligés (nombre de signalements et/ou de placements).
41. Femmes victimes de violence conjugale.
42. Placement des enfants (proportion, taux d'incidence, durée moyenne, etc.).
43. Idées suicidaires sérieuses.
44. Tentatives de suicide.
45. Taux de mortalité par suicide.
46. Victimes de blessures intentionnelles (suicide, auto-mutilation, violence, etc.).
47. Détresse psychologique (anxiété, dépression, etc.).
48. Consultation pour raisons de santé mentale.
49. Crimes contre la personne.
50. Proportion de Premières Nations emprisonnées relativement à la population carcérale totale.
51. Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale.



Orientation stratégique relative aux déterminants de la santé

52. Utilisation des langues et des savoirs traditionnels des Premières Nations.
53. Participation à des activités traditionnelles et utilisation traditionnelle du territoire.
54. Participation à des cérémonies et rituels des Premières Nations.
55. Consommation et accessibilité des aliments sains et des aliments traditionnels.
56. Disponibilité et utilisation des infrastructures et des équipements sportifs.
57. Pratique d'activités physiques sur une base hebdomadaire.
58. Tabagisme.
59. Exposition à la fumée secondaire.
60. Obtention d'un diplôme d'études secondaires.
61. Niveau de scolarité.
62. Revenu annuel moyen des familles.
63. Proportion de la population vivant sous le seuil de la pauvreté.
64. Taux d'emploi.
65. Taux de chômage.
66. Taux de prestataires de l'assurance-emploi.
67. Personnes mal-logées relativement au total de la population des Premières Nations.
68. Logements privés nécessitant des réparations majeures.
69. Personnes ayant accès à l'eau potable.
70. Personnes touchées quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau.
71. Autonomie des Premières Nations pour la gestion du territoire et des ressources naturelles.

Orientation stratégique relative aux ressources humaines et recherche et développement

72. Proportion des professionnels issus des Premières Nations sur le total des professionnels agissant dans les services de santé et services sociaux.
73. Ratio personnel de la santé sur la population des Premières Nations, comparativement au ratio dans la population générale.
74. Niveau de compétence culturelle des professionnels non-autochtones agissant auprès des Premières Nations.
75. Proportions des professionnels issus des Premières Nations et opérant dans le secteur de la santé et des services sociaux (par rapport au total des professionnels canadiens ou québécois par type de profession et spécialité).
76. Nombre de médecins et professionnels issus des Premières Nations.
77. Nombre de guérisseurs traditionnels sur et hors communauté.
78. Efforts pour financer la recherche et le développement pour et par les Premières Nations.

CONCLUSION

La décennie 2007-2017 sera une décennie de changement profond pour la santé et le bien-être des Premières Nations du Québec. Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations, 2007-2017, véhicule l'espoir et soutient qu'un autre avenir est possible ; un avenir fondé sur la santé et le bien-être collectif des Premières Nations du Québec.

Pour les Premières Nations, ce Plan défend une cause juste qui rime avec l'atteinte de la parité en santé et en qualité de vie avec le reste des citoyens du Canada. Pour ce faire, il s'appuie sur un credo bien ancré dans le patrimoine culturel et identitaire des Premières Nations du Québec. Ce credo soutient que la santé ne peut être améliorée ou préservée que dans le cadre d'une **vision globale**, prenant en compte non seulement la santé physique, mais aussi, le bien-être mental, psychologique, environnemental, culturel et économique.

Ce Plan appelle de tous ses vœux les parties prenantes de la santé et des services sociaux à concéder aux Premières Nations le droit de regard légitime sur leur santé et sur leurs choix de vivre en harmonie avec leurs préférences, leurs cultures et leur patrimoine identitaire. L'impératif de la continuité culturelle et de l'**autodétermination** des politiques de santé destinées aux Premières Nations constitue une condition de succès essentielle pour vaincre les maladies et les précarités sociales vécues par les diverses communautés des Premières Nations, dans toutes les régions du Québec.

Les constats de situation montrent l'urgence impérieuse de l'action publique, et ce, pour faire en sorte que les promesses tenues par les divers paliers de gouvernement se traduisent par des engagements financiers et concrets sur le terrain de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations. De nombreux défis sont à relever et des actions conséquentes doivent être initiées pour corriger les écarts et les iniquités sur tous les fronts et les lignes de la prestation des soins de santé et des services sociaux dispensés aux Premières Nations. Ce Plan est donc historique, mobilisateur et intégrateur.

> **HISTORIQUE**, parce qu'il veut réussir là où les précédentes approches gouvernementales de la santé des Premières Nations n'ont pu concevoir des stratégies innovantes, intégrées et adaptées aux besoins des Premières Nations, dans leurs multiples contrastes et diversités.

> **MOBILISATEUR**, parce qu'il marque l'urgence d'un changement de trajectoire dans l'organisation et la gouvernance des services de santé et des services sociaux. Ce plan dévoile les nombreuses inégalités de santé et les inégalités sociales que vivent les Premières Nations du Québec à l'intérieur d'un pays offrant parmi les meilleures conditions de vie et de santé au

monde. Le but est clair : mobiliser les efforts et les initiatives pour aller de l'avant dans la mise en place de politiques vigoureuses et engagées dans la réduction des disparités actuelles.

> **INTÉGRATEUR**, parce qu'il invite tous les intervenants et les parties prenantes à travailler main dans la main pour assurer une cohésion totale à leurs efforts collectifs, de manière à privilégier l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des Premières Nations au détriment des enjeux dictés par l'accumulation des procédures administratives et des conflits de compétence juridictionnelle entre les divers paliers de gouvernements et organismes prestataires de services.

Les états de situation décrits dans le Plan appellent à une mobilisation de tous les acteurs concernés et de toutes les autres bonnes consciences à agir dès maintenant pour ériger les fondations d'une société plus juste, plus égalitaire, plus innovante et plus engagée pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Premières Nations.

Ce plan vise à relever des défis de taille. Il prône une **meilleure gouvernance** et propose, à cette fin, une participation autodéterminée des Premières Nations qui s'appuie sur :

1. L'adoption d'une approche globale de la santé, incluant les déterminants de la santé;
2. Des financements à la hauteur des ambitions et des besoins des Premières Nations;
3. Des relations d'égal à égal entre les Premières Nations et les instances gouvernementales;
4. Une reddition de comptes réciproque;
5. Des actions menant à des résultats concrets et mesurables en matière de santé, d'ici 2017.



Le Plan parie évidemment sur l'**amélioration de l'état de santé** des hommes et des femmes issus des Premières Nations. Il propose une batterie de mesures structurantes qui visent à :

- > Faire de la santé un projet de société, impliquant tous les acteurs communautaires, régionaux, provinciaux et nationaux;
- > Mettre au cœur de ses préoccupations la santé des enfants;
- > Freiner l'apparition de fléaux de taille, tels l'obésité et le diabète;
- > Agir sur les déterminants de la santé;
- > Réconcilier médecine traditionnelle et médecine conventionnelle;
- > Faire le portrait des soins de santé et services sociaux offerts et identifier les services manquants;
- > Créer un continuum dans les services offerts;
- > Miser sur l'innovation, l'intégration et l'adaptation des services de santé et des services sociaux;
- > Parier sur la prévention et la promotion de la santé et de la vie;
- > Améliorer les services offerts aux populations les plus vulnérables.

Le Plan prône aussi une action vigoureuse, et sans précédent, pour améliorer les services sociaux en vue de juguler les problématiques sociales qui sévissent de manière dramatique dans les communautés (dépendances diverses, violence, abus, détresse, suicide, etc.). Le développement social de la petite enfance, le soutien aux familles, la valorisation de l'identité culturelle et la sensibilisation, pour ne citer que ceux-là, figurent parmi les priorités de ce plan.

Une autre spécificité du Plan réside dans la proposition d'actions concrètes et structurantes visant les déterminants de la santé, telles que :

- > Lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale;
- > Rehausser le niveau de scolarité et diminuer le décrochage scolaire;
- > Revitaliser les cultures et les langues des Premières Nations;
- > Adopter de saines habitudes de vie;
- > Faciliter l'accès aux logements adéquats;
- > Valoriser les territoires et préserver les ressources naturelles.

Le développement du capital humain occupe aussi une place de choix dans ce plan. Plusieurs mesures structurantes sont suggérées en vue de :

- > Former davantage de ressources humaines issues des Premières Nations;
- > Valoriser les compétences issues des Premières Nations;
- > Promouvoir les études supérieures débouchant sur des carrières en santé;
- > Attirer et retenir les professionnels de la santé dans les communautés dépourvues;
- > Reconnaître et promouvoir les compétences culturelles.

Pour assurer les meilleures chances de succès à ce plan, un cadre de suivi des progrès est suggéré. Ce cadre propose une mise en œuvre articulée autour d'un Plan stratégique triennal et d'un plan annuel, pour toute la période couverte 2007-2017. À partir d'une définition claire des finalités et des objectifs à atteindre, des indicateurs de suivi et d'évaluation des progrès sont conçus et consignés dans ce Plan.

Aujourd'hui, les Premières Nations ont le droit de bénéficier de soins de santé accessibles et de qualité, afin de jouir d'un état de santé comparable à celui des autres Canadiens. Le temps est venu pour enrayer les disparités entre l'état de santé des Premières Nations et celui de l'ensemble des Canadiens. Il va sans dire, que la concrétisation de cette ambition nécessitera un engagement réitéré et soutenu de la part de tous les partenaires, une mobilisation des énergies et de la sagesse des Premières Nations.

La vitalité des Premières Nations contribuera à la richesse et à la prospérité de la société toute entière. Nous sommes déterminés à travailler ensemble au cours des dix prochaines années et, à traduire, par des gestes motivés, une communication mobilisatrice et des engagements indéfectibles pour concrétiser le Plan directeur.



BIBLIOGRAPHIE

- AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA (2006). *Mesurer le bien-être des Premières Nations*. www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/wbp_f.pdf
- ANDERSEN, R.E. (2000). The spread of the childhood obesity epidemic. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 163, no 11, p. 1461-1462.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2004). *Financement accordé aux Premières Nations par le gouvernement fédéral*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2004). *Plan d'action pour la santé des Premières Nations*. Rencontre des Premiers ministres, septembre 2004.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2004). *Plan d'action sur la santé des Premières Nations*. Rencontre des Premiers ministres.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Modèle holistique de planification et de politiques des Premières Nations : Les déterminants de la santé*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Plan d'action des Premières Nations sur les soins continus*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Plan d'action sur les services de santé non assurés des Premières Nations*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Plan directeur pour la santé des Autochtones. Un plan décennal*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Étude sur la prévention des blessures : Le coût inhérent aux blessures et les répercussions des blessures sur l'avenir des Premières Nations*. Katenies Research and Management Services.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Fiches de renseignements sur la prévention des blessures*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Guide de l'APN pour la prévention des blessures dans les collectivités des Premières Nations*. Katenies Research and Management Services.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Les dix ans de la Commission royale sur les peuples autochtones : Bilan*. www.afn.ca/cmslib/general/afn_crpa.pdf.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Les dix ans de la Commission Royale sur les peuples autochtones : Bilan*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Protéger nos enfants et assurer notre avenir. Les enfants des Premières Nations et l'obésité : Une épidémie en constante progression*. Carol Seto & Associates.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2006). *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations, Agir maintenant...pour l'avenir*, Mashteuiatsh.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2007). *Rapport final du Forum : Agir maintenant...pour l'avenir*.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (s.d.). *Explication du mythe des 9 milliards de dollars : Pourquoi la pauvreté perdure-t-elle parmi les Premières Nations*.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ (1995). *Health Facts: Made in Canada*, Presses de l'ACS.
- BALL, J. (2006). *Early Childhood Care and Development Programs as Hook and Hub: Promising Practices in First Nations Communities*. University of Victoria, School of Child and Youth Care.
- BATTCOCK, A. (2005). *Plan stratégique de télésanté triennal pour la province de Terre-Neuve-et-Labrador*.
- BIRMINGHAM, C.L., J.L. MULLER, A. PAPELU, J. J. SPINELLI et A.H. ANIS (1999). *The cost of obesity in Canada*. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 160, no 4, p. 483-488.
- BRITISH COLUMBIA ASSEMBLY OF FIRST NATIONS (2006). *The Transformative Change Accord: First Nations Health Plan*. Supporting the Health and Wellness of First Nations in British Columbia.
- BRITISH COLUMBIA FIRST NATIONS LEADERSHIP COUNCIL (2005). *First Nations Health Blueprint of British Columbia*.
- CAMPBELL, J.C. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. *The Lancet*, vol. 359, p. 1331-1336.
- CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS (2004). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1997*. Résumé du rapport national et des rapports régionaux.
- CHE-ALFORD, J. & B. HAMM (1999). *Under one roof: Three generations living together*. *Canadian Social Trends*, 53, 6-9.
- COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*.
- COMMISSION SUR L'ÉDUCATION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2007). *La réussite scolaire des Autochtones*.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR : www.cssspnql.com
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (1999). *Enquête médicale régionale portant sur la santé des membres des Premières Nations*.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR L (2002). *État de la situation. Planification pour la SLTPNI. Rapport final*. Simon Management Services.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2002). *Portrait régional des services de garde à l'enfance des Premières Nations. Région du Québec*.



- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2005). *Des communautés branchées*. Forum régional sur la télésanté des Premières Nations et des Inuits du Québec.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Consultation régionale sur les besoins communautaires en santé électronique chez les Premières Nations du Québec*. Rapport régional.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations - Région du Québec- 2002 – Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2002. Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Rapport régional du Québec.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Prévention de la criminalité chez les enfants 0-6 ans et les familles des Premières Nations*.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2005). *State of First Nations Learning*.
- CONSEIL CONSULTATIF DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ (1998). *Connexions pour une meilleure santé : Questions stratégiques*, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS : www.dgspni.gc.ca
- DUPUIS, R. (1991). *La Question indienne au Canada*, Boréal express Montréal.
- EVANS, R. et G. STODDART (1990). *Producing Health, Consuming Health Care, Social Science and Medicine*, vol. 31, no 12.
- COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (1999). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits*. Rapport national.
- CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Enquête régionale longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Le rapport pour les peuples*.
- FROHLICH, N. et K. C. CARRIERE (1997). *Issues in Developing Indicators for Needs-Based Funding*, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, Winnipeg.
- GOVERNEMENT DU CANADA (2003). *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*. Faits saillants : socialunion.gc.ca
- GOVERNEMENT DU CANADA (2003). *Les enfants d'abord. Analyse du contexte de la coopération entre les ministères pour l'exécution de la Stratégie de développement de la petite enfance autochtone*. Développement des ressources humaines Canada, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada.
- GOVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2005). *Plan stratégique de la télésanté au Nouveau-Brunswick 2005-2010*.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004). *État de la situation sur le Syndrome d'alcoolisation fœtal au Québec*, INSPQ.
- GRUPE D'EXPERTS (2006). *Rapport du Groupe d'experts sur la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations*.
- HECKMAN, J.J. et D. MASTEROV (2004). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*, Working Paper 5, Invest in Kids Working Group, Committee for Economic Development, October 4, 2004.
- HENEMAN, B. (2006). *Prévalence du tabagisme au Québec : Qu'en est-il?* www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/tabac/prevalencetabagisme.pdf (consulté le 17 avril 2007).
- HOLLANDER ANALYTICAL SERVICES (2006). *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Rapport synthèse.
- INDIAN HEALTH SERVICE (1989). *Trends in Indian Health, 1989 Tables*, Rockville, MD Indians and Inuit.
- INFOROUTE SANTÉ DU CANADA (2004). *Stratégies d'affaires du Réseau North*. Préparé par le Réseau North et Hasham Consulting.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2004). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES)*, www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/rapport_tabagisme.htm.
- JAN, S. et V. WISEMAN (1996). *Equity in health care: some conceptual and practical issues*. Australia and New Zealand Journal of Public Health, vol. 1, no 1, p. 13-15.
- JENKINS, R. (2002). *Addressing suicide as a public health problem*. The Lancet, vol. 359, p. 813-814.
- KATZMARZYK, P.T., N. GLEDHILL, et R.J. SHEPHARD. (2000). *The economic burden of physical inactivity in Canada*. Journal de l'Association médicale canadienne, 163(11), 1435-1440.
- LEFEBVRE, S. (2002). *Housing: An income issue. Autumn 2002 Perspectives*, 28-35.
- LINDSAY, C. (1999). *Seniors: A diverse group aging well*. Canadian Social Trends, 52, 24-26.
- LOCUST, C.S. (1999). *Overview of health programs for Canadian Aboriginal Peoples*. In J.M. Galloway, B.W. Godber, et J.S. Alpert (dir.), Primary care of Native American patients (p. 17-21). Woburn, MA: Butterworth-Heinemann.
- LONG, R., NJOO, H., & E. HERSHFELD. (1999). *Tuberculosis: Epidemiology of the disease in Canada*. Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 160, no 8, p. 1185-1190.



- MANGA, P. et L. LEMCHUK-FAVEL (1993). *Health Care Financing and Health Status of Registered Indians*, Assemblée des Premières Nations, Ottawa.
- MARCIL-GRATTON, N. (1998). *Grandir avec maman et papa? : les trajectoires familiales complexes des enfants canadiens*. Ottawa.
- MARIS, R.W. (2002). *Suicide*. The Lancet, vol. 360, p. 319-326.
- MARMOT, M.G. (2001). *Inequalities in health*. New England Journal of Medicine, vol. 345, no 2, p. 134-136.
- MARMOT, M. et R.G. Wilkinson (1999). *Social determinants of health*. Marmot et Wilkinson (dir.). Oxford et New York, Oxford University Press.
- MBT TELEHEALTH SENIOR MANAGEMENT TEAM (2005). *MBT Telehealth First Nations Expansion Project Plan (MBT 2005-07)*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec*. Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec*. Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA (2002). *Population indienne inscrite selon le sexe et le lieu de résidence, 2002*.
- MINORE, B., BOONE, M., KATT, M. et P. KINCH (1991). *Looking in looking out : Coping with adolescent suicide in the Cree and Ojibway communities of northern Ontario*, Canadian Journal of Native Studies, vol. 11, p. 1-24.
- MURRAY, C. et A. LOPEZ (1996). *Alternative visions of the future: Projecting mortality and disability, 1990 – 2020. The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- NORRIS, M.J., D. KERR et F. NAULT (1995). *Summary report on the projections of the population with Aboriginal identity, Canada, 1991- 2016*. Statistique Canada.
- OBSERVATOIRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (2007). *Partager la prospérité du Canada – un coup de main, pas la charité*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Coordination du travail de l'assemblée mondiale, du Conseil exécutif et du Comité régional*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry: Rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Organisation mondiale de la santé, vol. 854, p. 1-452.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (2004). *Ce que les Premières Nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé. Sondage de l'ONSA et de Santé Canada sur ce que pensent les Premières Nations de leur santé et de leurs soins de santé au Canada*.
- ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (2004). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits 1997, Résumé du rapport national et des rapports régionaux, janvier 2004*.
- POMERANTZ, B.H. (1998). *Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients*. Journal of the American Medical Association, vol. 279, p. 1200-1205.
- RACINE, Y. et M.H. BOYLE (2002). *Family Functioning and Children's Behaviour Problems*, (p. 199-209) dans J. Douglas Willms (dir.) *Vulnerable Children*. Edmonton: University of Alberta Press et Développement des ressources humaines du Canada.
- RAPPORT DU GOUVERNEMENT DU CANADA (2003): *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK (2005). *Plan directeur de la télésanté au Nunavik*.
- SANTÉ CANADA (2003). *Le capital social comme déterminant de la santé: Comment le définir?* ISBN 0-662-32985-6.
- SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (2002). *Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations et les Inuits : Cadre du Programme*.
- SANTÉ CANADA. (2002). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa: Santé Canada.
- SANTÉ CANADA – DGSPNI (2001). *Les services communautaires au XXI^e siècle : Services de télésanté destinés aux Premières nations et aux Inuits. Projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières nations NA402 1998 – 2001*.
- SANTÉ CANADA (2000). *Profil statistique de la santé des Premières Nations pour l'année 2000*.
- SANTÉ CANADA (2006). *Enquête de la surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2006/index_f.html
- SANTÉ CANADA (s.d.). *Incidence d'hépatite B et d'hépatite C aiguës dans la population autochtone du Canada, 1999-2000*.
- SCOTT K. (2006). *Broadening the lens, Proceedings of a Roundtable on Aboriginal peoples health*.
- SCOTT K. (1987). *Pathogenèse sociopolitique de la maladie*.
- SCRIMGEOUR, D. (1996). *Funding for Community Control of Indigenous Health Services*, Australia and New Zealand Journal of Public Health, vol. 20 no 1, p. 17-18.



SECRÉTARIAT À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Cadre de rapports sur la santé des Premières Nations*.

SKOWRONSKI, D.M. et coll. (2002). *The changing age and seasonal profile of pertussis in Canada*. The Journal of Infectious Diseases, vol. 185, no 10, p. 1448-1538.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Espérance de vie sans incapacité, par province et territoire*. Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2000*.

STATISTIQUE CANADA (1999). *Un portrait des aînés au Canada (3e édition)*. Ottawa, Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (2000). *L'activité humaine et l'environnement*. Ottawa: Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (2001). *Accès aux services de santé au Canada*. Ottawa: Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (2001). *Cancer incidence, 1999 national data and 2000 partial data*. Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : Obésité infantile*. Le Quotidien, www.statcan.ca/Daily/Francais/021018/q021018b.htm

STATISTIQUE CANADA (2002). *Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit*.

STATISTIQUE CANADA (2003). *Analyse du revenu au Canada, 2001*. Ottawa: Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être*. Le Quotidien.

STATISTIQUE CANADA (2003). *La vie après l'aide sociale*. Le Quotidien.

STATISTIQUE CANADA (2005). *Projections des populations autochtones, Canada, provinces et territoires 2010 à 2017*.

STATISTIQUE CANADA (2006). *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 – Rapports provinciaux et territoriaux : Population autochtone hors réserve*.

SUTHERLAND, C. (1997). *Indigenous Health Systems: A review and analysis of successful programs in Canada, US and Australia, designed and delivered by First Nations and indigenous peoples*. Part II: study examples, Assemblée des Premières Nations, Ottawa, 1997.

TILTON, E. (2001). *Aboriginal Health: an historical approach*, dans Condon J, G. Warman G et Arnold (dir.), *The health and welfare of territorians*. Territory Health services, Darwin.

TREMBLAY, M.S. et J.D. Willms (2000). *Secular trends in the body mass index of Canadian children*. Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 163, no 11, p. 1429-1433.

WEIR, E. (2001). *Suicide: the hidden epidemic*. Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 165, no 5, p. 634-635.

WHARTON, B. et I. Booth (2001). *Fortification of flour with folic acid*. British Medical Journal, vol. 323, p. 1198-1199.

WILENSKY, G.R. (2003). *The implications of regional variations in Medicare – What does it mean for Medicare*. [Éditorial] Annals of Internal Medicine, vol. 138, p. 350-351.

WILSON, R.M., RUNCIMAN, W.B., GIBBERD, R.W., et coll. (1995). *The Quality in Australian Healthcare Study*. Medical Journal of Australia, vol. 163, no 9, p. 458-471

WRIGHT, C.J., CHAMBERS, G.K. et Y. Robens-Paradise (2002). *Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery*, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 167, p. 461-466.

WU, T., M. TREVISAN, R.J. GENCO, J.P. DORN, K.L. FALKNER et C.T. SEMPOS (2000). *Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease: The first national health and nutritional examination survey and its follow up*. Archives of Internal Medicine, vol. 160, no 18, p. 2749-2755.

YOUNG, T. K. (1996). *Sioux Lookout First Nations Health Authority Participatory Research Project. Final Report I - Health Needs Assessment (revised)*, Northern Health Research Unit, Université du Manitoba, Winnipeg.

ANNEXE 1

INDICATEURS DE SANTE, DE SERVICES SOCIAUX ET DE NIVEAU DE VIE

INDICATEURS DE SANTÉ	Premières Nations Québec ³			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Embonpoint	41,2%	32,2%	36,9%	33%	1,12
Obésité	27,7%	32,7%	30,1%	14%	2,15
Personnes diabétiques	12,5%	16,4%	14,5%	4,1%	3,5
Arthrite	15,1%	21,9%	18,4%	14%	1,3
Allergies	15,2%	22,0%	18,6%	9,1%	2
Hypertension artérielle	12,9%	17,0%	14,9% ⁴	8,5%	1,75
Asthme	7,3%	12,2%	9,7%	5,6%	1,7
Blessures physiques (dernière année)	N/D	N/D	22,0%	11,3%	1,94
Carie dentaire chez les enfants	N/D	N/D	14,8% ⁵	7%	2,1
Obstacles rencontrés pour les soins de santé	N/D	N/D	46,5%	12,5%	3,72

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ⁱⁱⁱ			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Ayant tenté le suicide durant leur vie	13,1%	18,5%	18,4%	3,5%	5,25
Ayant tenté le suicide au cours des 12 derniers mois			1,2%	0,5%	2,4
Idéation suicidaire au cours de la vie			39,0%	N/D	N/D
Idéation suicidaire au cours des 12 derniers mois			4,5%	3,9%	1,15
Éducation de niveau secondaire non complétée			49,0%	31,0%	1,58
Éducation supérieure complétée (Bac ou plus)			6,1%	19,3%	0,31
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 1 fois/semaine)			43,3%	29,8%	1,5
Forte consommation d'alcool (5 ou + boissons au – 5 fois/12 mois)			70,2%	23,2%	0,31
Consommation de drogue ou de médicaments sans ordonnance au cours des 12 derniers mois			65,8%	20,0%	3,29

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ et PROBLÉMATIQUES SOCIALES	Premières Nations Québec ⁱⁱⁱ			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Habitudes de vie					
Tabagisme : fumeur quotidien ou occasionnel	53,9%	56,1%	55,0%	20%	2,75
Usage de la médecine traditionnelle	37,5 %	39%	38,3% ^{iv}	N/A.	
Allaitement maternel	n/a		38,7%	80%	0,48
Activité physique (équivalent à 30 min jr/6jrs par semaine)	53,6% ^v	37,3% ^{vi}	45,5%	37%	1,23
Consommation d'aliments peu nutritifs chez les adolescents au moins une fois par jour			57,8 – 65,2%	17% – 22% ^{vii}	2,96

³ Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué. Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.

⁴ Seuls les problèmes cardio-vasculaires en général sont documentés pour les PN dans CSSSPNQL 2006

⁵ Il s'agit de la carie du biberon

DÉMOGRAPHIE	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Espérance de vie à la naissance	70,4	75,5 ^{VIII}		77,7 ^H et 82,2 ^{F^{IX}}	0,9 ^H et 0,92 ^F
Taux de natalité			23,4/1000	10,3/1000	2,33
Taux de mortalité infantile			6,4/1000	5,4/1000	1,18
Age médian (ans)			24,7	37,1	0,66

INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	Premières Nations Québec ^{III}			Canada et/ou Québec	Ratio de disparité
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Famille avec au - 2 enfants âgés de – 18 ans (%)	N/A	N/A	41,0%	23%	2
Revenu ménage inférieur à 20 000\$/an	N/A	N/A	24,3%	11%	2,21
Revenu personnel inférieur 20 000\$/an ^X	55,2%	65,5%	60,3%	51%	1,18
Bénéficiaires de revenus gouvernementaux ^{XI}	60,3%	80,9%	72,2% ^{XII}	13%	5,5
Enfant vivant sous le seuil de pauvreté			25% ^{XIII}	10%	2,5
Indicateur du bien-être collectif	0,71	0,74	0,72	0,89	0,8
Prestataires de l'assistance-emploi	24,3%	16,1%	20,2% ^{XIV}	9,6% ^{XV}	2,1
% de personnes bénéficiant d'un salaire provenant d'un emploi	51,1%	47,0%	49,0% ^{XVI}	61,1% ^{XVII}	0,80
Familles monoparentales			43,7% ^{XVIII}	20,5% ^{XIX}	2,13
Proportion d'ainés vivant seuls (65-74 ans)			33,2% ^{XX}	24,9% ^{XXI}	1,33

- I Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.
Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.
- II Chez les 15 ans et plus, 1998, au Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/283-FeuilletEpidemioSuicide.pdf>
- III Les données de ces colonnes concernent uniquement les adultes, sauf lorsqu'indiqué.
Les données proviennent du Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés de l'ERLSPN de la région du Québec, 2002-2003 (CSSSPNQL 2006), sauf lorsqu'indiqué.
- IV Ces données concernent les enfants
- V Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- VI Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- VII http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2004/enq_nutrition04c7.pdf
- VIII Les deux données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp
Les données sont valides pour 2001, pour les PN de l'ensemble du Canada
- IX Les deux données proviennent de : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304_f.asp
- X Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XI Les données pour les PN proviennent d'une compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XII Donnée révisé de l'ERSPNQL 2002-03, Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007
- XIII http://action.web.ca/home/c2000/alerts.shtml?x=93174&AA_EX_Session=6766226b4e3173e98abb0ea55940c096
- XIV En 2001
- XV INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf
- XVI Au cours de l'année 2001, sans égard à la durée de l'emploi
- XVII http://www.cmquebec.qc.ca/documents/terr_pop/t2.6_copy1.pdf. Le taux présenté inclut les 15-64 ans, celui des Premières Nations inclut les 18-54 ans.
- XVIII Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007 (proportion de ménages comportant seulement un adulte et au moins un enfant de 17 ans ou moins).
- XIX INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf
- XX Compilation spéciale à partir des données de l'ERSPNQL 2002-03, non-publié. CSSSPNQL 2007. 55 ans et plus
- XXI INSPQ, 2001 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf

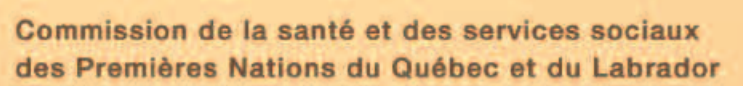
ANNEXE 2

LISTE DE ACRONYMES



LISTE DES ACRONYMES

APNQL :	Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador
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
ERLSPNQL :	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations du Québec et du Labrador
MAINC :	Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada
MSSSQ :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PAPPN :	Programme d'aide préscolaire des Premières Nations
PCAP :	Propriété, contrôle, accès et possession
R-D :	Recherche et développement
SSNA :	Services de santé non assurés
TSAF :	Trouble du spectre de l'alcoolisation foetale



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